

# NÃO TÃO PRÓXIMO, MAS NÃO TÃO DISTANTE DAS TREVAS: UMA CARTOGRAFIA SOBRE SAÚDE MENTAL

Professor orientador: Leonardo Cavalcante de Araújo  
Mello

Aluna: Samara Coutinho Machado

PROGRAMA DE  
INICIAÇÃO CIENTÍFICA  
PIC/CEUB

**RELATÓRIOS DE PESQUISA**  
VOLUME 10 Nº 1- JAN/DEZ  
**2024**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB  
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**NÃO TÃO PRÓXIMO, MAS NÃO TÃO DISTANTE DAS TREVAS: UMA CARTOGRAFIA  
SOBRE SAÚDE MENTAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pesquisa e Extensão.

Orientação: Leonardo Cavalcante de Araújo Mello

Samara Coutinho Machado

Brasília, DF, agosto de 2025

## Dedicatória

Desde as primeiras aulas de metodologia e pesquisa da faculdade meu caminho tem sido a saúde mental. Talvez, na verdade, essa escolha tenha começado muito antes da graduação, talvez tenha nascido junto com o desejo silencioso de cuidar de lugares desérticos de amparo. Por isso, este trabalho não é fruto apenas de um ano, como prevê o edital, mas de pelo menos quatro anos de amadurecimento teórico e de uma vida inteira de inquietude. É, antes de tudo, uma “cartografia de mim mesma” nascida do incômodo de testemunhar o adoecimento recorrente de pessoas queridas e de sentir, impotente, o peso que elas carregavam ao tentar retornar ao cotidiano. Dedico-o, primeiramente, aos acontecimentos que fui exposta e arrancaram o meu sossego. Ao desprazer que me move.

Dedico, ainda, a todos meus amigos que me ouvem divagar por horas sobre os temas do meu interesse, e que nunca duvidam do meu impulso de transformar o mundo. Junto a eles, dedico ao meu orientador, Leonardo Mello, que reconheceu firmeza na minha loucura, sensibilidade na minha pesquisa e que, com sua fé em mim, me ensinou a ter a minha própria.

Por fim, dedico à minha família, que me forneceu condições suficientemente boas de vida que me permitiram ter combustível para manter acesa a chama que me trouxe até aqui.

## Resumo

O presente trabalho se debruça sobre o sofrimento psíquico grave, entendendo-o como um desafio que atravessa não apenas as práticas de cuidado, mas também as relações sociais, econômicas e afetivas do sujeito. Buscou-se compreender como o adoecimento se entrelaça aos modos de subjetivação, a partir da escuta de usuários de um centro de convivência em saúde mental no Distrito Federal. A investigação foi conduzida por uma perspectiva qualitativa, tendo a Cartografia Social como lente metodológica, fazendo uso de observação participante, diário de campo e entrevistas semiestruturadas. O olhar analítico voltou-se aos modos de subjetivação e às formas de resistência que os sujeitos constroem diante de um contexto social atravessado por práticas higienistas e excludentes.

Os achados indicam que o sofrimento psíquico grave não pode ser reduzido a um quadro de sintomas, mas deve ser compreendido em sua espessura relacional, histórica e social. A subjetividade, nesse sentido, emerge na intersecção entre o adoecimento, as relações familiares, as redes de cuidado, as condições materiais de existência e os atravessamentos da sociedade. Observou-se que os vínculos familiares desempenham tanto funções de apoio e sustentação quanto podem se configurar como espaços de sofrimento. Narrativas de abandono, violência e silenciamento apareceram de modo recorrente. Aspectos socioeconômicos mostraram-se relevantes, atravessando fortemente os percursos de cuidado e a possibilidade de resistência. A pesquisa reforça que os dispositivos de saúde mental, em especial os centros de convivência, constituem territórios de reconstrução do laço social, nos quais os sujeitos podem experimentar outras formas de estar com o outro e consigo mesmos. Este trabalho destaca a relevância de práticas de cuidado que enxerguem o sujeito para além de sua condição de adoecimento, reconhecendo-o como agente ativo em sua própria trajetória.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Cartografia social; Resistência.

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
Objetivos .....	9
Objetivo Geral .....	9
Objetivos específicos .....	9
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	10
Da esquizofrenia ao sofrimento psíquico grave .....	10
O laço familiar no sofrimento psíquico grave .....	16
Sujeito, subjetividade e processo de subjetivação .....	18
<b>MÉTODO</b> .....	21
Sujeito e local da pesquisa .....	22
Instrumentos e procedimentos .....	22
Análise das informações construídas .....	24
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	26
Primeiro contato com o campo .....	26
Primeiro dia no centro de convivência .....	30
Segundo dia no centro de convivência .....	32
Terceiro dia no centro de convivência .....	34
Entrevistas .....	37
Experiência com sofrimento psíquico .....	39
Experiência com o tratamento .....	43
Relações interpessoais .....	44
Estratégias de resistência .....	46
Perspectivas para o futuro .....	49
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53

**Anexos**

Anexo A - Roteiro entrevista ..... 60  
Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ..... 62

Esta pesquisa teve início com o propósito de investigar os impactos do adoecimento psíquico na subjetividade de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e de seus familiares, sob o título “Esquizofrenia e subjetividade: uma cartografia sobre os modos de subjetivação do sujeito diagnosticado e de seus familiares”. A investigação foi realizada em um centro de convivência e ambulatório localizado em Brasília-DF, escolhido por sua afinidade com os princípios éticos e metodológicos deste estudo. No entanto, ao longo do processo de inserção no campo, e em diálogo com a equipe da instituição, tornou-se necessário ampliar o recorte diagnóstico do sujeito da pesquisa, uma vez que os modos de sofrimento psíquico presentes na clínica frequentemente extrapolam os critérios estabelecidos pela psiquiatria. Paralelamente, a tentativa inicial de escutar familiares por meio de entrevistas encontrou baixa adesão, o que exigiu uma reformulação metodológica, redirecionando o foco da pesquisa para a escuta exclusiva dos usuários do serviço.

Diante dessas transformações, a pesquisa foi ressignificada e passou a concentrar-se em compreender os modos de subjetivação advindos do adoecimento de sujeitos com sofrimento psíquico grave, que operam suas vidas junto aos seus sintomas. Nesse sentido, as narrativas dos sujeitos serviram como fio condutor da pesquisa, permitindo identificar modos de resistência e autonomia frente às imposições de uma sociedade higienista.

Conforme Campos & Souza (2016), o higienismo pode ser caracterizado como uma busca contínua da saúde ideal, estabelecendo padrões de funcionamento que corroboram com os ideais de produtividade de uma sociedade capitalista. Dado contexto, o adoecimento psíquico cria uma segregação simbólica entre aqueles que o experimentam e os que não, tornando a luta antimanicomial uma emergência enquanto forma de resistência contra essas normas implícitas e profundamente enraizadas, não apenas na cultura, mas também em serviços de saúde mental.

Em vista disso, uma das alegorias motivadoras para esse projeto vir a ser imaginado foi a obra de Arthur Bispo do Rosário, um artista visual, hospitalizado em 1938 após apresentar sintomas delirantes, sendo em sequência diagnosticado como esquizofrênico-paranóico e encaminhado para a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro.

A obra de Bispo do Rosário consiste em uma espécie de cartografia do mundo, utilizando objetos cotidianos encontrados na instituição onde viveu. Ele confeccionava um inventário para o dia do Juízo Final, entre os itens produzidos, a sua obra mais conhecida se trata de um manto com os nomes das pessoas conhecidas para advogar por elas diante de Deus (Itaú Cultural, 2024), unindo tudo em uma representação do mundo. A vida e obra deste artista exprime o valor simbólico do sintoma, bem como o potencial criativo do adoecimento ao encontrar novos modos de subjetivação.

Em seguimento, pensando na proposta de autonomia do sujeito sobre o seu adoecimento, se torna imprescindível citar o livro *Memórias de um Doente dos Nervos* (Schreber, 1903/2006), um relato autobiográfico, em que Daniel Paul Schreber descreve seu adoecimento marcado pelo surgimento de uma paranoia grave, na qual acreditava que estava destinado a se tornar a mulher de Deus. Essa condição o levou a viver uma existência profundamente perturbada, na qual seu mundo se tornou dominado por delírios e alucinações.

Freud (1911/1976) interpretou esse delírio como uma investida de cura, relacionando-o com a figura paterna de Schreber. Na análise do autor, o amor transformado em ódio serviu de combustível para o surgimento da paranoia, que, de acordo com Freud, estava atrelado à busca urgente de consolo pela morte do pai.

Entretanto, Deleuze & Guattari (1976) criticam a análise de Freud a respeito do caso Schreber e a qualifica como insuficiente, já que anula o caráter histórico-político do sintoma do sujeito, reduzindo a um complexo familiar. Explanando a necessidade de se pensar um sentido contextual para além da patologização e das variedades de sentidos individuais produzidos pelo sujeito. Dessa forma, é possível afirmar que o sofrimento psíquico grave é

indissociável dos assujeitamentos e processos de subjetivação com os diferentes espaços que habitam.

Por fim, o maior propulsor do meu interesse por esta pesquisa é a existência de pessoas que amo que sofrem dessa maneira tão particular. Uma delas, foi a principal responsável pela minha criação e, com a falta dos devidos cuidados, acabou por ter complicações cognitivas e afetivas graves que atravessam imperiosamente suas relações interpessoais, principalmente seus laços familiares, até os dias atuais.

Portanto, a presente pesquisa propõe-se a investigar os impactos do adoecimento psíquico grave nos modos de subjetivação de indivíduos usuários de um centro de convivência em saúde mental no Distrito Federal. Para além da centralidade nos sintomas e diagnósticos, busca-se compreender como se produzem os modos de subjetivação desses sujeitos, considerando os aspectos éticos, estéticos e políticos presentes em suas experiências. Ao enfatizar a escuta das narrativas, esta pesquisa pretende contribuir para o debate sobre práticas de cuidado mais sensíveis à complexidade da vida psíquica, na tentativa singela de reparar a insuficiência de um sistema complexo e adoecedor, espera-se que essa pesquisa possa trazer um pouco de luz a estes sofrimentos esquecidos.

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Investigar os impactos do adoecimento psíquico grave nos modos de subjetivação de indivíduos usuários de um centro de convivência de saúde mental no Distrito Federal.

### **Objetivos específicos**

(i) Analisar os impactos dos sintomas na construção dos modos de subjetivação desses indivíduos.

(ii) Descrever as estratégias de resistência adotadas pelo sujeitos, levando em conta a influência de aspectos éticos, estéticos e políticos.

(iii) Compreender a relação do sofrimento psíquico grave com os espaços de convivência dos sujeitos.

## Fundamentação teórica

Para uma melhor compreensão do tema em questão, a pesquisa será desdobrada nos seguintes eixos temáticos: (i) Da esquizofrenia ao sofrimento psíquico grave; (ii) O laço familiar no sofrimento psíquico grave (iii) Sujeito, subjetividade e processo de subjetivação.

### **Da esquizofrenia ao sofrimento psíquico grave**

Os primeiros contatos com o campo evidenciaram a heterogeneidade das manifestações clínicas presentes no centro de convivência, o que justificou a ampliação do recorte inicial da pesquisa, antes restrito à esquizofrenia. A instituição acolhe uma diversidade de quadros, dentre eles, as psicoses, neuroses graves e transtornos de personalidade.

Diante da variedade dos modos de sofrimento psíquico que ali se manifestam, a clínica em questão possui orientação psicanalítica, portanto, o olhar sobre o sofrimento neste trabalho não ocorre apenas pelas lentes da psiquiatria convencional. Nesse sentido, justifica-se expandir os critérios diagnósticos nesta pesquisa para obter maior profundidade na escuta e na compreensão do sofrimento. Essa mudança é um reconhecimento de que o sofrimento em saúde mental não se apresenta de maneira uniforme, muito menos se submete facilmente a categorias. Em vez disso, ele emerge de forma singular na história de cada sujeito, revelando nuances que escapam às classificações convencionais.

Sob esse ponto de vista, é preciso fundamentar o conceito de sofrimento psíquico grave, para melhor compreender o fenômeno que permeia o campo. Para Costa(2003), conforme citado em Costa (2010), a expressão sofrimento psíquico grave é:

“um constructo que nos dá liberdade para falar de crises intensas de cunho ‘normal’ ou ‘psicótico’, com a mesma consideração essencial, ou seja, a de que é um sofrimento humano, natural, com peculiaridades e contextos próprios, que pode ser manifesto em indivíduos ou relações. Fala, portanto, de um fenômeno existencial essencialmente humano: a angústia.” (p. 59)

Assim sendo, o termo sofrimento psíquico grave transborda as fronteiras rígidas da conceituação original de psicose (Costa, 2006, conforme citado por Costa, 2010). O conceito subjaz uma falha nas classificações psiquiátricas predominantes, que através de suas categorizações, acabam por negligenciar o fenômeno subjetivo. Portanto, em vez de reduzir o sofrimento a categorias, a noção de sofrimento psíquico grave aponta para uma compreensão fenomenológica, existencial e relacional do mal-estar humano, considerando suas contradições internas e dinâmicas afetivas que transcendem o sintoma isolado (Costa, 2006). Nesse esteio, a conotação "grave" não se refere ao pertencimento a uma categoria classificatória, mas à impetuosidade da experiência subjetiva, distinguindo o sofrimento humano de polo suportável daquele em que a desorganização se coage uma ruptura.

Embora o conceito de sofrimento psíquico grave transcenda a lógica classificatória da psiquiatria tradicional, abordando o mal-estar humano em sua complexidade, para efeito de compreensão, torna-se importante apresentar brevemente algumas categorias psicopatológicas consolidadas e frequentes no campo da saúde mental. Essa retomada se justifica não para enquadrar rigidamente as manifestações de sofrimento, mas para ilustrar a pluralidade de expressões clínicas que podem se inscrever na experiência do sofrimento grave. Ainda que nenhuma descrição psicopatológica seja capaz de abarcar completamente a singularidade dos sujeitos, esse percurso auxilia na contextualização dos modos como o sofrimento pode se manifestar nos espaços de cuidado em saúde mental.

Nessa concepção, começarei trazendo uma breve explicação sobre o sofrimento psíquico grave do tipo psicótico. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2013), a categoria Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos abrange condições caracterizadas por desorganização na percepção da realidade e do pensamento. Enquadram-se, sintomatologicamente, como formas de sofrimento psíquico grave do tipo psicótico: a esquizofrenia, o transtorno esquizoafetivo, o transtorno psicótico induzido por substâncias, o transtorno bipolar com sintomas psicóticos, a depressão psicótica, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), entre outros. Esses

quadros, embora distintos em suas manifestações clínicas, compartilham, em alguma medida, a ruptura com a realidade.

Dentro dos sintomas comuns a este espectro, os delírios possuem protagonismo, sendo essas crenças fixas e incorrigíveis que não se alteram diante de evidências contraditórias (APA, 2013). Esses delírios podem abordar temas diversos, como delírios de perseguição, referência, grandeza ou ruína. Além dos delírios, as alucinações também são comuns, envolvendo experiências sensoriais sem que haja estímulo externo correspondente. Ambos são categorizados como sintomas positivos.

Nessa direção, o tratamento das psicoses — tomando a esquizofrenia como exemplo — leva em conta a evolução do quadro e a precocidade do diagnóstico, com alta probabilidade de cuidados psiquiátricos ao longo da vida do paciente (Elkis, 2013). Diferentes tipos de tratamento podem ser aplicados, incluindo terapia, treinamento de aptidões sociais e administração de medicamentos. Normalmente, a prescrição medicamentosa usual é baseada em antipsicóticos, geralmente empregados em momentos de crise, na terapia de manutenção e na prevenção de recaída (Falkai, 2006). No entanto, diversos fatores comumente influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso, exemplos disso são: efeitos colaterais intensos, medo do agravamento dos sintomas psicóticos e dificuldades de acesso aos medicamentos (Nicolino et al., 2011).

Para compreender melhor esse fenômeno, o texto *A Dissecção Da Personalidade Psíquica* de Freud (1933/1996) compara a formação da psique ao comportamento de um cristal que, ao se partir, segue linhas predefinidas pela sua estrutura. Da mesma forma, o adoecimento mental é visto como uma divisão estrutural, sugerindo que mesmo em sua desordem, há uma organização subjacente, histórica, determinada pela estrutura psíquica.

Ainda segundo Freud (1937/2006), a organização das neuroses, caracterizada pela fantasia, se distingue da organização psicótica, marcada pelas alucinações, indicando que ambas procuram remediar uma angústia. O autor infere que a distinção reside no fato de que na psicose não é viável recuperar a parcela de vivência perdida que foi repudiada, o que resulta em alucinações, abrigando um componente de verdade histórica para o sujeito e

preenchendo o espaço da realidade rejeitada. O argumento de Freud, em ambos os textos, aponta para uma instância subjetiva do sofrimento experimentado pelo sujeito, observável tanto em seu estado de latência como em crises agudas.

De acordo com Briggs & Rinaldi (2014), os sintomas positivos consistem em uma tentativa de cura. Essa afirmação possui implicações profundas na compreensão da esquizofrenia e demais psicoses, bem como no tratamento de tais indivíduos. Sobretudo, desafia a visão de estigmatização dos delírios e alucinações como meras “manifestações de insanidade”, destacando a importância de considerar o contexto e as experiências de vida do paciente durante a análise de suas alucinações.

A experiência psicótica é continuamente associada à disfuncionalidade, portanto está profundamente estigmatizada como incompatível com as estruturas sociais e institucionais que exigem um alto grau de funcionalidade e conformidade com a norma e cultura. Isso abrange a capacidade de se envolver em atividades laborais, manter relações familiares, cuidar da higiene pessoal, participar do sistema educacional, assim como aderir a normas de civilidade (Cava, 2023). As organizações de forma geral, operam em um contexto temporal orientado para o presente, impulsionadas por metas, projetos e uma série de comandos e obrigações a serem cumpridos. Assim, a vivência psicótica, em específico a esquizofrenia, tende a divergir dessas normas.

A distinção fundamental entre neurose e psicose, conforme delineada por Freud (1924/1996), repousa sobre o curso do sofrimento psíquico. A psicose e a neurose seguem caminhos distintos, ainda que perceptivelmente marcados por tentativas de restauração do equilíbrio psíquico. Na psicose, a perda de realidade é constitutiva, ou seja, há uma rejeição densa de fragmentos da realidade, inassimiláveis pelo ego. O sofrimento psicótico decorre tanto dessa rejeição quanto do esforço criativo e angustiado de reconstruir uma nova realidade que dê conta do insuportável.

Para além do sofrimento psíquico grave do tipo psicótico, na neurose — sobretudo nas neuroses graves — o sofrimento emerge da tensão entre o desejo recalado e as instâncias vigilantes, manifestando-se sobretudo como angústia (Freud, 1924/1996). A

perda parcial da realidade, aqui, é efeito de um mecanismo de defesa, mas não impede que o desejo insista em se expressar de forma deslocada ou simbólica, como nos sintomas. Em ambos os casos, a realidade ou o desejo recalcado tendem a retornar com força, produzindo inquietações que escapam ao domínio da consciência.

Com relação a classificação de neurose “grave”, esse termo ajuda a nomear experiências de sofrimento psíquico que, embora não configurem uma ruptura estrutural com a realidade, se manifestam com intensidade e impacto considerável na vida do sujeito (Mexko & Benelli, 2022). O traço comum nesses casos é a fragilidade na elaboração simbólica das vivências.

Em espaços clínicos, ainda segundo Mexko & Benelli (2022), é possível observar sujeitos que, embora mantenham em alguma medida um enraizamento no real, apresentam sofrimento persistente, dentre eles, as depressões resistentes, estados obsessivos, adicções, fobias incapacitantes, anorexias, transtornos de pânico, histerias, entre outros. Nesse sentido, cada sujeito encontra modos muito particulares de vivenciar e expressar o seu mal-estar, dessa forma, e é justamente essa singularidade que deve orientar qualquer tentativa de cuidado. Essas manifestações, muitas vezes interagem com outras condições, e por esta razão pode ser tão difícil de estabelecer um diagnóstico norteador.

Junto às psicoses e as neuroses graves, estão os transtornos de personalidade, mais especificamente, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Especula-se que esta condição é responsável por cerca de 10% dos leitos de internações psiquiátricas, quase sempre relacionadas a tentativas de autoextermínio (Dalgalarrodo, 2018), possuindo idiosincrasias que dificultam seu diagnóstico.

O conceito de transtorno borderline surgiu historicamente em um ponto de intersecção entre as neuroses e as psicoses. Segundo Dalgalarrodo & Vilela (1999), inicialmente, o termo designava pacientes que não se encaixavam perfeitamente em nenhuma das categorias diagnósticas então existentes, como a esquizofrenia e os transtornos neuróticos. Com a introdução do DSM-III, em 1980, o transtorno borderline

passou a ser reconhecido como um transtorno de personalidade. Essa alteração foi fundamental por proporcionar um contorno mais claro.

As características clínicas do TPB incluem instabilidade afetiva intensa, impulsividade, sentimentos crônicos de vazio, esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginado, e relações interpessoais intensas e instáveis (Dalgarrondo & Vilela, 1999). Sobretudo, o TPB é um grande gestor de sofrimento psíquico, com isso, no âmbito das funções egóicas, observa-se uma fragilidade do ego, da percepção da realidade e da manutenção de uma identidade coesa. A relação com o outro é marcada por ambivalência extrema, carência afetiva e temor ao abandono, o que compromete a capacidade de estabelecer vínculos estáveis e seguros.

Ainda que desorganizações no vínculo com a realidade, dificuldades na elaboração de eventos traumáticos e determinadas estruturas de personalidade sejam importantes fontes de sofrimento psíquico, de maneira concomitante, há processos de degeneração que são relevantes para as condições de vida desses pacientes.

Dentro da respectiva pesquisa, não há pretensões de desenvolver a discussão sobre o espaço das demências dentro da saúde mental. Contudo, é necessário mencionar que os transtornos neurocognitivos são responsáveis por grande sofrimento e caracteriza-se pela perda progressiva das funções cognitivas. As demências se manifestam por uma deterioração das capacidades cognitivas, como a memória, a linguagem, as funções executivas, o julgamento, a atenção e a velocidade de processamento, entre outras.

É importante reconhecer que certos transtornos psiquiátricos também podem provocar perdas significativas nas funções cognitivas, afetando profundamente a autonomia e a qualidade de vida dos indivíduos (Dalgarrondo, 2018). A negligência dos sofrimentos acarretados por um transtorno, pode acelerar o processo de degeneração psíquica. A soma entre o sofrimento psíquico intenso e o declínio funcional torna o convívio social e o próprio processo de cuidado mais desafiadores, tanto para os sujeitos quanto para aqueles que os cercam.

Ao percorrer algumas das diferentes manifestações do sofrimento psíquico grave, torna-se evidente que nenhuma classificação, por mais abrangente que seja, consegue abarcar todas as tonalidades das experiências de angústia humanas. Cada sujeito atravessa seu próprio percurso de forma particular. É na atenção às singularidades que reside a potência do cuidado em saúde mental. O uso do conceito sofrimento psíquico grave como lente metodológica para o cuidado possibilita reconhecer e acolher a complexidade da existência em seus modos mais diversos de ser e sofrer.

### **O laço familiar no sofrimento psíquico grave**

A proposta inicial da pesquisa incluía a escuta de familiares de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Segundo Osório & Valle (2011), a família é considerada um dos pilares da proteção social no Brasil, portanto, diante do adoecimento de um de seus membros, há a tendência de culminar em enfrentamentos de sobrecarga de responsabilidades. Diante dessas informações, esta pesquisa teve como um de seus objetivos iniciais, compreender os impactos do adoecimento psicótico na dinâmica familiar e nos modos de subjetivação dos envolvidos.

No entanto, a baixa adesão dos familiares inviabilizou esse caminho, o que exigiu uma reformulação dos objetivos. O avanço do trabalho no campo, tornou evidente que investigar o impacto do sofrimento psíquico grave nos familiares exigiria um aprofundamento que extrapolaria os limites desta pesquisa. Em função dessas limitações, a pesquisa passou a concentrar-se naquilo que foi metodologicamente viável: o laço familiar sob a ótica dos próprios sujeitos em sofrimento psíquico grave.

Nesse recorte, a família deixa de ocupar unicamente o lugar idealizado de refúgio incondicional, podendo ser percebida também como um território de produção de sofrimento. De acordo com Osório & Valle (2011), no contexto brasileiro, a família enquanto instituição sofreu mudanças em suas definições legislativas e sociais após a Constituição Federal de 1988, ultrapassando a rigidez de estruturas hierárquicas tradicionais e diante disso, a afetividade e o cuidado prevaleceram.

Nesse movimento de ressignificação da instituição familiar, abre-se espaço para a compreensão do sofrimento psíquico a partir das dinâmicas relacionais e históricas presentes no núcleo familiar. Nessa ótica, Costa (2001) propõe uma reflexão sistêmica-relacional sobre o lugar da família no sofrimento psíquico grave. Costa (2001) afirma que o discurso psicótico não deve ser interpretado de forma descontextualizada, mas sim como uma peça de um jogo interacional inconsciente e relacional que atravessa o núcleo familiar. Portanto, é reforçado o protagonismo da família na constituição subjetiva de pessoas com sofrimento psíquico grave.

Os delírios, alucinações e discursos fragmentados podem ser compreendidos como formas de comunicação que expressam contradições do sistema familiar, tornando o sujeito psicótico um espelho angustiado de seu contexto (Costa, 2001). Essa perspectiva dialoga diretamente com os achados desta pesquisa, os vínculos familiares aparecem atravessados por histórias de abandono, violência e silenciamento. Ao mesmo tempo, esses vínculos continuam a exercer papel estruturante na experiência do adoecimento e no modo como o sujeito se percebe no mundo.

Por parte dos familiares, é comum haver sobrecarga de responsabilidades que podem se apresentar de diversas formas, sendo uma delas, o fardo socioeconômico. O uso de medicamentos pode vir a ser um gasto significativo às famílias, com isso, Rocha & Silva (2013), citam que a reorganização da dinâmica familiar após a manifestação da doença revela um processo de adaptação que transcende o suporte emocional, podendo culminar na ampliação da jornada de trabalho para atender às novas demandas.

Diante dessa sobrecarga material imposta pelo adoecimento, é possível perceber o quanto o fator econômico atravessa os percursos de cuidado. Sendo assim, a estabilidade econômica está diretamente ligada às possibilidades de acesso e continuidade da atenção em saúde mental. Além disso, ao considerar o trabalho laboral nos modos de subjetivação do sujeito com sofrimento psíquico grave, Rocha & Silva (2013) acrescenta que, em função das dificuldades de ser inserida no mercado de trabalho, é bastante comum que a pessoa com sofrimento psíquico grave busque a aposentadoria por invalidez, para que dessa

forma, receba um benefício financeiro para auxiliar a família. Entretanto, esse movimento arrisca estagnar o sujeito, limitando sua participação no mercado de trabalho, muitas vezes impactando negativamente sua autoestima e dificultando sua autonomia em um cenário imperativo de produtividade e competitividade. Tendo em vista os estigmas sociais, o sujeito, bem como seu núcleo familiar, estão sujeitos a uma identidade marginalizada.

Diante de tantos obstáculos relacionais presentes no cotidiano de pessoas com sofrimento psíquico grave, a solidão parece imperativa. Nesse esteio, os dispositivos de saúde mental, como os centros de convivência, têm se revelado como espaços que deslocam o sujeito de uma posição passiva para uma implicação ativa em seu próprio processo de existência. Para muitos usuários, que chegam com os laços sociais fragilizados, o centro de convivência se apresenta como um campo possível para reconstruir o laço social como quem inventa, com os recursos que tem, formas inéditas de estar com o outro. É nesse espaço que vínculos são ensaiados, testados e, por vezes, sustentados, com o apoio de uma equipe que oferece o suporte necessário para que essa experimentação aconteça. O centro de convivência, portanto, torna-se uma estratégia concreta diante de situações de precariedade dos laços e da ausência de redes consistentes.

### **Sujeito, subjetividade e processo de subjetivação**

Os conceitos de sujeito, subjetividade e subjetivação são abordados de diversas formas no arcabouço da psicologia. No entanto, para esta pesquisa, optamos por ater-nos às contribuições de três autores: Michel Foucault, Félix Guattari e Gilles Deleuze. Essa seleção foi guiada pela lente teórica da Análise Institucional (AI).

Segundo Mansano (2009), Guattari delimita que a subjetividade não é uma posse, mas sim uma produção contínua que surge nos encontros e compartilhamentos entre os indivíduos. Portanto, ela é concebida como um processo resultante da constante incorporação que os seres humanos fazem dos elementos presentes no contexto social.

Assim, a soma de vivências, valores, ideias e sentidos se torna matéria-prima para a expressão dos afetos experimentados.

Mansano (2009) cita Guattari & Rolnik (1996, p. 31): "A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo". Essa ideia ressalta a natureza compartilhada e sócio-histórica da subjetivação do sujeito. Ao considerar a noção de subjetividade conforme Guattari, percebe-se que lidamos com uma matéria-prima pulsante, em constante transformação, que possibilita ao sujeito experimentar e inventar formas de ser e estar no mundo.

Consequente, Neto (2018) afirma que, apesar do conceito de subjetivação ser predominantemente relacionado ao assujeitamento, ou seja, a submissão dos indivíduos ao poder, a partir da década de 1980, Foucault passa a conceber a subjetivação como prática de liberdade. Ambas as conceituações possuem relação com normas culturais pré-estabelecidas coletivamente, entretanto, a subjetivação enquanto prática de liberdade infere o exercício de autonomia do sujeito. Desse modo, a liberdade individual e coletiva não é necessariamente suprimida, apesar de contextos de poder e institucionalização.

Ainda mencionando Neto (2018), a subjetivação pode ser exemplificada através das tecnologias de si, conceito trazido por Foucault (1995) em sua reflexão acerca das práticas de registro intelectual ao longo da história. Na Grécia e Roma antigas, a escrita de si, uma prática comum entre aqueles que eram reconhecidos como cidadãos, consistia em anotações pessoais, como reflexões e pensamentos. Através desses registros, os indivíduos realizavam exercícios de leitura, releitura, meditação e diálogos, tornando-se um meio para que o indivíduo estabelecesse uma relação reflexiva consigo mesmo.

É necessário ressaltar que, de acordo com Costa (2001), o principal motor por trás dos processos de subjetivação do sujeito, desde a gestação até seu último dia de vida, é a angústia humana. Conforme mencionado anteriormente, no que diz respeito às manifestações sintomáticas do sujeito com sofrimento psíquico grave, sua angústia circunscreve uma possível falha afetiva, funcional e relacional.

Por último, a concepção de sujeito proposta por Deleuze é descrita pela vulnerabilidade aos atravessamentos, ou seja, no encontro constante do indivíduo com o ambiente e os afetos. Esses encontros também são constitutivos, em compasso com a constante metamorfose de sua singularidade. Portanto, a noção de sujeito para Deleuze acentua a capacidade de criar e recriar a si mesmo em resposta às contingências do mundo (Mansano, 2009).

Nesse esteio, ainda discutindo aspectos relacionados aos modos de subjetivação na perspectiva teórica adotada, nos deparamos com a noção de resistência. Conforme Nardi & Silva (2005), em referência a Foucault (1994), a resistência surge da interação entre práticas de poder, construção de verdades e processos de subjetivação. Sendo assim, é o exercício dos sujeitos de contestar e subverter as verdades institucionalizadas.

Diante disso, a resistência emerge da verdade construída pelo sujeito, manifestando-se por meio do exercício de autonomia em seus processos de subjetivação. Mais do que uma simples reação contra a verdade instituída, a resistência representa uma busca por uma ética centrada na autonomia e na estética da existência (Nardi & Silva, 2005).

De acordo com Foucault et al. (1984), ainda sobre os modos de subjetivação, é surpreendente que na sociedade a arte seja associada apenas a objetos e não a indivíduos ou à vida em si. Ele questiona por que um quadro ou uma casa são considerados objetos artísticos, mas não a vida dos sujeitos (Frayze-Pereira, 2020). Essas indagações revelam a possibilidade de transformar a vida em uma obra de arte, ampliando as possibilidades do exercício da autonomia do sujeito.

Para alimentar a discussão estética da pesquisa, Kastrup (2015) explica que Deleuze argumenta sobre a necessidade de desenvolver um tipo de visão sensorial, um olho capaz de capturar sensações, de sentir e ser sentido. Ao contemplar uma obra de arte, é possível experimentar sentimentos de perturbação, sensibilidade e até melancolia. Existe uma interação entre o sujeito e a obra.

Kastrup (2015) acrescenta que, a sensação não pode ser separada em suas partes objetiva e subjetiva. Ao entrar na obra, ela acontece simultaneamente em nós. O observador se torna um criador, assim como o próprio artista, que foi um observador sensível se desenvolvendo enquanto criava sua obra. Este é um processo de coengendramento, de criar e ser criado.

### **Método**

A proposta de estudo apresentada neste projeto se ancora nos pressupostos da pesquisa qualitativa utilizando a abordagem da cartografia social. Gil (2017) explica que a pesquisa qualitativa exploratória, é notável por sua abordagem fluida e flexível, sendo passível de ser adaptada às mais diversas situações. A fase de construção das informações envolve revisão bibliográfica, realização de entrevistas e análise das informações.

De acordo com Passos & Barros (2009), a Cartografia Social é um método de pesquisa interventiva. A escolha dessa abordagem metodológica reflete um posicionamento ético em relação à prática de pesquisa, optando-se por seguir um caminho cartográfico para construir um conhecimento dinâmico, histórico e contextualizado, gerado por meio da exploração do território de pesquisa.

A cartografia, conforme descrita por Deleuze e Guattari, enquanto método (Hur, 2021), trata-se de um mapa aberto que se conecta ao real, não buscando apenas representá-lo, mas sim produzi-lo. A cartografia adota uma perspectiva construtivista e pragmática, abandonando a interpretação em favor da experimentação. Em vez de buscar uma origem histórica ou uma causa idealizada, ela se concentra nos movimentos e deslocamentos dos corpos no território e sua produção de sentidos nos fenômenos investigados

Dessa forma, parte-se do pressuposto que a pesquisa interventiva é capaz de cultivar um local de troca. Ao mesmo tempo que se conhece o objeto, ele passa pela transformação do contato ativo com a pesquisa. Com isso, o pesquisador pode considerar as diversas perspectivas que existem dentro dessa mesma experiência da realidade (Passos & Eirado, 2009).

Diante do viés ético da pesquisa, se torna fundamental reforçar o conceito de subjetivação enquanto um processo de reflexão do sujeito sobre a própria vida. Farina et al. (2011) destaca que a análise crítica do presente visa questionar os padrões dominantes de subjetividade, buscando criar novas formas de existência.

### **Sujeito e local da pesquisa**

A investigação foi conduzida em um centro de convivência e ambulatório, situado em Brasília-DF, que por motivos de sigilo, não foi nomeado. Este foi selecionado em razão de sua consonância com os princípios éticos que orientam este estudo, bem como por sua prática de cuidado de indivíduos em sofrimento psíquico grave e de seus familiares.

Foram entrevistados dois participantes, ambos pacientes do centro, selecionados por conveniência, a partir do vínculo construído com a pesquisadora e do interesse voluntário em participar do estudo. Para preservar a identidade dos envolvidos, todos os nomes utilizados ao longo desta pesquisa são fictícios. O primeiro, Lauro, é um homem trans, branco, de 37 anos, graduado em Psicologia, com histórico de tentativa de autoextermínio e um diagnóstico impreciso. O segundo, Hector, é um homem negro de 25 anos, diagnosticado com transtorno bipolar, cujo discurso é pautado na negação do adoecimento. Ambos apresentam modos singulares, e um tanto opostos, de vivenciar o sofrimento psíquico, o que permitiu explorar diferentes perspectivas em torno da experiência do adoecimento.

### **Instrumentos e procedimentos**

Inicialmente, foi feito o primeiro contato com a instituição pelo WhatsApp da clínica. Assim, foi possível agendar uma reunião com uma dos membros da direção do centro de convivência. Essa reunião serviu objetivamente para compreender as intenções da pesquisa e entender de que forma a clínica poderia contribuir para tal. A responsável acolheu a proposta e abriu espaço para a pesquisa.

É importante ressaltar que, todos os procedimentos de pesquisa seguiram as determinações da resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Uniceub, CAAE: 84779224.2.0000.0023, respeitando os preceitos éticos e legais a serem seguidos nas investigações envolvendo seres humanos.

A pesquisa teve início com o título “Esquizofrenia e subjetividade: uma cartografia sobre os modos de subjetivação do sujeito diagnosticado e de seus familiares”, e tinha como objetivo investigar os impactos do adoecimento psíquico na constituição subjetiva de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, assim como em seus familiares. No entanto, ao longo do processo, surgiu a necessidade de ampliar esse recorte. A sugestão partiu da primeira reunião com a clínica, em que foi proposto que a investigação não se restringisse ao diagnóstico de esquizofrenia em si, uma vez que a clínica acolhe diferentes manifestações de sofrimento psíquico, as quais extrapolam os critérios estabelecidos pelas classificações psicopatológicas.

Nesse primeiro encontro, fui convidada para uma reunião de equipe, sendo esta um espaço voltado para discussões sobre casos urgentes, manejo de pacientes e organização interna. Isso permitiu que a equipe me conhecesse e que eu pudesse articular minhas ideias com os profissionais.

Ao final desta reunião, ficou decidido que eu frequentaria o centro de convivência todas as quartas-feiras por três semanas consecutivas, do horário do almoço até o final da tarde. Para que houvesse uma integração suave, levando em consideração o contexto delicado, durante esse período, eu participaria de atividades e do grupo institucional — momento em que pacientes e profissionais discutem questões relacionadas à convivência, alimentação e propostas para o funcionamento coletivo do local.

Dito isso, o instrumento da observação participante foi utilizado desde o princípio para aprofundar as dinâmicas sociais e culturais. Conforme Martins (1996), a observação participante pressupõe que a convivência do pesquisador com o grupo analisado é

privilegiada para acessar informações inacessíveis por outros meios, permitindo a reflexão sobre os valores e significados dos participantes.

Paralelamente, foi construído um diário de campo que possibilitou um registro detalhado das observações, reflexões e interações da pesquisadora durante sua imersão no campo de estudo. Esses registros foram feitos com o objetivo de capturar não apenas os eventos observados, mas também as percepções da pesquisadora. Permitindo a restituição das experiências vivenciadas durante o processo de investigação (Passos & Barros, 2009).

Após a participação nas atividades por três semanas consecutivas e o mapeamento de possíveis participantes, foi feita a condução de entrevistas individuais semiestruturadas de forma presencial, cada uma com duração aproximada de 1 hora, nas instalações da clínica.

Em cada um dos encontros, após explicar os objetivos da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) para o entrevistado. Após a assinatura do termo, foi pedido aos participantes que as entrevistas pudessem ser gravadas no intuito de facilitar a transcrição.

O modelo de entrevista semiestruturada foi escolhido por ser um instrumento de pesquisa que se baseia em um roteiro, fornecendo uma estrutura inicial para o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado (Minayo, 2009). O roteiro construído (Anexo A) demonstrou ser flexível o suficiente para que a pesquisadora pudesse explorar questões adicionais, conforme o ritmo dos participantes. A entrevista em questão teve o intuito de abordar a vivência dos sintomas, o impacto na identidade e nas relações interpessoais, além das percepções sobre estigma social e as perspectivas para o futuro.

Além disso, durante o desenvolvimento da pesquisa, tornou-se necessário reformular alguns de seus objetivos iniciais. Como citado anteriormente, a proposta original era Investigar, exclusivamente, os impactos do adoecimento psicológico na subjetividade de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, bem como em seus familiares. Além do recorte diagnóstico, outro aspecto que demandou reformulação foi a proposta de escutar familiares de pessoas em sofrimento psíquico grave.

Inicialmente, pretendia-se fazer entrevistas semiestruturadas com os familiares, que se concentrariam em seus papéis como rede de apoio, os desafios enfrentados e o impacto na dinâmica familiar. Para que a pesquisa pudesse alcançar um número maior de participantes, foi prevista, junto à direção da clínica, a aplicação de questionários anônimos via Google Forms aos familiares vinculados ao centro de convivência. Contudo, a estratégia encontrou baixa adesão do grupo, o que inviabilizou a coleta de dados nessa direção. Diante disso, a pesquisa passou a concentrar-se exclusivamente na escuta de usuários do serviço.

### **Análise das informações construídas**

A análise das informações construídas foi feita a partir do arcabouço da Análise Institucional (AI) que, segundo Guirado (2004), é um método teórico-interventivo utilizado para decifrar as relações que indivíduos e grupos mantêm com as instituições, com fundamentos teóricos ancorados na psicologia social, sociologia e pedagogia.

Para Lapassade (1977), as instituições representam conjuntos de saberes socialmente construídos e internalizados, profundamente enraizados na cultura e raramente questionados. As instituições são componente das sociedades que transcendem as estruturas materiais, assemelhando-se ao conceito de inconsciente proposto por Freud (1900), contudo, aplicado ao coletivo (Lapassade, 1977). A ideologia, por sua vez, é o reflexo desse desconhecimento estrutural das ações individuais, influenciadas pelas intervenções institucionais que permeiam a sociedade como um todo (Lapassade, 1977).

Nesse sentido, o conceito de analisador surge dentro da Análise Institucional como uma ferramenta analítica. Conforme Rossi & Passos (2014), Guattari apresentou a noção de analisador enquanto um agente provocador de análise, que torna explícitos os elementos da realidade institucional. Ele transcende a abordagem individual da Psicanálise, estando associado a processos coletivos e institucionais, podendo tanto denunciar problemáticas quanto potencializar mudanças. A aplicação desse conceito possui o propósito de facilitar a criação de categorias interpretativas sobre fenômenos sociais.

Segundo Yves Barel, citado por Lourau (2004), o método analítico se fundamenta na ideia de que é possível compreender uma realidade complexa ao decompô-la em fragmentos, examinando cada um separadamente, formando categorias. Embora reconheça a existência de relações e interações entre os elementos, o método analítico acredita que tais relações são melhor explicadas pela ação dos próprios elementos, já que as relações por si só não explicam essa ação. Para estudar o papel de um elemento no conjunto, o método analítico opta por variar experimental ou idealmente esse elemento, mantendo os demais constantes. Dessa maneira, ao proceder elemento por elemento ou relação por relação, é possível alcançar uma compreensão mais ampla do conjunto.

Portanto, ao adotar a Análise Institucional como operador teórico metodológico, é possível dissecar as dinâmicas que permeiam as relações entre indivíduos e instituições. Para isso, a aplicação da AI em Psicologia requer que premissas sejam adotadas, ao passo que desafiam tradições de pesquisa na área. Isso inclui um olhar sobre a subjetividade dos sujeitos como um processo histórico, geográfico e transformacional. Dessa forma, Neto (2018) afirma que, torna-se possível ampliar o escopo da pesquisa para além do simbólico e da linguagem em direção às práticas institucionais, e uma ruptura com uma visão exclusivamente individualista da subjetividade, buscando estudá-la em sua dimensão coletiva, potente e metamórfica.

## Resultados e discussão

### Primeiro contato com o campo

Esta pesquisa configura-se como uma cartografia social e, como tal, exige a consideração do conceito de implicação para a análise dos dados. Nesse esteio, Kastrup (2008), faz menção à René Lourau, afirmando que “o que o conceito de implicação traz de mais importante é apontar que não há pólos estáveis sujeito-objeto, mas que a pesquisa se faz num espaço do meio, desestabilizando tais polos e respondendo por sua transformação” (p.466). Assim, o movimento ativo e sensível da pesquisadora, bem como seus relatos descritos em diário de campo, são imprescindíveis para que a cartografia ocorra, pois é por meio dessa implicação que se dará o processo investigativo.

Início este relato com uma breve descrição do espaço da clínica, dando atenção especial ao ateliê artístico, por reconhecer que o espaço físico também institui modos de subjetivação. Nas conversas com os pacientes, chamou atenção a unanimidade no uso da arte como meio de expressão e cuidado: a grande maioria dos pacientes produz arte. Isso me levou a olhar o ateliê como um dispositivo político e essa vivência me resgatou das garras de um ceticismo que acabei desenvolvendo ao longo da faculdade.

### Figura 1

*Ateliê artístico*



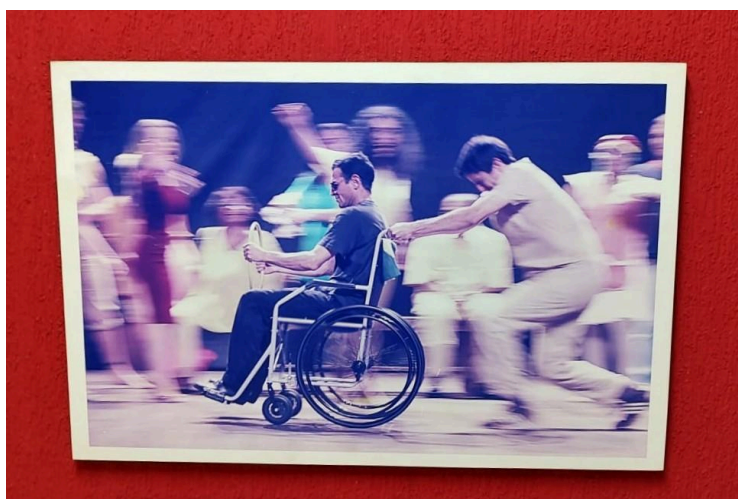
De acordo com Andrade & Silva (2023), a arte é consolidada como uma importante estratégia de cuidado em saúde mental, pois oferece um meio para que emoções, sentimentos e pensamentos possam vir à tona de maneira inédita e criativa. Abre-se um espaço potente para a elaboração do sofrimento, favorecendo a construção de formas mais autônomas de existir.

O ateliê de artes do centro de convivência é um espaço dedicado à produção artística dos pacientes, é um ambiente amplo, com paredes brancas e vermelhas. As mesas brancas estão dispostas lado a lado, cercadas por cadeiras coloridas. Sobre as mesas, encontram-se materiais diversos, como papéis, pinceis, lápis e potes de tinta, demonstrando o constante movimento que ocorre no local. Logo ao chegar, fui impactada pelas lindas obras nas paredes.

Próximo ao ateliê, há um espaço destinado ao grupo de teatro. Nele há estantes com cenários e figurinos, as paredes são decoradas com fotografias de apresentações teatrais realizadas anteriormente, capturando cenas do grupo durante a dramatização. Entre as imagens, chamou-me a atenção uma fotografia em que um homem em cadeira de rodas é impulsionado por outro ator.

## Figura 2

*Fotografia encenação teatral*



Tenho como opinião pessoal que o teatro, talvez, seja a forma de arte mais potente como engrenagem de mobilização do artista. Nele vemos o corpo dialogar com o texto e com o psiquismo do ator. Ele expurga demônios internos e também demônios coletivos. No que diz respeito ao trabalho de encenação em contexto de saúde mental, penso que devem haver diversos obstáculos. Não sei de que forma o jogo teatral pode ser feito com pessoas em estados catatônicos e rígidos. Contudo, as fotografias expostas na parede me dizem que é possível e que pode ser belo.

Do lado oposto da sala, em uma das estantes, estão expostas esculturas de argila em tons escuros de rostos e corpos em posturas introspectivas. Interpreto que algumas obras retratam expressões sensoriais do sofrimento psíquico, figuras que evocam temas como a fragmentação do eu.

### Figura 3

#### *Esculturas*



No âmbito da saúde mental, o sofrimento muitas vezes se manifesta de forma caótica, silenciosa ou incomunicável. Andrade & Silva (2023) afirmam que, a arte oferece ao sujeito a possibilidade de reorganização do sofrimento simbolicamente, tornando-se mais palatável para quem o sofre e menos solitário. Ao transformar dor em cor, imagem, textura ou palavra, a pessoa recria o que viveu, inaugurando novos sentidos possíveis.

Chegamos onde queríamos nesta pesquisa: Encontramos os processos de subjetivação emergentes da clínica, como quem encontra uma mina de pedras preciosas e eles estão lá, materializados em esculturas e nas pinturas dissipadas para que todos possam ver. São obras que abrem espaço para que o sujeito se posicione de forma menos subjugada ao sintoma.

### **Primeiro dia no centro de convivência**

Ao adentrar minha primeira atividade na clínica, o grupo institucional, fui surpreendida pela acolhida dos participantes. Logo que cheguei, sentei na roda discretamente e uma paciente idosa olhou para mim e perguntou em tom de voz alto: "E tu aí? Quem é tu?". Fiquei constrangida, me apresentei e respondi que estava ali para pesquisar e aprender. Esperava desconfiança, sobretudo por parte daqueles que vivenciam quadros psicóticos, cujos podem ter percepções persecutórias. Carregava comigo o receio de que minha presença, aliada à proposta de pesquisa, pudesse ser vivenciada como uma forma de ameaça. Desde o início, uma das maiores inquietações era justamente a possibilidade de causar algum dano, ainda que involuntário, ao tocar em vivências tão delicadas.

Percebi que a possibilidade de falar sobre si mesmos é algo que lhes agrada. Contudo, há um temor compartilhado de serem vistos como "animais exóticos". Minha inserção no campo foi atravessada por essa preocupação. É preciso ser gentil como uma pluma para estar nesse lugar.

Recentemente, o grupo acolheu um novo membro, Hector, o qual posteriormente foi entrevistado por mim. Ele mencionou ter transtorno afetivo bipolar. Ele não consegue ficar sentado por muito tempo e constroi seu discurso metodicamente, como um edifício de palavras. Durante a rodada do grupo institucional, levantou-se constantemente, caminhando pela enorme sala do centro, falando com um tom alto e robótico. Segundo ele, a inquietação faz parte do transtorno.

Durante o grupo institucional, discutimos a presença de pessoas em situação de rua que, à noite, permaneciam próximas ao centro de convivência e, às vezes, faziam suas necessidades ali. Muitos reclamavam do cheiro, mas Hector foi o único a questionar a comoção falando "Vocês sabem como é não ter um banheiro? Como é não ter uma cama?". Seu posicionamento me fez refletir. Ele parece conter qualquer impulso de raiva dentro de um discurso extremamente calculado, feito sob medida para aqueles que o ouvem. Seu tom de voz, seus gestos – tudo nele soa meticuloso. Baixo, magro, negro, veste camisa social, suéter e óculos. Sua movimentação é precisa, como se o espaço físico estivesse dividido em quadrantes.

Ali, pude perceber que no centro de convivência há uma diversidade enorme de vivências e sofrimentos. Algumas pessoas estão em estados mais catatônicos, enquanto outras têm uma aparência e comportamento que podem não sugerir, à primeira vista, a necessidade de tratamento.

Estar na clínica durante tardes completas pôde me proporcionar momentos de ócio nos quais conversei com diversas pessoas. Os usuários desta clínica traçaram pegadas nesta cartografia e me atravessam suas linhas. Como nos dizem Deleuze e Guattari: "somos feitos de linhas. Não queremos apenas falar de linhas de escrita; estas se conjugam com outras linhas, linhas de vida, linhas de sorte ou de infortúnio, linhas que criam a variação da própria linha de escrita, linhas que estão entre as linhas escritas." (Deleuze & Guattari, 1980/2012, p. 72). Esses encontros me tornaram disponível para o emaranhado

singular que constitui cada sujeito, escutar essas linhas é deixar que algo de mim se desloque no contato com o outro.

Após o grupo, conheci Pedro, um analista de sistemas de uma grande empresa de Brasília. Ele fala com muito cuidado, quando o ouço, vem em minha mente a imagem de um colapso, uma explosão de seu corpo e a tentativa de agarrar todos os pedaços para que não voem. Sua vida parece matemática – ele pensa e se expressa em termos matemáticos, atribuindo significados próprios às palavras, tentando traduzir para mim enquanto fala.

Contou-me sobre sua relação difícil com a família e sobre a dor de estar afastado do trabalho, algo que afeta sua autonomia, principalmente a financeira, que para ele representa um caminho para um lugar melhor na vida.

Pedro carrega um caderno consigo, onde registra e carrega seus pensamentos. Ele também imprimiu um pequeno cubo que leva para todo lado, um objeto que usa para refletir sobre a resolução de problemas. De um lado, lê-se "problema", do outro, "propósito". Ele diz que aquele cubo o ajuda a organizar seus pensamentos. Quando contei a ele sobre a pesquisa, pareceu bastante empolgado e me presenteou com o cubo, para que ele me auxiliasse a analisar meus dados. Disse que poderia imprimir outro para si quando chegasse em casa.

### **Segundo dia no centro de convivência**

Atendendo a uma sugestão de Roberto, um dos pacientes, a equipe diretiva do centro de convivência organizou uma semana inteira dedicada à Consciência Negra. Não pude acompanhar todas as atividades que iriam ocorrer, mas estive presente novamente na quarta-feira daquela semana.

Nesse dia específico, tivemos um convidado especial, um psicólogo negro que já havia trabalhado nessa clínica no passado, para abordar a temática do racismo dentro e

fora da instituição em formato de roda de conversa. O grupo institucional iniciou normalmente, como de costume às 14 horas.

O psicólogo começou abordando os eventos históricos de maneira muito didática, falou sobre o processo de colonização no Brasil, e conseqüentemente, sobre a escravização. Traçou uma linha do tempo até os dias atuais para trazer a relevância das reflexões sobre as atitudes racistas no cotidiano. Ao passo que o mediador ia aprofundando a temática, vários pacientes levantavam as mãos para fazerem suas contribuições.

Nesse contexto, a roda de conversa operou como um analisador, retomando Rossi & Passos (2014), uma ferramenta provocadora de análise, capaz de explicitar os elementos da realidade institucional. Digo isso pois, é bastante intrigante, como pesquisadora, ter a oportunidade de observar de que forma conteúdos preconceituosos atuam em diferentes estruturas psíquicas.

As estruturas neuróticas operam com o recalque de conteúdos que possam ser ofensivos ou inaceitáveis socialmente. Há, de fato, um processo estrutural que atua como uma prisão desses conteúdos. Contudo, o recalque não os elimina, apenas os desloca para o inconsciente, de onde retornam disfarçados, sob a forma de sintomas ou atitudes projetivas, como o medo e a angústia. Fazendo uma aproximação entre o racismo e a xenofobia, segundo Duarte (2022), “tais medos e angústias originam o processo de auto-repressão, isso tanto pela cultura etnocêntrica e xenofóbica introjetada no sujeito, que passa a se sentir objeto frente ao outro, o diferente e desconhecido”. Não nos admira que medo, desejo, proibição, inibição e repressão estejam profundamente interligados às estruturas e processos culturais. O preconceito aparece, então, como uma forma de sustentar uma imagem de si supostamente íntegra, por meio da rejeição do diferente.

Na psicose, o mecanismo presente é a forclusão, ou seja, os conteúdos vertem ao Real, muitas vezes através da passagem ao ato. Nesse contexto, vários pacientes de naturezas psicóticas fizeram comentários racistas sem qualquer sombra de receio. De

acordo com Queiroz & Kobayashi (2016): “A passagem ao ato, a partir da psicanálise, trata-se de uma forma de estabilização do sujeito psicótico para se defender de uma angústia ocasionada pelo encontro com o Outro, ou seja, seria uma tentativa de cura encontrada pelo psicótico, contudo, uma tentativa perigosa, pois remete a atos violentos, agressivos e até criminosos.” Nesse contexto, a postura da equipe diante desses comentários é de corrigir com muita naturalidade, tendo em vista que uma postura rígida e culpabilizante não seria eficiente.

Depois, logo após o grupo, fizemos uma reunião de equipe. Nela, o psicólogo responsável pela roda começou a falar sobre sua vivência atuando com pacientes psicóticos. Ele conta que, em algumas crises que acompanhou, pacientes em crise psicótica aguda entoaram coisas como “Volte para a Bahia, que é o seu lugar!”. As crises psíquicas desnudam as barreiras sociais do ser humano, ele se torna livre de lei.

Além disso, ainda na reunião, soube um pouco mais sobre a história de Roberto – o paciente que sugeriu comemorarmos o dia da consciência negra na clínica. Segundo a equipe, Roberto era policial militar. O psicólogo que mediou a atividade explicou que há muitos policiais negros, e que talvez, a escolha dessa profissão seria uma tentativa de fugir do próprio estigma, de buscar outra interpretação para a vida. Além disso, Roberto sofreu três isquemias cerebrais. Seu braço, antebraço e mão apresentam limitações motoras. Seu quadro psicótico surgiu como consequência desse comprometimento. Apesar de ser um homem negro retinto, ele se descreve como "moreno" e afirma sofrer preconceito por ser assim, no entanto, afirma que deve ser muito pior para as pessoas negras.

### **Terceiro dia no centro de convivência**

Na lateral do prédio do centro de convivência, há uma porta que dá acesso a um pequeno jardim, espaço que se consolidou como o fumódromo da instituição. O jardim abriga plantas, uma pequena horta, cadeiras coloridas e paredes pintadas que dão vida ao

ambiente. Embora esteja à margem da estrutura formal da clínica, esse espaço desempenha um papel fundamental no cotidiano da instituição. É ali que, nos intervalos entre as atividades, muitos pacientes se reúnem para fumar, tomar café e conversar. É notável que o ato de fumar é extremamente comum entre os frequentadores, se torna um ritual compartilhado, um momento de troca e de criação de laços.

Em meio a esses rituais, conheci Marisa, a paciente que mais me tocou e, conseqüentemente, com quem mais me identifiquei. Essa aproximação afetiva evidencia a necessidade de retomar o conceito de implicação. Como destaca Romagnoli (2014), a implicação, na pesquisa institucionalista, refere-se à análise das relações que o pesquisador estabelece com o campo institucional em que atua, incluindo seus vínculos ideológicos, afetivos e profissionais. Nesse sentido, não é possível para mim manter qualquer esboço de neutralidade ao estar com essa paciente. A implicação, portanto, não é apenas um envolvimento subjetivo, mas um operador metodológico que desestabiliza a neutralidade do pesquisador e o convoca a refletir criticamente sobre sua posição no campo.

Marisa tem 61 anos, mas aparenta ser muito mais velha. Sua pele é manchada de sol, coberta de rugas, usa bengala e tem a coluna curvada. Paralelamente, tem uma clareza sobre a vida que poucas pessoas possuem. Clareza que, segundo ela, foi conquistada com décadas de terapia.

Ela conta que perdeu o irmão por volta dos 17 anos e após o ocorrido, sua família a enviou para a Noruega para ajudá-la a “esfriar a cabeça”. No entanto, foi nesse país, sem conhecer a língua, que ela teve sua primeira crise depressiva com necessidade de internação. Mal posso imaginar como deve ser estar em situação de risco de autoextermínio e nem ao menos conseguir se comunicar com as pessoas ao seu redor. Para Lacan (1981), “o inconsciente é, em seu fundo, estruturado, tramado, encadeado, tecido de linguagem”. Essa estruturação, usualmente feita por meio da língua materna, cumpre a função de libidinizar o sujeito, isto é, de integrá-lo psiquicamente. Sendo assim, como seria possível,

em um momento de tamanha vulnerabilidade, reintegrar-se por meio de uma língua jamais antes falada.

É possível construir aqui uma ponte com as experiências subjetivas de migração e exílio. O geógrafo Milton Santos (2007) reflete sobre as migrações, destacando os efeitos subjetivos desse deslocamento. Para ele, “[...] agridem o indivíduo, roubando-lhe parte do ser, obrigando-o a uma nova e dura adaptação em seu novo lugar. Desterritorialização é frequentemente uma outra palavra para significar alienação, estranhamento, que são, também, desculturização” (p. 82). Ao evidenciar a dor provocada pelas rupturas, o autor chama atenção para a perda da cultura como referência essencial para se situar no mundo. Assim, o foco recai sobre o sofrimento singular de quem migra.

A vivência de ser exilada por pais enlutados não querendo se haver com a dor e de ser enviada para um país gelado é demasiadamente dura para metabolizar e se agrava ainda mais se não há linguagem capaz de expurgar a dor.

Marisa passou 30 anos transitando entre internações, enfrentando depressões profundas e tentativas de suicídio. Em nossas conversas, ela sempre relacionava suas questões psíquicas à mãe, que era dependente química e tinha problemas graves de saúde mental. A relação entre as duas sempre foi marcada por uma ambiguidade de extremos amor e ódio.

Há seis anos, Marisa passou a realizar outros tipos de tratamento, como o oferecido pela clínica dia, onde ela passa o dia participando de atividades e retorna para casa à noite. Foi lá que ela descobriu a cerâmica como instrumento de cura. Marisa passou a criar pequenas estátuas de bichinhos e nomeá-las, isso tornou-se um processo terapêutico para ela.

Em uma conversa mais íntima, enquanto nós fumamos cigarros, Marisa me contou que sentiu um grande alívio quando sua mãe faleceu. Ela a amava muito, mas a relação era extremamente difícil. Sentiu que parte de seu sofrimento foi embora junto com sua mãe. Ao

final de nossa conversa, chorei e me emocionei. Sua fala curou algo dentro de mim. Marisa não sabe, mas esteve comigo aquela semana inteira e eventualmente me pego pensando em seu rosto.

É interessante traçar aqui o valor histórico do sofrimento psíquico. O sofrimento é algo profundamente enraizado nas relações, na história e na singularidade de cada sujeito. O sofrimento de Marisa é delicadamente oriundo de seus processos de subjetivação. Ele é tecido com perdas precoces, uma experiência de exílio afetivo e geográfico, e, sobretudo, por uma relação materna dolorosa.

Portanto, faço menção à obra de Freud (1917), Luto e Melancolia para sepultar o quadro depressivo-melancólico de Marisa. A elaboração da melancolia, conforme proposta por Freud (1917), só se torna possível quando o sujeito consegue deslocar a perda de um registro inconsciente para o reconhecimento simbólico da ausência do objeto, ou seja, se tornar um luto. Na melancolia, o objeto perdido é incorporado ao eu de forma inconsciente, e a agressividade dirigida a esse objeto volta-se contra o próprio sujeito, resultando em sentimentos de indignidade. Portanto, tomo a liberdade de dizer que de alguma forma, a morte da mãe de Marisa concretizou um luto através da literalidade da perda. Por vezes, o sofrimento de Marisa teve nome, sobrenome, CPF e endereço. A melhora na relação consigo mesma após a perda da mãe revela que, às vezes, o que adoce o sujeito não é apenas uma estrutura interna, mas a repetição contínua de vínculos adoecidos.

## **Entrevistas**

Foram entrevistados dois participantes, ambos pacientes do centro de convivência, com trajetórias e modos singulares de vivenciar o sofrimento psíquico grave: Lauro e Hector.

Lauro é um homem trans branco, de 37 anos, graduado em Psicologia, com histórico de tentativa de autoextermínio e diagnóstico psiquiátrico ainda impreciso, mas com

vivências dissociativas impactantes. Seu discurso é reflexivo e exprime um importante grau de elaboração simbólica e de consciência crítica sobre si e sobre os processos de cuidado.

Em contrapartida, há pacientes que se encontram em estados de maior desorganização psíquica, em que o sofrimento emerge de forma nua, ainda não representada. Este é o caso de Hector, homem negro de 25 anos, que apresenta um discurso fragmentado e intensamente atravessado pela urgência do sofrimento. O participante demonstra negação completa do adoecimento e uma relação mais difícil com a realidade compartilhada.

A dualidade entre os dois participantes irá nortear esta reflexão, evidenciando a diversidade do sofrimento psíquico e seus processos de subjetivação. A diferença entre esses dois modos de estar no mundo não deve ser pensada em termos de "mais" ou "menos" adoecidos, mas como expressões singulares de um sofrimento que pode se apresentar de forma caótica, organizada, resistente, silenciosa ou excessiva. Por fim, para analisar as informações construídas durante as entrevistas, sobretudo a respeito da descrição dos participantes de si mesmos, é preciso retomar o conceito de estética para a Análise Institucional. Nesse sentido, citando Farina et al. (2011):

“O caminhar de um sujeito se assemelha à sua estranha aventura. O ritmo pode estar encharcado de silêncios e dúvidas, no tempo em que seus passos o levam para direções movediças e quentes. Um sujeito, quando se move, atende aos excessos do mundo. Ele se faz a partir de entregas, sente o olho da vida que o faz transbordar e o toma. Hóspede estrangeiro. Pouco a pouco, um percurso se envolve em uma trama que convida o ser e o corpo a comporem uma nova melodia, como se, entre lutas e orgias, fosse possível o encontro entre sonho e desmanche. Em uma costura de singularidades, o tempo é dado à invenção de si, à estética da existência, em uma espécie de obra que se desdobra em contornos impiedosos e sutis.”(p.297)

Sendo assim, ambas as entrevistas iniciaram com a pesquisadora pedindo aos participantes, de forma bastante descontraída, que contassem um pouco sobre suas vidas. Nesse contexto inicial de apresentação, emergiram elementos importantes da autoimagem de Lauro, que denotam um processo contínuo de reconstrução subjetiva atravessado por eventos significativos, como a transição de gênero. Ao perguntar como se descreveria para alguém que não o conhece, Lauro descreveu-se como reservado, centrado na solitude e em vínculos mais seletivos. Sua narrativa é de uma reconfiguração da própria imagem, que agora valoriza a autenticidade e o cuidado de si, indicando um percurso de fortalecimento da autonomia subjetiva e um afastamento dos papéis performáticos.

Enquanto isso, Hector se apresenta de maneira expansiva e metafórica, utilizando a ideia de "infinito" para expressar sua identidade. Sua autoimagem não se organiza objetivamente ou com características sociais reconhecíveis, mas por uma estética de abertura radical, de ausência de limites. Essa forma de se descrever pode indicar inicialmente um desejo de liberdade mas também pode estar relacionada a uma fragilidade na construção simbólica do eu, comum em quadros psicóticos. Há uma forma de autoficção em seu discurso, por outro lado, sua dificuldade em se nomear ou delimitar sugere uma autoimagem menos estruturada, que transborda para além dos contornos tradicionais da identidade, revelando tanto potência quanto vulnerabilidade em sua forma de estar no mundo.

### ***Experiência com sofrimento psíquico***

O sofrimento psíquico pode ser compreendido como uma impressão digital: único, irrepetível, inscrito de forma singular em cada sujeito. Mais íntima que a própria carne, a dor carrega traços de uma história que é só sua. Assim como não há duas digitais iguais no mundo, também não há dois sofrimentos idênticos. Cada um manifesta-se como uma assinatura existencial. Apesar das diferenças estruturais evidentes, ambos os entrevistados

compartilham experiências de abandono, violência e tentativas de reconstrução subjetiva em meio ao caos. As marcas deixadas por relações familiares desestruturantes parecem ter contribuído, em graus distintos, para a configuração dos quadros atuais.

A experiência de Lauro com o sofrimento psíquico começou muito cedo. Ainda criança, já manifestava comportamentos considerados “problemáticos”, como crises, automutilações e dificuldades escolares. Lauro afirma ter sido “a criança que dava trabalho” ao mesmo tempo, relata que cresceu em um ambiente familiar hostil, que também lhe “deu muito trabalho”, especialmente por ser uma criança gorda, submetida a dietas rigorosas, comentários cruéis e práticas de controle alimentar humilhantes. Segundo ele, passou a ser psiquiatrizado muito cedo, ainda na pré-adolescência. A medicalização precoce é mencionada como parte de um histórico de olhares que tentavam explicar o sofrimento de Lauro sem acolher sua complexidade.

Além disso, ele relata que, ainda muito novo, passou por diversos episódios de fraturas e uso de gesso, entre 16 e 18 vezes, em um comportamento repetitivo e proposital de se machucar. Essa prática, que à época parecia dissociada de dor ou intencionalidade clara, é ressignificada por ele hoje como um comportamento repetitivo sintomático. Lauro relata ter provocado situações que poderiam levá-lo a se machucar, como pular de alturas em uma perna só, e que não se recorda do sofrimento físico, apenas do engessamento em si. Ele associa esse comportamento a uma experiência precoce com o controle do corpo e da imagem, influenciada por uma fala de outra criança que estava sobrepeso. Ao ouvir que o gesso “escondia o peso real na balança”, interpretou isso como se quebrar o corpo pudesse, de alguma forma, esconder ou modificar aquilo que era alvo de humilhação constante.

Embora Lauro não tenha nomeado formalmente um diagnóstico, sua experiência subjetiva permite pensar em manifestações de sofrimento psíquico grave do tipo psicótico. Um elemento recorrente nesses quadros é a vivência de estranhamento em relação ao próprio corpo. muitas vezes percebido como algo indiferente ou até desconectado do eu. Sensações

corporais como dor, fome, frio ou desejo sexual, podem ser experimentadas com insensibilidade (Queiroz & Costa, 2010). Grande parte do sofrimento de Lauro se expressava de forma corporal, silenciosa e pouco compreendida pelos adultos ao seu redor. A repetição das fraturas pode ser lida como uma forma de comunicar um mal-estar que não encontrava linguagem.

Segundo Queiroz & Costa (2010), a partir de autores como Lazzarini & Viana (2006), é possível compreender que foi com Freud, no início do século XX, que se inaugurou uma abordagem psicanalítica sobre o corpo. Suas investigações sobre a histeria transpareceram a presença de um corpo atravessado pela linguagem e pelos conflitos psíquicos, um corpo simbólico que se diferencia do corpo meramente biológico, mas com ele coexiste. Assim, sintomas de origem não orgânica podem se inscrever no corpo de forma encarnada.

Ao longo da adolescência e juventude, esse sofrimento ganhou contornos ainda mais intensos, somando-se ao conflito com sua homossexualidade em uma família religiosa e a um ciclo de diagnósticos psiquiátricos sucessivos (borderline, bipolaridade, depressão, ansiedade). No entanto, Lauro rejeita qualquer tentativa de ser reduzido a essas categorias. Para ele, o diagnóstico chancela o sofrimento, mas não o explica, ao contrário, pode alienar ainda mais o sujeito de si mesmo. Aos 18 anos, ele teve uma tentativa de suicídio, logo depois, ingressou na faculdade de Psicologia. Ele conta que, ironicamente, o primeiro paciente que atendeu na residência foi justamente uma pessoa que também havia tentado suicídio. Comenta sobre uma espécie de "lei da atração" entre psicólogos e pacientes, quase como se houvesse uma associação natural entre suas histórias.

Lauro fala também sobre os sintomas mais recentes — os pensamentos e falas intrusivas — que explicitam o quanto o sofrimento pode ultrapassar os limites da racionalidade. Fala sobre lavar a louça e, de repente, sua boca proferir frases como “eu quero me enforcar” ou “eu vou me matar”, revelando um automatismo perturbador, uma espécie de cisão entre o que pensa, sente e diz, como se parte de sua subjetividade

operasse à revelia. Essa vivência remete à ideia de um “inconsciente escancarado”, como menciona na entrevista.

Em função desses sintomas, há dois anos solicitou afastamento do trabalho e se viu obrigado a se institucionalizar. Para Ribeiro (2007), a experiência da loucura pode ser correlacionada com a experiência do desemprego. As explicações sociais, por sua vez, rotulam o "louco" como alguém estigmatizado, vivendo sob o peso da identidade socialmente marginalizada. Em nosso contexto mundial, o desemprego, fenômeno psicossocial crescente, também sujeita indivíduos a rótulos e estigmatização, responsabilizando-os individualmente por sua situação. Lauro afirma que o sofrimento não se reduz à presença dos sintomas dentro do centro de convivência, mas que o maior desafio é “o lado de fora”: como lidar com a vida cotidiana diante de um mal-estar persistente e, até agora, resistente ao tratamento medicamentoso.

Ao refletir sobre sua trajetória, Lauro começa a desenhar uma ética própria de convivência com a loucura, onde não há mais a busca por “normalidade”, mas um esforço de aceitação e de negociação com seus sintomas. Dentro da narrativa, é possível ver o surgimento de um sujeito ético. De acordo com Costa (2020), na perspectiva de Deleuze e Guattari, a ética é uma prática viva e imanente de experimentação com a própria existência. Ser ético é estar atento às forças que atravessam o corpo e o pensamento, avaliando os modos de vida que potencializam ou empobrecem a capacidade de agir, sentir e pensar. Em vez de desejar se ajustar ao mundo, questiona se o mundo é capaz de suportar sujeitos como ele. Lauro afirma estar “em vias de suportar” sua própria loucura.

Hector, por sua vez, foi adotado na infância, vivenciou múltiplos contextos familiares marcados por instabilidade, racismo velado e foi exposto a sexualização precocemente pelos adultos de sua família. Seu relato é fragmentado, com pensamento repleto de associações livres e pouca orientação temporal. Sua descrição de história de vida foi bastante longa com fugacidade de ideias. Costa (2001) discute como a relação entre a família e o sujeito psicótico pode configurar-se como uma dinâmica de codependência

subjetiva. A partir dessa perspectiva, é possível pensar que os sintomas psicóticos carregam uma dimensão condicionada pelas experiências familiares precoces, enraizadas nas interações afetivas e simbólicas com o meio. Assim, pode-se supor que a angústia se retroalimenta entre o sujeito e sua rede, numa dinâmica em que os modos de subjetivação funcionam como espelho dos desafios compartilhados.

Ainda com relação à experiência com o sofrimento, a fala de Hector revela uma construção subjetiva profundamente marcada pela tensão entre liberdade e imposição. Seu discurso aponta que a percepção de sofrimento está ligada a momentos em que sua autonomia foi ameaçada, quando outras pessoas tentaram impor análises, diagnósticos ou decisões sobre ele. Hector relata um episódio em que foi levado a um CAPS quando morava em Florianópolis, em que possivelmente estava em crise, e descreve que os efeitos da institucionalização e da medicação forçada, que para ele não só foram desnecessários como potencialmente mais danosos do que o próprio sofrimento psíquico. Relata não estar ingerindo seus medicamentos atualmente e ter escolhido parar por conta própria.

Sua recusa ao diagnóstico de bipolaridade também deve ser lida nesse contexto. Hector constrói uma narrativa na qual o sofrimento não nega sua lucidez, pelo contrário, é parte de um percurso subjetivo que ele mesmo reivindica como transformador. Ele traz uma metáfora sobre “beber a água da sabedoria” que traduz sua paixão pela vida, ele afirma que o sofrimento é uma forma de adquirir conhecimento sobre a vida que deve ser aproveitada. Essa recusa à patologização pode ser compreendida também como uma forma de resistência subjetiva, em que Hector se apropria de sua trajetória e a reconfigura em termos de aprendizado, espiritualidade e reinvenção. Assim, ele se apresenta como um “aluno da vida”.

### ***Experiência com o tratamento***

A experiência de Lauro com o tratamento no centro de convivência tem sido também uma reconstrução de vínculos sociais. Ele relata que, ao contrário do mundo “lá fora”, onde comportamentos não normativos costumam ser recebidos com estranhamento, o espaço do centro de convivência oferece uma aceitação radical da diferença. Para Lauro, isso é essencial: “aqui, é possível estar em um dia ruim, falar ou agir de maneira desconexa, e ainda assim ser acolhido com um bom dia, um abraço ou uma escuta sincera”. Ele valoriza o cotidiano como dispositivo terapêutico, segundo ele, as relações se constroem de maneira espontânea e atravessam barreiras geracionais. Lauro relata que “aqui é possível ter uma amizade com uma senhora de 70 anos, algo que dificilmente aconteceria fora desse espaço”. Afirma que pessoas recém-chegadas são incentivadas a se engajar desde o primeiro momento. Seu conselho aos “novatos” é direto: “chega chegando”. Participar das atividades, interagir com outras pessoas, experimentar os recursos do centro, tudo isso, segundo Lauro, tem efeitos transformadores.

A experiência de Hector com o tratamento é de uma relação não convencional com o espaço institucional. Como ele não se identifica como “paciente”, recusa esse rótulo por associá-lo à passividade. Em vez disso, afirma se ver como um “aluno”. Para ele, o centro de convivência funciona como uma escola de afetos, onde se aprende diariamente com as histórias e dores dos outros frequentadores. Ele compara essa relação à imagem de uma floresta, onde cada pessoa é uma árvore única, com galhos delicados, e o cuidado consiste em caminhar entre elas com delicadeza. Por outro lado, Hector observa com certo cansaço a repetição de dores de outros pacientes que, segundo ele, “se tornam cristalizadas com o tempo”. Ele reclama que muitos, ao invés de elaborarem seus sofrimentos, permanecem presos a eles.

### ***Relações interpessoais***

A experiência de Lauro nas relações interpessoais é notada por desafios de vínculo e pela necessidade constante de adaptação. Lauro conta que o relacionamento que tem com a mãe embora não seja ruim, permanece superficial por conta de diferenças profundas em gostos, modos de pensar e de estar no mundo, que dificultam a espontaneidade. Há, portanto, uma aceitação dos limites emocionais para evitar atritos que poderiam causar sofrimento maior. Já com os irmãos, a relação é menos frequente, mas, quando ocorre, é profunda. Quanto às amigas, Lauro privilegia um pequeno círculo de amigas de longa data, com quem mantém relações de grande apoio e reciprocidade.

Quanto ao campo afetivo, Lauro relata de forma jocosa estar em celibato voluntário há dois anos, após longos períodos de relacionamentos instáveis, incluindo um casamento de seis anos que terminou, para ele, de forma traumática. Ele reconhece e nomeia o impacto negativo que relações amorosas podem ter tido sobre sua saúde mental, especialmente pelo excesso de intimidade, que passou a evitar por medo dos atritos e suas consequências. Lauro menciona que, apenas após o divórcio, pôde perceber plenamente a presença de dinâmicas abusivas. Nesse raciocínio, Lauro conecta, brilhantemente, suas experiências amorosas às relações familiares, destacando um padrão de repetição de vínculos problemáticos. Afirma que o celibato é uma proteção de um “mal” que está profundamente enraizado.

Em contraponto, Hector apresenta uma relação bastante singular com seus vínculos interpessoais e dentro disso, é imprescindível ressaltar que não é possível saber ao certo se as informações descritas por ele são factíveis ou construções delirantes.

Hector propõe uma visão horizontal das conexões familiares. Ele confirma sentir afeto e carinho reciprocamente por todos os seus parentes, independentemente das dificuldades ou histórias passadas. Contudo, ao longo da entrevista, Hector afirmou ter sofrido desde a infância discriminação por ser uma pessoa negra em sua família adotiva. É possível traçar a possibilidade do carinho relatado ser uma estratégia de negação. Dito isso,

ele ressalta não sentir-se emocionalmente dependente deles e não vê os laços familiares com o peso tradicional dos vínculos de sangue, mas sim como “companheiros de jornada”.

Nas relações sociais e amorosas, Hector afirma que suas intenções românticas ultrapassam o interesse físico ou superficial. Ele fala de suas relações amorosas como “transbordantes”, não focadas no sexo ou na aparência, e sim na conexão e no contato genuíno. É interessante notar que ele também se engaja em uma espécie de “pesquisa de campo” afetiva, experimentando relações com diferentes pessoas. Inclusive, manteve um relacionamento duradouro com uma profissional do sexo, que o fez entender melhor a dinâmica do contato humano pois, segundo ele, “são mulheres que carregam muita sabedoria”. Hector parece estar sempre buscando um tipo de crescimento pessoal que se nutre das interações cotidianas, independentemente do formato dessas relações.

Nesse sentido, Hector afirma ter se tornado “quengo”. Como não compreendi de início, perguntei o que ele queria dizer exatamente e ele especificou que significava trabalhar como acompanhante e profissional do sexo. E novamente, ressaltou a profundidade das conexões humanas que ele estabelece nesses contatos. Ele caracteriza a função de acompanhante como um verdadeiro exercício de empatia e escuta. Hector menciona que essa atividade o coloca em contato com pessoas que, muitas vezes, carregam dores, sofrimentos e histórias complexas, especialmente mulheres que vivem situações difíceis, como traições ou solidão.

Hector também menciona a forma como é percebido pelos outros, e revela uma postura de modéstia e até de resistência a elogios ou a rótulos que o colocam em uma posição de “saber demais” ou “professor” por ser muito estudioso. Ele prefere ser visto como uma pessoa simples, que “caminha junto”, sem hierarquias.

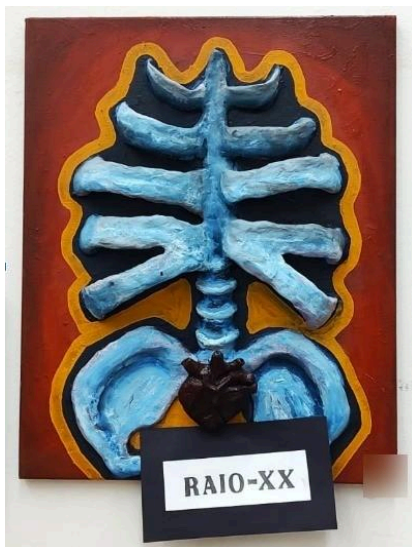
### ***Estratégias de resistência***

Mesmo antes da intervenção clínica, é possível observar como certos sujeitos em sofrimento psíquico grave produzem gestos de resistência no modo como habitam o mundo.

Inspirando-se em Foucault, Nardi & Silva (2005) apontam que a resistência não se propõe ser unicamente oposição, mas também criação. Ou seja, opera como movimento ético por meio do qual o sujeito contesta estigmas e constrói alternativas de subjetivação. Nesse sentido, práticas singulares de enfrentamento, sejam artísticas, espirituais ou relacionais, podem ser compreendidas como formas de cuidado que nascem da recusa em ser completamente capturado pelos discursos patologizantes.

Assim, Lauro desenvolveu, ao longo de sua trajetória com o sofrimento psíquico, estratégias de enfrentamento extremamente refinadas, chamou isso de “protocolo de sobrevivência pessoal”. Com vivência intensa de crises suicidas, ele construiu um repertório de respostas próprias para lidar com momentos de maior vulnerabilidade. Seu protocolo se baseia em saber identificar ideias suicidas. Ele aciona medidas concretas para “ganhar tempo”, reconhecendo que estados emocionais extremos, como desespero ou humilhação, embora avassaladores, não são sustentáveis por longos períodos. Assim, busca recursos que a afastem do isolamento e da passividade, como recorrer a uma rede de apoio, marcar sessões com psicólogo, acionar serviços como o CVV ou simplesmente garantir que não estará sozinho.

Entre esses recursos, a arte se mostrou ser uma forma de medicação simbólica que, segundo ele, é sua “economia de olanzapina”. As obras de Lauro são expostas na parede da clínica e me tocaram pela extrema sinceridade. Sua produção artística exprime sua relação conflituosa com o próprio corpo. Ele pinta mãos, corpos, esqueletos, usando cerâmica fria, tinta acrílica e tela. São de uma nudez sensível, que também traduzem seu sintoma. Em uma de suas obras, os órgãos estão em lugares não convencionais, como no caso da obra Raio XX, em que o coração é pintado na bacia.

**Figura 4***Raio XX*

*Nota.* Assinatura da obra censurada para proteger o anonimato do autor.

Pintando, esculpindo ou estudando, ele busca atividades capazes de presentificar, trazê-lo para o “aqui e agora”, retirando do fluxo mental do passado e das ansiedades do futuro. Sua fala traduz uma sabedoria prática sobre o tempo, Lauro fala que o tempo da crise deve ser atravessado, e só é possível fazê-lo estando inteiro no momento presente. Para Lauro, enfrentar o sofrimento envolve esse exercício constante de se enraizar no presente, de encontrar nas mãos, no corpo e no gesto, uma via de retorno à vida.

Enquanto isso, as estratégias de enfrentamento e cuidado de Hector são baseadas em práticas de espiritualidade. Ao falar de seus momentos de dor ou mal-estar, ele descreve práticas que envolvem ouvir canções com letras “esotéricas” significativas, capazes de atravessar suas emoções e promover um tipo de “cura” pela comoção. Hector explica que segue a letra das músicas com atenção e chora conscientemente, honrando sua trajetória de vida através desse ritual. Ele entende esse movimento como um processo de metabolização emocional. A música, nesse sentido, funciona como uma tecnologia espiritual que permite que suas dores sejam sentidas com intensidade e suavizadas.

Seja pela vivência do transtorno mental ou das experiências espirituais, a espiritualidade é um importante constitutivo da subjetividade. Koenig (2007) aponta que a religião frequentemente está entrelaçada às crenças e vivências de pacientes com quadros psicóticos, sendo um elemento recorrente em suas narrativas. Segundo o autor, aproximadamente um terço dos episódios psicóticos possuem conteúdos de natureza religiosa, o que evidencia como a espiritualidade pode atravessar de forma significativa a estrutura do delírio e a elaboração do sofrimento.

Contudo, há uma diferenciação impactante entre o conteúdo da espiritualidade e o conteúdo dos delírios e alucinações. Os sintomas patológicos costumemente carregam conteúdo bizarro e sofrimento psíquico (Mano & Costa, 2010), ao contrário das experiências religiosas. É possível supor que, apesar do quadro psicopatológico de Hector, há um atravessamento positivo da espiritualidade que promove bem-estar.

Hector narra com riqueza de detalhes uma vivência intensa na Chapada dos Veadeiros, quando ouviu a voz de sua guia espiritual pedindo que olhasse para a lua. A natureza silenciou, o vento cessou e ele testemunhou as árvores vibrando em uma luz branca, como se tudo ao seu redor estivesse se transfigurando. Nessa cena, ele ouviu uma voz que lhe falava sobre o infinito, sobre a limitação da consciência humana e sobre o pertencimento a algo muito maior. Para Hector, essas experiências são profundamente reais e estruturam sua visão de mundo, sua resistência se dá através através dessa escuta.

### ***Perspectivas para o futuro***

Ao final da entrevista, foi perguntado aos participantes como se sentiam em relação ao futuro. Sabe-se que esse assunto é potencialmente doloroso para pessoas com questões de saúde mental. O adoecimento, muitas vezes, é capaz de estagnar a vida do sujeito. Pensar sobre o futuro não é algo que costuma ser motivador.

Quando lhe foi perguntado, Lauro expôs suas feridas abertas. Ele fala sobre a ausência de perspectiva e de um vazio existencial. Ele descreve essa falta de horizonte como uma de suas maiores fontes de sofrimento no presente. Segundo ele, após dedicar 18 anos à psicologia, hoje se vê num lugar de suspensão, onde não sabe se faz sentido retornar ao campo ao qual dedicou tanto. Essa incerteza não é apenas profissional, mas também é identitária. Sentir-se sem trabalho, em uma cultura que atrela valor à ocupação, o coloca em um lugar de questionamento profundo sobre quem é e para onde vai.

Essa crise remete uma urgência de pertencimento. Lauro fala com clareza sobre como o trabalho opera como um marcador de identidade na sociedade, segundo ele “a gente é alguém na medida em que tem uma profissão”. Mesmo discordando dessa lógica enrijecida, ele reconhece o sofrimento que emerge quando não consegue se inscrever nesta norma. Estar institucionalizado, como ele diz, é em parte consequência desse esvaziamento de sentido e da dificuldade de imaginar um caminho viável fora da lógica produtivista.

Em contraponto, as perspectivas de futuro de Hector estão orientadas por um desejo profundo de conhecer o mundo em sua diversidade. Ele fala com entusiasmo sobre explorar culturas, ideologias e modos de cuidar, nas palavras de Hector: “desejo saber como um psicólogo indiano escuta, como um terapeuta chinês compreende o sofrimento”. Sua aspiração é navegar pela “faculdade do mundo”, como chama. Hector também reconhece os privilégios que possui, uma boa condição material, terras herdadas na Chapada dos Veadeiros, liberdade para circular e tempo para viver no próprio ritmo. Ele afirma ter conquistado tudo que precisava no plano material, e agora quer concretizar aquilo que realmente importa para ele.

Diante das perspectivas apresentadas pode-se afirmar que não há como pensar em cuidado em saúde mental sem pensar no fluxo de retorno do paciente ao seu laço social. O futuro pode ser um grande gestor de sofrimento psíquico e, embora Hector não tenha sofrimento aparente, sua posição serve para refletirmos sobre o oposto: a realidade de

inúmeras pessoas com um quadro de sofrimento semelhante que não possuem algum amparo material. Nessa direção, é notório pensar que o tratamento deve ser uma atitude emancipatória.

### **Considerações finais**

A partir do percurso traçado nesta pesquisa, é possível afirmar que apesar das idiossincrasias que singularizam cada participante, há vivências que se cruzam ou se tangenciam, compondo um campo comum de experiências. Cada trajetória é única, no entanto, emergem linhas que atravessam todos os relatos e que dizem respeito, sobretudo, ao modo como o laço social se configura enquanto dispositivo produtor de adoecimento psíquico.

Dentre esses laços, a instituição familiar aparece como o ponto de partida mais recorrente, sempre associada à origem das dores mais profundas. Ainda que a psicologia e a psicanálise há muito reconheçam que esse campo é por vezes destrutivo, esse reconhecimento ainda não alcançou o senso comum de forma efetiva. A persistência da imagem da família como lugar de proteção e amor incondicional contribui para uma alienação coletiva em relação ao sofrimento. Tudo aquilo que é íntimo é capaz de acalantar, mas também é capaz de ferir mais fundo.

A proximidade afetiva, ao invés de garantir segurança, pode operar como mecanismo de silenciamento do sujeito. Assim, o sofrimento que emerge da família frequentemente se mascara, se banaliza ou se torna indizível, contribuindo para a cristalização da dor como fracasso individual, e não como efeito de relações sociais adoecidas.

Ainda sobre o laço social, os estigmas e preconceitos são importantes agenciadores de sofrimento psíquico. A sexualidade, o gênero, a raça e a condição mental operam como marcadores que incidem diretamente sobre as existências dos sujeitos. Lauro, por exemplo, vivencia o sofrimento desde a infância pelo controle estético e moral sobre seu corpo, anterior à transição de gênero. Roberto e Hector, homens negros, carregam em suas

narrativas não apenas sofrimento individual, mas também o peso do racismo estrutural. Mesmo em uma população que não se encontra em situação de vulnerabilidade econômica, o sofrimento de classe ainda se inscreve pelas exigências de produtividade e adaptação.

Um outro fator recorrente é que o sofrimento psíquico grave tende a se retroalimentar. Parte dos participantes desta pesquisa já apresenta, em alguma medida, maior autonomia na relação com sua dor, no entanto, observa-se que a clínica é repleta de sujeitos que ainda têm pouca consciência sobre o próprio sofrimento.

Nesses casos, quanto mais o sujeito adocece, mais a doença se confirma para ele. Se alguém delira sobre estar sendo perseguido, cada olhar desconhecido reforça essa crença, tornando quase impossível resgatar o sujeito deste lugar. Para sair dessa lógica, a pessoa precisa criar uma relação de consciência consigo mesma, contudo, essa consciência não surge do nada.

É necessário pontuar: o sofrimento é autoerótico. É um inferno pessoal, um local solitário, do qual não se pode ser resgatado por um outro. É necessário o desejo de sair e a perda do contato com a realidade dificulta esse movimento. O que quero dizer é que há um certo gozo no sofrimento, há um pedaço do sujeito que agarra e beija sua própria dor. As práticas de automutilação, comum em diversos quadros de sofrimento psíquico, nos dão pistas de como se manifesta essa relação íntima e paradoxal com a dor. Segundo Cedaro & Nascimento (2013), “ao cortarem a própria pele, evidenciam o interessante/perigoso universo em que estão presas, mas por meio dessa ação esboçam um pedido de socorro e uma maneira de se sentir e se manter vivas.”.

Por fim, mapear uma cartografia vai muito além de construir uma ética, é também uma poética. O discurso dos participantes também nos remete a ideia de resgate. Há uma senhora, cujo nome não lembro, que me marcou muito. Sempre que a via, sentia como se ela estivesse presa dentro de uma gaiola dentro de si. Sua cabeça parecia um grande vazio, como um balão sem conteúdo. Os olhos dela ficavam fixos no mesmo ponto por horas, piscava pouco ou quase nada. Sua presença parecia encapsulada em uma realidade passada. Quando falamos de sofrimento psíquico grave, muitas vezes estamos falando de

um agravamento de um quadro clínico negligenciado por tempo demais. Algo que, se tratado com qualidade desde o início, poderia ter se tornado bem menor e menos impactante.

Ainda assim, mesmo nesses quadros em que a dor parece ter tomado todo o espaço de dentro é possível falar em resgate. O que se resgata, nesse caso, é uma nova forma de estar no mundo, que produz resistência. O centro de convivência surge como esse território onde o tempo não é cronometrado pela produtividade, mas pela possibilidade de relação. Lá, o olhar que encontra o outro, o gesto que oferece café, a partilha de um silêncio são, muitas vezes, os primeiros sinais desse resgate. Mesmo quando a fala escasseia, o laço social pode operar como um fio que costura, aos poucos, a possibilidade de existência. A arte, o afeto, o convívio e a escuta são forças delicadas capazes de cavar espaço no solo endurecido do sofrimento crônico. E, nesse processo, o sujeito talvez não se cure, mas se reencontre não tão próximo, mas não tão distante das trevas.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Andrade, E. A. de, & Silva, M. de F. F. da. (2023). Arte como estratégia de cuidado para a saúde mental. *Cordis: Revista Eletrônica De História Social Da Cidade*, (30), 108–125. <https://doi.org/10.23925/2176-4174/v2.2023e64443>
- Briggs, R., & Rinaldi, D. (2014). O sujeito psicótico e a função do delírio. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 416–430.
- Campos, T. A. F. C., & Souza, A. C. (2016). Experiências de loucura: Do neo-higienismo contemporâneo às práticas autônomas de ser e estar no mundo. Em B. S. Bandeira, C. A. K. Valeirão, & S. Schio (Eds.), *II Seminário Internacional Michel Foucault: Cinquentenário de As palavras e as coisas*, 289–317.
- Cava, A. (2023). *O anti-Édipo e a psicanálise: A crítica de Deleuze e Guattari ao inconsciente nas obras de Freud e Lacan*. CEFA Editorial.
- Cedaro, J. J., & Nascimento, J. P. G. do. (2013). Dor e gozo: Relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, 24(2), 203–223.
- Costa, I. I. (2001). Mal-estar, subjetividade e psicose: Reflexões a partir do sistema familiar. *Revista Subjetividades*, 1(1), 124–137.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: ABRAFIPP.
- Costa, I. I. (2006). Adolescência e a primeira crise psicótica: Problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave [Manuscrito não publicado].

- Costa, I. I. (2010). Crises psíquicas “do tipo psicótico”: Distanciando e diferenciando sofrimento psíquico grave de “psicose”, *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: Caminhos para uma abordagem complexa* (Vol. 1, pp. 57–63). Brasília: Kako Editora.
- Costa, L. B. (2020). A cartografia parece ser mais uma ética (e uma política) do que uma metodologia de pesquisa. *Paralelo 31*, 2(15), 10.
- Dalgalarrondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.
- Dalgalarrondo, P., & Vilela, W. A. (1999). Transtorno borderline: História e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(2), 52–71.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1976). *O anti-Édipo: Capitalismo e esquizofrenia*. Imago.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2012). *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia 2* (Vol. 3). Editora 34. (Trabalho original publicado em 1980).
- Duarte, M. B. (2022). *Etnocentrismo, xenofobia e medo: Pulsão, repressão e recalque como medo oculto do outro, do desconhecido, do diferente e do diverso* [Monografia de graduação, Universidade Federal Fluminense].
- Elkis, H. (2013). *Saúde mental*. UFMA/Una SUS.
- Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., & Möller, H.-J. (2006). Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: Tratamento agudo. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33, 7–64.
- Farina, J. T., Barone, L. R., Fonseca, T. M. G., & Moehlecke, V. (2011). A construção social do presente: Ética, estética e política. *Psico*, 41(3).

- Ferreira Neto, J. L. (2018). A analítica da subjetivação em Michel Foucault. *Revista Polis e Psique*, 7(3), 7–25.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits, 1954–1988, Tome I: 1954–1969*. Gallimard.
- Foucault, M. (1995). Sobre a genealogia da ética: Uma revisão do trabalho. Em P. Rabinow & H. Dreyfus, *Michel Foucault: Uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)* (pp. 231–249). Forense Universitária.
- Foucault, M., Deleuze, G., Guattari, F., & Castel, R. (1984). *Michel Foucault, un parcours philosophique: Au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*. Gallimard.
- Frayze-Pereira, J. A. (2020). A vida como obra de arte. *Ide*, 42(70), 7–10.
- Freud, S. (1976). O caso Schreber. Em *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996a). A dissecação da personalidade psíquica. Em *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 63–84). Imago. (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (1996b). A perda da realidade na neurose e na psicose. Em *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 205–239). Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (2006). Construções em análise. Em *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (2010). Luto e melancolia. Em *Obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 170–194). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).

- Gil, A. C. (2017). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (1996). *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Vozes.
- Guirado, M. A. (2004). Análise institucional de Georges Lapassade. Em M. Guirado, *Psicologia institucional*. EPU.
- Hur, D. (2021). Cartografia das intensidades: Pesquisa e método em esquizoanálise. *Práxis Educacional*, 17(46), 275–292.
- Itaú Cultural. (2024). Arthur Bispo do Rosário. Em *Enciclopédia Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileira*.  
<http://enciclopedia.itaucultural.org.br/pessoa10811/arthur-bispo-do-rosario>
- Kastrup, V. (2008). O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. Em L. R. Castro & V. L. Besset (Orgs.), *Pesquisa-intervenção na infância e juventude* (pp. 465–489). Trarepa/FAPERJ.
- Kastrup, V. (2015). O tátil e o háptico na experiência estética: Considerações sobre arte e cegueira. *Trágica: Estudos de Filosofia da Imanência*, 8(3).
- Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34, 95–104.
- Lacan, J. (1981). *O seminário: Livro III: As psicoses*. Zahar.
- Lapassade, G. (1977). *Grupos, organizações e instituições*. Francisco Alves.
- Lazzarini, E. R., & Viana, T. D. C. (2006). O corpo em psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 241–249.
- Lourau, R. (2004). Objeto e método da análise institucional. Em R. Lourau, *René Lourau: Analista institucional em tempo integral* (pp. 66–86). Hucitec.

- Mano, R. P., & Costa, I. I. (2010). Psicologia, religião e sofrimento psíquico grave. Em C. M. C. Dimenstein, J. F. R. Souza, & I. I. Costa (Orgs.), *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: Caminhos para uma abordagem complexa* (Vol. 1, pp. 142–172). EDUFRRN.
- Mansano, S. R. V. (2009). Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2).
- Martins, J. B. (1996). Observação participante: Uma abordagem metodológica para a psicologia escolar. *Semina: Ciências Sociais/Humanas*, 17(3), 266–273.
- Mexko, S., & Benelli, S. J. (2022). Psicoterapia no Centro de Atenção Psicossocial: O tratamento de sujeitos com neuroses graves. *Revista Subjetividades*, 22(3), e12764.
- Minayo, M. C. S. (2009). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Nardi, H. C., & Silva, R. N. (2005). Ética e subjetivação: As técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. Em N. M. F. Guareschi & S. M. Hüning (Eds.), *Foucault e a psicologia* (pp. 93–105). Abrapso-Sul.
- Nicolino, P. S., Vedana, K. G. G., Miasso, A. I., Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2011). Esquizofrenia: Adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 708–715.
- Osório, L. C., & Valle, M. E. P. d. (2011). *Manual de terapia familiar* (Vol. 2). Artmed.
- Passos, E., & Barros, R. B. D. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. Em V. Kastrup & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 172–200). Sulina.

- Passos, E., & Eirado, A. (2009). Pista 6 – Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. Em E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 109–130). Sulina.
- Queiroz, A. G., & Costa, I. I. (2010). O lugar do corpo no sofrimento psíquico grave. Em C. M. C. Dimenstein, J. F. R. Souza, & I. I. Costa (Orgs.), *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: Caminhos para uma abordagem complexa* (Vol. 1, pp. 102–117). EDUFRRN.
- Queiroz, I. M. de, & Kobayashi, T. C. M. (2016). Passagem ao ato na psicose: Um estudo clínico na psicanálise. *Revista de Iniciação Científica do UninCor*, 6(1).
- Ribeiro, M. A. (2007). Psicose e desemprego: Um paralelo entre experiências psicossociais de ruptura biográfica. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10(1), 75–91.
- Rocha, T. H. R., & Silva, M. R. (2013). A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de sujeitos psicóticos. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 2(2), 117–141.
- Romagnoli, R. C. (2014). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*, 26, 44–52.
- Rossi, A., & Passos, E. (2014). Análise institucional: Revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista EPOS*, 5(1), 156–181.
- Santos, M. (2007). *O espaço do cidadão*. Editora da Universidade de São Paulo.
- Schreber, D. P. (2006). *Memórias de um doente dos nervos* (3a ed.). Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1903).

## Anexo A - Roteiro entrevista

Instruções:

Esta entrevista busca compreender como o sofrimento psíquico grave impacta a vida dos participantes, explorando sua trajetória, relações interpessoais, percepção do tratamento e perspectivas para o futuro. A ordem das perguntas pode ser adaptada conforme a conversa se desenvolve, expressamente no ritmo do entrevistado, aprofundando temas que surgirem espontaneamente.

### 1. Trajetória de Vida

1.1 - Me conta um pouco da sua vida. Onde você nasceu? Como foi sua infância e adolescência?

1.2 - Como você se descreveria para alguém que não te conhece?

### 2. Experiência com o Sofrimento Psíquico

2.1 - Você se lembra de quando começou a perceber que algo estava diferente na sua saúde mental? Como foi esse momento?

2.2 - Você recebeu algum diagnóstico? Se sim, o que mudou a partir dele?

2.3 - O que significa, para você, ser um paciente psiquiátrico? Isso impacta a forma como você se vê?

### 3. Rotina e Tratamento

3.1 - Como é sua rotina atualmente? O que você gosta de fazer no dia a dia?

3.2 - Como tem sido sua experiência com o tratamento? Há algo nele que você gosta mais? Algo que não gosta?

3.3 - O centro de convivência tem sido um espaço importante para você?

3.4 - Se pudesse falar com alguém que está vivendo um momento de sofrimento semelhante ao que você já viveu e começando o tratamento agora, o que diria a essa pessoa?

### 4. Relações Interpessoais

4.1 - Como são suas relações com familiares e outras pessoas? Como as pessoas a sua volta te tratam e te percebem?

4.2 - E quanto a suas relações amorosas?

5. Estratégias de Enfrentamento e Bem-estar

5.1 - Com o tempo, você encontrou maneiras de lidar com seus sintomas? O que mais te ajuda no dia a dia?

5.2 - Se pudesse mudar algo na forma como lida com seu sofrimento, o que seria?

6. Perspectivas de Futuro

6.1 - Quando pensa no seu futuro, o que você imagina para si?

**Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**

**“Esquizofrenia e subjetividade: Uma cartografia sobre os modos de subjetivação do sujeito diagnosticado e de seus familiares”**

**Instituição do/a ou dos/(as) pesquisadores(as)/Instituição Proponente: Uniceub**

**Pesquisador(a) responsável: Leonardo Cavalcante de Araújo Mello**

**Pesquisador(a) assistente: Samara Coutinho Machado**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma via do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

**Natureza e objetivos do estudo**

- Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem o(s) objetivo(s) investigar os impactos do adoecimento psicológico na subjetividade de indivíduos com sofrimento psíquico grave.

**Procedimentos do estudo**

- Sua participação consiste em participar de entrevistas e encontros com os pesquisadores que ocorreram entre as datas de 01/03/2025 a 30/04/2025.
- O/os procedimento(s) consistem em entrevistas semiestruturadas e diário de campo.

- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A entrevista será realizada presencialmente, dentro do centro de convivência.

### **Riscos e benefícios**

- Este estudo possui baixo potencial de risco. Os riscos se referem ao fato de que o participante pode entrar em contato com afetos e emoções, que podem levar a um desconforto emocional.
- Considerando os riscos potenciais deste estudo, caso seja necessário, será garantido o direito à assistência (imediate, integral e sem ônus) ao participante, devido a danos decorrentes da participação na pesquisa e pelo tempo que for necessário (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.3.1 e II.3.2).
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo, ou poderá interromper sua participação a qualquer momento.
- Com sua participação nesta pesquisa você oferecerá contribuições importantes para compreender os significados atribuídos aos sintomas psicóticos, enquanto tentativas de organização das angústias e conflitos internos, proporcionando um diálogo entre o psíquico e o social.

### **Participação, recusa e direito de se retirar do estudo**

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

## Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados ficarão guardados sob a responsabilidade de Samara Coutinho Machado com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966-1511 ou pelo e-mail [cep.uniceub@uniceub.br](mailto:cep.uniceub@uniceub.br). O horário de atendimento do CEP-UniCEUB é de segunda a quinta: 09h30 às 12h30 e 14h30 às 18h30.

O CEP é um grupo de profissionais de várias áreas do conhecimento e da comunidade, autônomo, de relevância pública, que tem o propósito de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade

de fazer perguntas, que está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo. Uma via será entregue a você e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável.

Caso tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, incluindo os danos possíveis, entre em contato com o pesquisador responsável Leonardo Cavalcante de Araújo Mello, no telefone (61) 982707822 ou pelo e-mail [leonardo.mello@ceub.edu.br](mailto:leonardo.mello@ceub.edu.br), e com a pesquisadora assistente Samara Coutinho Machado pelo telefone (61)983380056 ou pelo e-mail [samaracoutinhom@sempreceub.com](mailto:samaracoutinhom@sempreceub.com)

Eu \_\_\_\_\_, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

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

---

PARTICIPANTE

---

Leonardo Mello, (61) 982707822, [leonardo.mello@ceub.edu.br](mailto:leonardo.mello@ceub.edu.br)

---

Samara Coutinho Machado, (61) 983380056, [samaracoutinhom@sempreceub.com](mailto:samaracoutinhom@sempreceub.com)

**Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa:**

Instituição: Centro Universitário de Brasília

Endereço: SEPN 707/907

Bairro: /CEP/Cidade: Asa Norte, Brasília - DF, 70790-075

Telefones p/contato: (61) 3966-1201