



COREMU–GHC  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

**Rastros da clínica no percurso da residência em saúde mental**

Mônica de Campos Lopes  
Elisandro Rodrigues

PortoAlegre, setembro de 2024

*considere principalmente  
o que aqui não poderá  
ser dito  
(a estratégia do musgo  
o discurso do mangue)  
considere que há muita  
coisa que não encontra jeito  
de aparecer  
não há braço para puxar  
não há canto para atrair  
— falar daquilo que  
não se enuncia.  
considere que o que  
nunca aconteceu  
talvez esteja acontecendo  
agora mas  
talvez já esteja  
desaparecendo.*

Laura Liuzzi (2024)

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	3
2.1 Reforma Psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial .....	3
2.2 As clínicas na Atenção Psicossocial.....	4
<b>3. O ENSAIO COMO MÉTODO</b> .....	5
<b>4. ANEDOTAS</b> .....	7
4.1 Tempo labirinto .....	8
4.2 Metamorfose testemunho .....	9
4.3 Da vida por um fio ao fio de uma vida .....	10
<b>5. AINDA HÁ RASTROS POR ASSIM DIZER</b> .....	13
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	14

## 1. INTRODUÇÃO

O presente ensaio parte de uma inquietação vinda à tona durante o meu percurso na Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Mental, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Percurso iniciado no CAPS i (infanto-juvenil) e, após cinco meses neste serviço, “finalizada” a experiência para dar início a uma nova no CAPSad (álcool e outras drogas). As etapas recém usadas não são ingênuas, mas dão ênfase a uma impressão de inacabamento da experiência, de algo que seguiu restando apesar das passagens entre os campos.

As passagens pelas três modalidades de CAPS – CAPSi, CAPSad e CAPS II - do GHC, supostamente, correspondem a uma cronologia linear do tempo. Entretanto, uma outra qualidade de tempo emerge simultaneamente: um tempo intensivo que coloca a experiência para jogo, decantando o que nela há de sentido e de rastros a serem reconhecidos. Um tempo outro que persistia, apesar da minha saída oficial de cada CAPS, deixando latente um mal estar que, aos poucos, pôde ser elaborada em uma questão implicada: quais rastros da experiência clínica são deixados findado o tempo cronológico nos campos?

Acredito que investigar essa questão, partindo de uma experiência íntima para, então, introduzi-la enquanto questão de pesquisa, permitirá a elaboração da posição transitória que a residência coloca tanto para mim como residente, quanto para os campos, equipes e, sobretudo, para os usuários. Produz-se, portanto, esse ensaio como forma de abordar uma questão muito particular do processo formativo da residência. Para permitir essa escrita, é preciso por ora suspender o tempo. É preciso demorar-se. Como ensina Donna Haraway (2016), é preciso aprender a ficar com o problema.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Reforma Psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial

Conforme Dassoler e Palma (2011), até a criação de novas modalidades de atendimento a partir de 1990, a assistência em saúde mental no Brasil, de modo geral, era representada por duas modalidades: internação e consultas ambulatoriais. A primeira era destinada para pacientes graves, agudos ou crônicos, e a segunda, para pacientes em acompanhamento que não apresentavam quadro de risco. Não havia, dessa forma, um serviço público de saúde intermediário.

O processo de reorganização dos serviços de saúde mental se dá com iniciativas que culminam na implementação do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na capital

paulista, o CAPS Luiz Cerqueira, em 1987, e os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) na cidade de Santos, experiências que inspiraram a elaboração das portarias ministeriais de criação dos CAPS. Ainda segundo os autores supracitados, este modelo de atenção psicossocial

(...) que congrega características política e clínica é projetado para intervir no campo dominado pela lógica da internação, propondo, como alternativa, cuidados diferenciados que considerem a permanência do sujeito no seu território e o fortalecimento dos seus vínculos afetivos, familiares, sociais, identificados, a partir de então, como profundamente terapêuticos. (DASSOLER; PALMA, 2011, p.1174)

Assim, segundo Dassoler e Palma (2011), os CAPS são concebidos com a função de ser uma instância intermediária de atenção, alinhando convivência, vinculação territorial, cidadania e reabilitação psicossocial, em caráter aberto e prestando assistência direta e cuidados diários aos usuários através de uma equipe multidisciplinar. A aposta é a de que esses dispositivos proporcionariam tratamento humanizado e de qualidade aos usuários, mantendo-os extramuros e reservando a internação hospitalar para episódios de crise. Dessa forma, a indicação para internação é redimensionada, devendo, prioritariamente, ocorrer em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde que planejavam reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos.

Com a aprovação da Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001) e com a Portaria 189/02, constata-se progressivamente o incremento do financiamento público em saúde mental, tendo como prioridade a implementação dos CAPS na nova política pública. Com efeito, segundo Dassoler e Palma (2011), é possível constatar um enfoque na dimensão clínica por ressaltar o viés da singularidade, articulando-a com as diretrizes da atenção psicossocial.

## 2.2 As clínicas na Atenção Psicossocial

Ao abordar a clínica, ou melhor, as clínicas, porque são plurais, que se desenvolvem nos CAPS como solo de pesquisa, é preciso contextualizar a própria noção de clínica e o papel que o saber médico ocupou e ainda ocupa nela. De acordo com Rinaldi e BursztyN (2008), o discurso psiquiátrico tradicional aborda de forma objetiva e dissociada da existência do sujeito, como se este fosse “um conjunto de sintomas e signos a ser decifrado pelo saber médico” (RINALDI; BURSZTYN, 2008, p. 34).

Ainda segundo as autoras supracitadas, a psicanálise, através da descoberta freudiana do inconsciente, subverte a dissociação causada pela ordem psiquiátrica, dando um novo

sentido à clínica, a partir da suposição do sujeito do inconsciente e de sua implicação na produção de sintoma. Nesta direção, ao questionar a hegemonia do saber médico no tratamento da loucura, a reforma psiquiátrica abriu caminhos para a construção de novas abordagens do sofrimento psíquico, reorientando a prática clínica.

(...) Ao retomar a relação entre a problemática da doença e a existência do sujeito, a reforma psiquiátrica empreendeu uma crítica à concepção médica de clínica em que se pode perceber a influência das formulações da psicanálise, ainda que estas não tenham sido decisivas para a conformação deste novo campo, marcado fortemente pela política, por meio da luta pela cidadania do louco e da preocupação com a reabilitação psicossocial (RINALDI; BURSZTYN, 2008, p. 34).

Portanto, a perspectiva clínica dá ênfase ao viés da singularidade, considerando o sujeito “naquilo que ele tem de marginal à sua esfera de cidadão” (DASSOLER; PALMA, 2011, p. 1175.) e do qual intervenções centradas apenas no nível da cidadania não dão conta. Assim, o reconhecimento da dimensão clínica no movimento da reforma não contradiz as diretrizes da atenção psicossocial, pelo contrário, torna possível a articulação entre ambas.

Em síntese, o caráter humanizador reivindicado pela reforma e agenciado pelo resgate da cidadania, ganha, a partir da incorporação da clínica e, mais especificamente, da contribuição psicanalítica, um forte aliado na compreensão do fenômeno psíquico, nas suas inúmeras manifestações. De agora em diante, o fenômeno da loucura situado como uma forma de estruturação subjetiva pelo campo psicanalítico aproxima-se do discurso da reforma psiquiátrica, pactuação que permite a criação e a solidificação de dispositivos de tratamento num campo de trabalho comum (DASSOLER; PALMA, 2011, p.1175).

Benilton Bezerra (1996) destaca que a noção freudiana de sujeito descentrado, na qual não é possível pensar em sujeito de modo individualizado, rompe com a oposição entre indivíduo e sociedade, pessoa e grupo. O sujeito é compreendido como uma espécie de reação a estímulos de diversas ordens sejam eles internos (hormonais ou fisiológicos), estímulos materiais e externos, e estímulos linguísticos. Conforme Benilton, pensar o sujeito dessa forma, implica na relevância da noção de clínica ampliada.

Se eu penso o sujeito assim, eu vou ter a perfeita noção de que fazer clínica não é apenas lidar com a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com a rede de subjetividade que o envolve, o que implica não apenas essa interioridade, mas todas as formas de estímulos que no campo da alteridade se apresentam para o sujeito, como causa de sua ação, ou seja, teremos uma ideia precisa da importância da noção de clínica ampliada, teremos uma ideia precisa do quanto pensar na clínica é pensar em criar instrumentos, settings, modalidades de intervenção com objetos, com palavras, com silêncios, mas que produzam e provoquem reações que apontem para uma plurificação da capacidade daquele sujeito ordenar suas práticas psíquicas, suas práticas sociais, de modo mais criativo (BEZERRA, 1996, p.86).

### 3. O ENSAIO COMO MÉTODO

Adorno (2003), em “O ensaio como forma”, problematiza o caráter purista da ciência

positivista, no qual o sujeito e qualquer impulso expressivo seu ameaçam a objetividade, colocando a integridade do objeto de estudo em risco. Alérgica à forma de exposição e à subjetividade, segundo Adorno, a cultura acadêmica aproxima-se do dogmatismo e, diante da violência do dogma, o ensaio recua.

O ensaio enquanto método não busca uma construção fechada, dedutiva ou indutiva, contrariando as regras do jogo da ciência e da teoria organizadas. Tampouco busca inventar a roda, segundo uma moral de trabalho produtora. Conforme Adorno, o ensaísta parte sim de algo já existente, sobretudo de suas paixões, debruçando-se sobre aquilo que deseja falar: “Felicidade e jogo lhe são essenciais” (ADORNO, 2003, p 17). É por esta autonomia e liberdade estética da qual o ensaio se aproxima que lanço mão deste como método e estilo de escrita no presente trabalho.

Exploro, assim, um caminho sinuoso, traçado à medida do humor e da curiosidade, à deriva do que vem ao encontro e do que ocorre durante a escrita, “caminho que se abre ao tempo em que se caminha” (LARROSA, 2003, p. 112). Caminho que se relaciona com o que os autores Campesato, Rodrigues e Schuler (2022) vão chamar de *word in process*, inspirado no *work in progress* que traduz-se como trabalho em andamento: “Word enquanto o processador de texto do Windows que armazena seu escrito, mas também word enquanto palavra que está em processo de escrita.” (CAMPESATO; RODRIGUES; SCHULER, 2022, p. 13.).

Nos termos de Walter Benjamin (1987), a experiência é o acúmulo transmitido através do gesto ficcional das narrativas, fábulas, estórias. Este acúmulo cria rastros que permitem vincular a experiência a nós.

Os rastros, conforme Didi-Huberman (2015, p. 117, apud CAMPESATO; RODRIGUES; SCHULER, 2022, p. 18), são matéria de pesquisa, cortes, fragmentos infra-ordinários, contrapontos e contrários, sínopes ou anacronismos, sintomas ou mal-estares, vestígios, restos da história, na continuidade dos eventos passados. A autora Jean Gagnebin (2002) enfatiza o caráter não intencional do rastro, sendo um signo aleatório e de alteridade radical, desprovido de uma pretensão significativa.

Como quem deixa rastros não o faz com intenção de transmissão ou de significação, o decifrar dos rastros, também é marcado por essa não-intencionalidade. O detetive, o arqueólogo e o psicanalista, esses primos menos distantes do que podem parecer à primeira vista, devem decifrar não só o rastro na sua singularidade concreta, mas também tentar adivinhar o processo, muitas vezes violento, de sua produção involuntária. Rigorosamente falando, os rastros não são criados – como são os outros signos culturais e linguísticos –, mas sim deixados ou esquecidos. (GAGNEBIN, 2002, p.129).

Como premissa metodológica, sigo a orientação freudiana de que a clínica é o solo

privilegiado da pesquisa e sua significação se dá a posteriori. Nas palavras de Angela Vorcaro (2010), “Freud decanta a clínica e transmite dela o caso. E interessa ressaltar que o caso não se limita ao paciente, mas refere-se ao encontro que a clínica promove” (VORCARO, 2010, p. 12).

Recolho assim, através da escrita, uma anedota por cada um dos três campos que transitei na intenção de decifrar e transmitir o rastro que a clínica deixa findado o tempo cronológico da residência. Compreendo clínica pelo conceito de clínica ampliada a partir de sua ética inventiva e que a clínica na saúde pública produz indo ao encontro dos sujeitos para além dos enquadres tradicionais.

Nesta peripécia narrativa e exploratória, inspiro-me na política de narratividade intensivista proposta por Catarina Resende (2013), que não pretende uma descrição técnica e objetiva de um relato de caso, localizando quem, onde e como, mas o que se passa na singularidade do encontro, travestindo-o, aqui por mim, de anedota. Ensaio, portanto, uma escrita ancorada num estilo poético e literário, no vir a ser da palavra, tensionando o limiar entre narrativa e clínica ao exprimir as vicissitudes e peripécias na cena clínica, buscando criar novos contornos e sentidos.

#### 4. ANEDOTAS



A obra acima, de Mayra Redin (2013), chama-se a “Escuta da escuta (A surdez de

quem ouve cantos)”. Na imagem, conchas acopladas uma na outra imprimem sonoridade, eco e ressonância a partir da escuta. No nome da obra, audição e surdez são opostos dialéticos.

Nas adetodas abaixo, busco transmitir o inescrutável da clínica, incidindo no limite da palavra que dê contorno, brecha, zona de passagem para escoar a experiência vivida em narrativa possível. O que interessa nessa política de narratividade não é o relato ou a descrição das minúcias da história, carregada de dados e detalhes, mas a rescrita do caso com seu infímo particular que expõe a marca da minha escuta. Parafrasando Mayra, busca-se uma escrita da escuta.

#### 4.1 Tempo labirinto

Passado um mês de início da residência no CAPSi, começo a acompanhar Vicente, um menino de sete anos, individualmente no intuito de, em um momento posterior, reinseri-lo novamente em espaço de grupo que havia participado antes com muita dificuldade na interação com outras crianças. A aposta desde o início se dava pelo vínculo que sustentasse uma transição de um espaço-tempo ao outro.

Os primeiros atendimentos são difíceis. Vicente saía porta a fora da sala de atendimento, abrindo as demais por onde passava, chegando a perder sua orientação espacial. Pegava todos objetos que via na sua frente mas sem brincar com nenhum. Parecia estar numa busca infinita por um brinquedo tão específico que me perguntava se de fato concretamente existia. Com o tempo e repetição do mesmo movimento, compreendo que se tratava de uma busca pelo que ali não estava, uma busca daquilo que lhe faltava.

Como Alba Flesler (2008) coloca, quando a falta falta, os tempos se detêm. A direção da cura, seria justamente relançar os tempos, recriando-os para permitir que o movimento seja novamente produzido entre um tempo e outro. A falta é, portanto, reinstaurada para que o sujeito possa passar ao outro tempo.

À medida que pude acompanhando a vinculação de Vicente ao novo grupo com outras crianças, percebo que era o momento de finalizar o espaço individual. O meu período no CAPSi também chegava ao fim, mas sentia a necessidade de seguir investindo por mais tempo no vínculo com Vicente e com o espaço coletivo que vinha recém sendo criado.

Em atendimento individual, anuncio o encerramento dos atendimentos individuais agora que Vicente pôde passar a estar em grupo novamente e a criar novas amizades. Enquanto converso, ele vai até a janela e brinca de se esconder atrás da persiana. Estava me propondo uma brincadeira que traduzisse aquele momento: um jogo de presença e ausência

que permitia uma alternância de um tempo ao outro.

Acompanhar e, principalmente, testemunhar Vicente por esse trânsito entre tempos foi uma experiência tão instigante quanto desafiadora. Um testemunho possível a partir do desejo de seguir sustentando este vínculo ao relançar o tempo do meu próprio percurso na residência para conseguir dar contorno aos entretempos de Vicente. E, assim como para ele a alternância entre presença e ausência pôde fazer uma função, também para o meu processo de passagem de um campo ao outro da residência, seguir entre as idas e vindas do CAPSi foi um movimento necessário para enfim me despedir.

#### 4.2 Metamorfose testemunho

Ao afirmar um desejo de sustentar uma modalidade de escuta singular no CAPS AD, uma escuta que aposte no sujeito e na implicação deste em seu discurso e em seu ato, sem se fixar à fenomenologia das drogas (padrão, modalidade, tempo e frequência de uso), foi possível situar uma entrada neste novo campo, compondo com outros saberes e práticas articuladas à ética e princípios da redução de danos no que se propõe à escuta dos usuários, sua demanda e tempo. Assim, no plano deste desejo foi pactuado a nível do programa da residência que pudesse ter a experiência de atender em psicoterapia no CAPS AD.

Nesse desdobramento, começo a atender Francisco. O encaminhamento se deu pela técnica de referência que vinha sentindo limitações na condução do caso por perceber uma demanda de Francisco por espaço de escuta outro. Ao iniciarmos os atendimentos, ele traz estar em busca de retomar a sua vida através do vínculo com o trabalho, os estudos e com a família que havia rompido em função do uso de substâncias. Nesse processo de retomada, após nove meses recluso em uma comunidade terapêutica, sentia um desconforto diante da expectativa de familiares de que se mantivesse abstinente, exigindo que fizesse exame toxicológico mensal. Esse imperativo de um ideal de abstinência gerava nele grande frustração por não conseguir bancar seus limites e sua escolha de tratamento, assim como por ter perdido a confiança dos familiares.

Na medida em que abordava temas sensíveis e tidos como tabus, foi percebendo o quanto a droga servia para escamotear e não precisar se haver com seus conflitos internos. A droga em sua vida podia ser compreendida como um significante de abstinência do seu próprio desejo.

O fantasma que tinha de recair era muito presente e, ao acolher o seu medo, pude ir devolvendo o quanto o ato de recair admite um deslocamento de uma posição à outra e aí se

evidenciava a posição inédita em que se encontrava. De uma posição passiva e mortífera, passava a ampliar seus vínculos e a assumir suas escolhas e compromissos. Francisco nomeia o processo de transformação subjetiva que vinha experienciando como uma “metamorfose”.

Um tempo após ter concluído minha passagem pelo CAPS e ter me despedido de Francisco, apresentando-o a uma nova psicóloga, sou confrontada com a notícia de que teve uma forte recaída e voltou a ficar em situação de rua. Ele não havia seguido o acompanhamento, faltando aos atendimentos. Ao saber disso, uma angústia e frustração me tomam. Marta Conte (2004), ao abordar sobre a clínica das toxicomanias, aponta o quanto a prática de redução de danos permite uma mobilidade no trabalho de quem escuta, que serve de referência, ponte, entre o sujeito e o laço social do qual está apartado. Nesse sentido, o efeito da minha saída precipitada para intensidade do vínculo repercutiu na ausência desse lugar terceiro que assumi na relação dual de Francisco com a droga. Ausência que não pôde ser contornada com a entrada de outra psicóloga.

Cada transferência é única e se dá no enlace de inconsciente para inconsciente. Agora, neste tempo a posteriori da escrita, percebo o quanto esta transferência foi sustentada por uma demanda inicial que vislumbrava um lugar de escuta para ambos nós. Uma escuta que permitisse abrir vias para o sujeito advir e desvelar os significantes que entrelaçam sua história para além da história do consumo de drogas.

#### 4.3 Da vida por um fio ao fio de uma vida

Logo que entro no CAPS II começo a atender Tatiana. O caso chegou até mim através da residente que atendia ela antes. Tatiana, mulher negra, mãe de três crianças, sustenta a família com seu trabalho pedindo dinheiro na sinaleira e com benefícios socioassistenciais. É casada com o pai dos seus filhos sem poder contar com a ajuda dele, pelo contrário, muito se queixa da sobrecarga que lhe dá em função da grave dependência química, gerando dívidas para ela pagar.

Além dos atendimentos individuais, Tatiana vinha participando há algum tempo de uma oficina no CAPS e da qual eu também passei a acompanhar auxiliando a coordenar. Compartilhar esses dois espaços com Tatiana, um na sequência do outro, gerou um atrito na transferência. Logo no início do acompanhamento, ela traz uma carta que havia escrito para mim, pedindo para lê-la em atendimento. No discorrer da carta me chama de “fria” reiteradas vezes, lançando o olhar para mim enquanto lia. Comparava-me com as psicólogas residentes anteriores e com a diferença que a tratava no grupo e no atendimento individual. Compreendo

então que a adjetivação fria se referia ao espaço individual. Busco dar um contorno, abrindo a questão que traz na relação dual comigo para explorá-la na sua história de vida e de tratamento. Tatiana traz o quanto o tempo lhe permitiu conhecer outro lado de pessoas das quais não gostava inicialmente e, então, corta o fio associativo que vinha e devolve o seu incômodo para mim novamente, dessa vez com um questionamento “tu vai seguir sendo fria comigo?”. Respondo que o tempo permitiria a ela responder, finalizando o atendimento. Era preciso dar um tempo para nós.

Tatiana carrega na sua história muitas marcas de violência sem conseguir afirmá-las enquanto tal. Traz com júbilo o fato de ter sido a filha caçula mimada pelo pai, com quem sempre teve boa relação, ao contrário de suas irmãs mais velhas das quais ele violentou. Chama a si própria como “patricinha” quando pequena, causando-me um estranhamento pela dissonância com tamanha vulnerabilidade a qual era exposta. O lugar de exceção na filiação paterna marcava um lugar de proteção para ela. Devido às denúncias de agressões, Tatiana foi acolhida aos sete anos em um abrigo e lá permaneceu até a maioridade.

Com o passar dos atendimentos, suas questões e dilemas vão se repetindo e, ao mesmo tempo em que expressava sofrimento pelo desamparo social que vivenciava, havia nessa repetição certo prazer em se manter numa posição onde também podia exercer pequenos poderes nas suas relações, mantendo-se no controle, ou na ilusão de. Esse imbróglio me causava um mal estar e uma sensação de estar sendo testada: como reagiria a isso?

No decorrer dos atendimentos, Tatiana anuncia convicta o seu plano de engravidar dentro de alguns meses em função de sua bebê, agora com dois anos, estar crescendo e não querer mais ficar no seu colo enquanto trabalha na sinaleira, prejudicando nos ganhos já que as pessoas se sensibilizam mais em ajudar na presença de um bebê. Para ela, gestar uma nova vida era uma questão de subsistência. Reajo com surpresa a este anúncio, propondo que pudesse pensar mais sobre. Tatiana não gosta do meu questionamento, respondendo “vou empurrando com a barriga” para justificar como lida com seus problemas e encerrar o assunto. Tento aproveitar o sentido ambíguo que empurrar com a barriga coloca para a gestação, sem efeito.

Segue trazendo sobre o plano de gravidez até que sinto que meu limite havia se esgotado. Sentia que era insuportável seguir escutando o que repetia sem devolver o quão frágil era essa saída que encontrava para si mesma, provocando a poder pensar quais outras saídas possíveis de imaginar. Diante desse limite, Tatiana primeira vez fala sobre seu desejo de voltar a frequentar o Gerapoa, serviço de geração de renda que frequentou anos atrás, participando de duas oficinas. Entre gerar uma vida e gerar uma renda, em um lugar com

nome “gerapoa”, um deslizamento foi possível. Gera vida - gera poa - gerar poa - gerar cidade.

Conforme Miriam Rosa (1996), na resistência do analista, o relato que escuta tem o seu limite, “o limite do fantasma que suporta o analista e que o norteia para detectar quando o dizer pode ser compartilhado em experiência de um sujeito na história ou quando é puro gozo no sofrimento, o seu próprio ou o do outro” (ROSA, 1996, p.46). A direção do tratamento incide rompendo com o discurso violento e que se pretende simbólico, marcando um corte de qualquer convivência com esse gozo para permitir um giro no discurso do sujeito, restituindo-o no laço social, resgatando um lugar (ROSA, 2016).

Nos atendimentos seguintes, Tatiana segue trazendo os planos de vida que ficaram para trás com a maternidade e que agora com os filhos crescendo busca retomar, entre eles concluir o ensino médio, e novamente volta a trazer o seu desejo de retornar ao Gerapoa. Ofereço ajuda para mediar sua reinserção no serviço, Tatiana aceita.

A minha passagem no CAPS estava terminando e, ao informar a ela, sou surpreendida com uma nova pergunta, imediata e imperativa: “vai vir outra no teu lugar?!”. Tatiana parecia buscar um tampão para escamotear minha ausência e, apesar da tentação de dar uma resposta que a satisfizesse, dando fim à angústia dela e à minha também, a de faltar, sigo com a pergunta que pairava no ar: vai vir outra?

Virá outra... vir à outra... vir a ser outra. Um fio de alteridade tecendo.

Tatiana, retomando o percurso dela no tratamento durante os quatro anos que vinha sendo atendida no CAPS. Lembra o nome de cada psicóloga residente que lhe atendeu, uma a uma, e as diferenças de estilo entre elas e seus efeitos para ela. Percebe o quanto sua relação com as profissionais foi se transformando com o tempo. Enquanto falava, pôde reconhecer um traço seu que chama de “infantil”, referindo-se à reatividade dela quando as coisas não saem do seu jeito, percebe-se amadurecendo. Compreende a função protetiva que este traço cumpriu diante do tanto que já sofreu e das frustrações com relações que se pretendiam confiáveis e se arrepende de hostilizar pessoas que expressam uma boa vontade genuína de ajudá-la. Antes ficava em “cabo de guerra” e agora tolera escutar mais o que essas pessoas têm a dizer. Tatiana, sobretudo, suportava escutar mais a si mesma e ao seu desejo, suportava vir a ser outra. Na despedida nos abraçamos. Com Tatiana pude vir a ser outra também.

## 5. AINDA HÁ RASTROS POR ASSIM DIZER

Dos rastros da experiência, este ensaio foi se enveredando e se ancorando em pontos de apoio teóricos férteis ainda que provisórios, pois este tracejado não se encerra em si mesmo, mas segue aberto para novas articulações possíveis. Rescrever a partir da minha vivência na clínica pública, no SUS, enquanto residente que ocupa um lugar transitório, por assim dizer, permitiu elaborar essa experiência densa e também deslizá-la por novos sentidos até então desconhecidos.

Pela via das histórias, das lembranças, dos não ditos, dos rastros, pude ir ao encaço das ressonâncias e dos efeitos que a transitoriedade da residência produz no fazer clínico e nos vínculos criados. Como o poema da Ana Martins Marques (2015) ensina, pude me demorar sobre a cicatriz do corte:

*Cortar relações*  
*E depois voltar-se*  
*Verificar se o que restou*  
*Suporta*  
*Remendo*  
*Demorar-se*  
*Sobre a cicatriz*  
*Do corte*

## 6. REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. O ensaio como forma (pág. 15-45). In: Adorno, W.T, Notas de Literatura I. Tradução Jorge de Almeida, Ed. 34, Coleção espírito crítico, 2003

MARTINS, Ana Marques. O livro das semelhanças. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

BENJAMIN, Walter. Experiência e pobreza. (1987). Disponível em: <http://www.eduardoguerreirolosso.com/Experiencia-e-Pobreza-Walter-Benjamin.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

BEZERRA, Benilton J.. A clínica e a reabilitação social (1996). In: PITTA, Anna. (Org.). *Reabilitação social no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004

CAMPESATO, Maria; RODRIGUES, Elisandro; SCHULER, Betina. Recolher e colecionar a leitura e a escrita: por uma montagem estética do pensamento . *Pro-Posições*, v. 33, 2022.

CONTE, Marta. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 25, p.23-33, 2004

DASSOLER, Volnei Antonio; PALMA, Claudia Maria de Sousa. Contribuições da psicanálise para a clínica psicossocial. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza , v. 11, n. 3, p. 1161-1188, 2011.

FLESLER, Alba. Os tempos do sujeito. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 35, p.178-192, jul./dez. 2008

GAGNEBIN, Jeanne Marie. O rastro e a cicatriz: metáforas da memória. *Pro-Posições*, Campinas, SP, v. 13, n. 3, p. 125–133, 2016.

HARAWAY, Donna J. Ficar com o problema: fazer parentescos no chthluceno. Editora : N-1 Edições; 1ª edição, 2023.

LARROSA, J. O Ensaio e a Escrita Acadêmica. *Educação & Realidade*, 28(2), 2003

LIUZZI, Laura. Poema do desaparecimento. – 1.ed – São Paulo: Círculo de poemas. Editora Fósforo, 2024.

RINALDI, Doris Luz; BURSZTYN, Daniela Costa. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n.2, 2008. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ROSA, Miriam Debieux. O discurso e o laço social nos meninos de rua. *Revista Psicologia USP*, v.10, n.2, 1999.

ROSA, Miriam Debieux. A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento. . São Paulo: Editora Escuta / FAPESP, 2016.

VORCARO, Angela. Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: Fuad Kyrillos Neto; Jacqueline Oliveira Moreira. (Org.). Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade. 1ed. Barbacena: eduemg, v. 1, p. 11-23, 2010.