

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

**Marizilda Ferreira Pugliesi**

**A construção da clínica nos encontros:  
dos sabores aos saberes**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

**Marizilda Ferreira Pugliesi**

**A construção da clínica nos encontros:  
dos sabores aos saberes**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob a orientação do Prof. Doutor Luiz Benedicto Lacerda Orlandi

Núcleo de Estudos da Subjetividade

**São Paulo**

**2009**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

---

---

Dedico a meus pais que me embalaram com carinho,  
Ao Marco que me mostrou que o amor nos leva ao exercício da nossa inteligência e  
À Lívia, à Daniella, ao Rafael e ao Juan que fazem de mim uma pessoa melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

Sinto-me privilegiada em poder agradecer à pessoas tão caras como as que se seguem.

Primeiramente gostaria de agradecer ao professor Orlandi, meu orientador e mestre que durante suas aulas seguidas de almoços intermináveis nas quartas feiras, gentilmente compartilhou seu conhecimento e amizade;

Ao Raul Gorayeb, meu amigo e idealizador do CRIA, que promove e garante um lugar de atendimento público onde a clínica é pensada na sua singularidade;

Ao Di Loreto, meu supervisor clínico, figura que se confunde com a história da psiquiatria infantil no Brasil;

À Nívea Marques Nogueira, Assistente Social e minha colega que compartilha o dia a dia do grupo de cozinha trazendo um tempero de leveza e alegria;

Ao Gustavo S. Geovannetti, psiquiatra infantil que pensou comigo a idéia inicial deste grupo;

À Adriana P. da Silva, que traz observações preciosas que enriquecem a minha compreensão da clínica das psicoses;

Aos amigos Alexandre de Bellis, Flávia Kerr, Silvana S. dos Santos, Patrícia Yumi, Júlia Durand, Alessandra Balaban, Laís de Lima, Sueli Lourenço, Renata Dias, que discutiram e apontaram questões fundamentais para o meu trabalho;

Aos colegas do CRIA, em especial aos do Programa das Psicoses, Rodrigo S. P. de Andrade, Ana Paula Ribeiro, Alessandra S. Couto, Arlei Cerqueira, Alessandra Mouad, Domingos P. Andrade, Cleidson O. Miranda, Mônica Bevilacqua, Patrícia A. Garcia, Ligia Boulhosa, Cilene Gaeta, Elievã N. Macedo, Kátia J. Semenaro, que compõem com propriedade esta clínica;

À Célia P. S. Piza de Oliveira, minha amiga de lutas, que corrigiu e fez comentários calorosos contribuindo com suas idéias;

Aos colegas do Núcleo de Subjetividade, em especial Ana Paula Briguet, Luis E. Aragon, Adriana Barin, Roberto Santana, Márcia Parra, entre outros, que sempre enriquecem as discussões, ;

Às coordenadoras do CRIA, Ana Maria Massa, Tânia Maria Granato e Vera Zimmermann, pela compreensão e colaboração;

Á Daniella F. Pugliesi que fez o trabalho gráfico, e outros tantos;

E às boas receitas da vó Izaura, da vó Olívia, da minha mãe, da dona Annita, da tia Cleyde, da tia Neide, da tia Antonietta... que fazem parte da minha história e que pude compartilhar com as pessoas que integram o grupo de Cozinha a quem eu também agradeço.

Obrigada!

## **RESUMO**

Este trabalho discute o atendimento da Psicose Infantil numa Instituição Pública de Saúde, que constitui um modelo de atendimento global à criança e ao adolescente, junto com seus familiares, pautado por princípios de interdisciplinaridade e da articulação com outros serviços da comunidade.

Situa-se numa proposta de uma clínica mais ampla, implicada com a afirmação da vida em sua potência criativa. Pretendo estudar o jogo das relações estabelecidas entre mães e crianças que se apresentam com uma organização defensiva patológica, o que se constitui na psicose infantil. E é no espaço da cozinha onde se dão os encontros que, partindo de situações vivenciadas, se escolhem as receitas culinárias e todo o desdobramento que decorre daí. É numa cozinha onde os sabores estão presentes, que se constituem saberes. Vivemos momentos intensos e tensos através de choros, tapas, feijão de corda ou bolo de limão.

Não existe uma programação previamente estabelecida. A cada encontro cria-se um acontecimento e um poder de afetar e ser afetado. Capturar os sinais que emergem sem explicá-los ou interpreta-los, mas cartografando seus deslocamentos, num jogo de trajetos e devires, possibilita que algo de novo ocorra, buscando saídas para uma existência possível.



## **ABSTRACT**

This work argues the attendance of the Infantile Psychosis in a Health Public Institution, which constitutes a model of global attendance of children and teenagers, with their relatives, summarized in principles of interdisciplinary and the joint with other services of the community. It is placed in a proposal of an extended clinic, implied with the affirmation of the life in its creative power.

I intend to study the game of the relations established between mothers and children who present with a pathological defensive organization, which consists in the infantile psychosis.

Meanwhile, it is in the space of the kitchen where they meet each other that, leaving of lived situations, and where they choose recipes and all the unfolding elapses from them.

It is in a kitchen where the flavors are, where it constitutes the knowledge. We live intense and tense moments through tears, slaps, beans or lemon cake.

An established programming does not exist previously. To each meeting it creates an event and a power to affect and to be affected. To capture the signals that emerge without explaining them or interpret them, but mapping its displacements, in a game of passages and becomes, makes possible that something of new occurs, searching exits for a possible existence.

## SUMÁRIO

O presente trabalho tem o objetivo de estudar o jogo de relações estabelecidas entre mães e crianças de funcionamento psicótico, numa instituição pública de Saúde Mental. O campo de pesquisa é constituído por um grupo terapêutico e o lugar privilegiado é o espaço da cozinha. Para aprofundar esta discussão, descrevo a minha trajetória como psicóloga da rede pública estadual de saúde, permeando com as mudanças das práticas que vão ocorrendo até chegar ao Centro de Referência da Infância e Adolescência da Universidade Feseral de São Paulo (CRIA-Unifesp), que é a instituição onde desenvolvo meu trabalho. Descrevo a dinâmica do CRIA, assim como a minha inserção neste projeto, mostrando os lugares que vão se estabelecendo nas relações e as mobilizações que vão surgindo.

No segundo capítulo situo a história do autismo infantil desde a criação do termo em 1907 por Eugen Bleuler. Desenvolvo a sua evolução assim como do seu tratamento ao longo dos anos até chegar à definição dada por Winnicott, que usarei como referência a este transtorno.

No terceiro tópico descrevo através da minha experiência clínica o manejo utilizado, encontrando em Deleuze e Guattari justificativas teóricas para o desenvolvimento do tema.

Em “Uma questão de método” justifico o método clínico como a abordagem utilizada, encontrando em Deleuze e Guattari justificativas teóricas para o desenvolvimento do tema.

O corpo do trabalho é a apresentação e discussão da evolução do tratamento de 5 crianças de funcionamento autístico e seus cuidadores, privilegiando relatos e vivências clínicas.

Encerro meu trabalho propondo questões e garantindo possibilidades para uma vida melhor através de bons encontros na clínica.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
CAPÍTULO I      TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL INFANTIL .....	14
CAPÍTULO II     BREVE HISTÓRICO SOBRE O AUTISMO INFANTIL E A ÊNFASE NA TEORIA WINNICOTTIANA .....	23
CAPÍTULO III    UMA QUESTÃO DE MÉTODO .....	30
CAPÍTULO IV     O CAMINHO ENTRE AS PEDRAS .....	35
4.1 Dora .....	36
4.2 Alan Jones .....	47
4.3 Daniel .....	55
4.4 Feliciano .....	62
4.5 Artur .....	68
CAPÍTULO V      CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	84

## INTRODUÇÃO

“(Come chocolates, pequena;

Come chocolates!

Olha que não há mais metafísica no mundo senão chocolates.

Olha que as religiões todas não ensinam mais que a confeitaria.

Come, pequena suja, come!

Pudesse eu comer chocolates com a mesma verdade com que comes!”

(PESSOA, 2001, P. 119)

Neste trabalho pretendo estudar o jogo das relações estabelecidas entre mães e crianças que apresentam o que se convencionou chamar de funcionamento psicótico<sup>1</sup>. O que me inspirou trabalhar no Centro de Referência da Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo (CRIA–Unifesp), foi a observação do comportamento das pessoas que convivem com as crianças que as diversas escolas chamam de psicóticas. A rigor, para não ficar precipitadamente presa a essas categorias, minha preocupação é pensar as afecções<sup>2</sup>, vividas por elas na relação da família com a

---

<sup>1</sup> Segundo Winnicott (1945), na situação autística ou funcionamento psicótico, a criança produz uma organização patológica de defesa no sentido da invulnerabilidade, para não voltar a viver a ansiedade impensável experimentada durante uma invasão ou falha do ambiente para com ela, na fase de extrema dependência do início da vida – estágio primitivo do desenvolvimento. Sem a defesa, há uma quebra da organização mental da ordem da desintegração, despersonalização, desorientação e perda do senso da realidade e da capacidade de se relacionar com os objetos. O isolamento é um complexo recurso utilizado como defesa e as funções corpóreas como forma de relação.

<sup>2</sup> No livro de Deleuze sobre Espinosa, ele define afecção como os modos do ser e suas variações de estado na presença de outro. (Deleuze, 2002, p. 55/56 – Espinosa Filosofia Prática).

equipe do CRIA Unifesp. Estaremos<sup>3</sup> atentos, portanto, às linhas que operam individualizações, numa determinada situação terapêutica.

O campo de pesquisa é constituído por um grupo terapêutico que faz parte de um projeto de atendimento à psicose infantil no CRIA – Unifesp. O lugar que privilegiamos é o chamado espaço da cozinha, atualmente coordenado por mim, Psicóloga, e por uma colega Assistente Social. O dispositivo utilizado são os encontros semanais. Neles, partindo de situações vivenciadas no grupo, são escolhidas as receitas culinárias que serão feitas; tem-se, então, todo o desdobramento que decorre daí, desde esta escolha a distribuição do material a ser utilizado, assim como a confecção propriamente dita até que, ao término, chegamos ao comer compartilhado. O trabalho é feito num contínuo de exploração e de descoberta das multiplicidades.

Normalmente, isso tudo é combinado com uma semana de antecedência, para que o material possa ser providenciado pelas mães ou por nós. Podemos dizer que esses encontros são verdadeiros acontecimentos, pois cria-se neles um outro sentido no poder de afetar e de ser afetado. Para capturar os signos que circulam nesses encontros, é preciso estar à espreita dos sinais emitidos pelos partícipes<sup>4</sup>. Podemos ter alguma idéia mais precisa do que flui nesses encontros, se nos mantivermos atentos a cada gesto, a cada postura, a cada atitude, pois eles dão indicações preciosas a respeito do regime e da qualidade do processo de produção que estamos estudando. Por exemplo, precisamos indagar pelo que insiste num gesto que se repete. Dispomo-nos a recolher o que ocorre sem nos anteciparmos com conceitos prontos. Trabalhamos para cartografar

---

<sup>3</sup> Usarei no decorrer do trabalho, o pronome pessoal na primeira pessoa do plural – plural majestático – porque há nele bens alheios que incorporei. Uma enunciação coletiva.

<sup>4</sup> Referimo-nos a partícipes do encontro, a criança e sua mãe, e até mesmo os profissionais da casa que participam do grupo terapêutico.

deslocamentos, trajetões dinâmicos, de modo a nos tornarmos sensíveis à ocorrência de algo novo, fazer as conexões que indicam buscas de saída para a vida.

A idéia original desse desenho de grupo surgiu da observação da participação das mães na Festa Junina no CRIA que preparando os pratos da festa, falavam de suas vidas, trazendo “dados relevantes” que não haviam aparecido antes, em outros momentos. Incorporar elementos ligados às condições de vida, das crenças e da cultura à clínica é uma prática que tem como função provocar acoplamentos, encontros heterogêneos podendo haver novos devires. Numa ocasião como das Festas Juninas, uma festa típica da cultura brasileira, as crianças e seus familiares participam com a equipe da sua organização e planejamento, fazendo e colocando as bandeirinhas, escolhendo as músicas e brincadeiras e escolhendo o cardápio.

Sugeriram e fizeram pratos típicos de suas regiões de origem, a maioria do nordeste do país. Com isso emergiram naturalmente conteúdos da história de vida destas pessoas. Estas histórias falam da dor, do sofrimento, do enigma da existência, mesclados com sentimentos de acolhimento trazidos pelo cheiro do açúcar queimado com coco. A história atualiza a produção inconsciente, é matéria prima e faz conexões em busca de saídas.

Porém, como recorda Deleuze (1992), “o problema não é mais fazer com que as pessoas se expressem, mas arranjar-lhes vacúolos de solidão e silêncio a partir dos quais elas teriam, enfim, algo a dizer. As forças repressivas não impedem as pessoas de se exprimirem elas as forçam a se exprimir. Suavidade de não ter nada a dizer; pois é a condição para que se forme algo raro ou rarefeito que merecesse um pouco a ser dito.”

Eis uma das razões que justificam a atenção ao jogo das posturas nos encontros em que algo é produzido.

No espaço informal da cozinha diluíram-se os papéis e as funções, desfazendo barreiras e mobilizando outros recursos e habilidades, tirando a mãe do lugar da incompetente e incapaz, da que vai aprender com o médico como lidar com seu filho; tira a criança do lugar às vezes invisível ou trabalhoso e dá a ela um lugar que se relaciona com o seu modo de viver. A cozinha é um dispositivo diferente daquele que insiste ou obriga à expressão, principalmente a fala, comportando silêncios e um fazer não necessariamente dialógico que cria ritmos afetivos únicos. Trata-se de acolher sua complexa singularidade: é dado um lugar, voz, e acolhimento aos seus sentimentos e sentidos como parte fundamental na compreensão e tratamento. O alimento ativa o que há de mais primitivo na psique humana. O bebê ao nascer é alimentado com o leite materno e a partir desta relação começa a construir-se como pessoa humana. O ser humano é a única espécie que prepara o que come. Mesmo quando come cru o alimento é lavado, escolhido. É uma forma de criar laços. Alimentar-se, para o ser humano, não é só uma satisfação fisiológica, mas também uma forma de propor e estabelecer relações.<sup>5</sup>

Neste campo de pesquisa, o terapeuta que também está ligado ao seu entorno e é, portanto, afetado, é parte integrante deste processo. Pretendo discutir como a psicose mobiliza contra-transferencialmente o terapeuta e o uso disto na compreensão e seu tratamento. Um grito, um tapa, uma mordida, um ato estranho ao esperado, “... produz ressonância nos circundantes, disparando estados inéditos de viver.” (ARAGON, 2007, p.50).

---

<sup>5</sup> Esta idéia foi apresentada pela fonoaudióloga Ruth Palladino em simpósio do CRIA Unifesp em outubro de 2008.

## I- Trajetória da assistência à saúde mental infantil: a formulação do serviço de referência em saúde mental no contexto da saúde pública

Durante alguns anos como psicóloga da rede pública de saúde, tentando acolher a dor dos que vinham com suas queixas, atenta a uma diversidade de modelos existentes, necessitando dar conta do atendimento infantil nessa rede, e a sua adequação às diretrizes de assistência em Saúde Mental, foram inúmeras as tentativas de abordar esta clínica.

No início da década de 70 no Brasil, em virtude de movimentos sociais organizados, a assistência psiquiátrica se redirecionava apontando para uma redução dos Hospitais Psiquiátricos, instalação de unidades extra-hospitalares e diversas outras propostas. Apesar da resistência às reformas na assistência hospitalocêntrica da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, na década de 80 foram criados os Ambulatórios de Saúde Mental como uma alternativa a esse modelo. Os Ambulatórios de Saúde Mental se expandiram, houve a criação de “equipes mínimas” de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde e em 1987 foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na rua Itapeva, na cidade de São Paulo. Neste período, ingresso na rede pública na Unidade Básica de Saúde II Jardim Joamar, no extremo norte da cidade de São Paulo e compoño a equipe de Saúde Mental que se resume a mim. A equipe era mesmo mínima! Não havia outros integrantes, porém existia uma lista de espera que era infinita, como a esperança e a crença de um suposto saber na cura da dor subjetiva. Eram professoras das escolas vizinhas com queixas que iam além das escolares e comportamentais de seus alunos ou das adolescentes que eram abusadas e engravidavam ou ainda das senhoras com hipertensão arterial ou com diabetes que



necessitavam de acompanhamento psicológico que complementasse o atendimento na clínica médica geral ou ainda o trabalho com as mães que amamentavam seus bebês e que eu considero essencial na prevenção da doença mental... Enfim, foi um trabalho árduo que me trouxe muita experiência e uma noção mais real das questões que afeta e aflige o ser no seu cotidiano. Mas como o meu interesse era um trabalho mais específico com a loucura, fui transferida para o Ambulatório de Saúde Mental do Mandaqui que tem uma história peculiar. Este Ambulatório de Saúde Mental criado no início da década de 80, até 1985 se limitava ao atendimento infantil. A partir daí, com a implantação da Emergência Psiquiátrica e da Enfermaria Psiquiátrica no Complexo Hospitalar do Mandaqui, seu vizinho, e com a política de diminuição dos leitos nos Hospitais Psiquiátricos da região que eram em grande número, tinha que dar respostas a uma demanda de adultos que surgia e que se restringia à medicação ou à internação. Nessa época, existia a Coordenação da Divisão de Ambulatórios da Secretaria Estadual da Saúde, coordenada por Ana Maria Pitta, figura importante nas reformulações da assistência em Saúde Mental no estado de São Paulo. Foi então, implementada uma nova política de saúde mental onde o adoecer psíquico, à semelhança dos demais adoeceres, seria passível de atenção numa rede básica de serviços, hierarquizada e integrada, rompendo-se assim o hospital psiquiátrico como único destino. Dentro dessa visão, conseguiu-se criar uma equipe multidisciplinar que trabalhasse com a doença mental dos adultos e das crianças num mesmo espaço físico. Aos poucos o ambulatório foi se modificando podendo-se “conviver” com os loucos e as crianças andando pelos corredores e jardins ou nos grupos de trabalho, falar dos medos que acometia a todos nós, da raiva, da dor e das incertezas. Em 1986, numa proposta de oferecer um lugar de escuta aos pacientes e seus familiares, num quadro agudo da psicose, ou seja, na crise psicótica, surge o Programa de Intensidade Máxima (PIM) onde os adultos eram

assistidos por essa equipe multiprofissional em tempo intensivo nas várias atividades, ou seja, três dias da semana o dia inteiro, com o objetivo de evitar a internação psiquiátrica e propondo um outro modo de existência com a implicação da família que antes delegava ao hospital os cuidados do doente, chegando ao extremo de abandoná-lo por anos e até perder o contato. Desde então, estes programas foram se desenvolvendo procurando se adaptar às necessidades da pessoa em sofrimento psíquico. Relacionam-se ao estar vivo, à qualidade de vida, à construção da cidadania, não como “[...] uma simples restituição de seus direitos formais, mas também de seus direitos substanciais e afetivos, relacional, material, habitacional, produtivo” (SARACENO, 1994). A Reforma Psiquiátrica visa, em última instância fazer da errância da psicose uma existência digna, mesmo que não integrada. As Oficinas Terapêuticas, vão tomando um lugar expressivo neste espaço, visto que o PIM foi a base do que hoje funciona como Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS, “[...] que possui uma atuação de maior complexidade e visa o atendimento de quadros psicopatológicos de relevante gravidade e que exijam intervenção intensiva, constituindo-se em instância intermediária entre o atendimento ambulatorial clássico e a internação psiquiátrica hospitalar integral.” (CYTRYNOWICZ, 2002, P. 151). Simultaneamente a este programa continuavam os atendimentos aos “quadros leves” que eram as pessoas de estrutura neurótica em consultas médicas, psicoterapias, terapias em geral, oficinas, associações de usuários e... as crianças que em até meados de 1991 eram atendidas em ludoterapia ou em fonoaudiologia individualmente ou em grupos, conforme sua necessidade. O trabalho, porém era setorizado, o que gerava muita insatisfação na equipe que tendia a um isolamento. Por conta desses problemas que vínhamos enfrentando e da pouca eficácia do atendimento, formamos grupos nos mesmos moldes dos adultos, o que é uma constante na história do trabalho com crianças, ou seja, a reprodução de um modelo de

atendimento a adultos, com ênfase no atendimento familiar. Chamamos esta estruturação de grupo para o atendimento infantil de PIMzinho, isto é, Programa de Atendimento Máximo Infantil. Era realizado quatro vezes na semana, com três horas diárias, subdivididas em atividades de uma hora. Cada atividade era programada e estruturada tendo a coordenação de um técnico, sendo os demais apoio. Apesar do trabalho ser em grupo a observação era individualizada. Eram atendidas em média quinze crianças e nos grupos desenvolviam-se Atividades Gráficas, Grupo de Cozinha, Coordenação Motora, Jardinagem, Atividades Artísticas, Histórias e Dramatizações, Jogos e Passeios. Nossa realidade, porém, nos impossibilitava de continuarmos com o trabalho, pois tínhamos como necessidade buscar subsídios teóricos e técnicos fora do Ambulatório e para isso contávamos com recursos próprios. Aliado a isso, o espaço físico não comportava mais tantos agenciamentos, o que sugere o pouco interesse demonstrado pelos poderes públicos do Estado de São Paulo mais especificamente, em relação ao problema da saúde mental da criança. Assim esse atendimento com as crianças durou aproximadamente dois anos, sendo encaminhadas para os Hospitais Dia do município que vinham surgindo como local de referência a estes transtornos. A cidade de São Paulo, só contava até então com os Centros Universitários como o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, do Hospital São Paulo donde desmembrou-se o departamento de psiquiatria infantil resultando no CRIA Unifesp. Além destes, o Hospital dos Servidores Públicos Estadual conveniado com a Comunidade Terapêutica Infância e Municipal. A “rede pública era insuficiente de atendimento nesta área então as crianças não eram assistidas adequadamente ou permaneciam em lugar nenhum”, segundo HERRERO, e ZACRISON (2003, P. 233). Havia, no entanto instituições particulares como “A Casinha” e “O Lugar de Vida”, que era ligado à Universidade de

São Paulo, que faziam um trabalho de abordagem mais específica, porém com acesso restrito a uma determinada população. Com a implantação do PAS – Plano de Atenção à Saúde em 1996, pela administração Municipal de São Paulo as equipes de saúde como um todo, assim também como a dos Hospitais Dia infantil foram desfeitas e remanejadas para diversas secretarias interrompendo-se o trabalho. Este trabalho só foi retomado em 2000 quando assumiu-se um outro governo.

Não podemos nos referir à história da psiquiatria Infantil em São Paulo sem salientarmos a importância da Comunidade Terapêutica Enfance/Associação Pró-Reintegração Social da Criança, referência central para os que trabalham nesta área, fundada em 1968 em Diadema e, a partir de 1994, atuando em Sorocaba, centralizada nas figuras de Osvaldo Dante Milton Di Loreto e Michael Rainer Schwarzschild (falecido em 1997) que além de fundar, pesquisar e desenvolver coletivamente um novo modelo de atendimento e funcionamento institucional, foi também uma escola para os profissionais da área que fundaram e participaram de inúmeras outras experiências públicas e privadas no campo da saúde mental, da assistência social e da educação. Construíram uma comunidade terapêutica, que de forma humanizada, os pacientes permaneciam por um período definido, para assim voltar ao convívio social. E é claro, não queriam reproduzir o modelo asilar pois acreditavam no projeto de comunidade, seja como práxis terapêutica, seja como organizador das relações entre as pessoas e como projeto de vida.

O formato de comunidade foi, neste sentido, um ponto de partida e um ponto de chegada, um desejo e uma conquista, um postulado ideológico e um resultante de pesquisa sobre terapêuticas. Sem essa dimensão pessoal, política e ideológica, seria

difícil imaginar que a comunidade fosse terapêutica para seus pacientes e para os que nela trabalhavam. (CYTRYNOWICZ, 2002, P. 105).

Apesar de não ter vivenciado na prática o Projeto Enfance, tive o privilégio de ter supervisão clínica nos idos de 1978/ 79 quando estagiei no Centro Comunitário de Saúde Mental de Parelheiros retomando do final de 2008 até os dias de hoje com o Di Loreto.

Desde 2002 integro a equipe do CRIA Unifesp, que se propõe a atender, além de outros quadros graves, transtornos invasivos do desenvolvimento em tempo intensivo, com equipe multiprofissional, sob um olhar psicanalítico. Os procedimentos terapêuticos assemelham-se aos desenvolvidos nos CAPS infantis. Meu interesse vem-se direcionando em especial para a clínica da psicose infantil, onde participo, além de outros, de um grupo de atividades na cozinha, trabalho este que, tem me despertado reflexões clínicas que julgo significativas e que me convocam a aprofundá-las.

Este Centro de Referência (CRIA) surgiu da parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, e constitui um modelo de atendimento global à criança e ao adolescente, junto com seus familiares, pautado por princípios de interdisciplinaridade e de uma articulação com outros serviços, com a preocupação da inserção da clientela junto à comunidade e à rede educacional para uma rede de convivência mais ampliada, sem, no entanto, adequá-la. Por se tratar de uma universidade inicialmente médica, tem um caráter de formação tanto em residência psiquiátrica quanto em aprimoramento nas áreas afins como psicologia, fonoaudiologia

e terapia ocupacional. A estrutura assistencial do CRIA compõe-se de vários programas específicos de trabalho:

- O Ambulatório geral, onde a clientela é recebida, avaliada e encaminhada a determinados serviços internos ou externos de acordo com a sua necessidade. A criança, o adolescente e seus familiares são atendidos nas suas particularidades por uma equipe de diferentes especialidades.
- Cuidados diários no atendimento de crianças psicóticas, autistas e seus familiares, ou Programa das Psicoses: dada a peculiaridade da infância, este programa constitui-se num atendimento coletivo às crianças e seus familiares, com orientações que se estendem à busca de inserção social e escolar, além de outras formas de suporte que esta população necessita para enfrentar seu problema. Para a realização dessas tarefas são necessários tempo e profissionais disponíveis e capacitados para isso. Chamamos este programa de intensivo, porque propomos vários tipos de atendimentos durante a semana. Apesar de o trabalho ser coletivo, cada criança é pensada na sua singularidade sendo elaborado um projeto terapêutico individual. Quando necessário, além dos grupos, faz-se um atendimento individual ou nuclear (familiar). Assim como o programa infantil, o da adolescência é desenvolvido num modelo semelhante. Os atendimentos, assim como os grupos terapêuticos são dinâmicos, possibilitando o acompanhamento das necessidades desta clientela nas várias formas de relacionamentos.

- Para discutirmos as questões técnicas surgidas no trabalho, são feitas reuniões com todas as pessoas envolvidas, desde o segurança até o coordenador do CRIA. Não existe uma equipe especializada por programa, todos participam simultaneamente das atividades. Além disso, existe uma reunião técnica com toda a equipe, semanalmente, onde são tratadas questões dos relacionamentos humanos, pois afinal cuidamos para que se criem novos agenciamentos dando a possibilidade do paciente ter novas experiências, de enxergar o novo, entendendo melhor seu sofrimento psíquico. Então o essencial é termos boas relações humanas terapêuticas. E é preciso muita conversa, silêncios intermináveis, às vezes difícil como nos encontros.
- Há ainda uma reunião clínica também semanalmente, com a presença de todos da equipe, dos alunos, residentes, aprimorandos e estagiários e ainda convidados. Constitui-se como uma reunião aberta onde são discutidos casos ou situações clínicas, suas intervenções e manejos. Num modelo como esse onde nos propomos a atender em espaços da vida, é difícil nos desfazermos de intervenções tradicionais. Estamos atentos a isso.

Cada criança “elege” uma pessoa que chamamos de referência ou tutor quando há uma empatia. É o técnico, ou seja, qualquer membro da equipe técnica, que a partir de um envolvimento mais intenso vai concentrar todas as informações relativas àquela criança, e tem como função tutorá-la nos vários espaços onde ela convive como a escola, a casa, e ser uma ponte com o professor, o juiz, o Conselho Tutelar, ou seja, qual for a instituição com que a criança se relacione.

Diante desta estrutura, como criar uma atmosfera, um ambiente que propicie uma singularidade? Como sustentar um coletivo que preserve a singularidade? Pensamos em seguir intuitivamente, os gestos que representam seus escapes. Gestos ora solitários, ora em experiências mais instituídas como numa dança ou no preparo de um doce. Criamos espaços heterogêneos permitindo que cada um se enganche a seu modo. Procuramos estar atentos, o que permite esse contato. Estar disponível! Implicado, produzindo novas superfícies de contato, novos encontros, a circulação de afetos onde a criança e a família possam funcionar de outra forma, retomando o desenvolvimento. Um trabalho feito com suavidade e gentileza, onde a dor roça o tempo todo. São pessoas que precisam se proteger da violência que é o seu dia a dia. A criança psicótica tem a nos dizer, então tem que ser possível conferir a singularidade nos mínimos gestos, propondo espaços como os ateliers onde se aumentam as possibilidades de vetores de existência, para quem não existe lugar próprio. Pensamos estar construindo através do CRIA, no grupo de cozinha, uma pequena porta que se abre para modos mais potentes de vida.



## II- Breve histórico sobre o autismo infantil e a ênfase na teoria winnicottiana

O termo Autismo foi criado em 1907 por Eugen Bleuler e “derivado do grego autos (o si mesmo) designa o ensimesmamento psicótico do sujeito em seu mundo interno e a ausência de qualquer contato com o exterior, que pode chegar inclusive ao mutismo.” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 43). Segundo estes autores, Bleuler se recusava a empregar a palavra auto erotismo, introduzida por Havelock Ellis e retomada por Freud, por considerar seu conteúdo por demais sexual. Por isso, fez uma contração de auto com erotismo, resultando na palavra Autismo. Designou por esse termo um distúrbio típico da esquizofrenia e característico dos adultos. Somente mais tarde o autismo infantil seria discutido.

Em 1943, o psiquiatra norte americano Leo Kanner, em seu clássico estudo intitulado *Autistic Disturbances of Affective Contact* descreveu o Autismo Infantil. Nesse estudo, a partir da observação de onze casos que denominou de autismo infantil precoce, ele descreve uma síndrome, que consiste numa incapacidade da criança desde o seu nascimento, de estabelecer contato com seu meio, uma profunda solidão ou isolamento social, um desejo obsessivo pela preservação da uniformidade<sup>6</sup>, um relacionamento específico com objetos, contrastando com a incapacidade de relacionar-

---

<sup>6</sup> A expressão “insistência obsessiva na uniformidade” tem sido usada como referência a muitas variedades de comportamento fixado, estereotípico e persistente. Certos assuntos ou falas ou mesmo movimentos corporais são perseguidos obsessivamente.

se com pessoas, uma fisionomia inteligente e responsiva e tanto um mutismo total como uma linguagem desprovida de qualquer significação.

A Psiquiatria tradicional só foi reconhecida como ciência a partir das idéias de Phillipe Pinel (1793) influenciado pela concepção de livre arbítrio sustentada pela Revolução Francesa que preconizava soltar as correntes dos alienados, libertando-os, porém impondo-lhes outra ordem de aprisionamento, ou seja, das leis e códigos dos Manicômios. Sempre houve uma forma de codificar a loucura, seja com repressão e confinamento no hospital ou mais tarde com a psicanálise numa tentativa de adequação comportamental de bom senso social, pois contrastando os loucos eram considerados juridicamente incapazes. Segundo Deleuze (1972), Freud foi o primeiro a introduzir na psiquiatria, a relação contratual burguesa, ou seja, uma relação de troca. Mais tarde, vieram as instituições reproduzindo ideologias políticas e revolucionárias.

Como a criança era considerada um ser a se educar, com isso a precede um passado repleto de expressões pedagógicas. As dificuldades de aprendizagem assim como os obstáculos no processo de desenvolvimento e mesmo comportamentos bizarros, eram assim compreendidos e deveriam ser restaurados através de educação, incluindo castigos físicos. Com Freud (1905) a criança passa a existir como ser sexual, como pessoa em desenvolvimento, com sentimentos, conflitos e perturbações emocionais que lhe são próprias. Tem psiquismo que funciona de acordo com leis distintas dos adultos, fantasias e sofrimento mental. A teoria freudiana foi importante na compreensão da constituição do psiquismo infantil. Seguiu-se ainda pela escola vienense, com Anna Freud, sua filha, o tratamento infantil que combinava à análise uma dimensão social e profilática. Na escola inglesa, encabeçada por Melanie Klein (1924),

questionava-se esta combinação terapêutica da análise, por entender que eram abordagens incompatíveis. Klein avança no tratamento com crianças introduzindo o jogo, que é uma forma da criança se expressar e que constitui um modo de acesso ao inconsciente infantil, podendo com isso, revelar suas fantasias e conflitos. No movimento psicanalítico, foi ela quem começou a trabalhar com crianças psicóticas. Descreveu rigorosamente a esquizofrenia infantil. Em 1930, escreve a história de Dick (KLEIN, 1930). Primeiramente o analisa como tratando-se de esquizofrenia infantil e posteriormente reconhece particularidades que o diferenciam deste diagnóstico considerando tratar-se de autismo infantil. Porém, Klein não se desvencilha da forma contratual e mercantilista que a Psicanálise propõe: os pacientes trazem estados vividos e ela os traduz e os devolve em palavras. Atribui, segundo Deleuze e Guattari (1972), aos objetos parciais, termo inventado por ela como elementos do inconsciente, a expressão de um organismo despedaçado, estilhaçado, uma fragmentação que remete a um organismo que funcionaria fantasmaticamente como unidade perdida ou totalidade por vir, o que contrasta com a maneira de se posicionar da esquizoanálise que vê nos objetos parciais modos de presença na multiplicidade formando sem unificação nem totalização.

Os objetos parciais, não são a expressão de um organismo despedaçado, estilhaçado, que suportaria uma totalidade desfeita ou partes libertadas de um todo; e menos ainda se pode tomar o corpo sem órgãos como expressão de um organismo recolado ou 'des diferenciado' que se sobreporia às suas próprias partes. (DELEUZE; GUATTARI, 1972, P. 51)

Cada objeto parcial emite um fluxo que está associado a um outro objeto parcial para o qual ele define um campo de presença potencial também múltiplo, formando-se cadeias de fluxos sem a função de codificar com interpretações; é uma cadeia de fugas e não de códigos.

Dá em diante, abriu-se um amplo campo para o tratamento das psicoses da infância em diferentes abordagens teóricas. Frances Tustin (1972) trouxe uma nova contribuição a esta questão definindo o Autismo Infantil como resultante de uma parada do desenvolvimento psicológico, tornando-se intensamente rígido numa fase muito primitiva, ou de uma regressão a tal fase. Para Tustin, à palavra autismo estão implícitas duas idéias fundamentais: a primeira, de existência de uma situação muito primitiva do desenvolvimento psicológico, e a segunda, de desenvolvimento psicológico cujo curso se desviou do habitual. Traduzido literalmente, autismo significa viver em termos do próprio self, o que está de acordo com o fato, por demais contrastado, de que uma criança em estado de autismo, centrada em si mesma, pouco responde ao mundo que a rodeia. Mas, paradoxalmente, uma criança nesse estado não se dá conta, em verdade, do que ser um *eu* significa.

Winnicott, psicanalista inglês, posiciona-se num limite com a psicanálise, porque tem um sentimento de que o procedimento de troca proposto pela psicanálise, não convém mais num certo momento. Penso que assim sua forma de atuação, como discutirei mais adiante, aproxima-se do pensamento de Deleuze quando este diz:

Há um momento que não se trata de traduzir, interpretar, traduzir em fantasmas, interpretar em significados ou em significantes, não, não é isso. Há um momento em que será necessário partilhar, é preciso colocar-se em sintonia com o doente, é preciso ir até ele, partilhar seu estado. Trata-se de uma espécie de simpatia, de empatia, ou de identificação? Mesmo assim, isso é seguramente mais complicado. O que nós sentimos é antes a necessidade de uma relação que não seria nem legal, nem contratual, nem institucional. (DELEUZE, 1973)

O ponto de vista da teoria de Winnicott desenvolveu-se a partir do seu trabalho como pediatra, nos anos de 1920 a 1930 e foi reformulado até 1940, quando começou a descrever as etapas essenciais do desenvolvimento interdependente do corpo e dos

afetos da criança pequena. Para ele, a saúde não poderia ser descrita em termos apenas individuais, pois o desenvolvimento, especialmente no início da vida, quando o bebê ainda está vivendo num mundo subjetivo, depende de um suprimento ambiental satisfatório, que facilite as várias tendências individuais herdadas, de tal forma que esse desenvolvimento ocorra com elas. Existe algo que chamou de ambiente não suficientemente bom, que distorce o desenvolvimento do bebê, assim como existe o ambiente suficientemente bom que, possibilita ao bebê alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes. Geralmente a mãe é capaz de provê-lo por causa do estado especial em que ela se encontra denominado de preocupação materna primária. A preocupação materna primária ocorre nas primeiras semanas após o nascimento do bebê. Ocorre aí uma identificação consciente, mas também profundamente inconsciente da mãe com seu bebê.

Muitas mulheres são com certeza boas mães em todos os outros aspectos, e levam uma vida rica e produtiva, mas não têm a capacidade de contrair essa doença normal<sup>7</sup> que lhes possibilitaria a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê já nos primeiros momentos. Ou conseguem fazê-lo com um filho e não com outro. Quando a mãe perde o bonde no estágio mais inicial, defronta-se com a tarefa de compensar o que ficou perdido. Terão que adaptar-se às crescentes necessidades de seus filhos, e nada garante que elas conseguirão corrigir as distorções do início. (WINNICOTT, 2000, P. 399)

Assim esta mãe que desenvolve este estado de “preocupação materna primária” conhecendo e se adaptando às necessidades do bebê, fornece um contexto para que a constituição dessa criança comece a desdobrar-se, a experimentar movimentos espontâneos, dominando os instintos e tornando-se dono das sensações correspondentes a uma etapa inicial da vida o que o torna capaz de começar a existir com autonomia. De modo gradual, a mãe vai se livrando da preocupação com as necessidades do bebê para

---

<sup>7</sup> Winnicott introduz o termo doença por entender que a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver este estado quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera.

que ele possa crescer em complexidade e tornar-se um existente estabelecido experimentando a procura e o encontro de um objeto como um ato criativo. A criatividade é própria do estar vivo. Se a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa às necessidades do bebê, o continuar a ser da criança é perturbado muito pouco por reação à intrusão<sup>8</sup>. Por outro lado, sem a propiciação de um ambiente inicial suficientemente bom, esse *eu* nunca se desenvolve. O sentimento de realidade assim como antes dele a integração e a personalização, encontram-se ausentes. As dificuldades inerentes à vida não poderão ser alcançadas, e menos ainda o serão as satisfações. Sofre ansiedades impensáveis de desintegração, cair para sempre. É o que produz as distorções psicóticas do conjunto ambiente/indivíduo. Organiza reações defensivas para repudiar as intrusões. Quando o transtorno se desenvolve muito precocemente, ou seja, nos primeiríssimos estágios do desenvolvimento, não existem recursos, a não ser algo de si mesma, que não se constitui no ego, mas da memória corporal, de uma subjetividade que vive cada sensação como o todo de seu mundo em cada momento, agonias impensáveis que a criança não pode sequer afrontá-la, daí, consideramos como Psicose Precoce do Desenvolvimento ou Autismo; quando se dá mais tardiamente e a criança já tem recursos para organizar defesas ante essa intrusão, chamamos de Psicose Infantil.

Tendo ocorrido uma falha nesse primeiro estágio, o bebê será apanhado por mecanismos de defesas primitivos, que pertencem à ameaça de aniquilação, e os elementos constitucionais tenderão a ficar anulados. (WINNICOTT, 2000, p. 399)

O que caracteriza a psicose infantil é a conexão frouxa entre a psique e o corpo e suas funções. Grande parte do cuidado físico dedicado às crianças pequenas como

---

<sup>8</sup> A Intrusão consiste numa imposição do ambiente que interrompe o continuar a ser do bebê por estar além das condições que ele tem de experienciar os afetos produzidos. O que conta são as reações às intrusões e não as intrusões em si mesmas.

segurá-la no colo, acariciá-la, chamá-la pelo nome, banhá-la, alimentá-la, destina-se a facilitar essa integração. Parece tão simples, mas para alguns é complexo demais. No início de sua vida o bebê ora é uma porção de pedacinhos, ora é um único ser, e isto não importa, o que importa é que de tempos em tempos ele se torne uno e sinta alguma coisa. É essa sensação de estar sendo cuidado, silenciosamente, e repetidas vezes é o que constrói gradualmente a personalização satisfatória. Pensando na importância dessa função como constitutiva na criança, precisamos possibilitar que ela tenha experiências que correspondam mais à infância. E isto se dá no contato que só pode ser realizado pelas pessoas certas. Se a mãe não pode por dificuldades psíquicas, a princípio, cuidamos dela para recuperar esse cuidar. Aprender a segurar, a tolerar, a conhecer e reconhecer as dificuldades reais dos filhos e as suas próprias. Dar oportunidade de segurar as pessoas e situações para que retomem minimamente seu desenvolvimento é uma função social.

### III- Uma questão de método

O grupo terapêutico que tomo como dispositivo para tratar destas questões, é um grupo que atendo juntamente com uma colega assistente social, usando como espaço físico a cozinha onde há constelações de afetos e efeitos. É neste território, com 5 crianças de funcionamento psicótico e suas mães que faço uma sondagem destas relações. A mãe não traz em si as coordenadas de tudo o que o inconsciente da criança investe; existem experiências instintivas, como “mapas”, que nas crianças autistas tem linhas costumeiras, erráticas, anéis, arrependimentos e recuos, que trazem todas as suas singularidades... os pais são um meio que a criança percorre, com suas qualidades e potenciais e cujo mapa ela traça.” (DELEUZE, 1997, p. 73).

Pensamos estas relações como forças – da criança com sua mãe, com o espaço, com o alimento – que é corporal, sensorial, orientada num sentido próprio, às vezes sem sentido para mim, mas que vai se constituindo na individuação através das subjetivações nos encontros.

Ser e se sentir real dizem respeito essencialmente à saúde, e só se garantirmos o ser é que poderemos partir para coisas mais objetivas.

A experiência cultural começa como um jogo e conduz ao domínio da herança humana, incluindo as artes e os mitos da história. Essa experiência cultural se inicia no espaço potencial entre uma criança e a mãe, quando a experiência produziu na criança um alto grau de confiança na mãe, no fato de que ela não vai faltar quando dela tiver



necessidade. A confiança é a chave dessa área da experiência saudável. E é pautado também nessa idéia que juntamos num mesmo grupo mães e crianças promovendo um espaço de vivência desta relação.

Estejam ou não marcadas por alegrias ou tristezas, por bem estar ou sofrimento, estas relações são intensificadas, mesmo no silêncio e na ausência. O clínico é o receptor destes sinais que também são assimilados por ele. Constitui-se num embate. Abrem-se a um campo problemático, que não conseguimos simplesmente representar, pois que isso tudo também nos perpassa. É um combate complexo de forças que se atravessam de dentro para fora e de fora para dentro, que afetam intensamente, é um puro devir. A cada bom encontro tudo se modifica, vão se compondo novas possibilidades de existência, o ser vai se constituindo na intensidade e densidade dos novos encontros. Este é o objetivo central deste trabalho. Esses encontros são danças comportamentais cujo compasso é previsibilidade ou a imprevisibilidade de repetições. Neste contexto, há a possibilidade do envolvimento ou rejeição.

Existem vários estudos e maneiras de estudarmos a psicose infantil: há os que preferem encontrar uma causa física, genética, bioquímica ou endócrina. A partir da minha observação clínica, penso a idéia da delicada interação dos fatores individuais e ambientais, conforme eles operam nos primeiríssimos estágios do crescimento e desenvolvimento humano. O que há de mais primitivo no ser humano é um arrojo de forças vitais que, por múltiplos caminhos e descaminhos, insiste em combinar-se com outras forças que cuidem dele, que o potencializem. Bem ou mal, a mãe é também levada a estabelecer relações com o bebê e o seu desenvolvimento se amplia para outras relações. O alimento pode ser entendido como uma das formas de cuidar e de se

relacionar. Assim, esse espaço de cozinha vem ao encontro do cuidado e é atravessado pelo sensorial, pelo lúdico e pelas relações que se estabelecem através do alimento desde os primórdios da existência humana.

Os procedimentos são avaliados em função das relações estabelecidas no grupo e não na qualidade do que é produzido.

Usamos como metodologia a descrição de relatos clínicos, das histórias contadas e vivenciadas no grupo e no espaço do CRIA e da nossa participação como parte integrante desse grupo.

A partir das situações estabelecidas durante o grupo, as pessoas escolhem receitas que serão feitas. Podem ser pratos do seu dia-dia, ou de família, ou que o filho goste, ou ainda que gostariam de experimentar... O grupo estabeleceu uma dinâmica própria, ou seja, é combinado com uma semana de antecedência, para que possamos providenciar o material a ser utilizado. Normalmente os ingredientes são fornecidos pelo CRIA, porém quando se trata de um prato especial, o próprio grupo se organiza para trazer o material. Desde a idealização aos ingredientes e à preparação do prato, há peculiaridades que podem constituir algum sentido. Evitamos interpretar, impor um sentido.

Os lapsos, os atos falhos, os sintomas são como pássaros que batem com o bico na janela. Não se trata de interpretá-los. Trata-se antes de detectar sua trajetória para ver se podem servir de indicadores de novos universos de referência suscetíveis de adquirirem uma consistência suficiente para revirar uma situação.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Esta citação é de Guattari e consta no livro “Crítica e clínica” de Deleuze (1997), pg. 75.

Ficamos atentos às relações, às variações que se operam nos encontros, variações que favorecem ou inibem outros encontros potencializadores. Potência é uma diferenciação pelo qual se vai ao extremo daquilo que se pode. Clinicar é ser intercessor de potências.

Procuramos, através deste trabalho, destes momentos, do feitio do alimento que ora é preparado com sucesso e ora não, que este entendimento seja compartilhado, assim como suas experiências de vida e a relação com o filho e com a mãe.

Numa instituição pública de saúde, como o CRIA, que reconhece no sintoma psicótico uma defesa quanto o desabamento psíquico, propomos intervenções que possibilitem bons encontros visando o aumento da potência de existir e, por conseguinte, a redução deste sofrimento. Entendemos que tal sofrimento está ligado a maus encontros vividos por essas crianças em certas situações; mais claramente, tal sofrimento está ligado a uma incompatibilidade entre as relações constitutivas dessas crianças e relações constitutivas de outros participantes da situação em que elas vivem. A composição de relações não mutuamente favoráveis aos participantes, os maus encontros mostram sua expressão em certas posturas, como bater-se, morder-se, queimar-se, o que redundando em perigo de existir. Considerando isso tudo, a questão que se impõe é esta: como compor relações mutuamente favoráveis ao aumento da potência de existir que singulariza cada participante das situações vividas em conjunto? Os sinais que nos ajudam nesse esforço são sinais de alegria. Quando aparece algum sinal de alegria, não a felicidade empírica, mas a ampliação do campo dos sentidos, por menor que seja, sentimos que um bom encontro está se dando, sentimos que certas relações estão se compondo para melhor e que o sofrimento psíquico está declinando aí;

sentimos, enfim que se aponta uma via para a vida, que é possível apostar numa existência Feliz.

Poucos suportam as necessidades primitivas desses pacientes e aprendem com eles. Poucos entendem as reações conscientes e inconscientes diante do impacto com a psicose. Percebemos os pais também perplexos, com culpa, raiva, medo, vergonha, angústia e ainda tendo que cuidar dos filhos. Então, o agenciamento muitas vezes é alterado de acordo com a demanda. Na verdade, o que interessa é “a continuidade do ambiente humano e do mesmo modo do ambiente não-humano, que auxilia a integração da personalidade do indivíduo; da confiança, que torna o comportamento da mãe passível, da adaptação gradativa às necessidades ambientes em expansão da criança, cujo processo de crescimento a impele no sentido da independência e da ventura: da provisão para concretizar o impulso criativo” (WINNICOTT, 1956)

#### IV- O caminho entre as pedras ...

Não há obra que não indique uma saída para a vida, que não trace um caminho entre as pedras. (DELEUZE, 1992, p. 179)

Proponho contar não histórias sobre a psicose, mais precisamente da psicose na infância, de modos de vida de famílias esgotadas nos seus relacionamentos, destruídas das construções subjetivas. Conto a partir da prática clínica, situações vividas ao longo da minha vida profissional numa tentativa de compreender estes signos.

Apresentarei a evolução e o tratamento de cinco crianças e seus cuidadores. Chamamos de cuidadores, a mãe ou quem substitui a sua função. Privilegiarei o relato das relações familiares, com ênfase nos vínculos que vão se estabelecendo ao longo do tratamento. Todos os nomes citados neste trabalho são fictícios com o objetivo de preservar a identidade dessas pessoas.

Parto do princípio que o ser se forma num campo de forças, num jogo complexo de relações. Todas as ocorrências estão nos individuando e a individuação é permanente, modulada por este jogo de forças ao qual estamos imersos. Isto é a vida! Nesse sentido a história de vida tanto da criança como da sua família é parte integrante deste relato, uma vez que a sua recordação de acontecimentos passados, funciona como a confirmação de um modo de existência que constitui este processo.

A comunicação dos inconscientes não tem a família como princípio, mas, isto sim, a comunidade do campo social enquanto objeto do investimento de desejo. Sob todos os aspectos, a família nunca é determinante, mas apenas determinada, primeiro como estímulo de partida, em seguida como conjunto de chegada, finalmente, como intermediário ou interceptação de comunicação. (DELEUZE; GUATTARI, 1972, p. 332)

## Com as crianças

### 4.1- Dora

Dora, uma menina de 8 anos, que está sendo atendida em nosso serviço desde setembro de 2004 e no Programa das Psicoses a partir de Abril de 2005, veio encaminhada pela pediatria do Hospital São Paulo. De acordo com os pais, Dora fez uma série de exames e “foi constatada uma inflamação no cérebro que deve ser tratada”. Ao trazerem este dado, eles começam a discutir sobre o paradeiro do tal exame com o parecer do médico e desde então travam uma briga que parece interminável e que se repete em todos os atendimentos, com ataques do pai ao descuido da mãe e esta o culpando pelas freqüentes bebedeiras e o seu modo agressivo de ser. Em entrevista posterior, o pai traz o referido exame e verificamos que não havia indício de anormalidade e que os médicos responsáveis pelo exame não haviam sugerido tratamento algum.

Em meio a estas discussões freqüentes, contam no começo dos encontros, de forma difusa e desorganizada a história de Dora. Na medida em que vão nos conhecendo e um vínculo vai se estabelecendo, mais dados vão surgindo e vamos compondo a história de uma menina que não pode ser escutada.

Dora corre de um lado para o outro no quintal, pelo jardim, na sala de espera, com movimentos das mãos que se repetem; bate na cabeça, no rosto, puxa o cabelo; tapa os olhos e os ouvidos e diz palavras que a princípio parecem soltas e sem sentido, mas que com o tempo vão se compondo num repertório próprio. Repete ordens ouvidas,

palavrões e frases de canções. Pede socorro. A mãe, de forma desajeitada, corre atrás dela gritando sem conseguir segurá-la e quando consegue, a estapeia. O pai observa sentado.

Na sala de atendimento, a agitação continua. Durante a entrevista com os pais, Dora quebrou os lápis de cor, mastigou as pontas, quebrou um pedaço da persiana, comeu um pedaço do cimento da parede. Só quando a terapeuta coloca limites, o pai a chama sem repreendê-la e a toma nos braços com um sorriso.

Dora vem muito bem vestida, com a roupa, os sapatos e as presilhas do cabelo combinando. Apesar disso todos os dentes superiores estão estragados e percebemos piolhos e lendias na sua cabeça. Tem uma irmã que é filha do casal, um ano mais nova, e outra de 11 anos que é filha somente da mãe. Os pais vestem as meninas menores de maneira idêntica fazendo-as parecerem gêmeas, o que às vezes nos confunde. Uma das queixas trazidas pelos pais é de que Dora bate muito nessa irmã.

Nas entrevistas iniciais se repetiram cenas de muita agitação de Dora com gritos e tapas da mãe e acusações e sorrisos do pai. A mãe parece ter muita dificuldade em expressar-se verbalmente, enquanto que o pai se coloca de forma mais clara.

O casal, durante os atendimentos, demonstra muitos conflitos, que refletem, naturalmente no cuidado com as filhas. Relatam situações onde as colocam em situações de risco, como por não ter conseguido controlar a agitação de Dora a mãe ficou nervosa e atravessaram a rua no sinal vermelho, quase sendo atropeladas; ou numa festa em que a mãe vai embora sozinha incomodada com a bebedeira do pai e quando

chegam em casa, percebe que a roupa de Dora está toda queimada, provavelmente por ter ficado muito próxima da churrasqueira.

A vida de cada um dos pais é atravessada por muitas dificuldades. O pai conta que sua família é numerosa. Natural do Piauí, foi o único filho que pode estudar, os outros irmãos trabalhavam na roça. Como ele era muito magro e miúdo, e aprendeu a falar rápido seu pai o colocou na escola. Quando terminou o ensino fundamental, mudou-se para outra cidade e teve que se sustentar. Tomou algumas iniciativas o que lhe rendeu emprego rápido e aos 20 anos veio para São Paulo, onde trabalha no comércio. Conseguiu comprar uma casa na periferia de São Paulo e está pensando em comprar outra para mais conforto da família. A primeira vez que ouviu a palavra “autismo”, pensou que os médicos estavam se referindo à altura da filha, que ela seria uma menina grande. Seu tamanho foi determinante no rumo da sua vida.

A mãe veio do interior da Bahia para São Paulo com 14 anos e foi trabalhar como doméstica, morando na casa dos patrões. De sua infância não se lembra muita coisa, somente que seu pai também bebia, mas nunca foi violento com as filhas. Sua mãe, no entanto, o agredia quando chegava em casa alcoolizado. Em São Paulo engravidou da primeira filha ao relacionar-se com um homem que nunca assumiu a paternidade. Levou a menina para ser criada por seus avós e tias na sua terra natal e voltou para São Paulo. Quando passou a viver com o atual marido, trouxe a menina, com 5 anos, de volta. Nessa época, a menina foi atropelada, bateu a cabeça e desde então ela passou a ter “crises” e toma anti-convulsivantes, de maneira irregular. A mãe diz estar arrependida de ter saído do emprego e ter se casado. Diz que nunca deveria ter sido mãe e só aí, depois de meses de atendimento, ela conta que teve um filho, antes do



nascimento da mais velha, nascido na Bahia que morreu com um mês de vida, sem saber explicar a causa. Ele sofrera muito no parto e era muito quieto, não chorava e não mamava. Morreu em casa. Emociona-se.

Segundo os pais, a gravidez de Dora foi tranqüila, bem como o parto. Ela mamou até os seis meses, quando a mãe engravidou da filha mais nova. A mãe diz que Dora largou o peito repentinamente, alegando que talvez ela tenha sentido o leite com gosto diferente. Seu desenvolvimento até um ano foi normal e com um ano e meio já falava tudo de maneira correta. Contam de uma menina com ótima memória e curiosa. Referem que Dora teve meningite, chegando a ser internada poucos dias, porém sem alterações nos exames. Aos 3 anos de idade, houve uma tentativa de colocá-la na escola. Segundo eles, a professora dizia que Dora tinha um bom desempenho, porém ela voltava da escola "muito nervosa". Nessa época, desenvolve uma infecção urinária, que se repete até hoje, e responsabilizam a professora por não levá-la ao banheiro. Não retornou mais à escola por terem perdido a confiança. Nessa época, parece ter ocorrido uma mudança de regressão a um funcionamento psicótico. Só vai retornar dois anos depois para a escola, após várias reuniões entre nós e a Coordenadoria da Educação, numa tentativa de inclusão escolar. Mesmo assim, sua frequência é irregular, alegando sempre as dificuldades de locomoção. Na entrada ao CRIA foi medicada com Neuleptil depois Haldol, em função dessa agitação e agressividade, administrados com irregularidade pela mãe. Vinha emagrecendo nos últimos meses, o que relacionamos com sua má alimentação.

Ao se referirem aos comportamentos de Dora, usam termos relacionados a muita violência, como: "se a gente não corre e pega ela se mata, ela morre, que ela bate forte a

cabeça dela no chão”; Dora também se arranha com muita intensidade na região dos genitais, até sangrar, e a mãe diz: “se deixar ela se mata, para tomar banho, ela chora, se rasga todinha, nas partes proibidas ela se unha toda”. A sua intervenção é: “aí me dá nervoso eu pego o chinelo e dou umas palmadas, daí ela fica mais nervosa não dá para agüentar mais”. Contam que numa situação de crise os pais chegaram a ligar para a emergência e Dora só se acalmou quando viu a ambulância. Ela tinha apenas 3 anos de idade. A situação familiar é bastante grave, envolvendo o alcoolismo do pai, violência e ameaças de morte entre os cônjuges, com brigas sempre na presença das crianças. Nessas ocasiões, a mãe pensa em chamar a polícia, pois “não pode ficar com maluco que quando bebe vira a cabeça”. Essas brigas também envolvem a vizinhança e perseguições pelas ruas. Apesar de o pai reconhecer o mal estar causado pela bebida, responsabiliza a mãe pelos problemas de Dora.

Na psicose a violência é desmedida, é absoluta, se desconhece os limites e assim, vai se inscrevendo no corpo desta criança como sintoma. Sua forma de se exprimir revela um mundo aterrador. Necessitam de recursos externos para evitar que fiquem à mercê da loucura, recriando possibilidades, livrando-se desse passado e criando novas formas de existir.

O contato com Dora é marcado pelas faltas. Desde o começo dos atendimentos, há um abismo que às vezes me parece intransponível. Ao mesmo tempo, acho que estas faltas, sugerem a delicada e fugaz relação que Dora quer nos propor. Escorrega pelas mãos. Mas aos poucos ela vem, gritando, chorando, se arranhando, apanhando. Ao mesmo tempo em que esses pais nos entregam sua filha, a puxam de volta para essa violência que é a vida deles. Dora fala. Ela sabe falar, ela sabe cantar, se comunicar.

Presenciamos inúmeros momentos de troca, que mesmo mostrando, fica difícil deles reconhecerem. Tem verbalização suficiente para se fazer entender, mas ela mais reproduz que cria, e o que ela fala está limitado à expressão de uma necessidade ou vontade.

Na cozinha que é um dos espaços de atendimento onde estão reunidas as crianças com suas mães, posso contar algumas dessas situações.

No momento em que o grupo estava decidindo qual era o prato que iríamos preparar na semana seguinte, em meio a grandes dúvidas e confusão Dora grita que quer Brigadeiro. Seu olhar singularizou-se positivamente quando escolheu o Brigadeiro. Aceitamos imediatamente a sugestão e falamos do seu entendimento da proposta e do quanto deve ser gostoso para ela este doce. De pronto a mãe, dando tapas na sua cabeça, diz que ela não disse Brigadeiro, que ela disse outra coisa. Dora, tapando a boca com a mão repete: "Qué Brigadeiro" . Mesmo assim a mãe não convencida, diz que ela falou Brigadeiro, mas se referindo a outra coisa, ao confeito, talvez. Foi combinado com o grupo, que reconheceu o pedido de Dora e feito o doce. Ela comeu muito e lambuzou-se toda. A vida pulsou ali, aumentou-se a potência de existir. Do ponto de vista da individuação, as mínimas posturas são observadas nas variações contínuas. Essa atenção à variação contínua é forçada a observar o acompanhamento do caso e, por outro lado, um abrangente critério de felicidade, que é a potência de existir. Na clínica se criam possibilidades do novo aparecer.

Numa situação de grupo, a mãe de Dora comenta que a filha quase não se alimenta em casa e que come bolacha maisena o dia todo. Pergunto qual o tipo de

comida que costumam fazer em sua casa, qual a rotina durante as refeições, e ela fala que é a normal, isto é, arroz, feijão e mistura, mas como Dora não costuma comer, ela nem oferece mais. Justifica que sua comida é mesmo ruim e que não se preocupa com isso.

Num outro dia, preocupados com o fato de Dora não comer comida, e atentos ao fato de que ela constantemente queixa-se de dores na barriga, mostrando, apertando e repetindo várias vezes que está doendo, perguntamos à mãe se tinha algo que ela gostasse, ou que ela já tinha comido. A mãe responde com impaciência que não gosta de cozinhar, mas que sabia fazer uma farofinha de ovo que Dora às vezes come. Aproveitamos que na semana seguinte seria arroz com feijão e sugerimos completar com a farofinha. Faltaram. Ficamos sem o complemento. Os pais justificaram a falta alegando infecção urinária, que Dora teve que ser internada para fazer exames, e que novamente não deu nada de anormal. Ao retornarem ao grupo, foi pedido que a mãe então fizesse a farofinha como uma cobrança das outras mães, já que ela nunca se propunha a fazer um prato. E assim foi feita a farofinha de ovo e novamente Dora comeu muito. Nesse dia também foi importante para a mãe ter feito algo que foi apreciado não só pela filha, mas pelas outras crianças do grupo. Recebeu elogios e até anotaram a receita, mesmo com a sua desqualificação do prato: “é simplisinho, qualquer um sabe fazer”.

Noutras situações em que Dora participa do grupo e come o que é feito, sua mãe não só se mostra surpresa como também agressiva e impaciente. Na maioria das vezes quando se refere à filha queixa-se dos vexames que ela a faz passar, como gritar e despentear-se no meio da rua ou no ônibus a caminho do CRIA, fazendo com que

voltem muitas vezes do meio do caminho, ou mesmo em festas da família. Fala que pula e grita como louca e que não agüenta. Mesmo no CRIA quando Dora tem esses comportamentos a mãe a agride a nossa revelia e diz que ela é a pior do grupo, não conseguindo perceber as dificuldades das outras crianças. Ouvimos esta queixa da mãe e propusemos além de um horário onde a mãe fosse ouvida individualmente, um horário mais confortável para elas, que diante de tantas faltas, achamos conveniente facilitar a vinda delas ao tratamento.

Como estava próximo o seu aniversário e o de outra criança do grupo, resolvemos fazer uma festa de comemoração dos aniversários, e cada uma das mães se comprometeu a trazer ingredientes para prepararmos a festa. A mãe de Dora ficou de trazer os confeitos do bolo. No dia combinado elas faltaram sem avisar. Mantivemos o grupo mesmo sem o confeito o que criou reclamações das outras pessoas. Algumas semanas depois, voltam aos atendimentos e ao grupo de cozinha e a situação é retomada. As mães cobram a falta não só do confeito, mas da aniversariante que não estava na sua festa. A mãe justifica a falta dizendo que toda a sua vida social está comprometida pelas dificuldades da filha, repetindo várias vezes que ela parece louca. Conta que na mesma semana a sua família preparou uma festa de aniversário para a menina, num sítio com piscina e churrasqueira e que foram todos, menos as duas que ficaram em casa. Dora, que ouvia atentamente apesar de tapar os ouvidos com as mãos, compreendeu o que sua mãe disse e saiu correndo para o banheiro gritando: “Socorro, tá doendo”. A mãe foi atrás dela gritando: “Tá vendo Marizilda, qualquer dia ela se mata”. Dora estava no banheiro e pulava na bacia, gritava, se beliscava violentamente; a mãe, numa tentativa de contê-la ou de abafar os seus gritos, batia e gritava para que ela parasse. A única forma que eu consegui interferir foi entrando fisicamente naquela luta

entre as duas e aos poucos elas foram parando de gritar e de se bater. Só consegui um contato no confronto físico. Às vezes sinto que só assim é possível um contato nestas relações: o físico, corporal. Utilizo como intervenção interpretativa o contato físico, interrompo a repetição da relação agressiva, propiciando um entendimento, uma tomada de consciência daquela situação no ato. A partir deste fato, aparecem mudanças qualitativas nos vínculos estabelecidos por elas. Podemos considerar esta intervenção física como interpretação na medida em que houve mudança no comportamento de ambas?

Pudemos conversar sobre este fato outras vezes e ela conta que quando sua filha está agitada em casa ela grita e diz o meu nome pedindo socorro. No grupo seguinte, as outras mães contam situações semelhantes com seus filhos, mostrando a elas que não são as únicas que sofrem e que para isso estavam ali, numa tentativa de entender e melhorar as relações. Percebo que quando acontecem fatos como esse, de muita intensidade, as outras mães tentam acolher a dor do outro como se fosse a sua própria. Nesse caso em particular, foi continente, e elas puderam voltar. Existem caminhos terapêuticos que tem igual ação daqueles onde nós terapeutas somos os elementos principais?

Sinto que ainda assim a mãe tenta evitar o que ela chama de “ataques de loucura” da filha. Percebendo que a menina estava agitada e que o grupo iria começar, vai até a sala que eu estava e me chama: “Vamos começar o grupo logo Marizilda, senão a Dora se rasga toda”. Percebo a ansiedade da mãe e peço a ajuda delas para arrumarmos o material enquanto os outros do grupo vinham chegando.

Aos poucos vamos percebendo mudanças na compreensão da função deles enquanto pais e nas relações da rede familiar. Em entrevista com o casal, vão contando coisas do seu dia a dia. Contam que o pai não está bebendo todos os dias e fala que como quer ajudar a filha a se relacionar, deve ter uma boa comunicação com ela estando lúcido. Vão demonstrando interesse com as atividades do CRIA. Num dos encontros, o pai diz que aprendeu um prato que gostaria de preparar no grupo de cozinha. Apesar de não fazer parte do grupo, deixamos em aberto esta possibilidade. Conta entusiasmado que “vai entrar na minha cozinha e preparar uma rabada que eu nunca comi igual” e que é para eu não me preocupar, pois trará todos os ingredientes, ou seja, um rabo bovino e os temperos. Acho que será uma experiência interessante! Enquanto fala, a mãe concorda e elogia o prato do marido, numa atitude carinhosa.

Existem ações que vem mais dos interrelacionamentos que dos elementos psicológicos que estavam presentes, porém não explicitados. Depois de alguns meses, um dos meninos do grupo, batia com as mãos na parede, na mesa, nos armários, fazendo um barulho ensurdecedor. Grita Dora: “Vamo pará com esse barulho!”. O menino pára. Uma das mães num tom de brincadeira fala: “Olha só quem tá falando, a que gritava mais!”. Gritava. Não grita mais e chora tanto. Participa dos grupos, ajuda a pegar o material. Tem experimentado mais a comida. Sopa de letrinhas. Continua pedindo por brigadeiro e a mãe faz brigadeiro, faz também hambúrguer e hot-dog, com o pão certo, como criança gosta. Não conhecia pão com gergelim, agora conhece. Pizza, prefere a de calabresa. Dora está brincando mais nos grupos com outras crianças e com os brinquedos. Pediu para eu desenhar um vestido que ela queria pintar. Desenhei e ela pintou de cor de rosa, cor que ela costuma usar com certa frequência. Nas produções

gráficas, ou faz garatujas ou rabisca e rasga a folha, mas conseguiu perceber o desenho e pintar sem sair muito dos limites.

Sua mãe veio me contar, que no fim de semana foram ao Mc Donald's, comeram Big Mac e batata frita e se comportaram bem. Pareciam felizes. Restaurou-se entre ambas uma possibilidade de relação. A vida pulsou ali.

Na semana próxima ao seu aniversário, novamente combinamos comemorarmos com um bolo. Estávamos apreensivas, com receio que se repetisse como no ano anterior. Vieram para a festa, cantamos “Parabéns à Você”. Percebemos que Dora pulava na cadeira com força, mas era diferente. Tinha um sinal de alegria evidente!

É claro que não pensamos ingenuamente num final feliz. Entendemos a gravidade do caso, mas temos que apontar as mudanças qualitativas tanto da menina, quanto das relações entre os pais. Propomos um atendimento que possibilita e valoriza estas possibilidades. Apostamos nisso!



#### 4.2- Alan Jones

Alan chega ao nosso serviço com 4 anos de idade. É um menino miúdo e de olhos grandes. Vem acompanhado pela avó materna que é quem cuida dele desde o seu nascimento e vai participar dos seus atendimentos.

Alan veio encaminhado pela Associação dos Pais e Amigos do Excepcional - APAE, após avaliação naquele serviço. A queixa que nos trazem é a de que, quando contrariado, fica nervoso e agressivo tanto consigo como com os outros: bate a cabeça contra a parede ou no chão até se machucar e deixar marcas, grita e belisca as pessoas, principalmente a avó. Repete várias vezes a mesma pergunta esperando uma determinada resposta e quando não atendido, irrita-se. É uma situação angustiante! Apresenta-se machucado, com “galos” na cabeça e hematomas no rosto. Sua avó tem também arranhados e hematomas causados por ele. Rói as unhas. Parece não sentir dor, pois quando se machuca fica indiferente aos ferimentos e não pede ajuda. Tendem a interpretar isso como um sinal de “certa maturidade do desenvolvimento”. Existem outras dificuldades, que são também interpretadas pela família como qualidades, como dizer que Alan é um menino muito maduro para a sua idade, que escolhe sua própria roupa e não admite trocar, mesmo se não estiver de acordo com o tempo, “tem personalidade forte”; que é organizado e que decora várias coisas, até músicas em inglês que repete várias vezes. Sustentam a crença que quando Alan crescer vai ficar “totalmente normal”. Porém, observamos que Alan é muito apegado a rotinas, tem uma linguagem estereotipada, repetindo várias vezes a mesma coisa fora de contexto. Dificilmente responde ao que lhe é perguntado, e quando responde é de forma incoerente. Alan é uma criança que não busca contato nem brinca com outras crianças.

Na escola, só vai para o escorregador quando todas as crianças já saíram e só fica junto da professora.

A avó relaciona o fato de Alan “ter problemas mentais” com a gravidez da mãe que passou por muitas contrariedades: engravidou com 16 anos de idade, do namorado de 23 anos, que no 7º mês de gestação a abandonou para ficar com sua amiga. Mesmo assim, ele a acompanhou até o parto; ficou com ela até Alan completar 2 anos de idade, ocasião em que mantinham um relacionamento próximo. Atualmente perdeu o contato. Não sabem explicar o porquê. Segundo a avó, o pai tem condutas transgressoras e já esteve preso por assalto a mão armada e tráfico de drogas.

A mãe diz que escolheu o nome do filho em função de um filme, no qual o protagonista foi esquecido pela família em férias e faz várias travessuras. Comenta, “olha só no que deu, ele ficou igual, bagunceiro, autoritário e só quer ouvir a música que ele quer”. Não faz nenhuma referência ao esquecimento. Conta que começou a falar com 1 ano de idade e que a primeira palavra que disse foi: “buraco”. A mãe ri, sem encontrar um sentido. Depois falou “papai” e “caminhão”.

Com 3 anos e 3 meses, Alan foi encaminhado à psicóloga do Posto de Saúde pelo pediatra porque não conseguia dormir e gritava muito. Foi encaminhado para a APAE e de lá para o CRIA.

A história de Alan é contada pela avó, que diz que ele não quer ficar com a mãe, nem passear ou dormir. Se ela está presente, ou ele não liga para ela ou fica irritado. Este relato vai se acentuando no decorrer das entrevistas até o dia em que a avó diz que

“não tem mais jeito é a ela que chama de mãe”. Quando chamamos sua atenção para este fato, a avó diz que tenta corrigir, mas que, como a mãe não tem paciência Alan acaba buscando o seu contato. Apesar de negar que se sintam bem com isso, percebemos um certo “júbilo” com a situação. A mãe que comparecia pouco, deixou de vir aos atendimentos, apesar das solicitações. A avó vai trazendo outros dados e parece importante registrar o modo como fala da filha. Diz que tem dó dela. Que Alan piora quando a mãe está junto, que não faz os gostos dele e que o agredia fisicamente, o que só diminuiu depois de uma conversa que teve com a filha, quando argumentou que Alan “é uma criança adulta, que entende o que acontece, mas que age como se não quisesse a mãe dentro de casa”. A relação entre a mãe e a filha sempre foi conflituosa; contam que aos 12 anos de idade, por ocasião da separação dos pais, a mãe foi morar com o pai, que é alcoolista, durante 6 meses. A avó diz que “não consegue ter a harmonia que sonhou dentro de casa”. Durante as entrevistas, a avó se apresenta sempre com muita demanda para falar principalmente de si. Seus problemas se misturam com os do neto. Ao mesmo tempo que diz que ele bate a cabeça ou que não quer ir à escola e que quer andar na rua sozinho, fala também que “está muito nervosa, muito doente, há 4 dias com o lado do rosto adormecido”. Vai trazendo elementos importantes da sua história que ajudam a compreender o lugar que ocupa nesta família em que há este menino de difícil e estranho contato. Os avós estão separados há alguns anos, apesar de morarem na mesma casa. Antes de Alan nascer, tinha uma vida desregrada como a do marido: bebia muito e se separaram 10 vezes. Com o seu nascimento, “saiu da bebida e se apegou ao neto”, diz. Não deixava ninguém se aproximar dele, tinha ciúmes, menos do pai. Ao perceber que ele tinha “um probleminha”, apegou-se mais ainda. Ao perguntarmos do seu desejo em ter um filho menino, conta que teve um “filho homem que lhe foi tirado” pela família quando ele tinha 2 anos e 6 meses de idade. Diz que sente uma mágoa

muito grande, que sempre pensa muito no filho, mas nega que o tenha substituído pelo neto. A avó diz que a família achou que ela não tinha condições de cuidar do filho, porque não conseguia trabalho, morava num lugar pobre, mas não ficam claras as reais dificuldades. Conta que teve 10 filhos e que 5 morreram de causas diversas, 3 abortos naturais, um menino com meningite e uma menina de 2 meses de idade com infecção. Lamenta esta última perda, pois diz ter planejado o seu nascimento e depois operou para não ter mais filhos. Diz que adora cuidar de crianças, deficientes e pessoas com problemas. Sua história pessoal atravessa a do neto e em função disso propusemos atendimento para a avó.

A avó conta que desde quando Alan começou a sentar, com aproximadamente 6 meses de idade, já percebeu algo de diferente, ficava batendo com a cabeça no chão. Foi amamentado até os 3 anos de idade por dificuldade da mãe em fazer o desmame. Ele só dormia se mamasse. Ficou 3 noites sem dormir e com isso associam, passou a apertar os seios das mulheres tanto em casa, quanto na escola e no CRIA. Alan tem uma dificuldade com a alimentação importante, come pouca quantidade, é seletivo, não aceita comida salgada. Mastigar é algo recente, tomava caldos e leite. Se está muito nervoso não come nada o que angustia a avó que acaba dando a ele o que quer. Alan se refere a ele mesmo na 3ª pessoa do singular. Quando chega da escola, fala como se estivesse contando algo que aconteceu: “Silêncio! Vai para a fila. Alan, põe o sapato. Alan, não pode gritar!” Seus comportamentos rígidos, são entendidos pela avó como “manias”, como por exemplo: só quer andar de meia, não fica descalço; não gosta de se sujar, recusa-se a usar tinta para pintar ou cola líquida; não deixa que escovem os seus dentes; escolhe as roupas que quer usar, quer escolher o copo que vai tomar água, e, com o tempo vamos percebendo outros “quereres” que vão determinando os

comportamentos desta família que se submete a ele com receio que fique “nervoso”. Geralmente, Alan pede as coisas apontando, às vezes diz “ele quer” ou “dá para ele”. Em casa, assiste televisão porém não vê desenhos infantis, mas telejornais e fica irritado quando mudam de canal ou passam na sua frente. Ao longo dos encontros vai ficando claro a dificuldade desta família colocar limites para Alan. Numa das entrevistas em que a mãe compareceu, conta de forma infantilizada e incoseqüente que o filho nasceu de 9 meses e 11 dias e que “ganhou ele sozinha”, pois, por achar que foi mal atendida, brigou com a médica que a deixou numa sala esperando. Quando percebeu que ia nascer, não quis chamar ninguém, com medo que a médica pudesse fazer algo contra ela ou com o filho. Identifica-se com ele, dizendo repetidas vezes o quanto são impacientes e escandalosos, que gritam muito. Conta que jogou futebol até os 5 meses na gravidez e que logo após o parto voltou a jogar. Fala que Alan se interessa por música e não por bola e que não tem paciência de ouvir música com ele porque tem que ser só a que ele quer.

De início o contato de Alan com a equipe foi bom. Logo aprendeu o nome das pessoas e cumprimentava a todos quando chegava, porém não aceitava contato físico e quando alguém se aproximava mostrava angústia gritando ou ameaçando jogar-se contra a parede. Dizia a todos de forma indiscriminada que amava. O tempo todo chamava para ele a atenção de todos. E era correspondido.

Num dos encontros na cozinha, enquanto comíamos, ele, sem dizer uma só palavra, bate com as mãozinhas fechadas na mesa numa atitude autoritária. Imediatamente a avó larga o garfo que está usando e troca por uma colher, pois entende que Alan “não está gostando” dela estar com o garfo e que isto o irrita. Tinham

estabelecido ali um código onde o “servo se submete ao desejo tirânico” sem nem admitir uma razão, só pela opressão. Conversamos sobre a situação e a relação entre eles que se revezava entre opressor e oprimido. Fecham-se nesta relação, ignoram o grupo e usam os talheres segundo as normas estabelecidas por eles.

Outra situação foi no dia de uma Festa Junina. Alan foi um dos meninos que mais participou da preparação da festa. Vinha com a avó que também parecia estar bastante entusiasmada. Ele ajudou com as bandeirinhas e ia toda hora verificar se estavam do jeito que ele havia colocado. No dia da festa, para surpresa de todos, comparece somente a avó, toda arrumada como quem vai para uma festa! “Cadê o Alan?”, perguntei. Deu uma desculpa qualquer. Não o trouxe. São situações que causam estranhamento.

Ao longo do tempo no contato com este menino aparecem provocações e ameaças de que se contrariado bate com a cabeça na parede ou atira-se no chão. Esta ameaça não é sutil, é de muita violência. Brinca enfileirando organizadamente os brinquedos, e se alguém entra na brincadeira, ele se irrita e repete a ameaça constante que é bater sua cabeça ou se arrebatar contra o chão numa tentativa de controlar a situação. Elege sempre os mesmos brinquedos, como a ambulância, um caminhão e um cachorro: segura-os na mão ou vai mudando seus lugares numa fileira que constrói delimitando seu espaço de brincadeira. Repete brincadeiras como a de entrar numa caixa de papelão e se cobrir com uma manta. Diz que vai dormir e chama por nós: “Marizilda, boa noite! Eu te amo! Dorme com Deus!” E quando sai da caixa diz: “Bom dia!” Repete frases que parecem terem sido vivenciadas num outro momento, como “Quebrou o vidro!” “Bateu a cabeça no vidro da peruca.” “Caiu do prédio.” “A água está

suja.” “Não pode entrar na água suja.” Achei que ele estava querendo que eu soubesse de algo e lhe perguntei se queria me **contar** alguma coisa. Alan começa a **contar** até 20 tomando ao pé da letra o que eu disse. Em outros momentos fala com neologismos, inventa palavras que só ele e a avó compreendem. Falo que desta forma fica mais difícil entendê-lo, mostrando que existe entre eles, um código secreto, e que não vai ser desvendado por nós se eles não deixarem e não deixam.

Num dos atendimentos no grupo, aponta para o meu peito dizendo que não é o da sua mãe é o da Marizilda, depois para o da Júlia, uma outra psicóloga do serviço, dizendo que é da Marizilda. Dizemos que não, que é da Júlia. Apontando para o seu peito, pergunto de quem é. Mostra uma pinta que tem em sua perna e corre para o espelho dizendo que é do Alan, como uma marca que é só dele. Reconhece como sua marca que o identifica. Aos poucos, vai brincando e falando de coisas que o ameaçam fora dali, como o cano da moto que queimou sua perna, da lâmpada que foi quebrada por outra criança, do vidro quebrado e que quer levar a caixa para casa com ele para entrar nela nestes momentos como que para se proteger, talvez. Ao sair deste atendimento, vê uma moto estacionada na calçada e faz menção de tocá-la. Olha para mim e diz que não pode encostar o dedo porque queima. Percebo um começo de diferenciação com o cuidado. Vai aos poucos se dando conta de si pela dor que evita sentir. Procura o nosso colo, mesmo que depois dê um beliscão ou um apertão no peito. Pede ajuda.

Neste momento começam a faltar ao tratamento, fica difícil agüentar a melhora. Faltam na escola também. A avó interrompe o tratamento alegando que entraram crianças piores que Alan e que isto poderia prejudicar o seu desenvolvimento.

Noutro dia vieram ao CRIA para nos visitar. Perguntaram por todos. Alan repetiu o nome de todos e disse que estava com saudades.



### 4.3- Daniel

Chama a atenção o fato de não ter no prontuário deste menino a sua história. Falha da equipe? Só sei que todos o conhecem. E bem! Mesmo sem os registros. Conhecemos fragmentos da sua história, como nos foi contada. Cada um de nós tem partes desta história e é assim que este menino franzino se apresenta a nós. Tento juntar as partes.

Foi encaminhado pelo psiquiatra do Hospital Menino Jesus em 2002, que na época também era o psiquiatra infantil do CRIA que a mãe idealizava muitíssimo: só ele era bom médico e compreendia a sua dor. Isto a mãe repete até hoje. Daniel tinha 3 anos de idade. Fazia acompanhamento também na nutrição por estar abaixo do peso esperado para a sua idade.

Percebemos a sua presença com a presença da mãe, uma mulher agressiva que a todo instante quer nos chocar com atitudes violentas. Entra e, já na sala de espera, diz que esqueceu o filho de 4 anos no Metrô e que o segurança o encontrou e o trouxe até ela e ainda complementa: “Também, é todo abestado!” como para se justificar. Faz questão de falar das “malvadezas” que faz com o filho, o que nos causa grande estranheza e dor. A sua tristeza diminui o poder de ser afetada, reduzindo à própria consciência da dor.

É comum relatar algum fato aproveitando para criticar o serviço ou algum dos profissionais, como numa ocasião em que foi viajar para a Bahia, deixando o filho com o pai; observou, então, que Daniel teve um desenvolvimento maior, apesar de não ter vindo ao tratamento. Não consegue relacionar com o cuidado do pai, mas com a ausência do tratamento.

No início, Daniel tinha dificuldade em comunicar-se. Não falava e poucas vezes dirigia e fixava o olhar. Mantinha uma atenção compartilhada por um curto espaço de tempo. Girava qualquer objeto ou balançava seu corpo indeterminadamente. Nesses acontecimentos incorpóreos, sem uma relação causal, a criança ainda posiciona-se no jogo do necessário, ou do interesse, ou do prazer. Enquanto não se encontra o liame necessário, não se chega ao desejo. A partir dessas enunciações, como o balançar-se, fomos criando associações, criando conexões e acompanhando suas posturas, cartografando, observando as mudanças e multiplicações.

Assim, propusemos brincadeiras como balançá-lo, “serra serra serrador...” Começou a pedir com gestos as brincadeiras e a interessar-se por músicas, algumas das quais escolheu e vive a repetir, como “Atirei o pau no gato”; graças a isso, estabelecemos um encontro. Reconheço este encontro como especial, tanto que a partir daí passou a me reconhecer, sorrindo quando me aproximo ou pegando na minha mão e indo na direção das salas de atendimento. Seu mundo multiplicou-se e isto é um critério de saúde, é o devir imperceptível. É sempre possível estabelecer liames, mesmo no movimento mais simples, intercalando fragmentos supostamente esquecidos. Mas o mais necessário é a riqueza da pluralidade dos encontros criativos.

Sua aparência é de descuido. Está sempre sujo e malcheiroso. Solta flatos com frequência e, pelo odor, parece ter problemas intestinais. Isto dificulta ainda mais o nosso contato.

A entrada deles no Grupo de Cozinha não ocorreu depois de uma discussão com a equipe, nem da elaboração do projeto terapêutico; foi devido a um pedido insistente da mãe. Na época, ela estava grávida de sua filha e na hora do grupo ia até a cozinha perguntar o que ia ser feito e se ela podia experimentar, porque “não podia passar vontade”. Com isso foi se vinculando ao grupo, sugerindo receitas, enfim, participando. Com o nascimento da filha continuou a participar do grupo mais efetivamente. A menina já tem 3 anos de idade. Sua atitude é sempre agressiva, ora com o filho, ora com as pessoas e com ela mesma. Está sempre se desmerecendo, dizendo que não sabe cozinhar, que como o filho não come, ela nem se preocupa e que é o marido quem prepara as refeições, o que não acontece com frequência.

É uma mulher que se queixa, reclama, briga, requisita a todos o tempo todo que está na instituição. É comum dizer o quanto estamos gordos, ou magros, ou que a roupa que usamos não nos fica bem, etc.

Quem é afinal o nosso paciente? Esta mãe com toda a sua brutalidade ou seu filho alienado? Entendemos que o paciente é toda a situação que se nos apresenta. A emergência da mãe põe para fora a violência da sua loucura, isto é, ela se sente no direito, como mãe, de esmurrar brutalmente o rosto do filho até sangrar. A integralidade do atendimento da Psicose Infantil é assumir a responsabilidade do atendimento e da relação que se estabelece na clínica. Interceder num ato de violência pode ser organizador.

Num outro dia, diz que apesar de não saber cozinhar, vai oferecer aos cuidadores do filho, o que ela tem de melhor, o “jeitinho de fazer um feijão verde” como se faz na sua terra, com os ingredientes da roça. Traz o feijão verde, a farinha de mandioca pisada

por ela e por Daniel valorizando assim essa especiaria e os condimentos. Pede que eu traga o toucinho defumado e assim eu fiz. Durante o preparo, fala das diferenças entre o que vivia lá na Bahia e aqui, sente falta das pessoas, da família, mas que sabe que lá não teria condições de cuidar do filho com os mesmos recursos que tem aqui. Quando o prato fica pronto, faz questão de servir a todos com delicadeza, recebendo muitos elogios, mas tem uma ressalva: diz que não ficou melhor porque eu trouxe toucinho de paulista que é bacon, e que por isso não ficou perfeito. Percebo isto como um sinal de que ela quer garantir sua proeminência, marcando nossas diferenças. Digo que o que ela quis nos oferecer de melhor, é muito bom! Usa com propriedade suas capacidades mentais, porém, quando contrariada ou ameaçada, reage com muita agressividade.

Num outro encontro era dia de sopa de letrinhas, prato este que foi escolhido pelas mães do grupo numa fase de “comidas de criança”. Quando viu o macarrão em forma das letras do alfabeto, diz nunca ter visto isso e que só teria em lugares especiais. As mães que trouxeram o macarrão falam que pode ser encontrado em qualquer super mercado e que é só procurar no lugar certo. A mãe de Daniel diz que nunca se preocupou, pois o filho nem sabe ler. Todos do grupo, curiosos, querem pegar para poder ver melhor o macarrão, inclusive Daniel que vai pegando as letrinhas e falando para surpresa da mãe: “A, E, I, O, U.” Reconhece as letras, as vogais. As crianças vão nos surpreendendo a cada encontro. Sua mãe, numa atitude acolhedora, vai procurando com ele outras letrinhas. Quando a sopa fica pronta, ele come bastante e continua procurando as letras e repetindo o nome. A mãe entrosa nas relações constitutivas do filho. Há um contato compreensivo, uma composição de relações.

As brigas são constantes desta mãe com a equipe. Estávamos preparando um bolo e ela reclamava de dor de dentes, queria a todo momento chamar a atenção para si, falando da dor, das dificuldades com a escola do filho, de um bolinho que queria fazer que é diferente do que eu faço e de que “escolheram” mal a receita pois não ia dar tempo de terminar. – “Como assim, escolheram, todos participamos da escolha da receita, você também é responsável” falei e continuamos com o bolo. Enquanto isso, eu falava com um pai participante do grupo, e que estava preocupado com a matrícula do filho que ainda não havia saído; mas ela, de novo, atravessa a nossa conversa. – “Ti, (mãe de Daniel) você não percebeu que agora eu estou falando com C.?” digo. Quando fica pronto o bolo no tempo previsto, todos comem e já vão saindo da cozinha, menos ela que fica raspando com a faca as casquinhas e diz que é para o filho, que ele gosta e que o pedaço de bolo que sobrou ela vai levar para uma menina que está na sala de espera. Digo que não, que o que é feito ali é só para as pessoas do grupo. Ti. joga a faca com violência e diz que não vai levar nem para o filho dela, que eu sou uma estúpida, e que não é porque sou psicóloga que posso falar não para ela. Minha colega tenta acalmá-la, mas eu digo que quem ficou sem as casquinhas foi o seu filho, e que temos limites. Não sei até onde vai o meu limite com esta mãe que não consegue cuidar do filho e que mesmo com recursos, ainda assim o pune. Temos discutido a hipótese com a equipe de que este menino passou a existir como pessoa para esta mãe pela agressão. Antes ela sequer o maltratava, deixou de ser seu objeto narcísico.

Recentemente trouxe a filha durante o atendimento a Daniel. Os dois estavam brincando, quando Daniel sem querer, encostou na menina e ela caiu. Ti. levantou-se da cadeira e com brutalidade começou a esmurrar o rosto de Daniel. Todos que presenciaram a cena ficaram chocados. Um pai retirou-se do local. Um dos técnicos que

estava ali tirou o menino da mãe e esta, indignada, dizia que o filho era dela e portanto tinha o direito de fazer o que quisesse com ele. “Não podia não, não neste lugar”, disse Rodrigo, um funcionário muito querido pelas crianças, e foi levando o menino para dentro para lavar o seu rosto. O nariz estava sangrando e Daniel parecia estar assustado segurando com força o braço do rapaz como um pedido de socorro. Podemos impor a ela um limite com autoridade. A única possibilidade de favorecer uma mudança diante de tanta agressividade é indagando com limites. Mais tarde, passada a raiva, Ti. oferece uma bolacha ao filho que lhe dá as costas. Parecia ter se ressentido com a mãe.

Passado alguns dias, Daniel vem para os atendimentos e no grupo com outras crianças chamo a atenção de uma delas que está tirando “caquinha” do nariz e levando à boca. Digo: “Não pode por o dedo no nariz”. Daniel se aproxima de mim, coloca o dedo na testa e diz “testa”, nos olhos e diz “olhos” e assim nos ombros, perna e pés mostrando que reconhece seu corpo e que está atento ao que acontece a seu redor.

Esta mãe que diz estar com muita raiva de mim pela minha atitude quando lhe impus limites, resiste em voltar ao Grupo de Cozinha. Fala com outras pessoas da equipe que sustentam a conduta dela resolver essa raiva comigo. Falta duas semanas, por fim entra no grupo sem olhar nem dirigir a palavra a mim. Participa mesmo assim, come o bolo de cenoura que tinha sido feito por uma das mães, repete, dá ao filho que come e lambe toda a cobertura e na discussão do prato da próxima semana que será arroz com farinha de mandioca e lingüiça, diz que faz questão de trazer a farinha que é da sua roça, que trará a cebola, “uma de cada cor: amarela, roxa e a outra não sabe que cor é... e também uma cenoura bem grande e bonita não as bichadas e pequenas que tem nos mercados daqui”. Ela tem recursos, mas não consegue compor criativamente.

Parece querer oferecer o que tem de melhor, porém desqualificando o que lhe é oferecido. Traz muita cebola, mais que o suficiente e, portanto, sobra. Guardamos no armário. Depois de algumas semanas, quando vamos pegá-las para utilizá-las num outro prato, percebemos que está brotando, que tem ramificações. Ela pergunta se podemos plantá-la num canteiro do quintal, para enfim termos as “cebolas puras lá da sua roça”. Limpa a terra, cava e enterra a cebola enquanto fala das lembranças da sua casa e do quanto era difícil, mas prazerosa a vida na roça, e que por conta do tratamento do filho, não é mais possível voltar. É impossível não pensarmos na idéia de Rizoma explorada por Deleuze e Guattari (1980) “que foi tirada da Botânica e corresponde a um caule subterrâneo que produz raízes e caules aéreos ramificados. Opõe-se à idéia de uma estrutura arborescente, com raízes e folhas e cuja origem é o tronco. O rizoma é uma espécie de rede móvel de caules, fluxos, redemoinhos e turbulências, de limites internos e difusos, em que se pode entrar em qualquer ponto, que pode ser percorrida em diversas direções e que é reinventada em cada viagem e por cada um a que a percorre. Nessa rede sem início e sem fim, cada ponto conecta-se com outros em direções flutuantes, sem remeter a uma unidade.” (RAMAGNOLI, 2003, p. 19) Aqui a mãe se dá conta através do fazer, do plantar da intersubjetividade da relação. Encontra a seu modo uma explicação para seu modo de vida. Os lugares de terapeuta e cliente não estão demarcados, abrindo-se para a dimensão das intensidades e do virtual.

#### 4.4- Feliciano

Feliciano recebeu um nome que é sinônimo de alegria, felicidade. Como o do pai. Este comenta que só conseguiu convencer a mulher, que chama de “minha filha” de colocar o seu nome porque seria o último filho. Ela justifica dizendo timidamente que é porque acha esse nome muito feio.

Começa a ser atendido em nosso serviço em agosto de 2003, com 5 anos de idade, encaminhado pelo Ambulatório de Pediatria do Hospital São Paulo. É o filho caçula de 11 irmãos em idades que variam dos 5 aos 24 anos. Foi o único que nasceu em São Paulo, quando os pais já tinham melhores condições econômicas, os outros nasceram no interior da Bahia, na roça; no entanto, a mãe conta que quando entrou em trabalho de parto, percebendo que logo ele iria nascer, chamaram a ambulância, mas não deu tempo. Quando chegou, ele já havia nascido. “Desde essa época ele já era apressado” a mãe comenta. Foi levado ao hospital onde ficou internado por 7 dias com icterícia. Amamentou os 3 primeiros meses de vida. Contam de um desenvolvimento normal com exceção da fala e do controle esfíncteriano. Feliciano não fala só “papá” e “mamã” e usa fraldas. A mãe não sabe precisar os detalhes da vida do filho, pois como trabalha na feira vendendo especiarias como pimenta do reino, cominho, pimenta baiana, etc, seus cuidados ficam a cargo das irmãs mais velhas. O pai trabalha como mecânico de manutenção em uma churrascaria e às vezes trabalha nas propriedades do patrão, ficando fora de casa muito tempo, até dias. Apresenta-se como autoritário e rígido. São evangélicos e referem-se aos filhos como “Bênçãos de Deus”.



Os pais contam que o filho estava se desenvolvendo bem até os 3 anos de idade, quando numa viagem de passeio à Bahia contraiu catapora, que não foi grave (sic), mas que parou de falar e começou a isolar-se. Em casa, Feliciano não pára, sempre tem que ter alguém por perto para cuidar dele. Sobe na laje, sai correndo para a rua, pega tudo o que vê, cheira e leva à boca sem discriminação, “come até lixo” dizem eles entendendo que estes comportamentos são de uma criança arteira e inquieta. Falam que o filho gosta de brincar sozinho, com bonecos os quais vai destruindo. Não assiste TV, mas gosta de ouvir música. Sem motivo aparente, joga-se no chão, bate as pernas. Não dorme bem à noite; tem um sono agitado. Anda na ponta dos pés e só aceita que algumas das irmãs lhe dêem banho; quando contrariado, chora e fica nervoso. Qualquer mudança na sua rotina fica “transtornado”.

Feliciano é sempre trazido pela mãe, que tem uma aparência meiga, tranqüila e gentil. É um menino que parece não ver nada pela frente; não fixa o olhar, olha através das coisas e pessoas. Em tudo que esbarra, leva à boca e come: terra do quintal, as plantas, papel, lápis, pedaços de brinquedos, pedaços da parede da sala, meus óculos... No Grupo de Cozinha a mesma coisa. Pega tudo: farinha, alho, cebola, chocolate, tudo indiscriminadamente. Encosta-se nas paredes, na mesa, na geladeira, abre e fecha a geladeira e leva à boca tudo o que consegue alcançar e a mãe calmamente diz o seu nome, que ele nem percebe, naturalmente, sem interromper o que ela está fazendo. Num dos grupos, enquanto preparávamos uma fritura, Feliciano debruça-se no fogão quente, e nós, preocupadas com que ele não se machucasse, tentávamos tirá-lo de perto puxando e conversando sobre o perigo do fogo, enquanto a mãe continuava tranqüila, descascando alho. O cuidado com ele era sempre nosso e a ansiedade também. Tinha uma secreção constante de nariz, estava sempre constipado. Usava as mangas da blusa

para limpar-se o que o deixava ainda mais sujo. Era comum durante os atendimentos, urinar e fazer coco e em seguida se limpava com a própria roupa, tudo rapidamente, marcando sua presença pelo cheiro que deixava. Sempre um de nós tinha que ficar atento e disponível para ele. Assim é que eles chegaram ao nosso serviço.

Assim, aos poucos Feliciano vai estabelecendo uma relação dual, começa a olhar, a nos reconhecer e associar com a atividade de cada um. Por exemplo: quando me via chegar, vinha em minha direção e pegava na minha mão, apontando na direção da cozinha. Um dia sua mãe trouxe de casa duas fotos suas: uma recente e a outra tirada um ano antes. As duas fotos foram tiradas no mesmo lugar, com a mesma roupa de cowboy e chapéu, em cima de um pônei de brinquedo. Mas as duas fotos tinham muita diferença: na primeira ele foi colocado ali, a roupa e chapéu estavam tortos, seu olhar era vago e não tinha uma direção, enquanto que na segunda, ele montava o pônei, segurava as rédeas, olhava para a câmera do fotógrafo e fazia pose de cowboy. Era notável! Era o começo de um vínculo. Começou a se diferenciar nos grupos. Saía da sala quando queria ir ao banheiro e sua mãe começou a tratar da sua corisa com o pediatra do Posto de Saúde. Passou a freqüentar um dentista indicado pela assistente social, minha colega de grupo, e a trazer uma fralda de pano no bolso para limpar o nariz, não usando mais as mangas da blusa como lenço.

Freqüenta escola regular e nos períodos que não está em atendimento, faz um horário especial no CAIS (Centro de Atenção de Inclusão Social de Diadema) com quem mantemos contatos freqüentes a fim de discutirmos a sua inclusão escolar.

Com o tempo, a mãe de Feliciano foi se apropriando mais do seu conhecimento de mãe de 11 filhos e mostrando junto com a sua habilidade na cozinha, um pouco da sua história. Tínhamos combinado que naquele dia, faríamos cocada. Ela prontificou-se a trazer o coco. Era uma atitude constante; queria sempre contribuir com algo. Quando chegou, percebi que tinha trazido o coco inteiro. Fiquei apreensiva pois não sei como poderíamos abri-lo. Ela fala calmamente que era só bater numa pedra. Esperei para ver como era. Primeiro ela tirou toda a água, assoprou dentro como se estivesse enchendo bexiga, passou a unha levemente em volta do coco e deu um toque numa pedra do quintal. O coco se abriu como se tivesse sido cortado com uma serra. Retinho. Comentei surpresa que podia ter sido por acaso. Como se previsse que isso aconteceria, tira outro coco de sua bolsa e repetiu o procedimento. Novamente o coco se abre com facilidade. Diz que aprendeu com sua mãe na Bahia. Conta que faziam cocadas e vendiam em tabuleiros. Foi muito elogiada e ficou satisfeita e orgulhosa. Fez a cocada que ficou maravilhosa como são as dos tabuleiros das baianas. Neste dia, outras pessoas que não eram do grupo vieram conferir. A partir desse momento passou a se colocar mais no grupo trazendo outras receitas e modos diferentes de fazer um prato e ser reconhecida como uma mãe que cuidou de outros filhos que não tiveram problemas como os de Feliciano.

Começou a se dar conta das dificuldades de Feliciano e que suas filhas não podiam ficar com a responsabilidade dos cuidados dele. Atribuía às meninas não só os cuidados em casa, mas também nas reuniões sociais ou festas, elas tinham que se revezar para ficar com ele que participava a seu modo. A filha mais velha casou-se e Feliciano ficou em casa com uma das mais velhas. Justifica dizendo que como ele não pára, eles não podiam deixar de dar atenção aos convidados e aí ele não foi, nem a filha

que achou muito ruim. No casamento de um outro filho, pouco tempo depois, percebendo que Fé poderia se comportar melhor e participar, as irmãs se dividiram na festa para cuidar dele que foi de roupa nova e se “comportou razoavelmente bem”, segundo uma das irmãs, os pais nem o viram. Ainda era difícil para esta família se ocupar deste menino de hábitos tão estranhos. A mãe conta, após um período de faltas que Feliciano caiu da laje num dia que estavam quase todos em casa e que só foram se dar pela falta dele mais de 3 horas depois da queda. Feliciano quebrou a perna. Havia chovido muito naquele dia.

Feliciano começa a participar mais das atividades do grupo, sentando-se à mesa junto com os outros e até pegando os materiais sem levá-los tanto à boca. Desde que não fosse algo que gostasse muito. Descobriu que lambe a lata de leite condensado depois de vazia com o dedo é muito bom, o que compartilho com ele, então espera terminar e pede com gestos a lata vazia. Quando não há mais nada, joga no lixo. Num dia em que foi feito Brigadeiro, Feliciano ajudou a passá-los no chocolate granulado com muito cuidado. Foi combinado que só depois de prontos, iríamos comê-los. Quando pusemos o prato na mesa, ele escolheu o maior e levou à boca. Escolheu de fato. Selecionou o que é bom para ele. O maior. A seleção é uma forma de fazer escolhas, de individualizar-se. É a seleção para aumentar a potência de agir, pensar, portanto de existir. É um sinal de alegria.

Foi dito a ele e à mãe o quanto ele já podia esperar e escolher aquilo que ele queria e do tamanho que ele desejava. Puderam pegar outros doces até as mães colocarem os limites; começamos a dar a elas as funções que lhes cabiam como mães. Podíamos deixá-las tomarem as iniciativas para ocuparem o seu lugar de cuidadoras. Já era possível.

No começo, Feliciano usava o nosso corpo como um prolongamento do seu, para alcançar o que queria: por exemplo, pegava nas mãos dos terapeutas e colocava sobre o brinquedo ou a comida que queria fazendo sinal com a cabeça. Agora já usava as próprias mãos com mais autonomia. Fazia sinais com as mãos que indicavam algumas melodias, como a dos Indiozinhos ou a da Dona Aranha, acompanhando atentamente, repetidas vezes e batendo nas outras crianças caso elas interrompessem.

A mãe começa a questionar o tratamento de Feliciano, trazendo dúvidas quanto a sua independência e autonomia. Acha que numa escola especial ele teria mais condições de desenvolver estas funções já que não nos propomos a treiná-las. Apesar de discordar teoricamente, quanto à técnica do treino das atividades diárias, pois acho que a autonomia vem com a diferenciação e a percepção do lugar que esta criança ocupa na família, com a sua subjetivação e defendendo esta posição, entendi que era um questionamento sobre as outras possibilidades que a vida tem para oferecer. Reconheci aí não um pedido, mas uma opção tomada de direito. Direito de pais. Assumiram um lugar. Foram conhecer outros Centros de Atendimento para o filho e se despediram com a segurança de que podem voltar, desta vez como uma escolha. Lidar com os meus preconceitos é sempre muito difícil, mas eles precisam experimentar outros modelos teóricos.

#### 4.5- Artur

A primeira vez que os pais buscaram atendimento para Artur foi em 1999. Ele estava com 5 anos de idade, não falava e apresentava comportamento de morder a si e aos outros. Feita a avaliação por um psiquiatra de um conceituado hospital de São Paulo, foi sugerido um encaminhamento para uma escola especial para deficientes auditivos e atendimento multidisciplinar no Hospital São Paulo. A criança não foi aceita na escola especial por avaliarem que ele não apresentava déficit auditivo. Começam uma peregrinação que parte do Pronto Socorro da Pediatria, depois para o Ambulatório Geral Pediátrico e Neurológico, onde foram feitos exames de tomografia e na Genética, com uma investigação de erros inatos do metabolismo. Foi encaminhado também para a Fonoaudiologia. Os resultados apontam para a comprometida relação entre os pais e a criança, como propiciadora do comportamento apresentado por Artur. É ressaltada a precária estimulação verbal principalmente na relação com a mãe. Tudo parece ser compreendido entre eles através de gestos e olhares. A fala não tem lugar. Artur apresentava ainda restritos contato visual e interação com outras pessoas, quase não respondendo ao que era perguntado. Ficava muito irritado diante de pessoas desconhecidas. Diante dos resultados dos exames, não foi constatado nenhum comprometimento orgânico que justifique suas dificuldades, é feita a hipótese diagnóstica de Distúrbio Invasivo do Desenvolvimento (F-84, segundo CID X) e encaminhado para a Psiquiatria Infantil. Na época, esses atendimentos eram realizados no ambulatório do hospital, que contava com uma equipe reduzida do Departamento de Psiquiatria Infantil. Foi atendido nesse Ambulatório por aproximadamente um ano com frequência semanal, por uma psicóloga. Segundo ela Artur apresentava-se com muita intolerância, gritando, se mordendo ou mordendo as pessoas quando não atendido

prontamente; emitia algumas palavras aparentemente fora de contexto, compreendia apenas a pedidos simples apoiados por gestos. O que logo chamou a atenção foi a escrita de Artur que de início parecia ser seu único modo de se relacionar, passando grande parte dos atendimentos em atividades solitárias de escrita. Escrevia frases e palavras que pareciam mera reprodução de logotipos e que se repetiam sem alteração ao longo dos atendimentos. Não explorava novos objetos, ignorando qualquer proposta, dirigindo-se sempre às mesmas atividades: escrevia em folhas e as colava nas paredes, pedindo para serem lidas. Quando a leitura era feita de forma incorreta, logo se manifestava, demonstrando que aquelas palavras lhe faziam sentido. Foi feito um encaminhamento em janeiro de 2001 para o Grupo das Psicoses da Infância, no entanto sua chegada ao CRIA se deu em novembro de 2002, já com 8 anos de idade. A mãe que é quem cuida dele e o acompanha ao tratamento, é uma mulher de 38 anos, que se mostra tímida e reservada. Traz como motivo da consulta que seu filho “não fala”. O pai, um senhor de 58 anos, aposentado por invalidez, comparece somente no terceiro encontro, após ter sido convocado.

No primeiro atendimento, Artur parecia estar apreensivo. Quando foi pedido que sua mãe saísse da sala, começou a chorar e a gritar, tentou agredir e, como não conseguiu, passou a se morder. Nos encontros seguintes ele atendeu prontamente. Repete os relatos dos atendimentos do Ambulatório: procura sempre pelo material gráfico e fica escrevendo logotipos e frases que acompanham o produto. Por exemplo, “Fumar na gravidez pode prejudicar o bebê”, depois pede para lermos a frase e se agita, movimentando-se intensamente. Recorta a frase ou a palavra e cola sobrepondo vários papéis. Durante estas atividades, procura um contato, chamando através sons e buscando o olhar. Usa de maneira adequada algumas palavras como “cabou” ao final da

sessão ou da atividade, ou “carro” quando está brincando, ou ainda “ola” para colar. Buscou outros brinquedos, como a bola, carrinhos, bolinhas de sabão e emitia sons de acordo com o material que escolhia. Não permanecia muito tempo, retornando sempre às atividades de escrita e colagem. No final guardava o material espontaneamente. A cada nova sessão, Artur explorava novos brinquedos e objetos da sala, voltando como que num ritual à escrita e colagem. Passou a ficar inquieto gritando, chorando e agredindo a mãe ou os auxiliares na sala de espera e só se acalmava quando era chamado para o atendimento. Sua mãe a princípio mostrava-se indiferente a esses comportamentos, depois passou a irritar-se com a atitude do filho, retirando-o e aguardando do lado de fora, na rua, serem chamados. Com esta atitude da mãe, Artur gritava ainda mais criando uma situação de extrema desorganização sendo impossível qualquer tentativa de intervenção. Depois de algumas conversas com a mãe, ela expressa a sua dificuldade de trazê-lo ao tratamento e do quanto a irrita quando Artur se mostra inquieto pois com isso considera que só ele atrapalha os outros e que portanto “seria melhor ficar em casa, onde ele brinca com os seus papéis e não incomoda ninguém”. Mostrou-se ambígua em relação às intervenções dos funcionários do CRIA, onde percebia a necessidade deles colocarem regras já que Artur desrespeitava as regras institucionais, mas que a incomodava ver isso ocorrendo. Fala neste momento que pensa em se matar e que só não chega às vias de fato porque Artur “precisa muito dela”. Após discussão com equipe técnica elaboramos um projeto terapêutico onde se privilegiaria um atendimento intensivo a Artur no Programa das Psicoses da Infância.

A história de Artur se entrelaça com a de sua mãe, por isso começo contando sua história de vida: Maria conta que nasceu em Alagoas e que não conheceu seus pais pois foi “dada” para outra família aos 9 meses de idade. Há anos não tem contato com a mãe,



mas fala com afeto e saudades das experiências da infância. O pai adotivo sumiu de casa quando Maria tinha 11 anos de idade, foi para a Amazônia; achavam que tinha fugido com outra mulher ou morrido. Depois de muito tempo veio a notícia que ele havia morrido. Maria tem 3 irmãos, filhos do casal, pouco mais velhos que ela. Aos 20 anos, teve um filho de um relacionamento com um homem que diz ter amado muito, mas que ele a traía. Nas suas palavras “ele era um galinha, mas depois sempre voltava para mim” e que por isso se separaram. Quando ela veio para São Paulo para trabalhar como doméstica, seu filho tinha 3 anos de idade. Ficou com sua mãe, que o “deu” para ser criado por uma de suas irmãs. Conta isso por carta, o que a deixou magoada. Logo conheceu seu atual marido que era vizinho. Estava separado e tinha uma filha. Tiveram um filho, que foi “dado” pela avó quando tinha 3 anos de idade, após desentendimento do casal. Maria recusa-se a falar sobre este fato então o pai, emocionado, conta que como o casal brigava muito, Maria foi para a casa de sua mãe em Alagoas. Lá, conta, ficou “mal falada”, porque tinha um filho sem marido. Resolveu voltar para São Paulo e deixou o filho com a mãe para poder trabalhar. Com quase um ano de separação, reataram o casamento, logo engravidou de Artur e então resolveram buscar o filho. Ao chegarem, descobriram que o menino estava com outra família e não conseguiram tê-lo de volta. O pai, com lágrimas nos olhos, disse ter assinado um papel liberando a guarda do filho, sem o conhecimento de Maria e atribui a perda desse filho à sua condição de pobre. Em atendimentos posteriores, sem a presença do marido, Maria comenta que o marido bebia muito e que as brigas, a separação e a perda desse filho estão relacionadas à bebida. Diz que sente muita mágoa do marido e que sua vida perdeu o sentido depois disso. Fala também que nunca irá se separar de Artur e que “ele irá acompanhá-la até a morte”. Quando Artur estava com 2 anos de idade, o marido bateu o caminhão com que

trabalhava e teve de se aposentar. Acha que a bebida também foi responsável por esse acidente.

Apesar de não querer ter outro filho, fez pré-natal no Posto de Saúde, e aceitou porque “Deus quis assim”, em tom resignado. O pai atribui os comportamentos estranhos do filho, ao nervoso da mãe durante a gravidez e ao fato de ter feito duas viagens a Alagoas neste período com o intuito de reaver o outro filho doado. Desde recém nascido, Artur chorava muito, não dormia e o casal se revezava para cuidar dele. Artur, segundo eles, desenvolveu-se normalmente, mamou, engatinhou, andou, aprendeu a pedir para ir ao banheiro e passou a falar algumas palavras como: “mam, tia e cabou”. Aos 2 anos de idade perceberam que ele não falava mais e só gritava.

Vinculado ao Programa das Psicoses, Artur começou a apresentar progressos importantes, especialmente quanto ao desenvolvimento da linguagem e contenção da agressividade. Mantém um contato mais amplo e afetivo com as pessoas de modo geral, ainda que se utilize de alguns elementos de forma repetitiva, como um ritual. Há algumas situações em que se mantém na indiscriminação entre a agressividade e a busca de contato, que foi muito marcante ao longo do período de seu tratamento em que Artur repetia vários comportamentos como riscar as paredes, morder as cadeiras de couro sintético arrancando pedaços, cuspir nas pessoas, subir nas mesas, esperando e buscando ser repreendido com o que ria muito. Estes comportamentos criavam um mal estar com a equipe responsável pelo seu tratamento, uma vez que éramos cobrados em reuniões clínicas intermináveis quanto a nossa capacidade ou competência em lidar com aquela situação, sobre o manejo do caso, etc, a ponto de ficarmos segurando o menino não mais como uma técnica de contenção, mas para evitar que mais uma vez alguém

percebesse que ele tinha comido mais um pedaço da cadeira ou da cortina ou que tinha riscado outra parede... o que continuava acontecendo, só que com menos frequência ou com determinadas pessoas, escolhidas à dedo por ele, expondo a nossa dificuldade. Artur começou a buscar formas de nomear as pessoas, a princípio, com palavras ou nomes por ele associados, como “Ti ti ti “ à psicóloga Adriana ou “Ivete Sangalo”, à Alessandra administradora do CRIA que realmente se parece fisicamente com a cantora. Depois passou a chamá-las pelos próprios nomes. Reconhece a todos.

Artur continua a ter dificuldades com as frustrações e situações de espera, tendo liberações agressivas importantes nestes momentos. Numa dessas situações enquanto esperava pela mãe que estava em grupo, quebrou com um chute, o vidro de uma das portas do CRIA. Ficou muito aflito.

Nas festas realizadas, também percebemos muita hostilidade, principalmente com a mãe quando ela nega algo a ele. Bate e morde. Dificilmente aceita brincar de roda ou de outras brincadeiras que necessite uma aproximação entre as pessoas, tende a fazer algo que de certa forma exija que alguém se volte exclusivamente para ele, estabelecendo sempre uma relação dual. Numa festa Junina, tentou a todo custo evitar que se dançasse a quadrilha, passando pelo meio das pessoas, tirando o aparelho de som da tomada, batendo nas pessoas. Como não teve êxito, se mordeu e bateu em sua mãe.

Na cozinha, grupo que participa com sua mãe, percebo que ele tem muita capacidade para reproduzir receitas. Anota no caderno os ingredientes, tem compreensão da proposta do grupo, mas muita dificuldade em aguardar a preparação dos alimentos ficando muitas vezes agitado e nervoso. Porém, no dia do seu aniversário

que coincidiu com o dia do grupo, foi capaz de pedir que fizéssemos um bolo, mostrou a receita no Caderno de Receitas e cantou Parabéns. Quando pronto, reconheceu como “seu”.

Suas produções vão se sofisticando e se ampliando ao longo do tratamento, a ponto de reproduzir cigarros em suas respectivas caixas, DVD's, onde escreve Blockbuster e principalmente calendários. Artur decora calendários, reproduz datas de memória e quando interrompido, reage com agressividade, embora agora mais contida. Está falando mais e com mais clareza expressando o que quer, porém continua buscando relações duais e se esquivando das atividades em grupo.

Observamos que a mãe estava mais quieta e descuidada, com várias queixas referentes principalmente ao casamento. Conta das dificuldades com o marido que é alcoólatra e agressivo. Passa a ter um atendimento individual e vai então revelando sentimentos de muita raiva e irritação.

No Grupo da Cozinha fala muito da sua vida pessoal, das questões com o marido, do abandono da mãe, das dificuldades de Artur. Propõe-se uma receita com carne moída e ela se compromete a trazê-la. Durante o feitiço do prato, percebemos que a carne era de má qualidade. Conversamos sobre isso e ela diz que é a que pode comprar, colocando-se numa posição de extrema pobreza, o que relacionamos ao descuido observado nela. Começa um movimento interessante de sua parte, como sair em busca de assistências que julgava necessárias, no sentido de cuidar melhor de seu corpo e de sua aparência, desde neurologista, ginecologista, dentista e ir ao cabeleireiro para alisar o cabelo, questão central para ela que quer ser valorizada pela aparência.

Progressivamente ela e o filho começam a virem mais arrumados aos atendimentos. Artur passa a freqüentar o dentista. Tem tido posições mais ativas em relação ao marido; não se deixa apanhar e o denunciou à Delegacia da Mulher. Observamos que na cozinha também busca uma posição diferente, da passiva, passa a querer conduzir as receitas. Mesmo quando não conhece o prato que será feito, diz que sabe e começa a prepará-lo: Era um dia de Bolo de Fubá e a receita seria trazida por ela. Não trouxe e mesmo assim resolveu fazer. Enquanto isso, Artur anotava no caderno de receitas os ingredientes. Como tenho noção de como preparar um bolo, percebi um exagero na quantidade de fubá que estava sendo colocado, mas não interferi, até que na sexta xícara de fubá o liquidificador deu o limite. Enquanto o enorme bolo assava, eu imaginava a sua consistência e que poderíamos conversar sobre como, combinando bem os ingredientes, ele ficaria mais suave e saboroso. Este era o meu desejo e expectativa. De fato, o bolo ficou pesado e duro como um pneu de caminhão, mas para minha surpresa, todos do grupo pareciam se deliciar com ele e até levaram o resto para suas casas. Percebi uma pluralidade de critérios e que existem outras formas, diferentes das minhas de apreciar as coisas. Tento assegurar a singularidade deste estranho fazer e se relacionar.

Artur está ficando adolescente, seu corpo está se transformando e a mãe começa a se dar conta deste fato. Arranjou uma cama para ele dormir sozinho, até então dormiam juntos e o pai numa cama de solteiro. Percebe que Artur a coloca para fora do banheiro quando está tomando banho. Diz que ele se troca sozinho e quer fazer a barba como o pai. Retomamos o Projeto Terapêutico de Artur e discutimos a importância da sua inclusão no social. Artur tem muita dificuldade em freqüentar a escola e a mãe não sustenta levá-lo, já que diz ser muito difícil, ele não quer ficar, talvez por perceber que

os meninos o chamam de “maluco”. Começa a participar de um grupo onde as atividades são propostas fora do espaço do CRIA, na comunidade como: comprar o lanche na padaria, ir à biblioteca, etc.

Sugeriu-se fazer uma receita de Bolo Prestigio que era o preferido de uma das crianças do grupo. Como é um bolo que requer uma certa elaboração e o tempo do grupo não seria suficiente, resolvemos começar antes e terminaríamos durante o grupo. Terminaríamos. As crianças estavam em outras atividades. Como Artur estava sem atividade naquele momento, chamei para dividirmos a água de coco que sobrara. Servi um copo para ele e outro para mim. Antes de tomar, ele ergueu seu copo e brindou comigo aquele momento dizendo: “Tim tim”. Fui tomada de muita emoção!

[...] o inconsciente já não lida com pessoas e objetos... levanta vôo. (DELEUZE, 1993, p. 75)

Num instante de encontro intensivo, a imagem não é mais um trajeto, é devir. É como se esta imagem, este instante, intenso e denso, remetesse a um transporte<sup>10</sup>: da estereotipia à comemoração. De um trajeto costumeiro a um outro que virá. Não um encontro simples e inocente, mas como um ato que “[...] tem a determinação do devir, na sua potência própria, a potência de um impessoal que não é uma generalidade, mas uma singularidade no mais alto grau”. (DELEUZE, 1993, p. 77)

---

<sup>10</sup> Transporte no sentido de êxtase: estado de quem se encontra como que transportado para fora de si.

## V- Considerações finais: e o que estas crianças dizem

Dora se arranha, pula, se bate, grita, pede socorro;

Alan se atira contra a parede, belisca os seios da avó, bate com os punhos cerrados na mesa;

Artur arranca pedaços de parede e das cadeiras com os dentes, escreve que fumar faz mal à saúde;

Feliciano se arrasta pela parede, pelo chão, pelo nosso corpo, no fogão quente.

Come tudo o que vê pela frente;

Daniel se balança.

Segundo Deleuze, “a criança não pára de dizer o que faz ou tenta fazer: explorar os meios, por trajetos dinâmicos são essenciais à atividade psíquica.” (1997, p. 73)

Os mapas dos trajetos de crianças autistas são compostos de linhas erráticas, anéis, arrendimentos e recuos, todas as suas singularidades, como revela Deligny. Há desvios que não se alinham, mas que trilham seus próprios caminhos de esquiwa. Erram, percorrem o imprevisto. Ameaçam, assustam, escapam, mas também surpreendem. Os próprios pais são um meio que a criança percorre, com suas qualidades e potências, e cujo mapa ela traça. Não têm função parental ou pessoal. Suas histórias estão interligadas, fechadas num círculo, como a de Artur e sua mãe, que reproduz sua história de abandono.

Cada indivíduo se compõe de multiplicidades que são infinitas e que se relacionam criando outras inúmeras multiplicidades. É um plano de extensão onde as coisas se definem pela velocidade e lentidão, pelo ritmo em que ela se dá. Mas em alguns momentos a subjetividade infantil apresenta repetições, redundâncias, acontecimentos desmedidos, lugares onde os fluxos são capturados e ficam bloqueados, restritos a certos territórios específicos, criando imagens congeladas, fragmentadas, impedindo outros fluxos e assim seu desenvolvimento é interrompido. Os pais de Dora contam de uma menina curiosa que até os três anos de idade teve um desenvolvimento normal. Nesta época chegou a freqüentar a escola. A partir daí, começa a desenvolver um comportamento de muita irritabilidade, associado a infecções urinárias consecutivas e daí um retrocesso a um funcionamento psicótico.

Nesta clínica que nos afeta sensivelmente, vamos propondo agenciamentos que são conexões, relações de movimentos e de encontros. Há um anseio. São forças que transferem e reproduzem outras forças, demonstrando outras formas de estar juntos, de relacionar-se, modificando esse modo de se expressar. Nem sempre estes agenciamentos ocorrem no tempo certo. Há fracassos, incertezas, desistências, medos, inabilidade para acessar todos os segredos e um sentimento de impotência. Em momentos de muita dificuldade, propomos receitas que dizem respeito à nossa história pessoal, uma história vivida com alegria, como o Bolo de Limão da minha Vó Izaura, como que para nos compensar dessa dor que se sente no contato com a psicose. Fazemos da dor um instrumento de trabalho e alegria. Comer bem restaura, conforta, satisfaz e integra. Mas isso faz parte de um plano. Um plano de escapes. É preciso pensar em um mundo onde se escapam elementos e ritmos harmônicos. Estes movimentos de contrapontos e ritmos sincopados, podem até gerar boas músicas, como é o caso dos “Chorinhos”, tão



apreciados, mas que não sei se por acaso, seu nome diz algo da tristeza dos desencontros...

Segundo Deleuze lendo Espinosa, “[...] trata-se de saber se relações (e quais) podem se compor diretamente para formar uma nova relação mais ‘extensa’, se poderes podem se compor diretamente para constituir um poder, uma potência mais ‘intensa’. Não se trata mais das utilizações ou das capturas mas das sociabilidades e comunidades. Como indivíduos se compõe para formar um indivíduo superior, ao infinito? Como um ser pode se apoderar de outro no seu mundo, conservando-lhe ou respeitando-lhe, porém, as relações e o mundo próprio? E a esse respeito por exemplo, quais são os diferentes tipos de sociabilidade? Qual é a diferença entre a sociedade dos homens e a comunidade dos seres racionais? Não se trata mais de uma relação de ponto e contraponto, ou de seleção de um mundo, mas de uma sinfonia da Natureza, da constituição de um mundo cada vez mais amplo e intenso. Em que ordem e como compor as potências, as velocidades e as lentidões?” (DELEUZE, 2002, p. 131). Uma cebola estragada, se plantada, pode brotar e nascer num outro lugar, de outra forma e utilizada numa nova receita para enriquecer seu sabor, assim como uma transferência que se configura com agressividade intensa, pode se transformar num começo de contato, de reconhecimento das diferenças.

O material que é trazido pelas crianças nos seus gestos podem não ter conexões, vamos estabelecendo juntos um sentido, na relação. É preciso restaurar as possibilidades na criança psicótica. A psicose não pode ser exposta a uma teoria que a captura. O caso deve ser estudado em função de vários campos em que a criança participa no mundo. Só posso estudar gestos e atitudes na imanência dos fluxos que eles emergem. O desejo é

relacional, está em toda a parte, não funciona num jogo de contradições. O balançar estereotipado de Daniel gera música e essa música é o começo de um sentido que vai se ampliando até o reconhecimento de partes do seu corpo, de letrinhas na sopa e da surpresa de sua mãe que descobre aí uma criança que sabe.

O que insiste num gesto, o que se repete, transpassa. Recolhemos o que ocorre, sentindo, tentando não nos anteciparmos com conceitos teóricos ou clichês de fora. O ponto notável se vê nas posturas de cada um. O olho singularizou-se positivamente quando Feliciano escolheu o Brigadeiro maior. E escolheu de fato, pois eu também havia notado que aquele era o maior.

A expressão é a representação de algo através do objeto. O rosto aterrorizado exprime um mundo aterrador. Dora grita.

Numa situação clínica que lutamos para sair ou ficar o melhor possível no mundo das paixões, onde o poder de ser afetado pela alegria é maior, eu pulso, eu vejo, eu entrevejo, quero que apareçam linhas que unam pontos singulares ou momentos notáveis no ápice da sua intensidade. Brindar com Arthur, festejar com Daniel e Dora seus aniversários são situações clínicas de intensa paixão e afectos. O paciente está mais perto do caos, não se relaciona. Temos que inventar relações para ele poder produzir criativamente. Nos deixamos levar, navegamos junto, quase que nos despersonalizamos, involuindo até nos aproximarmos dele e da situação caótica em que vive para assimilar os mínimos sinais para, nessa efervescência, e daí escapar, favorecendo encontros criativos. Precisamos acionar em nós mesmos a busca destes encontros. Interceder

fisicamente na luta entre Dora e sua mãe. O cruzamento clínico está na busca dos afectos que são os sinais de alegria e de tristeza.

Quantos sabores verdadeiros há no encontro com uma barra de chocolate? O doce, o amargo, o dissolver-se, o derreter, o preocupar-se com as calorias, com a silhueta, com o diabetes... O que pode o corpo em cada encontro? <sup>11</sup>

O corpo se define na relação de movimento de velocidade e lentidão e não na forma como ele se apresenta. A vida não é uma forma ou um desenvolvimento de forma, mas como uma relação complexa entre velocidades diferenciais, entre abrandamentos e aceleração de partículas. Quando se propõe qualquer forma de relação com a criança, emerge sua potência. E é nessa de dança que se compõem formas de viver: “...é pela velocidade e lentidão que a gente desliza entre as coisas, que a gente se conjuga com outras coisas: a gente nunca começa, nunca se recomeça tudo novamente, a gente desliza por entre, se introduz no meio, abraça-se ou se impõe ritmos.” (DELEUZE, 2002, p. 128). Enquanto sua mãe faz uma cocada deliciosa, Feliciano se debruça no fogão quente. É contido fisicamente por nós terapeutas não só pelo risco de se queimar, mas como a relação que este menino estabelece com o mundo é se encostando, se arrastando, se queimando, propomos um outro tipo de relação, sem dor nem queimaduras, mas de contato físico, de abraço, repetidas e inúmeras vezes, até ele conseguir conter-se. Depois, os abraços eram só de carinho.

Dar condições para que cada um vá construindo, com seus próprios recursos, melhores encontros e momentos de alegria, produzindo alternativas para uma vida, melhores variações no seu campo de experiência real.

---

<sup>11</sup> Observação de L. Aragon na qualificação realizada em 05/11/2008.

Cada um faz seu trajeto. Conto sobre minhas experiências com a Saúde Mental e a busca de um lugar de tratamento das Psicoses da Infância. Por afinidades, por gostar de cozinhar, encontro na cozinha um dispositivo para este trabalho. Escolho a teoria de Winnicott para a explicação de conceitos do desenvolvimento infantil ; Deleuze e Guattari, escrevendo sobre Espinosa, e a relação dos corpos e o poder de afetar e ser afetado e o campo problemático do Orlandi para identificar, relacionar e articular estes múltiplos encontros tão intensos!

A todo momento me pergunto se esta dissertação de mestrado faz jus à riqueza deste tema. Penso que das múltiplas leituras e desempenho terapêutico, o meu modo de ser e fazer diz de mim. Isto não importa. O que interessa é pensar que a subjetividade vivida nas nossas relações pessoais, perpassam a nossa clínica. Não estamos imunes. Vivemos como nossos o sofrimento psíquico daquelas pessoas. Temos que nos deixar levar, ir na profundidade deste encontro, ao extremo daquilo que se pode e aí nos incomodar, reagir e pensar possibilidades criativas. Com alegria. Assim como na vida. Penso que esta clínica cumpre uma função social.

“Uma vida é o conjunto de encontros intensivos!”<sup>12</sup>

E assim, cada um de nós, de acordo com o grau de potência, vamos nos singularizando nos modos de vida que transponho para a clínica. Acredito que as possibilidades de encontros intensivos tragam uma vida melhor e mais saudável. O meu trajeto me possibilitou vivenciar isso.

---

<sup>12</sup> Aula proferida pelo professor L. B. Orlandi no dia 03/12/2008 a respeito de Procedimentos Expressivos.

A criança faz seus trajetos, que mesmo nas autistas são múltiplos, e devires. Há sempre um trajeto. É preciso poder acompanhá-lo.

Dora pede Brigadeiro e sua mãe lhe dá Brigadeiro, comemoram seu aniversário e ela pula de felicidade;

Alan e sua avó não compartilham seu segredo;

Feliciano faz pose quando é fotografado e escolhe o brigadeiro maior;

Daniel pede para ser balançado, reconhece partes de seu corpo e toma sopa de letrinhas;

Artur brinda um encontro qualquer.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGON, L. E. **O Impensável na clínica: Virtualidades nos encontros clínicos.** Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2007. (Coleção Cartografias)

BARTHES, R. **Aula**, 6. ed. São Paulo: Editora Cultrix, 1992.

BERLINCK, M. T. **Psicopatologia fundamental.** São Paulo: Escuta, 2000.

CAYRES, A. Z. F. **Projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes Saúde Mental.** 253f. (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CYTRYNOWICZ, M. M. **Criança – enfance: uma trajetória de psiquiatria infantil.** São Paulo: Narrativa Um, 2002.

DELEUZE, G. **Conversações.** São Paulo: Ed. 34, 1992.

----- **Crítica e clínica.** 1. ed. São Paulo: Ed. 34, 1997.

----- **Lógica do Sentido.** 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

----- **Espinosa: filosofia prática.** São Paulo: Escuta, 2002.

----- **A ilha deserta.** São Paulo: Iluminuras, 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia.** Lisboa: Assírio e Alvim, s/d, 1972.

----- **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia Vol. I, II e IV.** 1. ed. São Paulo: Ed. 34, 1995 e 1997.

FERNANDES, M. I. A.; VICENTIN, M. C. G.; VIEIRA, M. C. T. **Tecendo a rede: trajetórias da Saúde Mental em São Paulo 1989 – 1996.** Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003.

FREUD, S. **Tres ensayos para uma teoria sexual (1905).** In: Obras completas. Tradução por Luis Lopez-Bellesteros y de Torres. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1996. Vol 2.

----- **Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso “Juanito”) (1909).** In: Obras completas. Tradução por Luis Lopez-Bellesteros y de Torres. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1996. Vol 2.

----- **Além do Princípio do Prazer (1920).** In: Obras completas. Tradução por Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. 2

GORAYEB, R. **Psicopatologia infantil.** São Paulo: EPU, 1985.

- PESSOA, F. **Os melhores poemas de Fernando Pessoa** / seleção de Teresa Rita Lopes. 10. ed. São Paulo: Global, 2001.
- PUGLIESI, M. F. et al. **PIM à crianças psicóticas e neuróticas graves**. Anais / II CONPSIC, II Congresso de Psicologia, CRP, 6. Região. São Paulo: Oboré, 1992.
- ROMAGNOLI, R. C. **Clínica e vida no trabalho com famílias**. 208f. (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SARACENO, B. **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Te Cora / Instituto Franco Basaglia, 1999.
- WINNICOTT, D. W. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. São Paulo: Artmed, 1983.
- . **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- . **Tudo começa em casa**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- . **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)