

Dispositivo clínico transdisciplinar¹

Uma resposta aos limites do enquadre tradicional

Joana Tarraf,² São Paulo
Luciana Romano Hernandez,³ São Caetano do Sul, SP
Yohan Yoshinaga,⁴ São Paulo
Caio Zahoul Machado,⁵ São Paulo

Resumo: Neste artigo, os autores compartilham a experiência da construção de um dispositivo clínico transdisciplinar em rede, que sustentou a escuta e o manejo psicanalíticos numa situação familiar na qual a destrutividade implicou limites para o atendimento psicanalítico em consultório. Eles fazem um percurso guiado principalmente por contribuições de autores que se dedicaram a pensar situações-limite, como André Green, Berta Hoffmann Azevedo, Luís Claudio Figueiredo e Fabio Herrmann, para refletir sobre os impasses dessa clínica e os atravessamentos que nos obrigam a reposicionar o próprio enquadre como operador psíquico. Isto é, o enquadre não é dado, mas construído, criado, inventado, passo a passo, em cada situação.

Palavras-chave: dispositivo clínico, enquadre psicanalítico, clínica transdisciplinar, desamparo, situações-limite

“Precisamos de ajuda.” A frase foi dita por três psicanalistas e uma família, diante de um cenário que colocava em xeque os contornos possíveis da clínica. Era um pedido que não buscava apenas mais mãos, mas outra forma de sustentar a escuta e a presença diante de algo que escapava às bordas

- 1 Agradecemos à equipe clínica Céu Aberto, pois, sem ela, este trabalho não teria sido possível. É o resultado da construção de um trabalho em conjunto desenvolvido por muitos anos. Agradecemos também à querida Adriana Salvitti por sua generosidade em dedicar seu tempo e conhecimento à discussão e elaboração deste material.
- 2 Psicóloga formada pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Psicanalista em formação pelo Instituto Durval Marcondes da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP). Coordenadora e supervisora da Céu Aberto – Clínicas Integradas.
- 3 Psicóloga formada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Mestre em psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Acompanhante terapêutica na Céu Aberto – Clínicas Integradas.
- 4 Nutricionista formado pelas Faculdades Metropolitanas Unidas. Professor de artes marciais. Acompanhante terapêutico na Céu Aberto – Clínicas Integradas.
- 5 Psicólogo formado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Acompanhante terapêutico na Céu Aberto – Clínicas Integradas.

do enquadre tradicional. A impotência – sentimento que estávamos prestes a partilhar – era frequente nas psicanalistas e na família, e foi sentida por nossa equipe quando parte dos atendimentos passou a ser feito na casa onde essa família morava. Durante os dois ou três primeiros meses, a sensação era de estarmos à deriva, conduzidos por um mar de violência e caos. Precisávamos de tempo para nos localizar, construir um instrumento que nos guiasse. A clínica, ali, não era uma sala fechada com horários fixos, mas um campo minado por vivências em que a destruição psíquica já havia causado muitos danos. Fomos convocados a entrar em um campo de guerra – momento em que todos estavam reunidos, o jantar em família, onde tudo acontecia.

Caro leitor, primeiro vamos situá-lo, para depois voltarmos à sala de jantar à qual todos fomos convocados: família, equipe e, agora, você. Inicialmente, cabe ressaltar que esta é uma escrita desafiadora devido às múltiplas camadas de complexidade do trabalho em questão. A primeira camada a ser aprofundada durante o texto diz respeito ao caso clínico em si: três crianças adotadas, com graves falhas no desenvolvimento emocional, cujas atuações provocavam mudanças bruscas e disruptivas no ambiente familiar; pais atravessados por traumas e por uma adoção realizada de forma abrupta e pouco refletida. Tudo isso compunha um campo marcado por confusão, com a presença de excitação sem contorno e violência. A segunda camada, que será esclarecida a seguir, envolve a configuração institucional do atendimento: uma equipe transdisciplinar que se propõe a construir uma rede de atendimento a partir do pedido de ajuda feito pelos profissionais que atendiam as crianças. A terceira camada é autoral: a primeira autora está implicada como coordenadora, supervisora e psicanalista que faz os atendimentos dos pais em diferentes configurações, e participante da construção do dispositivo. Os outros autores estão implicados como acompanhantes terapêuticos, cujas funções serão descritas mais adiante. Por fim, há uma complexidade teórica: trata-se da tentativa de construir um pensamento clínico a partir de autores da psicanálise contemporânea, e não de uma única escola (Figueiredo, 2018), articulados a uma escuta do campo analítico e à necessidade de criar contornos clínicos para situações que não cabem na moldura clássica do enquadre psicanalítico (Azevedo, 2024; Herrmann, 2024).

Explicitaremos de que forma e por que tivemos que ir construindo uma arquitetura heterodoxa do dispositivo clínico.

Sobre quem somos e como nos posicionamos

Somos integrantes da clínica Céu Aberto, composta por uma equipe transdisciplinar que se articulou a partir dos impasses que vivíamos na

clínica tradicional. Trata-se de um trabalho desenvolvido ao longo de mais de 30 anos por psiquiatras, psicanalistas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e acompanhantes terapêuticos, que atende pacientes marcados por desorganização psíquica severa, impulsividade, sofrimento não representado e passagens ao ato. Como propõe Cassorla, “é praticamente impossível trabalhar analiticamente com pacientes *borderline* graves sem uma equipe multidisciplinar participante que, entre outras funções, seja capaz de controlar as atuações do paciente” (2021, p. 122). Aqui, trocaríamos a palavra *controlar* por construir manejos que visam entender as atuações como uma comunicação possível e sem palavras, cuja aposta é ampliar o campo de escuta e ação da equipe, sabendo que, em muitas situações, estamos diante dos limites da destrutividade radical (Green, 1993/2010).

A expressão *céu aberto* é uma metáfora relacionada a um procedimento cirúrgico invasivo, realizado em situações extremas, que permite uma visualização abrangente e direta do problema. Em nossa prática, essa imagem refere-se à necessidade de abertura do campo clínico e deslocamento das clínicas psiquiátricas e psicanalíticas para territórios não convencionais, como o domicílio, a rua ou a escola do paciente, através da clínica do acompanhamento terapêutico (AT). Entende-se por deslocamento não somente o ato físico, mas um dispositivo de escuta clínica feita a céu aberto, que leva em conta os impactos transferenciais e contratransferenciais presentes nas relações equipe-paciente-família, a fim de compreender e lidar com o sofrimento psíquico.

A clínica se estrutura a partir de três vértices: a clínica psiquiátrica, com foco na escuta diagnóstica e no cuidado medicamentoso; a psicanálise contemporânea, que se move para escutar o irrepresentável e sustentar um trabalho de ligação; e a clínica do AT, que opera num enquadre ambulante, capaz de escutar e sustentar o paciente em seu cotidiano.

Em pacientes-limite ou “difíceis”, o enquadre clínico clássico pode ser vivido não como apoio, mas como obstáculo: em vez de favorecer o processo representativo, pode funcionar como um inimigo invisível, que atrapalha e intensifica a vivência de ameaça (Green, 2008, pp. 43-45). Foi a partir dessa constatação, nesse caso, que percebemos a importância de deslocar a técnica, criando novos modos de sustentação. Assim se delineou a proposta da equipe Céu Aberto: a construção de dispositivos clínicos singulares, capazes de sustentar afetos extremos, reorganizar a experiência e permitir a reinvenção subjetiva.

Mas, afinal, o que é o AT?

O AT surgiu como prática clínica nas décadas de 1960 e 1970, inicialmente vinculado aos movimentos de desinstitucionalização psiquiátrica,

especialmente na Itália (com Franco Basaglia) e na Argentina (com Enrique Pichon-Rivière e o pensamento da psicologia social). No Brasil, ganhou força a partir dos anos de 1980 e 1990, ligado à reforma psiquiátrica, à saúde mental comunitária e à psicanálise ampliada. Foi criado como uma resposta clínica fora dos muros do hospital e do consultório, voltado a pacientes considerados “difíceis” ou “intratáveis”, com o objetivo de restituir laços sociais, subjetivar a experiência e sustentar o cuidado em contextos adversos (Ferrari, 1992). Desde então, o AT se consolidou como uma prática clínica que acontece no território do paciente – casa, rua, escola, comunidade – e que opera por meio da presença, do vínculo e da escuta. Mais do que um recurso técnico, o AT se afirma como um gesto clínico e ético de presença: gesto, porque cada intervenção exige um ato singular, situado, inventivo, sem protocolos prévios; ético, porque supõe implicação com o sofrimento do outro, sustentando o vínculo mesmo diante da impotência ou dos limites do enquadre tradicional; e de presença, porque aposta na construção de um contorno possível a partir do corpo e da escuta no território onde a vida se dá – mesmo que esta esteja atravessada por caos, violência ou retração psíquica. A forma como trabalhamos com a clínica do AT será aprofundada ao longo do artigo.

Sobre o encaminhamento

O pedido de encaminhamento veio de uma das psicanalistas que atendiam uma das crianças. Ela falava em nome das profissionais que a atendiam: três psicanalistas e uma psiquiatra, que se reuniam esporadicamente para discutirem as dificuldades clínicas do caso. Estavam aflitas, pois percebiam que as análises individuais não eram suficientes para conter a violência que assolava o ambiente familiar. O primeiro contato foi com Joana, pois sabiam que ela coordenava uma equipe transdisciplinar com experiência em casos-limite e que indicava o AT para casos complexos. A ideia das psicanalistas era colocar um acompanhante terapêutico durante o jantar em família, momento em que todos estariam reunidos. A família já estava de pleno acordo sobre essa necessidade, pois vivia sob a égide de muito sofrimento e violência, vendo ali um sinal de esperança. Portanto, gostaríamos de esclarecer que, apesar da gravidade do caso, esse trabalho não foi sugerido ou imposto pela Vara da Infância e Juventude. A família aceitou esse encaminhamento de livre e espontânea vontade, com a esperança de que a violência na casa pudesse ser contida.

Retornemos à sala de jantar

O caso envolve três irmãos biológicos: Grinch, de 12 anos, Bento, de 9 anos, e Sofia, de 7 anos,⁶ todos com marcas profundas de falhas ambientais precoces. A adoção havia acontecido cinco anos antes. Os pais, Pierre e Hilda, não estavam preparados, foi tudo muito rápido e sem tempo de reflexão. Eles, até então namorados, não moravam juntos. Quando Hilda comunicou a adoção, Pierre decidiu mudar-se para a casa dela. Assim, a conjugalidade e a parentalidade iniciaram-se no mesmo instante. Cabe apontar que Pierre era contra a adoção de Grinch, pois disse ter tido um “mau pressentimento”.

Estávamos frente a uma constelação caótica, em que a excitação psíquica não encontrava contorno, e os impulsos, sem mediação possível, transformavam-se em atuações. Consideramos que a família funcionava de modo aglutinado. Segundo Konicheckis, nessas famílias predominam “relações indiferenciadas entre os membros, nas quais os limites entre o eu e o outro estão pouco definidos, promovendo um funcionamento grupal centrado na não separação, na simbiose e na repetição transgeracional de traumas” (2006, p. 100). Observávamos a ausência de diferenciação entre os lugares psíquicos, a erotização precoce e a violência alastrada, o que compunha um cenário sem narrativa – apenas excessos. A equipe estava prestes a viver uma contratransferência que invadia os profissionais num corpo a corpo à queima-roupa. Convidamos o leitor a acompanhar o que a primeira acompanhante terapêutica, Luciana, experimentou na linha de frente:

A casa era o retrato da família: um lugar inóspito, onde tudo estava quebrado, imundo, muito bagunçado e povoado, o que deixava tudo agitado e caótico. As crianças, carentes, sem contorno, buscavam satisfação voraz de seus anseios, sem capacidade de espera, o que resultava em frustração constante e irritabilidade. Havia muita violência verbal e física. Por vezes, precisei tirar a faca da mão das crianças. Mostravam dificuldade em cumprir combinados e regras, ter disciplina e organização. Tudo parecia indiscriminado. A sensação era de um constante convite para perder a paciência, impor limites, ficar cansado, sentir-se impotente, com recursos esgotados, no limite, exaustão. Eu saía de lá me sentindo suja e contaminada pelo estado de guerra. Não queria levar isso para minha casa. Precisava me diferenciar – descontaminar. Essa sensação fazia com que eu tomasse banho assim que chegava em casa. Eram noites em que minha filha, ainda bebê, era também invadida pelo meu estado psíquico, ficando agitada.

Foi preciso conquistar momentos de brincadeira com eles e um esforço contínuo para lembrar que eram crianças, isto é, que havia também aspectos naturais da

6 Os nomes e detalhes foram ficcionalizados para proteger a confidencialidade.

infância, como brigas, discussões, ciúmes, travessuras, ser sacana, bagunça. Tudo ficava indiscriminado, invadido pela destruição, e sem possibilidade de individualidade. Quartos e armários entulhados, quase não havia espaço, e os objetos misturados. As portas e fechaduras quebradas. A casa parecia reproduzir o “olho por olho, dente por dente”, “cada um por si para sobreviver”. A linguagem na família era a destruição e a violência, num funcionamento primitivo vivido com muita intensidade. Era enlouquecedor ficar na casa! Difícil apartar as brigas, dialogar, conter, e ficava muito presente a sensação de que esgotavam todos os recursos, levavam os pais e a mim ao limite. Parecia que minha função era a de apagar incêndios – que, ao correr para apagar um, já tinha outro, e mais outro, e mais outro... Os recursos pareciam sempre insuficientes.

A clínica precisava se deslocar. Afinal, como propõe Green (2005), o enquadre não é apenas uma moldura externa, mas algo que deve ser interiorizado pelo analista, o que permite sua sustentação mesmo fora das condições clássicas do enquadre.

A família operava num regime de confusões e turbulências, em que os lugares simbólicos estavam destruídos. Esse modo de funcionamento havia se banalizado e, além de estarem habituados a ele, parecia ser algo ativamente buscado. Para sentirem a presença um do outro, era necessária a instauração do caos, por meio de brigas, gritos, facas, socos, roubos e sujeira tanto dos gatos quanto das crianças. Adultos e crianças se misturavam em suas funções psíquicas, afetivas e sexuais. As crianças eram vistas como adultos abusadores, ladrões e perversos, e os adultos se portavam como crianças à flor da pele, assustadas, com muito ódio, medo, sem capacidade de contenção ou discriminação. Era o primitivo de cada um que estava no comando. A ausência de diferenciação entre o eu e o outro, o dentro e o fora, o cuidado e o abuso, o abusador e o abusado produzia uma atmosfera densa, sem respiro. Esse modo de funcionamento, em que o caos parece ser não apenas uma consequência, mas uma busca inconsciente, é formulado por Bollas como o desejo borderline: “A personalidade borderline busca inconscientemente a turbulência emocional. Embora doloroso e perturbador, o estado de tumulto é desejado, e, paradoxalmente, encontrar-se num estado de angústia produz gratificação” (2018, p. 5).

Em busca de um lugar de potência

A construção desse atendimento foi um processo de resposta às vivências de impotência e insuficiência diante da destrutividade que transbordava dos contornos do enquadre clássico. Como nos lembra Azevedo (2024), o trabalho clínico em contextos extremos exige menos um ideal técnico preestabelecido

do analista e mais uma posição ética de reconhecer sua própria precariedade e, ainda assim, permanecer vivo investindo caminhos possíveis. A autora propõe a noção de *psicanalista possível*, que nos parece central para sustentar o trabalho em equipe. No caso apresentado, tratava-se menos de aplicar um modelo técnico e mais de sustentar a escuta na medida exata de sua insuficiência. O possível, ali, foi manter-se presente sem recuar diante do caos, mas também sem ser tragado por ele. Isso só se tornou viável com uma rede de suporte, em que o trabalho clínico era constantemente metabolizado em grupo.

A primeira intervenção foi a presença da acompanhante terapêutica no espaço da casa. A decisão de entrar no território familiar não foi tomada sem tensão: sabíamos que a exposição direta ao caos poderia comprometer a capacidade da profissional de manter sua função. Ainda assim, diante da impossibilidade de convocar a família ao consultório, foi a clínica que precisou se deslocar até eles. A noção de *clínica extensa*, desenvolvida por Herrmann (2024), dialoga diretamente com esse percurso. Para ele, a clínica não se limita ao espaço do consultório, mas acompanha o sofrimento onde ele se apresenta. “O enquadre não é um lugar. É uma função” (p. 307).

A clínica ali era feita com o corpo, com o ritmo, com o olhar que não recuava diante do estranho – sempre com a preocupação de poder entrar e sair da mistura e do caos. Segundo Figueiredo, “a reserva do analista não é sinônimo de neutralidade clássica, mas de uma preservação psíquica que permite pensar e não ser tragado pela cena, pelo campo, pela transferência” (2018, p. 84). Com a percepção de que as vivências eram muito intensas e invadiam a reserva analítica da acompanhante terapêutica, a equipe percebeu que o dispositivo não poderia ser sustentado só por ela.

Foi necessário construir uma arquitetura de suporte em rede, onde o trabalho de Luciana estivesse ancorado em supervisões frequentes, intervenções clínicas e coordenação articuladas por Joana, movimentos que vamos aprofundar mais adiante. Entrou então uma equipe de retaguarda, composta por profissionais de outras áreas, que permitiam ampliar o olhar sobre a família. As intervenções foram se desenhando como camadas de presença interligadas, capazes de produzir alguma sustentação simbólica mesmo onde a palavra ainda não podia existir.

A clínica se reconfigurava, assim como um campo de dispositivos entrelaçados – uma trama viva, não exatamente planejada a priori, mas construída a partir da escuta do que cada momento exigia. Essa lógica não era caótica, embora surgisse de um campo caótico: ela era sensível à realidade do campo tal como se apresentava e, por isso, necessariamente móvel, atenta e flexível. A cada nova irrupção de violência, era preciso revisitar o dispositivo. Em momentos críticos, após episódios graves, nos perguntávamos se os limites éticos tinham sido transgredidos ou extrapolados, se estávamos sendo coniventes

com a violência ou cúmplices de abusos, momentos em que nos questionávamos se não era o caso de entrarmos em contato com o Conselho Tutelar.

Aos poucos, a escuta clínica foi se deslocando da análise do sujeito isolado para a escuta do grupo familiar: o que esse campo precisava para que algo da experiência psíquica pudesse ser simbolizado em vez de atuado? Isso exigia manter a posição de escuta e não recuar diante do desamparo, mas reconhecer uma presença clínica implicada sem ações de invasão ou abandono. A supervisão passou a ser o lugar de metabolização dos afetos intensos vividos por cada membro da equipe. Era ali que as experiências podiam ganhar contorno simbólico e que o dispositivo podia funcionar como continente.

Trabalhar a partir da mistura, da imersão nas cenas de caos familiar, trouxe desafios: lidar com a onipotência de quem se sente capaz de tudo e acaba misturado sem conseguir sair, perdendo a capacidade terapêutica, e lidar com a impotência paralisante que se disfarça de uma distância técnica e não proporciona nenhuma mudança – ambos, desafios perigosos. Entre a impotência e a onipotência, buscou-se construir uma área de atuação com alguma potência.

Mostrando o nosso percurso passo a passo

Primeiramente, a demanda de um AT veio das psicanalistas que atendiam as crianças em seus consultórios. Joana, coordenadora da equipe, percebeu que precisaria de um atendimento em rede. Diante disso, ficou combinado que ela teria um horário de atendimento com os pais e outro horário de discussão em equipe, e sugeriu a entrada de uma acompanhante terapêutica, Luciana. Essa foi uma estrutura proposta para haver condições iniciais de construir uma rede de cuidado, compondo um terreno minimamente firme para desenvolver o trabalho.

Quando, tempos depois, os pais decidiram interromper com duas das psicanalistas originais das crianças, foram inseridos mais dois acompanhantes terapêuticos, Yohan e Caio. A entrada deles, porém, já se fazia necessária devido a situações extremas vividas na casa. Com a saída das duas psicanalistas do caso, pensamos que seria um bom momento para que eles compusessem a equipe. Suas atividades buscavam dar um aspecto lúdico frente à destrutividade, estimulando o corpo mediante brincadeiras, culinária e esportes. Foi por meio dessas vivências que Grinch começou a transformar algumas transgressões de furto em gestos de reparação, como fazer doces para vender e devolver o dinheiro que havia furtado da funcionária da casa. Também passou a abrir-se emocionalmente, a contar sobre o hábito de conversar consigo mesmo e sobre os pensamentos persecutórios que o impulsionavam a agir de forma violenta.

Bento também aproveitava as atividades manuais e os recursos expressivos, como desenho, colagem e massinha. A partir desse contato, foi ficando mais clara a vivência de um eu sem bordas, sem pele psíquica – o que Anzieu (1989) denomina de *eu-pele*. Bento, como outros membros da família, não dispunha de um suficiente envelope narcísico capaz de conter a excitação e distinguir o dentro e o fora, o self e o outro. Essa ausência de contorno muitas vezes explodia em atos agressivos, inclusive pondo em risco a si e os outros. Desde quebrar vidros com socos e arremessos até fugir do prédio e correr para a rua. Gritos ensurdecedores evocados por Bento, por vezes, davam a impressão de que ele estava sendo invadido pela presença do outro. Se a mãe servia comida primeiro a Sofia, Bento gritava e jogava a faca na irmã. Se o pai pedia que Bento colocasse um chinelo para evitar pisar onde o copo estava quebrado, o menino batia no pai. Se a mãe chegava em casa apertada para ir ao banheiro e fechava a porta por privacidade, ele quebrava a janela. Ele parecia lutar, a todo momento, contra um sentimento de rejeição ou invasão. Claro que as intervenções às vezes agressivas ou acusatórias dos pais e dos irmãos provocavam uma ira grande no menino.

A sujeira e o quarto sempre bagunçado, a ponto de não ser possível pisar no chão, não pareciam incomodá-lo, e se o arrumassem, era como se tivessem encostando de forma indevida em seu corpo. Os uniformes da escola frequentemente eram usados por Bento para limpar suas fezes, e às vezes ele os vestia sujos. Nos jantares, tensos e cheios de discussão e contato corporal, Bento coçava o rosto com afinco, com as mãos engorduradas de pizza e ketchup.

A equipe passou a discutir o quanto Bento foi criando marcas corporais a partir das sujeiras e machucados, como recurso para encontrar e desenhar um corpo. Percebemos que alguns acidentes e machucados aconteceram em momentos de fúria e conflito, dando a impressão de que ele passou a sentir o corpo a partir da dor. Depois dessas discussões, a intervenção dos acompanhantes terapêuticos surtiu mais efeito e ficou mais viável. Na medida em que não tínhamos um terreno com discriminações possíveis para trabalhar, a aposta da equipe foi se aproximar da indiscriminação familiar – entrar na indiscriminação para, a partir dali, emergirem discriminações possíveis.

Sofia manteve a análise em consultório preservada, e seus encontros com a equipe aconteciam nos momentos em que os acompanhantes terapêuticos se revezavam durante as noites, período em que, normalmente, a família toda estava em casa. Para Sofia, quase todas as frustrações eram vividas não como uma contrariedade comum, mas como um ataque à sua integridade física, com sensações de colapso do eu. Ela ficava num caos interno insuportável, e em uma tentativa de controle, recorria à agressividade, como o uso de facas, gritos, destruição de objetos, ataque aos outros e fugas para a rua.

Construindo o dentro e o fora

Os três acompanhantes terapêuticos passaram a alternar os atendimentos nos jantares familiares e amparavam-se em rede nas supervisões em equipe. É digno de nota que a primeira acompanhante terapêutica já não precisava mais tomar banhos para se descontaminar após os atendimentos, sinal de que sua reserva analítica passou a ser enfim preservada e que o trabalho em rede construiu alguma sustentação ao desamparo.

Mais tarde, foi possível criar um espaço de atendimento no formato online, em que os acompanhantes terapêuticos estavam fora da casa, reunindo-se a equipe e os pais para falar e pensar sobre as cenas vividas dentro da casa. Falar ali, em meio ao caos, seria como jogar querosene na fogueira. A criação do espaço pais-equipe para pensar e digerir foi um divisor de águas. Finalmente tínhamos ferramentas para pôr em palavras o primitivo despertado em cada um. É interessante pensar que, para construir lugares efetivos de diálogo fora da casa, foi necessário viver o caos dentro dela, de modo que esses espaços de conversa fossem potentes o suficiente para proporcionar uma transformação daquilo que antes era só repetição. Nesse momento, estávamos finalmente saindo do modus “à deriva” para o modus “guiado”. Tínhamos o leme em nossas mãos, orientados por uma bússola que nos permitia enfrentar as tempestades com mais segurança. Aos poucos, fomos construindo o dentro e o fora, a “casa caos” e a “casa protegida”. As crianças também sinalizavam esse movimento, entregando objetos ou brinquedos que consideravam importantes para os acompanhantes terapêuticos protegerem, levando-os para fora da casa, pois sabiam que, se ficassem ali, seriam destruídos. De fora para dentro e de dentro para fora, um lugar protegido passou a existir.

A clínica do desamparo revela que o sofrimento do sujeito muitas vezes expressa dores transgeracionais não simbolizadas. Konicheckis (2006) mostra que, em núcleos familiares aglutinados, a criança pode se tornar depositária de lutos e traumas não elaborados, operando como porta-voz de fantasmas que atravessam gerações. Sua proposta de dispositivo clínico transicional – com encontros intergeracionais – busca permitir que fragmentos psíquicos se tornem representáveis, favorecendo movimentos de figuração, simbolização e reintrojeção. No caso que acompanhamos, esse dispositivo não começou com a presença das crianças, mas com os pais e a equipe, que precisaram ocupar esse lugar de transição e elaboração antes de poderem, de fato, acolher as crianças em sua subjetividade. A criação do espaço pais-equipe funcionou como esse tempo/espaço intermediário necessário. Ali, foi possível começar a pensar o caos vivido dentro da casa, transformando repetição em narrativa e criando uma base simbólica para que, mais adiante, algo da experiência psíquica das crianças pudesse ser sustentado.

Uma das psicanalistas que permaneceu no caso atendendo Sofia em consultório passou a participar das reuniões de equipe devido a uma situação grave com a menina. Precisamos juntar forças e olhares para entender se vídeos feitos por ela de suas partes íntimas eram frutos de um abuso sexual ou simplesmente um modo de ir dando contorno para o corpo, com o celular servindo como uma forma contemporânea de espelho. Essa preocupação se deu porque havia um histórico de abuso sexual sofrido por Grinch em sua família de origem, reproduzido por ele com os irmãos, com meninas da escola e até com o pai adotivo enquanto este dormia.

Nas reuniões, a psicanalista de Sofia se mostrava surpresa com o que escutava pela primeira vez: o nível de confusão, a intensidade das atuações e a força da violência na casa. Nada disso chegava ao seu consultório. Por mais que ela tivesse encontros com os pais, o nível de violência não tinha linguagem para ser transmitido. Mais uma vez, foi através do olhar da equipe de dentro da casa que se pôde formar uma narrativa do caos. Ficou evidente que havia um campo de experiências que não entrava no enquadre tradicional, ou melhor, que muitas vezes era possível apreender, mas em relação ao qual o alcance do que era vivido em consultório parecia muito limitado para produzir um impacto que não fosse tragado pelo arranjo psíquico familiar. Percebemos aqui, mais uma vez, que esse campo encenado no cotidiano precisa ser atravessado pela equipe junto com a família para ser transformado e finalmente simbolizado.

A psiquiatra que medicava as três crianças também participava das supervisões e reuniões de equipe. Fomos discutindo a necessidade de ela igualmente atender os pais. Apesar de terem outros psiquiatras, era muito difícil trabalhar com profissionais que não acompanhavam os movimentos do caso tão de perto.

Apostamos que nessa situação tem sido importante a equipe formar um corpo coeso, que suporte o corpo tão fragmentado e caótico dessa família. É essencial que, num caso como esse, os profissionais se sintam amparados uns pelos outros. Em vários momentos, eles se questionavam se estavam cuidando ou fazendo conluio com a violência, se estavam sendo continentes ou tragados, tornando-se assim espectadores dos abusos. O limiar entre um e outro estava sempre borrado – discriminá-los não era tarefa fácil. Diante disso, instituiu-se um espaço de supervisão com uma psicanalista externa à equipe e ao caso. A função desse terceiro, não implicado diretamente no campo, tornou-se fundamental. Foi ela quem ofereceu uma sustentação fora da cena, uma perspectiva preservada da aglutinação e das identificações excessivas. Isso permitiu a todos da equipe pensarem o trabalho mesmo em meio à confusão, oferecendo uma escuta que não se deixou arrastar pelo caos. Ao funcionar como bússola ética

e clínica, a supervisão externa nos ajudou a regular os riscos constantes de onipotência e impotência que atravessaram o campo e a contratransferência.

O caso segue em andamento. O que podemos afirmar até aqui é que a posição subjetiva das crianças e dos pais vem se transformando. Grinch já não ocupa mais o lugar do “câncer” que deve ser extirpado da família. Suas transgressões diminuíram, e ele passou a construir vínculos afetivos, a expressar tentativas genuínas de reparação e a mostrar aspectos mais amorosos. Os pais começaram a vê-lo menos como um psicopata e mais como uma criança profundamente machucada, que testa os vínculos como forma de verificar a possibilidade de abandono e confiança nas relações. Tais mudanças têm impulsionado outras: o que antes era projetado em Grinch como terror (assassino, psicopata, abusador, ladrão) foi transformado numa relação em que puderam aparecer gostos pessoais compartilhados – por exemplo: com o pai, o prazer pela gastronomia; com a mãe, o interesse por tocar piano e atividades manuais.

Com essas mudanças, o sofrimento que estava condensado nele começou a se deslocar e a emergir com mais nitidez em Bento e Sofia. Isso tem nos permitido conhecer melhor o funcionamento psíquico deles e oferecer um cuidado mais afinado. Pierre e Hilda deixaram de se sentir apenas julgados e, finalmente, encontraram em nós aliados. Pela primeira vez, o olhar foi ficando tridimensional: os pais começaram a reconhecer a intensidade dos conflitos familiares e a escutar a equipe não como ameaça, mas como suporte. Foi o início de uma diferenciação entre pais e filhos.

Atualmente, ainda estamos em campo minado, os aspectos primitivos que atravessam todos ali seguem presentes, mas algo do caos vem se transformando em narrativa. A construção do dispositivo, o atravessamento da violência e a escuta coletiva estão abrindo brechas para que novas formas de vínculo e pensamento se tornem possíveis, ainda que na tormenta.

A complexidade do dispositivo clínico: coordenação, supervisão e intervisão como funções entrelaçadas

O dispositivo clínico aqui descrito não se limita a um simples arranjo de técnicas ou funções. Ele é um campo vivo, no qual cada profissional, a equipe e os pacientes coexistem de maneira interligada, formando uma rede complexa. A figura de Joana, enquanto coordenadora, supervisora e psicanalista, simboliza essa complexidade dos papéis exigidos pela situação. A coordenação, nesse contexto, se transforma em uma navegação constante. Não se trata de uma posição de comando, mas de uma função de orientação, em que o coordenador assume o papel de manter o leme firme, apesar da tempestade que se desenrola. Como uma bússola, o método psicanalítico, quando se desloca da

técnica para a escuta atenta e ética, serve como direção para o que precisa ser feito no campo. Longe de ser uma indiscriminação de papéis, essa mistura se presta a ser pensada e revisitada constantemente, sendo a base e a força do trabalho. Se por um lado temos as supervisões semanais entre Joana e a equipe, por outro temos um espaço que se configurou como um verdadeiro divisor de águas: os encontros quinzenais entre pais e equipe. Interessantemente, esse espaço começou a ser ocupado também pelas crianças – não por convite, mas por desejo próprio. Bento aparece na tela e fala. Sofia testa os limites com sua presença. E Grinch recentemente emocionou a todos ao nomear sua luta interna. Em meio a uma discussão com a mãe, que o acusava de ter roubado um celular, ele se pronunciou, dizendo duas coisas muito impactantes: que não tinha roubado, e sim pegado emprestado, pois queria registrar a violência, que nem sempre partia dele; e que não queria ser assim, que reconhecia ter uma compulsão e que estava tentando se conter. Pediu para não ser visto apenas como ladrão. Pela primeira vez, usou a palavra *compulsão* para se nomear, tentando distinguir o ato de roubar de um gesto impulsivo. Disse que vinha tentando se transformar e que não gostava de ser como era. O pai, tocado, conseguiu escutá-lo de outro lugar. E isso também foi algo novo, pois esse pai sempre teve dificuldade de reconhecer sentimentos verdadeiros em Grinch. Simultaneamente, houve outro movimento: o pai discordou da mãe, porque ela, nesse momento, só conseguia sentir ódio pelo filho. Essa fala só foi possível porque o campo se transformou.

Os acompanhantes terapêuticos, que já estão imersos no processo, carregam consigo essa mesma dinâmica de multiplicidade de papéis. Eles não apenas atendem o paciente, mas precisam se engajar com a família e a equipe. Às vezes, fazem atendimento na própria casa dos pais, em situações caóticas; outras vezes, notam a demanda e marcam conversas individuais. Seu trabalho não se resume ao atendimento individual, mas implica uma participação ativa em reuniões de equipe e na dinâmica do atendimento familiar. Assim, o acompanhante terapêutico representa, ao mesmo tempo, as três crianças no campo terapêutico e os pais, mas também carrega uma função de espelho, ao representar as questões e desafios que a equipe e os pais enfrentam.

Esse espaço tem se tornando uma nova casa: menos contaminada, menos caótica, mais segura. Um espaço onde a palavra começou a fazer sentido. O trabalho realizado por Yohan com Grinch – e amparado pela equipe – possibilitou a ele não só reconhecer seus impulsos, mas encontrar formas de reparação. Como aponta Winnicott (2023), o gesto transgressor é, muitas vezes, uma busca por vínculo. O furto se transformou em venda de doces; o castigo, em fala; a atuação, em comunicação. E isso vem trazendo a Grinch uma nova calma: ele já pode, enfim, ter indícios de que está sendo capaz de se pôr em palavras, muito inicialmente.

Por fim, o conceito de *reserva analítica* desenvolvido por Figueiredo (2018) descreve uma condição subjetiva fundamental para que o exercício da função analítica não seja tomado, capturado ou dissolvido pelos estados emocionais intensos do paciente, em particular em clínicas de alto grau de desorganização, confusão, erotização ou violência. Ela funciona como uma espécie de continente interno, um espaço não tomado pela confusão do campo, que garante a possibilidade de reflexão, elaboração e sustentação da função psicanalítica.

Conclusão

A experiência apresentada neste artigo demonstra que, em determinadas situações clínicas, caracterizadas por organizações psíquicas profundamente desestruturadas, marcadas por aglutinação, erotização disruptiva, intensa confusão de lugares psíquicos e violência, a construção de novos dispositivos clínicos torna-se um caminho possível para que a função analítica seja sustentada. Isso implica reconhecer que nem sempre se pode sustentar o trabalho psicanalítico nas condições oferecidas pelo enquadre tradicional. Nessas circunstâncias, o trabalho psicanalítico não demanda apenas adaptação, mas sim *construção de moldes clínicos próprios*, que permitam atender o paciente nas condições psíquicas em que ele se encontra, sem a imposição de parâmetros que, naquele momento, ele não é capaz de sustentar.

A construção do dispositivo clínico transdisciplinar se apresenta, portanto, como uma resposta às exigências da situação, possibilitando que a função analítica se desloque para o lugar onde o sofrimento se manifesta. Trata-se de uma operação clínica que busca garantir a sustentação das *funções psíquicas essenciais do enquadre*, como contenção, elaboração e discriminação psíquica, ainda que por meio de configurações que se diferenciam do enquadre clássico.

Cabe destacar que o próprio dispositivo não é apenas uma resposta às necessidades clínicas da família, mas também uma resposta ao desamparo vivido pela equipe. A construção do dispositivo é, portanto, uma resposta técnica, ética e coletiva a esse duplo desamparo: aquele que se expressa na dinâmica da família e aquele que se mobiliza inevitavelmente na contratransferência dos profissionais. Manter a função clínica nesses contextos exige a capacidade da equipe de construir e sustentar um continente compartilhado, capaz de conter, elaborar e transformar tanto o sofrimento dos pacientes quanto os efeitos desse sofrimento sobre os profissionais. A sustentação da função analítica, nesse tipo de clínica, depende da construção de uma reserva coletiva, apoiada na supervisão, nas supervisões e na elaboração constante entre os membros da equipe. Quando a reserva individual falha, é o corpo da equipe que assegura a continuidade do trabalho.

Dispositivo clínico transdisciplinario: una respuesta a los límites del encuadre tradicional

Resumen: En este artículo, los autores comparten la experiencia de construir un dispositivo clínico transdisciplinario que apoyó la escucha y el manejo psicoanalíticos en una situación familiar donde la destructividad impuso límites a la atención psicoanalítica tradicional. Se basan en las contribuciones de autores que han estudiado situaciones límite, como André Green, Berta Hoffmann Azevedo, Luís Claudio Figueiredo y Fabio Herrmann, para reflexionar sobre los *impasses* de este enfoque clínico y la necesidad de reposicionar el encuadre como operador psíquico. Es decir, el encuadre no se da, sino que se construye, se crea, se inventa, paso a paso, en cada situación.

Palabras clave: dispositivo clínico, encuadre psicoanalítico, clínica transdisciplinaria, desamparo, situaciones límite

Transdisciplinary clinical device: a response to the limits of traditional framework

Abstract: In this article, the authors share the experience of building a transdisciplinary clinical device that supported psychoanalytic listening and handling in a family situation where destructiveness imposed limits on traditional psychoanalytic care. They draw on contributions from authors who have studied limit situations, such as André Green, Berta Hoffmann Azevedo, Luís Claudio Figueiredo, and Fabio Herrmann, to reflect on the *impasses* of this clinical approach and the need to reposition the setting as a psychic operator. That is, the setting is not given, but constructed, created, and invented step by step in each situation.

Keywords: clinical device, psychoanalytic setting, transdisciplinary clinic, helplessness, limit situations

Dispositif clinique transdisciplinaire : une réponse aux limites du cadre traditionnel

Résumé : Dans cet article, les auteurs partagent l'expérience de la construction d'un dispositif clinique transdisciplinaire qui a soutenu l'écoute et la gestion psychanalytiques dans une situation familiale où la destructivité a imposé des limites aux soins psychanalytiques traditionnels. Ils s'appuient sur les contributions d'auteurs qui ont étudié les situations limites, tels que André Green, Berta Hoffmann Azevedo, Luís Claudio Figueiredo et Fabio Herrmann, pour réfléchir sur les *impasses* de cette approche clinique et la nécessité de repositionner le cadre comme opérateur psychique. C'est-à-dire que le cadre n'est pas donné, mais construit, créé et inventé, étape par étape, dans chaque situation.

Mots-clés : dispositif clinique, cadre psychanalytique, clinique transdisciplinaire, détresse, situations limites

Referências

- Anzieu, D. (1989). *O eu-pele* (Z. Y. Rizkallah & R. Mahfuz, Trans.). Casa do Psicólogo.
- Azevedo, B. H. (2024). O psicanalista possível. *Jornal de Psicanálise*, 57(107), 15-18.
- Bollas, C. (2018). *O desejo borderline: uma nova teoria de funcionamento psíquico* (M. S. Martins, Trad.). Zahar.
- Cassorla, R. M. S. (2021). *Estudos sobre suicídio: psicanálise e saúde mental*. Blucher.
- Ferrari, S. M. L. (1992). A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 3(1-2), 77.
- Figueiredo, L. C. (2018). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. Escuta.
- Green, A. (2005). O enquadre psicanalítico e sua interiorização pelo analista. In A. Green, *O pensamento clínico: textos de psicanálise* (pp. 113-136). Companhia de Freud.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea* (A. M. R. Rivarola et al., Trans.). Imago.
- Green, A. (2010). *O trabalho do negativo* (F. Murad, Trad.). Artmed. (Trabalho original publicado em 1993)
- Herrmann, F. (2024). Clínica extensa. *Jornal de Psicanálise*, 57(107), 299-312.
- Konicheckis, A. (2006). Fantasmas aglutinados na clínica familiar. *Psicanálise: Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 8(1), 95-114.
- Winnicott, D. W. (2023). *Deprivação e delinquência* (A. Cabral, Trad.). Ubu.

Recebido em 23/6/2025, aceito em 29/7/2025

Joana Tarraf
joanatarraf@hotmail.com

Luciana Romano Hernandez
luciana.romanoh@gmail.com

Yohan Yoshinaga
yohanyoshinaga@gmail.com

Caio Zahoul Machado
caiozahoul@gmail.com

DOI: 10.69904/0486-641X.v59n3.05