UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

PATRÍCIA OMENA COSTA PEREIRA

PSICÓLOGO DO CAPS: DESAFIOS E IMPASSES NA CONSTRUÇÃO DE UMA IDENTIDADE

UBERLÂNDIA
2007

PATRÍCIA OMENA COSTA PEREIRA

O PSICÓLOGO DO CAPS: DESAFIOS E IMPASSES NA CONSTRUÇÃO DE UMA IDENTIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicanálise e Intersubjetividade

Orientador(a): Maria Inês Baccarin

UBERLÂNDIA
2007

FICHA CATALÓGRÁFICA
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de Catalogação e Classificação
mg- 02/07

P436p Pereira, Patrícia Omena Costa, 1970-
O psicólogo do CAPS: desafios e impasses na construção de
uma identidade / Patrícia Omena Costa Pereira. - 2007.
164 f.

Orientadora : Maria Inês Baccarin.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlând

Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Psicanálise - Teses. 2. Saúde mental - Teses. I. Baccari
Maria Inês. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.964.2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Patrícia Omena Costa Pereira

O PSICÓLOGO DO CAPS: DESAFIOS E IMPASSES NA CONSTRUÇÃO DE UMA IDENTIDADE

Profa. Dra. Maria Inês Baccarin
(Orientadora – UFU)

Prof. Dr. Luiz Carlos Avelino da Silva
(Examinador – UFU)

Profa. Sandra Augusta Melo
(Examinadora - UNITRI)

Data: 25 de janeiro de 2007.

Ao meu pai Álvaro e à minha mãe Miriam, sempre presentes na minha vida, incentivando-me a buscar o conhecimento.
À minha madrinha Maria de Lourdes, hoje ausente, que me inspirou a escolha dessa profissão.

AGRADECIMENTOS

À Profª Maria Inês Baccarin, que como orientadora foi uma acompanhante importante neste caminho de aprendizagem, me auxiliando nas turbulências do contato com o conhecimento novo;

Ao Ronaldo e Mayara, que muitas vezes ficaram privados da minha atenção e convívio;

À Denise Goulart, analista, que em muitos momentos foi continente para as minhas angústias, convidando-me sempre a aprender, a tolerar e refletir sobre as minhas experiências;

Às minhas tias Nelize e Conceição que me acompanharam de forma solidária e carinhosa na revisão da dissertação;

À Carolina Omena de Faria, pela sua disponibilidade e carinho, no auxílio com o abstrat;

À Ana Patrícia Rosa, que enquanto supervisora sempre me incentivou a buscar o crescimento profissional;

Aos professores do Mestrado, representados pelos professores Caio, Sílvia, Maria Lúcia e João Luiz, que contribuíram para a expansão do olhar sobre o meu trabalho;

Aos meus pacientes, com quem tenho aprendido muito e que me impulsionam a buscar novos caminhos e aos meus colegas de trabalho no CAPS Norte;

Às participantes do grupo de discussão que, por questões éticas não posso mencionar, por se disporem a discutir de forma generosa o tema proposto;

Às colegas Márcia, Sílvia Vieira, Ana Maria Moya, Nara Amaral de Omena e Sônia Rydan que foram, em muitos momentos, interlocutoras na construção das idéias desta dissertação;

Às colegas Maria Alzira, Cérise e Beatriz, pela companhia e pela rica cooperação, ao iniciar este trabalho.

(...) Que compreendas que nunca estás só,
que a tua alma, com o seu brilho e vinculação, te liga intimamente
ao ritmo do universo.
Que tenhas respeito por tua individualidade e diferença.
Que compreendas que a conformação da tua alma é única, que tens
um destino especial aqui,
que por trás da fachada de tua vida existe algo belo, bom e
eterno acontecendo. (...)

(Jonh O' Donohue)

RESUMO

O tema “O Psicólogo do CAPS, desafios e impasses na construção de uma identidade” refere-se a uma investigação teórico-prática, sobre o vértice psicanalítico, acerca das dificuldades e desafios enfrentados pelos psicólogos, no atendimento a pacientes psicóticos graves. Sabe-se que a assistência à loucura tem se modificado ao longo do tempo. Devemos considerar que todo o processo abarca avanços e também recuos, sendo que a reflexão e a interlocução com a psicanálise é um instrumento útil na construção de novas possibilidades de ser e de estar nesta jornada. Esta pesquisa, então, é uma tentativa de levantar e mapear as dificuldades, a partir dos grupos de discussão, à luz do método psicanalítico, construindo sentidos para as experiências das psicólogas no contato com as áreas primitivas da mente.

Palavras-chave: Psicanálise – Saúde Mental – CAPS

ABSTRACT

The "The CAPS psychologist, challenges and impasses in the construction of an identity" theme refers to a theoretical-practical investigation about the psycoanalytic vertex, surrounding the difficulties and challenges faced by psychologists, when attending severe psychotic patients. It is well known that the assistence to madness has been changing in time. It must be considered that the whole process includes advances and also setbacks, being reflection and interlocution with psychoanalisis a useful instrument in building new possibilities of being in this journey. This research is therefore an attempt to raise and map the difficulties, starting from discussion groups, in the light of the psycoanalytic method, building senses to the psychologists' experiences when dealing with the primitive areas of mind.

Keywords: Psychoanalisis – Mental Health – CAPS

LISTA DE SIGLAS

CAPS	– Centros de Atenção Psicossocial
NAPS	– Núcleo de Atenção Psicossocial
SUS	– Sistema Único de Saúde
UAI	– Unidade de Saúde Integrada
UFU	– Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 01

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)..... 09

1.1 – Um breve histórico da concepção da assistência psiquiátrica à loucura..... 09

1.2 – Conhecendo as estruturas do CAPS e sua inserção na saúde mental do município de Uberlândia 22

1.3 – As particularidades da clínica e do *setting* do CAPS..... 30

CAPÍTULO 2 – PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA: modelos e campos de tensão..... 37

2.1 – A influência do modelo médico e este como referência..... 37

2.2 – O modelo psicanalítico: algumas contribuições ao CAPS..... 51

CAPÍTULO 3 – INSTITUIÇÃO E GRUPO..... 65

3.1 – Os sujeitos e a instituição..... 65

3.2 – Atividades grupais enquanto modalidade de tratamento..... 74

CAPÍTULO 4 – IDENTIDADE DO PSICÓLOGO DO CAPS..... 85

CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA..... 97

5.1 – Algumas considerações a respeito do método: a Psicanálise enquanto método de pesquisa..... 97

5.2 – O percurso e a trajetória da pesquisa..... 103

5.2.1 – A elaboração da dissertação a partir do método de auto-organização de inspiração psicanalítica..... 103

5.2.2 – A pesquisa: da pesquisa teórica a pesquisa de campo..... 108

CAPÍTULO 6 – REFLEXÕES NASCIDAS DO ENCONTRO E DA ESCUTA DO GRUPO DE DISCUSSÃO..... 113

6.1 – Campos de tensão..... 114

6.1.1 – Clínica padrão X clínica do CAPS..... 114

6.1.2 – Instituição X sujeito..... 126

6.1.3 – Modelo médico X modelo psicanalítico..... 128

6.1.4 – Psicólogo X equipe..... 131

6.2 – Da formação acadêmica..... 135

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 139

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 143

ANEXO..... 156

INTRODUÇÃO

Este estudo nasceu ao se deparar, enquanto psicno trabalho em ambulatório de saúde mental e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)[1], com situações de impasses e desafios no atendimento de pacientes psicóticos, bem como de uma necessidade de elaborar as idéias e as vivências dos diferentes campos de tensão que atravessavam o cotidiano da assistência a estes pacientes. O trabalho no CAPS é gerador de uma mobilização intensa de emoções, que dificultam e paralisam, em alguns momentos, o desenvolvimento do próprio processo terapêutico.

Vale salientar que, no atendimento a pacientes psicóticos, estes se encontram em um estado de não integração com as suas percepções e emoções, prevalecendo neles uma confusão entre o eu e a realidade. Necessitando, então, de um terapeuta que os acompanhe e os auxilie na busca da sua diferenciação com os outros.

Percebe-se, assim, que o trabalho com pacientes psicóticos em estados de crise impõe aos psicólogos uma maior tolerância à frustração para lidar com as tensões, com as dificuldades, bem como com as diversas rupturas, efetuadas por eles nas suas relações com os outros psicólogos, durante o tratamento dentro do CAPS.

Esta tarefa, porém, nem sempre é fácil. Muitas vezes ela exige do terapeuta um desenvolvimento contínuo de sua capacidade de abrigar os pensamentos intoleráveis e dolorosos dos seus pacientes, à medida que dá sustentação, continência, aos seus aspectos

[1] Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são ambulatórios especializados em saúde mental que oferecem tratamento diário, interdisciplinar, extra-hospitalar a pessoas portadoras de sofrimento mental grave (neuroses, psicoses, drogadição).Constituem-se em um serviço aberto, público, fazendo parte das ações em saúde mental do Sistema Único de Saúde.

disruptivos, devolvendo de forma mais diluída estas emoções, até que eles sejam capazes de desenvolver o próprio continente para suas experiências emocionais.

As dificuldades decorrentes da complexidade do trabalho com pacientes psicóticos, em uma instituição pública, exigiam uma maior reflexão sobre os desafios que esta clínica apresenta no seu dia a dia, levando, conseqüentemente, à busca de novas idéias e posturas.

Nesse sentido, outra fonte de motivação veio da necessidade da pesquisadora, psicóloga do CAPS, pensar as situações que a princípio não oferecem saídas, o que contribuiu muito para uma expansão da sua capacidade de elaborar e nomear as experiências com estes pacientes durante o seu trabalho.

No CAPS, tem-se discutido muito sobre a importância de se refletir sobre as dificuldades e desafios do cotidiano da clínica da psicose. Os encontros teóricos e clínicos, com diversos profissionais da cidade, têm auxiliado muito no aperfeiçoamento da equipe, no que se refere ao tema. Diante disto, percebe-se que as turbulências provenientes do contato com uma forma diferente de relação com a loucura é algo compartilhado com outros colegas, que por sua vez também buscam construir sentidos e direcionamentos para o próprio fazer clínico.

O trabalho no CAPS, por atender pacientes graves, também exige dos profissionais uma atenção, não só aos aspectos intrapsíquicos, mas também aos aspectos ligados a reinserção social, a dinâmica familiar, a cuidados gerais com o corpo e com a medicação. Neste sentido, o exercício da clínica tem se ampliado, tendo como objetivo propiciar um espaço de trocas sociais com o sujeito que sofre, possibilitando-lhe assim, o desenvolvimento de uma maior autonomia e liberdade de ser e de pensar as suas vivências. Pode-se assim dizer que o CAPS é um espaço de construção de novos processos de subjetivação, em uma relação dialética entre os sujeitos e a realidade. Como diz Ferreira Neto

“a subjetividade é constituída na relação com o mundo material e social e este é constituído pela ação humana num movimento dialético” (FERREIRA NETO, 2004, p.145).

É fato que as propostas da clínica neste dispositivo estão imbricadas em uma interlocução entre diversos campos de conhecimento, indo principalmente à contra - mão de um cuidado que prioriza ou se centraliza na medicalização, no controle social e na onipotência dos psicofármacos. Vai a direção de uma relação com a loucura, baseada na ampliação de uma autonomia e de uma liberdade de pensar e de ser, por mais bizarro e estranho que isso pareça à sociedade.

Lobosque (2001, p. 21) fala da dificuldade em exercer uma abordagem mais livre em relação à loucura. Sobre esta tarefa de acompanhar o sujeito em crise, diz:

> Esta operação, sem dúvida alguma, é algo que envolve a dimensão do cuidado e a partir daí esta clínica que defendemos se constrói. Quando o dilaceramento, de presença, de atos e palavras se faz necessário como forma de ajuda. É claro que a palavra “ajuda” implica, por si mesma, em muitos riscos; principalmente por ser o pretexto comum da autoridade de toda filantropia e do pedantismo de todos os privilégios. Afirmar que o outro precisa de ajuda pode ser, e muitas vezes costuma sê-lo de fato, uma forma de intervir, aliciar, tutelar, dominar, etc. A questão de uma ajuda que se exerça sem domínio, eis aquela que se coloca para nós não apenas nas relações com a loucura, mas nas relações dos homens entre si.

O trabalho do psicólogo clínico, na sua formação, se dedica a aspectos emocionais dos sofrimentos intrapsíquicos dos sujeitos que o procura ou que lhe são encaminhados. Sendo assim, um dos focos da sua atenção no CAPS é o de promover e desenvolver uma continência no sujeito para a expressão do que ainda não se encontra representado em um sofrimento ou emoção, do que está abafado, cindido e negado nele. Um outro foco, presente na atuação do psicólogo do CAPS, é também desenvolver novos laços possíveis entre o paciente e a sua realidade, fundados em uma maior autonomia e na sua liberdade de ser e de estar no mundo.

Deste modo, percebe-se que a reforma psiquiátrica, da qual o CAPS é um dos dispositivos importantes, nasce de uma tentativa de ruptura com modelo manicomial e, como toda proposta nova, abarca avanços, mas também frustrações, recuos e campos de tensão, principalmente na articulação entre a clínica e as propostas de re-inserção do sujeito no seu meio sócio-familiar.

As interlocuções com a psicanálise, na formação da pesquisadora, têm contribuído muito para a compreensão dos impasses e dos desafios que a clínica de CAPS demanda. Possibilitando enquanto método, uma ampliação dos seus conhecimentos acerca do tema e uma ressignificação dos obstáculos e dos impedimentos vivenciados na clínica com pacientes psicóticos.

Herrmann (2003, p.13-18) defende a contribuição da psicanálise para os outros contextos fora do consultório. Embora em alguns momentos não possa manter a técnica padrão, o método psicanálitico pode permanecer em essência na interpretação do que está inconsciente. Diz ele: "Clínica extensa é a vasta medida em que o método ultrapassa a técnica".

Em outro momento afirma:

> [...] O conceito que sustenta essa intrínseca extensão da clínica é o da função terapêutica. Quando ocorre uma ruptura de campo, quando se desestabiliza um sistema estruturado de representações, o efeito não é apenas uma abertura para o conhecimento, mas abertura para uma mudança vital. Isto não se limita ao paciente em análise.

Nesta perspectiva, a clínica exercida no CAPS, assim como acontece com a prática de consultório, impele os psicólogos a investigarem seu trabalho, a partir dos êxitos e dos desafios vivenciados no seu dia a dia, pois o crescimento surge da aprendizagem *com as experiências emocionais*, do diálogo entre as expectativas, modelos e a própria experiência.

Perez (2001, p. 7) destaca como um aspecto importante no processo de descoberta do conhecimento:

> [...] o aprendizado só ocorre quando batemos na porta errada. Sem a experiência e o convívio da porta errada somos incapazes de encontrar a porta certa mesmo quando, por acaso, com ela nos defrontamos. Há mais descobertas no erro do que no acerto; a descoberta resulta do convívio dialético entre a expectativa e experiência, sem precipitação nem violência de "descobrir" a verdade a ferro e fogo.

Este estudo, então, teve como objetivo investigar e mapear os impasses, os desafios dos psicólogos de CAPS que interferem no desenvolvimento do processo terapêutico de pacientes graves em um serviço substitutivo. Assim sendo, a pesquisa partiu de uma investigação do trabalho dos psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial, da cidade de Uberlândia, e de como eles vivenciam estas situações de tensão do ponto de vista emocional e técnico.

Nesta pesquisa, procurou-se trabalhar com um recorte das idéias de Freud, Foucault, Bion , Käes e de Rezende para compreender as questões relativas às dificuldades e impasses vivenciadas pelos psicólogos do CAPS, no atendimento de paciente psicóticos.

O primeiro capítulo, **Considerações a respeito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**, é uma breve retrospectiva da assistência psiquiátrica à loucura. Mostra como inicialmente a loucura era tratada e fala do atual serviço substitutivo prestado, aos pacientes portadores de sofrimento mental grave ou severo. Nele tenta-se descrever também como o serviço do CAPS foi se estruturando no município de Uberlândia, as particularidades do *setting*[2] e de uma clínica da psicose dentro de um dispositivo institucional, aberto e público.

---

[2] O *setting* aqui se refere a um conjunto de normas e de variáveis que garantiriam melhores condições para o desenvolvimento de um processo terapêutico.

O segundo capítulo, intitulado **Psicanálise e Psiquiatria**: **modelos e campos de tensão** trata destes dois modelos, muito presentes na formação do psicólogo e na organização das instituições. Apesar das lutas e das conquistas para a criação de leis que regulamentem uma sociedade sem manicômios, ainda há muitos recuos e retrocessos em relação à concepção do trabalho com pacientes psicóticos graves ou crônicos. O modelo médico, enquanto discurso e representação social, ainda é hegemônico no CAPS, não somente entre os familiares e os pacientes, mas também na prática dos psicólogos e da equipe. A visão curativa e embasada em uma classificação nosográfica dos fenômenos psíquicos ainda fundamenta as práticas e o cuidado com a loucura.

Ferreira Neto (2004, p. 90) assinala que estas práticas psicológicas foram largamente influenciadas pelo modelo médico de atendimento, se caracterizando por uma "preocupação curativa na resolução de conflitos mentais", bem como por uma "ênfase sobre o psicodiagnóstico e modos de classificação nosológica". Na visão deste autor o sujeito, então, é visto como *a-histórico* e *universal*, sendo determinado o lugar a ser ocupado por ele, o que propicia, uma exclusão a partir dos rótulos que lhe são dados.

No CAPS, a influência do modelo psicanalítico propicia a compreensão do sofrimento mental dos sujeitos, de suas paixões e afetos. A Psicanálise adverte para o cuidado de não se exercer na prática da assistência aos pacientes uma postura de tutela ou de controle social. Nessa perspectiva, pode nos auxiliar na interrogação em relação ao próprio trabalho na instituição e também possibilitar uma compreensão dos laços possíveis na psicose.

Ferreira (2005, p. 30) coloca que na psicanálise "interessa o saber do sujeito, o que ele pode trazer de sua singularidade, do seu modo de gozo". Ou seja, a psicanálise dá voz e valoriza as produções do sujeito sobre si mesmo. A autora coloca a questão das tensões entre a psicanálise e a medicina como modelos que operam de maneira inversa na instituição. Destaca:

> Dessa forma é possível pensar que o *discurso médico e o psicanalítico* operam de *maneira inversa: enquanto o primeiro exerce uma função silenciadora, o segundo faz falar***.** Como conseqüência dessa forma de intervenção psicanalítica, temos que sua incidência nesse campo médico implica na introdução de um saber que favorece a singularidade no interior da instituição, cuja lógica é, essencialmente universal. (destaques da pesquisadora)

O terceiro capítulo, **Instituições e Grupo**, referem-se às relações grupais na instituição e às modalidades de tratamento no CAPS. Vale salientar que nas instituições como na família, há um funcionamento que tanto pode levar a um excesso de sofrimento, de mal-estar a ser evitado, como pode se constituir num espaço de promoção e de aprendizagem para a vida. Os CAPS, como instituições de tratamento, podem desenvolver relações de vários tipos.

Como diz Perez (2001, p. 90):

> A instituição manifesta e a contra -instituição ou latente podem relacionar -se de forma simbiótica, parasitária ou comensal. Um exemplo de relação simbiótica é aquela na qual uma instituição aceita ser matriz de outra, oferecendo-lhe meios para desenvolver-se como se fosse uma instituição bebê. Com o crescimento e a maturidade da instituição filha ela se independiza da mãe e passam a ter relações comensais. Na relação parasitária uma das organizações ocupa e esvazia a outra até chegar-se ao ponto em que a hospedeira morre, acarretando assim a morte da organização hóspede que, diferentemente do exemplo anterior, não se preparou para essa eventualidade.

As ações no CAPS encontram-se fundadas em atividades grupais, como oficinas e grupos-terapêuticos, que constituem espaços de reintegração e socialização do sujeito que sofre, construindo possibilidades de ligação inter e intrapsíquicas com a realidade em que ele se encontra emerso.

No quarto capítulo, **A identidade do psicólogo do CAPS**, tenta-se desenvolver, em analogia com as idéias de Rezende sobre a função e fatores do psicanalista, quais seriam

as condições necessárias que comporiam a função do psicólogo que trabalha com a loucura, numa instituição aberta e pública.

O quinto capítulo, **Metodologia**, aborda as questões técnicas relativas ao desenvolvimento e ao caminho percorrido, enquanto pesquisadora, no processo de investigação e de desvelamento do tema. O método psicanalítico escolhido favoreceu a reflexão sobre as experiências do dia a dia de trabalho e o seu questionamento.

O sexto capítulo, intitulado **Reflexões nascidas do encontro e da escuta do grupo de discussão**, apresenta os diferentes campos de tensão, vividos pelos psicólogos do CAPS, dentre eles: a clínica padrão e a clínica do CAPS; instituição e sujeito; o modelo médico e o modelo psicanalítico; o psicólogo e equipe. Acrescem-se também algumas considerações sobre a formação do psicólogo.

Por último, seguem-se as **Considerações Finais**.

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

1.1 – Um breve histórico da concepção da assistência psiquiátrica à loucura

Em um primeiro momento, apresenta-se um breve histórico da saúde mental no Brasil, dos primórdios até a constituição dos serviços do CAPS[3]. O CAPS insere-se no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil que resulta em uma proposta de substituição da visão hospitalocêntrica do trabalho com a loucura, herdada do século XVIII, para uma proposta diferenciada que abarca a interdisciplinaridade no trabalho com o sujeito que sofre.

Nesta perspectiva, o serviço do CAPS é constituído por um conjunto de ações que visam à reconstrução de alguns laços perdidos ou rompidos pelo sujeito com o seu meio e consigo mesmo, propiciando condições para que os sujeitos vivenciem um espaço de trocas afetivas e de desenvolvimento de novas subjetividades.

O tratamento de pessoas portadoras de sofrimento mental grave nem sempre se efetuou em serviço de saúde extra-hospitalar. Tal fato ocorreu por vários anos, não somente no Brasil. A loucura era anteriormente tratada em espaços fechados e os usuários ficavam excluídos, segregados de suas famílias e da comunidade em instituições asilares e manicomiais.

Para que se possa entender o surgimento dos serviços substitutivos na atualidade, faz-se necessário compreender como, ao longo da história, foi-se concebendo a loucura e sua terapêutica.

---

[3] A sigla CAPS se refere a um dispositivo de saúde mental, denominado Centro de Atenção Psicossocial.

A loucura, por muito tempo, foi vista como algo sobrenatural. Significava uma imposição divina, ora representando um castigo de Deus, ora uma força demoníaca. É na Idade Média que as explicações de ordem mítica e religiosa tiveram o seu apogeu. O louco era, nesse momento, aquele que se encontrava possuído por forças malignas. Destinava-se a eles, como terapêutica, as sangrias, os castigos, os banhos gelados.

Com o surgimento do capitalismo e a sua visão de produtividade, os loucos eram considerados *inúteis* para o modelo econômico da época e tornaram-se uma ameaça juntamente com os desempregados e com os mendigos, precisando ser banidos do convívio social. Assim os asilos abriram suas portas para receber aqueles que ameaçavam a ordem política-econômica dos ideais iluministas, equacionando a loucura com periculosidade e ociosidade.

Os séculos XVII e XVIII se tornaram um marco na assistência à loucura, na medida em que houve um aumento na internação hospitalar de uma grande parcela da população. O hospital era, em decorrência, um estabelecimento para *abrigar e segregar indiscriminadamente os loucos, os ociosos, os desempregados e os delinqüentes.* Sem critérios de internação, o estabelecimento hospitalar surgia com a característica de ser um dispositivo que secundava os poderes legislativos da época, legitimando a segregação e a exclusão daqueles que não se enquadravam na ordem burguesa. Barros (1994, p. 30) fala do papel das internações no século XVII e XVIII:

> Em toda Europa constituíram-se casas de internações justificadas em um código moral, em que o ócio era visto como culpa e o trabalho com o qual o indivíduo demonstrava sua aceitação da ordem e sua inserção na estrutura social, como valor positivo.

E continua:

> A loucura, quando identificada com incapacidade para o trabalho ou quando compreendida como distúrbio social, encontrava, sem dificuldade, lugar no novo ambiente criado pelos hospitais gerais, asilos de toda miséria.

Assim, a internação constituiu-se, por muito tempo, uma resposta social à crise econômica da sociedade mercantilista e burguesa, se consolidando como uma prática ordenadora e controladora da população ociosa e desempregada da época. Essa população era vista como risco ao desenvolvimento dos ideais burgueses, os quais atrelavam o valor do sujeito à capacidade de produção de mercadoria. Não se pode esquecer que, de acordo com os ideais iluministas, não havia lugar para o ócio e para a miséria. Estes sofriam sanção de cunho moral e a necessidade de reeducar pelo trabalho era um imperativo. Não cabia, no modelo iluminista, um homem que não era gerido pela razão. A loucura é, conseqüentemente, entendida como improdutiva e sua exclusão é justificada na incapacidade de produção de mercadoria.

Percebe-se que a idéia de exclusão social vai se fundindo e se alicerçando à cultura do manicômio como lugar natural para o tratamento da loucura. Aos poucos, torna-se uma questão de ordem médica, equacionando pobreza e improdutividade à doença, o que vem se perpetuando nas representações imaginárias, ainda presentes em nosso cotidiano, com a internação como substituto da exclusão. Foucault (1987, p. 48) aborda o nascimento da ordem psiquiátrica a partir da grande internação, advinda do século XVIII:

> É entre os muros do internamento que Pinel e a Psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá - não esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos libertado. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu lugar natural.

No século XVIII, a internação surge mundialmente como a única e predominante forma de tratamento para os portadores de sofrimento mental; o encarceramento, o isolamento, bem como a punição dos *loucos*, foram, por muito tempo, justificados pela periculosidade e pelo rótulo de doentes que necessitavam de correção, educação, mesmo que para isto se justificassem práticas diversas de violência.

Neste período, a idéia predominante é que os pacientes não sabiam a diferença entre o bem e o mal, portanto se encontravam alienados. Entra, então, em cena a psiquiatria para institucionalizar a loucura, colocando-a assim como objeto de conhecimento. A loucura como patologia e como algo perigoso justifica a terapêutica em que punição e tratamento se equacionam. Vemos, então, o surgimento do tratamento moral que tem como característica um cunho normatizador da vida social e política dos pacientes.(FERREIRA, FILHO. 1987)

No Brasil colonial, os loucos circulavam nas ruas das cidades, gozando de uma certa liberdade, pois elas não eram muito habitadas, havendo uma economia predominantemente agrária e suficiente para as necessidades da época. Com uma população mais localizada nas zonas rurais, a loucura não representava uma grande ameaça à ordem econômica e política das cidades. Conseqüentemente, não havia necessidade de intervenções por parte do Rei. O que se evidenciava, então, era que os loucos das famílias mais abastadas ficavam escondidos em quartos ou porões construídos dentro das propriedades e mantidos ou não sob coerção. Os loucos violentos tinham um confinamento temporário nas prisões e nos porões das Santas Casas de Misericórdia.[4] (REZENDE, H. 1987)

No século XIX, o desenvolvimento das ciências, do comércio e das cidades exigia novas saídas para os problemas sociais e de saúde. Essa nova demanda social justificava ações de saneamento e o surgimento de instituições que colocavam o saber médico como solução

[4] Estas eram instituições religiosas com finalidade de recolher qualquer pessoa que impedisse a ordem nas cidades: doentes, órfãos, desabrigados e loucos. Estes últimos, porém, eram submetidos a ações de muita violência e maus tratos.

para a *cura* destes problemas. Daí se inicia um período de tutela da loucura por parte do Serviço Público e da Medicina da época.

A partir do século XIX, no Brasil como na Europa, a construção de instituições asilares (manicômios) surge como justificativa para se manter *a ordem social* e *política* das cidades. Iniciou-se, a partir daí, uma cultura de exclusão e de segregação dos chamados *doentes mentais* do convívio social. O manicômio passou a ser um espaço físico que tinha, como principal modelo de assistência aos pacientes, práticas coercitivas e violentas. Com essa postura, retirava-se dos mesmos o direito à cidadania e à escolha de sua forma de tratamento. É em 1852 que se constrói o primeiro hospício brasileiro no Rio de Janeiro - o Hospício D. Pedro II - para abrigar loucos de todo país, em resposta à manutenção da ordem social das cidades. Aos poucos, devido a um excesso de lotação, o estabelecimento acabou se tornando um marco na assistência psiquiátrica, na medida em que impulsionou e consolidou, em outros lugares do país, a construção de novos manicômios (REZENDE, H. 1987)

Segundo Rezende H. (1987), é na Proclamação da República que a classe médica, ao controlar as instituições psiquiátricas, passa a exercer o papel de porta-voz legítimo do Estado, trazendo para si a responsabilidade pela saúde e pela doença mental.

Com a República, a partir de 1890, há uma ampliação de hospícios no Brasil e uma subordinação dos mesmos ao poder público. Propõe-se, neste período, como complemento do hospital psiquiátrico tradicional, o modelo asilar de colônias agrícolas e uma medicalização dos chamados *doentes mentais*. As colônias agrícolas entram no cenário da assistência psiquiátrica propondo, como forma de tratamento, a recuperação de pacientes por meio do trabalho agrícola para devolvê-los depois à comunidade como um sujeito *produtivo* (mão-de-obra barata, na verdade), portanto útil à sociedade capitalista da época. Porém, o que vai se evidenciando é um acréscimo da população internada e a manutenção da função de

segregação e de exclusão do convívio familiar, que passa a ser a ideologia predominante, prejudicando a função de recuperação. (REZENDE, H. 1987)

Salienta-se que, nas décadas de 1930 a 1950, há uma grande valorização dos tratamentos para os *doentes mentais*, baseados em eletrochoques, lobotomias e, principalmente, em um uso indiscriminado de psicotrópicos. Percebe-se que a internação traz no seu bojo a ideologia do século XVIII de organização da cidade, por meio do encarceramento e da coerção. Essa é vista como *solução* para os problemas sociais e econômicos, advindos do desemprego e da proposta mercantilista e burguesa. Silva (2003) explica que a internação foi uma resposta à crise econômica do século XVIII que vinha afetando a Europa e tinha como objetivo e/ou função prender os desempregados e, em outros momentos, oferecer o trabalho com mão de obra barata.

No contexto do século XIX, há um avanço na indústria farmacêutica e na influência de uma visão organicista da loucura, baseada nas descobertas bio-químicas da época. A partir daí, inicia-se o declínio do tratamento moral e as terapêuticas medicamentosas e químicas passam ser hegemônicas, legitimando o saber médico, bem como transformando as instituições asilares em estruturas hospitalares. Vale ressaltar a influência positivista da ciência[5] nas terapêuticas. Entre elas, os eletrochoques, as lobotomias e o coma insulínico que passam a fazer parte do tratamento da loucura a partir deste momento.

Porém, é com a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) que se inicia, no mundo, uma radicalização das críticas ao modelo asilar e às práticas coercitivas, vigentes nesta época. Encontrava-se nos hospitais psiquiátricos uma boa parte da força produtiva, dentre eles soldados, que passaram a sofrer algum dano psíquico com a guerra. Emerge, a partir daí, uma necessidade de recuperá-los, de reabilitá-los para a produção e reconstituição das cidades que

[5] Entende-se aqui por Positivismo uma corrente teórica que tem como fundamento a relação entre causa e efeito, representado no paradigma de que, diante de um problema, tem-se a priori que se ter uma solução.

se encontravam destruídas no pós-guerra. Não se aceitava mais o deterioramento da mão-de-obra nos asilos, onde os pacientes sofriam maus tratos e estavam entregues à própria sorte[6]. Em decorrência destas críticas, surgem em vários países, como na França, Inglaterra, Itália, novos modelos de práticas psiquiátricas baseados em um movimento de desinstitucionalização dos pacientes e de substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços abertos e comunitários. É neste cenário, então, que começa a fermentar uma reforma do modelo psiquiátrico asilar, possibilitando o surgimento de trabalhos como as comunidades terapêuticas, a Psicologia Institucional, a Psiquiatria de Setor e a Preventiva (AMARANTE, 1995).

As comunidades terapêuticas iniciam-se na Inglaterra com W. R. Bion[7] e T. H. Main em alguns hospitais psiquiátricos, logo no pós-guerra. Essas comunidades tinham como característica a reformulação do espaço asilar por meio de atuações mais democráticas e com a participação coletiva dos pacientes e dos técnicos. A terapêutica tinha como proposta a integração e a socialização dos pacientes em pequenos grupos e assembléias, nas quais se discutiam vários aspectos que iam desde os problemas e soluções relativos à própria terapêutica, como da própria administração do hospital. (AMARANTE, 1995, p-28-30)

Jones (*apud* AMARANTE, 1995) diz que as comunidades terapêuticas tinham, a princípio, não só uma proposta de desarticular a estrutura hospitalar que era geradora de segregação e de cronificação, como também de aprendizagem. Acreditava-se, pois, que, no grupo, o paciente poderia aprender novas formas de se relacionar e superar suas dificuldades, propiciando assim um espaço de maior troca simbólica e afetiva.

---

[6] Vale salientar que, apesar das críticas ao modelo asilar, a psiquiatria continua a ser chamada para responder e reconstruir a mão de obra prejudicada pela guerra.

[7] Vale salientar que W.R. Bion enquanto psiquiatra e principalmente psicanalista, dedicou-se a exploração dos processos de desenvolvimento do pensamento nos indivíduos e ao aprofundamento dos conhecimentos acerca da psicose.

Um outro movimento de crítica ao modelo asilar foi a Psiquiatria de Setor[8], que se caracterizava por tratar os pacientes em seu próprio ambiente social. A estadia no hospital psiquiátrico passa a ser vista como temporária, e sendo o último recurso a ser utilizado no tratamento à loucura. Por ser reduzida enquanto forma de tratamento e por ser dispendiosa ao Estado a internação, propõe-se, como solução, esquadrinhar áreas geográficas da cidade em setores que serão atendidos por uma equipe médica e assistencial dos hospitais, visando uma intervenção multidisciplinar no próprio território em que se encontra o paciente. Esta equipe ficará como referência para uma parcela da população, exercendo a função sanitarista de tratar e prevenir a doença mental nesse meio social. Nessa concepção, há uma co-responsabilidade da comunidade no tratamento dos chamados doentes mentais. (AMARANTE, 1995, p.34)

Em 1955, nos Estados Unidos, surge uma corrente denominada Psiquiatria Preventiva. Essa corrente assume a função de intervir no surgimento das doenças mentais e na promoção da saúde mental, através de uma terapêutica voltada para a prevenção de questões sanitárias, como: drogadição, violência urbana, comportamentos *desviantes* e desadaptação social. Os objetivos eram de redução da doença mental, por meio de diagnósticos precoces e intervenções primárias na comunidade, tendo como conseqüência uma desospitalização dos pacientes e uma preocupação do governo em identificar os possíveis agentes patogênicos que interferem na eclosão da doença mental. O *preventivismo* acarretou um controle social através da legitimação do que é adaptado e, portanto normal, do que é anormal e foge aos padrões de adaptação social. As propostas ditam "alternativas", deflagram uma medicalização e uma visão de *normalização* da população. (AMARANTE, 1995)

Na década de 1960, intensificam-se, de forma radical, as críticas a inadaptação do saber médico-psiquiátrico, gerando um movimento denominado antipsiquiatria, que se caracterizava por uma ruptura com as classificações nosográficas dos quadros tidos como

[8] Tal corrente tem sua origem nas idéias dos psiquiatras progressistas franceses após a Segunda Guerra Mundial (Cf. BARROS, 1994).

doenças mentais. Para tal corrente, a loucura era uma fabricação da sociedade, representada na família, que cristalizava e perpetuava a exclusão. Esta corrente sofre influências da Psicanálise e do Marxismo e interroga o saber médico como saber hegemônico, redirecionando os questionamentos a respeito da loucura, percebendo-a como uma produção social. A partir daí, evidencia-se uma contínua análise histórico-crítica das relações do sujeito com a sociedade e com o que é diferente, percebendo-se que neste campo de relações há uma geração de sofrimento.(AMARANTE, 1995)

O movimento da antipsiquiatria propõe como diz Mannoni"(1978, p.10)) um questionamento e reformulação do saber normativo da psiquiatria clássica, onde o foco não está na eliminação da loucura, mas na possibilidade a sua significação possa emergir, sem constrangimento. Diz a autora sobre a antipsiquiatria:

> Ela procura criar condições que permitam ao dizer da loucura enunciar-se sem constrangimento. É do campo do desejo e do gozo que vão emergir, a partir daí no sujeito, os obstáculos ao aparecimento da ausência de sentido que faz sentido. (Aquilo que o sujeito se confronta é com coma pesquisa de um significante perdido lá onde o desejo está em jogo).

Nessa torrente de discussões e de transformações da assistência psiquiátrica surge, na Itália, um movimento em torno de Franco Basaglia[9] que realmente promove mudanças práticas na desconstrução e desinstitucionalização dos manicômios. O movimento influenciará vários países e, dentre eles, o Brasil. Esta proposta de Basaglia consistiu em um processo de desospitalização dos pacientes e de construção de uma rede de serviços abertos, que visaram à promoção da saúde mental, funcionando diariamente em diversos lugares da cidade, com uma equipe interdisciplinar. A desinstitucionalização representou não somente a

[9] Psiquiatra italiano que institui um conjunto de saberes que desconstrói o modelo assistencial asilar em Trieste (Itália, 1971).

extinção dos manicômios, mas uma desconstrução do saber fundado na equalização loucura/doença, percebendo as produções e reproduções institucionais geradoras de exclusão. (AMARANTE, 1995)

Passa a haver, então, em Trieste (Itália) um processo de desconstrução, na comunidade e nas instituições, de uma ideologia manicomial que nega as diferenças e as singularidades de cada sujeito.

Amarante (1995, p. 50) coloca que as experiências em Trieste[10] proporcionaram não só um atendimento especializado às pessoas com sofrimento psíquico, como também possibilitaram novas formas de sociabilidade e de expressão da subjetividade das mesmas. Vale enfatizar que as experiências de Trieste possibilitaram uma rede de cuidados para os pacientes que residiam não apenas nos recursos institucionais do aparato estatal, mas principalmente nos recursos comunitários. Os pacientes encontravam-se incluídos na produção cultural, intelectual e econômica da cidade.

No Brasil, após a Segunda Guerra Mundial, há também várias experiências diferentes e alternativas ao modelo manicomial. Estas, porém, acontecem de forma isolada em locais específicos e sem investimentos efetivos do poder público. Percebe-se, muito pelo contrário, que no período da ditadura militar na década de 60, há um acréscimo na compra, por parte do Estado, de leitos para hospitais privados e um aumento significativo das internações psiquiátricas, resultando num dispendioso gasto orçamentário da previdência com as internações, fazendo da loucura uma grande fonte de lucro. (REZENDE, H. 1987)

Nas décadas de 1970 e 1980, no Brasil, aumentaram enormemente as denúncias de violências e arbitrariedades, praticadas pelas instituições manicomiais. Passa também a haver muitos questionamentos relativos à eficiência e ao alto custo destas práticas. Paralelamente a este movimento, vão sendo apresentadas, por parte de técnicos de saúde

[10] As residências terapêuticas, as cooperativas de trabalho, os centros de atenção à saúde mental etc.

mental, outras propostas para o tratamento de pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave, baseadas em uma assistência extra-hospitalar e interdisciplinar. No entanto, havia muitos sinais de resistência por parte dos órgãos governamentais e da psiquiatria clássica que permeava a formação médica, bem como das próprias associações de hospitais da rede privada que vinham tendo muitos lucros com a privatização dos serviços e com a industrialização da loucura. (AMARANTE, 1995)

No final da década de 1970, no que se refere ao setor de saúde mental, um grupo de residentes médicos que trabalhavam em hospitais públicos, com baixa remuneração e sob condições de trabalho precárias, denunciou as arbitrariedades e violências ocorridas dentro dos hospitais, o que trouxe grande destaque e repercussão na sociedade civil. Esses profissionais de tornaram atores importantes na mobilização de outros técnicos no país inteiro, insatisfeitos com o modelo asilar hegemônico que se tornara dispendioso e antidemocrático. (AMARANTE, 1995)

Vale salientar que, neste período, vários setores organizados da sociedade civil vinham discutindo a saúde em geral no Brasil. Criticavam-se os repasses altos e dispendiosos para o custeio de serviços em saúde, na rede privada. Assim sendo, foram feitas muitas reivindicações e denúncias referentes à democratização e à cobrança de mais investimentos no próprio setor público, fomentando a proposta de criação de um sistema de saúde público e único. A Constituição Federal de 1988, posteriormente, criou e referendou esse tipo de sistema: o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, a partir de 1988, passa a ser o organizador dos serviços de saúde no país. Tem como um dos princípios básicos a descentralização, para os municípios, não só do planejamento e execução da assistência à saúde, como também do controle adequado do setor (Conselhos de Saúde). Vemos que o SUS enfatiza o direito à saúde e, conseqüentemente, a coloca como dever do poder público, redirecionando o foco de assistência à saúde, os seus

recursos e investimentos na atenção básica[11]. Cabe ao Estado, promover o bem-estar físico, mental e social do cidadão, mediante a implantação de políticas econômicas e sociais.

Nesse contexto de reivindicações, nos anos de 1980, o movimento organizado dos trabalhadores em saúde mental, propunha uma reforma na assistência psiquiátrica do país, a partir de uma diversificação das ofertas de serviços em saúde mental e condenava a hospitalização integral dos pacientes. Este movimento se baseia na declaração de Caracas em 1990 de reestruturação da assistência psiquiátrica enfatizando a necessidade de implantação de modelos alternativos a estrutura asilar e a defesa dos direitos humanos dos pacientes[12].

Em 1989, há grande repercussão nacional do movimento de reforma psiquiátrica, abrindo em todo país muitos espaços para a implantação de serviços substitutivos, com características anti-manicomiais, baseados na experiência valiosa do município de São Paulo e de Santos.

A experiência do CAPS em São Paulo e do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos consistiu em um redimensionamento dos espaços do hospital, em atividades diversificadas de reabilitação das pessoas que se encontravam ali excluídas do convívio da sociedade, por serem portadoras de sofrimento mental.

Nessa trajetória de desinstitucionalização, foram feitas várias tentativas de se aprovarem leis que redirecionassem a assistência psiquiátrica e garantissem os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental grave. Somente com a Lei 10216/2001 legitimaram-se os serviços substitutivos ao manicômio, assegurando os direitos dos pacientes e a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos.

---

[11] Atenção básica aqui se refere às ações em saúde voltadas para a prevenção e a promoção da saúde da população

[12] Cf: BRASIL, Ministério da Saúde, Legislação em Saúde Mental, 2004.

Em 2002, os CAPS, como serviço substitutivo em saúde mental, seriam regulamentados e integrados à rede do SUS, oferecendo atendimentos diversificados e intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Passam a assumir um papel importante de reguladores e organizadores de uma rede de assistência à saúde mental em uma determinada área de abrangência nos municípios.

Os CAPS são, assim, serviços ambulatoriais especializados em saúde mental. Abertos, de natureza pública, oferecem tratamento diário a pessoas que sofrem com transtornos mentais graves (psicoses, neuroses graves e demais quadros). É o grau de severidade da perturbação do paciente que justifica sua permanência em um serviço de cuidado mais intensivo, comunitário e promotor de vida. Em linhas gerais, oferecem diariamente diferentes opções terapêuticas, desde a psicoterapia individual ou em grupo, até às oficinas de re-inserção familiar e comunitária.

Hoje o CAPS é, portanto, um serviço substitutivo ao modelo hospitalar de tratamento aos pacientes com sofrimento psíquico grave que possui dois eixos: de um lado um cuidado interdisciplinar do sujeito que sofre (do sofrimento psíquico) e de outro, uma clínica que engloba uma articulação com a sociedade em que o sujeito está inserido, bem como uma re-construção dos vínculos sociais deste sujeito.

A seguir, apresentar-se-á a organização dos CAPS em Uberlândia, que se deu em consonância com a legislação vigente no país, de implementação e regulamentação dos serviços substitutivos ao modelo asilar no município. Vale ressaltar que os dados a seguir tiveram como fonte o projeto de reforma psiquiátrica, da secretaria de saúde do município de Uberlândia, no ano de 2002, que se mantém como plano de ação em saúde mental até o presente ano.

1.2 – Conhecendo as estruturas de CAPS e sua inserção na saúde mental do município de Uberlândia [13]

A estrutura atual do serviço de saúde mental, em Uberlândia, nem sempre foi constituída pelos CAPS, pelos centros de saúde, pelo Programa de Saúde da Família ou até mesmo pelas Unidades de Serviço de média complexidade, como a Unidades de Saúde Integrada (UAIs)[14].

Em 1984, a Secretaria Municipal de Saúde inicia o programa de saúde mental em três centros de saúde em Uberlândia, com três psicólogas compondo a equipe destas unidades. Somente em 1986 é eleita a primeira Coordenação de Saúde Mental, porém as funções dos psicólogos eram as de dar suporte às demandas de saúde em geral. Atendiam aos diabéticos, aos hipertensos, às gestantes e às demandas especificas da saúde mental. Vale salientar que se consideravam específicos os atendimentos a pacientes portadores de alguma patologia psiquiátrica, pois já havia no país uma grande discussão em relação à inoperância dos serviços hospitalares[15], oferecidos pelo serviço público e/ou filantrópico.

Em 1989, a cidade passa a contar, como parte da atenção à saúde mental, com um ambulatório especializado, com mais psicólogos, um psiquiatra e um assistente social que seriam referência de atendimento para os pacientes que eram considerados graves (psicóticos e neuroses graves). Esta época coincide com o início de uma tônica de formação de equipes multiprofissionais nos programas de saúde ambulatorial.

---

[13] Os dados apresentados a seguir fazem parte de uma apostila da coordenação de saúde mental de Uberlândia, intitulado "Reforma Psiquiátrica: é no município que ela acontece", que faz parte do acervo da secretaria de saúde. (não publicado)

[14] A sigla UAIs se refere às unidades de saúde que atendem casos com nível médio de complexidade de indivíduos da população municipal, distribuídos em regiões diferentes, em nível secundário.

[15] Serviços estes com uma característica predominantemente medicamentosa e asilar.

Em 1991, o Programa de Saúde Mental inaugura um ambulatório especializado em crianças e adolescentes, referência para a cidade toda no que se refere ao atendimento a crianças psicóticas e com neuroses graves.

Enquanto isso, paralelamente em todo país, desencadeou-se uma luta para a efetivação da extinção gradativa de leitos psiquiátricos, assim como uma campanha para que houvesse um redirecionamento financeiro para os serviços alternativos. Foi um movimento conseqüente as deliberações da conferência geral das Américas, em 1990, em Caracas, na Venezuela. Visava-se, nesse encontro, redirecionar a assistência psiquiátrica, tendo como diretrizes básicas à implantação de serviços alternativos e comunitários, substitutivos do modelo hospitalocêntrico e a salvaguarda dos direitos humanos e civis dos pacientes portadores de sofrimento psíquico. (Legislação em Saúde Mental, 2004, p.9-13)

Em 1994, três unidades que oferecem serviços em saúde de média complexidade passam a compor esses serviços. Cada unidade conta com equipes médicas de diversas especialidades e com uma equipe mínima de saúde mental, composta de um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social para as demandas provenientes dos centros de saúde (atenção básica). Percebe-se que, neste período, havia uma grande demanda por um atendimento psicológico nos centros de saúde, com queixas diversas, sendo que a atuação e as ações do psicólogo ficavam muito pulverizadas e pouco focalizadas na atenção a pacientes psicóticos graves. Isto veio a justificar a implantação nas UAIs desta equipe mínima multiprofissional. Continuava, porém, os altos índices de internações e gastos dispendiosos, inclusive fora do município, desencadeando a formação, no ano seguinte, de uma comissão para reformular as ações em saúde mental no município.

Acontece, paralelamente, no estado de Minas Gerais, a efetivação da Lei-MG nº 11.802[16], que determina a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a extinção progressiva de leitos e internações psiquiátricas. Em decorrência da Legislação Estadual e das discussões do Plano Diretor em Saúde Mental, construiu-se uma rede de serviços a fim de atender aos princípios de hierarquização e territorialização para as ações em saúde mental. Propõe-se, então, como prioridade de atendimento em todos os setores do programa, a atenção aos pacientes psicóticos e neuróticos graves. A cidade passa a contar com quatro ambulatórios distritais (norte, sul, leste, oeste) nas UAIS, tornando-se uma grande porta de entrada para os serviços de saúde mental ofertados pelo município.

Há um redirecionamento no serviço, sendo que os antigos ambulatórios de saúde mental, tanto o adulto quanto o infantil, passam a constituir um serviço de assistência à crise psicótica ou a pacientes saídos recentemente da internação, que necessitavam de um cuidado mais intensivo.

Somam-se à rede de atenção aos pacientes portadores de sofrimento mental, os Centros de Convivência, localizados nos distritos sanitários Norte, Sul e Oeste, como espaços de socialização, de projetos como os de oficinas terapêuticas e os de atividades que visassem à promoção da saúde mental. Estas unidades eram compostas por psicólogos que dividiam o seu tempo entre os atendimentos das demandas das unidades básicas e os atendimentos nos centros de convivência.

Com a Portaria MS/GM nº 251, de 31/01/2002, o município efetiva uma mudança na assistência psiquiátrica aos pacientes portadores de sofrimento psíquico. Com a implementação de seis unidades CAPS[17], os antigos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Convivência foram extintos e os recursos humanos destas unidades,

---

[16] Cf: BRASIL, Ministério da Saúde, Legislação em Saúde Mental, 2004.

[17] Vale a ressalva que o município possui seis CAPS, porém somente três estão credenciados ao Ministério da Saúde como tal e os outros se encontram em vias de credenciamento.

redirecionados. Atualmente, a cidade conta com psicólogos nas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), nas unidades básicas, nas UAIS e nos CAPS. Em cada CAPS há uma equipe interdisciplinar e algumas UAIS contam com psiquiatras de referência ambulatorial.

Os seis centros CAPS de Uberlândia são regionalizados a partir de uma divisão de áreas de abrangência, ou seja, de uma divisão geográfica do território. Têm-se, assim, os CAPS Norte, Sul, Leste e Oeste. Em pontos centrais da cidade localizam-se mais dois centros: o Centro de Atendimento à Criança e o Centro de Atenção aos Usuários de Álcool e Drogas, únicos em suas especialidades.

A estrutura de funcionamento dos CAPS se caracteriza por um trabalho interdisciplinar com profissionais de diversas áreas, como: psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, psiquiatras, enfermeiros, segurança, secretárias e outros funcionários de serviços gerais.

O ingresso no atendimento do serviço se dá tanto por encaminhamentos ambulatoriais, pelo Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como por demanda espontânea. Em todos os casos, o paciente deve estar acompanhado por um responsável na primeira entrevista, denominada: *entrevista de acolhimento.*

No acolhimento é feita uma investigação da história pregressa do paciente e uma avaliação psicodiagnóstica do seu quadro clínico. Essa avaliação e os recursos sociais de que o paciente dispõe, propiciam sua inserção no serviço e a montagem de um projeto terapêutico específico para ele. Os recursos sociais se referem à condição de integração do paciente com a família, com os vizinhos e com a comunidade em que vive, bem como à possibilidade de o mesmo desenvolver alguma atividade remunerada ou não, nestes diversos espaços.

Após a avaliação psicológica e psiquiátrica, o paciente será inserido na instituição e terá um Projeto Individualizado de Tratamento, proposto pela equipe do CAPS. Após a sua inserção, o paciente contará com o serviço de um psicólogo de referência, que se responsabilizará pelo seu atendimento clínico individual e pela centralização das informações diárias a seu respeito.

Os CAPS precisam estabelecer uma rotina de trabalho a partir de um perfil das necessidades dos pacientes inseridos no tratamento e de acordo com os recursos institucionais disponíveis no setor, naquele momento. Entretanto, necessita atender os pacientes em diferentes tipos de atividades terapêuticas. Dentre elas, podem-se citar:

- Atendimento individual: englobam o atendimento psicoterápico, as consultas médicas e a orientação relativa à medicação e aos cuidados com a saúde geral;

- Atendimento em grupo: engloba grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas e oficinas culturais;

- Atividades comunitárias: englobam atividades fora da instituição, nas associações de bairro;

- Atendimento às famílias: trata-se de orientação e visitas domiciliares individuais aos pacientes e seus familiares. Ambas atividades são realizadas por um assistente social com acompanhamento de psicólogo, caso se faça necessário;

- Acolhimento diário: caracteriza-se por uma escuta inicial das queixas dos pacientes ao chegar no CAPS.

As atividades diárias têm que articular os cuidados clínicos às atividades de reabilitação psicossocial dos pacientes com transtornos mentais graves, de forma a promover melhoras nas relações afetivas e sociais do sujeito. As atividades de reabilitação social incluem oficinas que focalizam a integração e a expressão de sentimentos diferenciados.

Os CAPS de Uberlândia funcionam de segunda a sexta-feira, no horário das 7:00 às 18:00 horas para atividades diversas, a exemplo das citadas acima e contam com uma equipe interdisciplinar.

O Ministério da Saúde, por meio da portaria GM 336/02, indica que os CAPS devem oferecer atendimentos intensivos, semi-intensivos e não intensivos. Vale salientar que essas três modalidades de atendimento se referem à necessidade de freqüência do paciente ao CAPS, bem como à articulação do projeto terapêutico construído entre a equipe, o paciente e a família.

A modalidade de atendimento intensivo se refere a um atendimento diário. Devido à gravidade do seu quadro clínico, o paciente necessita de uma atenção continuada, uma vez que se encontra num momento de dificuldade intensa no convívio social e familiar. Além de serem pacientes com sofrimento psíquico grave, encontram-se também em crise.

A modalidade de atendimento semi-intensivo se destina a pacientes que freqüentam o CAPS pelo menos duas vezes por semana. Esta modalidade é oferecida a pacientes que, apesar de já se encontrarem mais estabilizados, ainda necessitam de uma atenção mais direta, para a recuperação de sua autonomia.

A modalidade não intensiva, por sua vez, destina-se àqueles pacientes que estão emocionalmente estabilizados, porém ainda não consolidaram suas melhoras. Freqüentam o CAPS uma vez por semana.

A rotina do CAPS é divida por períodos: manhã e tarde. Uma equipe interdisciplinar atua em ambos os períodos. A rotina geral dos CAPS se inicia com a acolhida dos pacientes. Posteriormente, é oferecido um café da manhã, durante o qual eles permanecem acompanhados pelos técnicos de enfermagem e pelos funcionários de serviços

gerais daquele período. Após o café, é feita uma avaliação dos pacientes no que se refere à medicação e às condições de saúde dele, no dia.

Após a avaliação geral do quadro de cada paciente, realizam-se os atendimentos individuais, os grupos e as oficinas terapêuticas, de acordo com o projeto de tratamento de cada um deles. Para os pacientes intensivos e integrais é oferecida uma refeição e eles têm um horário livre que perdura até o início das atividades da tarde.

Ressalta-se que, durante a rotina, o paciente é livre para participar ou não das atividades, bem como para ir e vir ao CAPS, dependendo do compromisso estabelecido com a psicóloga e com a equipe de referência.

As atividades do período da tarde seguem as características da rotina do período da manhã, apenas diferenciando-se pelo oferecimento de outras modalidades de oficinas.

No entanto, apesar das inovações teórico-técnicas surgidas ao longo da criação do CAPS, ainda se percebe, em certos momentos, a valorização de um discurso psiquiatrizante em relação ao sujeito portador do sofrimento mental, focalizado muito mais na nosografia do quadro e na doença do que no sujeito que sofre.

São muitas as demandas emocionais dos pacientes que procuram o CAPS. A inserção dos mesmos no serviço depende da avaliação feita na primeira entrevista pela equipe de profissionais escalados naquele dia para o acolhimento. Porém a escuta, nestes momentos, ainda se fundamenta nos detalhes dos quadros nosográficos da doença mental, para justificar a inserção do paciente no CAPS, negligenciando a subjetividade de cada sujeito portador de sofrimento psíquico.

Essa valorização do saber psiquiátrico contribui para a manutenção de uma lógica em que a loucura é vista como desvio ou fracasso do sujeito que sofre, sustentando, na

maioria das vezes, o poder da medicalização e da exclusão. Koda (2003, p. 85) nos alerta para o seguinte:

> É necessário ficar atento para não incorrer na reprodução de um modelo manicomial dentro dos novos serviços, construindo mecanismos de exclusão e medicalização mais sutis que aqueles vigentes nos asilos. A ressignificação do campo da Saúde Mental nos remete a uma discussão complexa na qual se colocam questões políticas, éticas, culturais, sociais e psicológicas.

Vale salientar que a proposta da reforma psiquiátrica põe em xeque o imaginário social de que a loucura está associada à incapacidade, ao fracasso e a uma ausência de direitos na tomadas de decisões. Assim se questiona a visão de uma adequação e normatização do sujeito à realidade, bem como de seu isolamento e exclusão social. Amarante (2003, p.50), porém, alerta para o fato de que o processo da reforma psiquiátrica, com as implantações dos CAPS, não pode vir a ser confundido apenas com a desospitalização, com ações tecno-assistenciais em relação à loucura ou com a reestruturação burocrática do serviço. Este dispositivo, em consonância com a lógica antimanicomial à qual se propõe, demanda uma desconstrução do lugar da loucura na nossa sociedade. Diz ele:

> Neste sentido a desinstitucionalização não se restringe a reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias; torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações.

A esse propósito, Amarante (2003, p. 63) afirma:

> Em resumo, a reforma psiquiátrica torna-se a clínica modernizada, a psiquiatria renovada, realizada no interior dos CAPS. Por outro lado, o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS onde a saúde era reduzida à doença ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido à assistência médica curativa.

A mudança nas políticas públicas para assistência psiquiátrica ao paciente com sofrimento mental grave implica, no CAPS, num deslocamento de eixo, pois não é mais a doença o foco do trabalho, mas sim o próprio sujeito que sofre. Contudo entra em cena uma discussão com outros saberes e com outros atores e categorias sociais, na medida em que passa a haver uma inserção de outras práticas e de diferentes categorias de profissionais no cotidiano do próprio trabalho. Na prática, isto propicia a geração de muitos conflitos e de diferentes campos de tensões, de confrontos entre o que se conhecia e um saber que se constrói a cada dia no trabalho no CAPS, na assistência à loucura.

1.3 – As particularidades da clínica e do *setting*[18] do CAPS

Antes de falar do cotidiano da clínica do CAPS, devemos fazer um parêntese, reforçando que estamos, aqui, levando em consideração a injunção de que a clínica deve se sustentar no paradigma da luta antimanicomial. Ela precisa estar pautada constantemente em um movimento de transformação, de circulação e interlocução com diferentes saberes e práticas.

Não há assim um saber hegemônico, que possui a tutela a respeito do sujeito que sofre. Lobosque (1997, p. 23) afirma que a intervenção do trabalho clínico em pacientes com sofrimento insuportável ou de risco deve se sustentar nas diferenças que lhe são próprias e no respeito ao seu caminhar e às suas escolhas.

---

[18] O *setting*, para Freud, seria o conjunto de normas e de variáveis constantes que garantiriam as melhores condições para análise. É também equacionado a uma atitude do analista de introduzir o menor número de variáveis no desenvolvimento do processo.(ZIMERMAN, 2001, p.382)

Sabe-se que a palavra *clínica* vem do radical grego *Klinus*, que indica cama, leito ou inclinação em direção ao objeto. A inclinação aqui, se refere à capacidade dos profissionais de estarem no cotidiano, acompanhando lado a lado o sujeito na sua experiência de sofrimento. Amarante (2003, p.58) coloca que a reforma, deve se ocupar para "*produzir inclinações, mudanças de rota e direção*" na relação com o sujeito que sofre. Ou seja, de criar diferentes possibilidades de estar com o sujeito na sua experiência com a loucura, sem rotular ou tentar adequar o sujeito nas suas relações.

Assim sendo, compreender a clínica dentro da lógica da reforma psiquiátrica é abarcar como princípios norteadores para esta ação uma disponibilidade para o processo de escuta, de acolhimento e de cuidado com as próprias relações experenciadas com o sujeito que sofre. Como referenciais para esse quadro, têm-se os princípios de autonomia e de cidadania deste mesmo sujeito. A escuta aqui se refere à capacidade de acolher os diferentes signos presentes no discurso de um sujeito fragmentado, dilacerado, excluído das possibilidades de trocas simbólicas.

Amarante (2003, p.23) caracteriza a clínica dentro da reforma como uma clínica que não visa a atender as necessidades de normatização ou de tutela do sujeito pela instituição ou pelos técnicos nela inseridos. Ele denomina esta clínica de *ampliada* ou *articulada* e a descreve como uma:

> [...] Clínica como **construção de possibilidades**, como construção de **subjetividades**, como possibilidades de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no **cuidado e na cidadania.** (destaques da pesquisadora)

Vale dizer que esta clínica é construída e reconstruída diariamente. Nesse sentido, é de suma importância a atenção para que a prática no CAPS não reproduza uma visão de

normatização, de adestramento dos sujeitos à realidade mercadológica e de consumo. A clínica do CAPS deve propiciar espaços de convivência e de trocas simbólicas, não restritas somente ao espaço físico do próprio serviço, mas articuladas, também, com a realidade do sujeito que está vivendo um momento de ruptura com a realidade. Esse momento de sofrimento psíquico insuportável exige um tratamento mais intensificado.

Um tratamento assim ancora no desenvolvimento de respeito à fala do paciente e à sua autonomia em fazer escolhas, na medida em que é através dos vínculos, feitos com a instituição e com a equipe, que se podem desenvolver recursos para lidar com o intenso sofrimento.

Neste sentido, Rosenfeld (1988, p.71) fala muito bem da importância dos vínculos e da necessidade que os pacientes psicóticos têm de se sentirem próximos e compreendidos, para que haja uma função terapêutica. Diz ele:

> Um paciente que é capaz de comunicar-se precisa, necessária e desesperadamente, de um analista que seja receptivo à sua comunicação, e existe o grande perigo de o paciente piorar, se não conseguir encontrar esse contato particularmente próximo e essa compreensão de que os pacientes psicóticos dependem.

Pensar a clínica, então, seria pensar as **diferentes interações** e construções feitas na convivência entre os diferentes atores sociais presentes na instituição (sujeitos que sofrem, técnicos e a instituição), de modo que ela permita a existência de um espaço **gerador de vida** e de **revitalização dos vínculos sócio-afetivos** e, conseqüentemente, de reconstrução da própria linguagem do paciente, o que lhe possibilitará uma comunicação e um maior trânsito com a realidade.

Isso remete a uma constante reflexão e cuidado para que as práticas, no contato com a loucura, não se cristalizem e se tornem **estereotipadas, desvitalizando** a própria **clínica**, com ações mecânicas, desinteressantes e repetitivas.

Como diz Baggio & Baremblitt (1997, p.38), a clínica vai além do conjunto de teorias que sustenta o contato, a compreensão do outro e a própria loucura, mas se configura como espaço onde o material inconsciente e desordenado possa vir a ter significado. É uma clínica dinâmica e complexa, que na prática exige capacidade de articulação com múltiplos saberes para desenvolver um cuidado, que potencialize a vida:

> É o luga**r** do súbito, do agora, da permanente surpresa. Do inesperad**o**. Do espaço de confecção, onde a matéria–prima (psíquica ou não) bruta e desarrumada se transforma em algo útil, dotado de intenção e sentido. Enfim, surge um produto cultural .

E continua, explicando o papel do psicoterapeuta (BAGGIO & BAREMBLITT, 1997, p. 41):

> Ele (terapeuta) emprega TODAS as suas faculdades, de maneira disjunta, para gerar e detectar AQUILO QUE DÁ A PERCEBER À PERCEPÇÃO, A IMAGINAR À IMAGINAÇÃO, A DESEJAR AO DESEJO, A IMPULSIONAR À VONTADE, A PENSAR AO PENSAMENTO

As rupturas durante a crise são inúmeras, não existe um continente por parte do paciente para as suas intensas emoções e afetos. É preciso, também, propiciar uma atmosfera de confiança, de respeito às diferenças do sujeito que naquele momento vive um sofrimento insuportável e catastrófico. É a partir de um *setting* confiável e seguro que se propicia ao paciente um espaço para a comunicação e para a formação de vínculos, sem que ele precise recorrer a uma ansiedade persecutória. Desta forma a manutenção do setting desta clínica, está

alicerçada em uma função de *holding*[19] do terapeuta. em oferecer sustentação à dor, de forma a não impor valores ou formas de ser ao sujeito.

Winniccott (1994, p. 77) fala da importância da manutenção do *setting*:

> [...] O setting e a manutenção dele são tão importantes quanto a maneira pela qual se lida com o material. Em alguns pacientes, com um certo tipo de diagnóstico, a provisão e a manutenção do *setting* são mais importantes que o trabalho interpretativo.

O paciente, quando chega ao CAPS, participa de uma rotina que se caracteriza por uma oferta de atividades diversas que visam auxiliá-lo no resgate de suas dores, das frustrações inerentes à vida; bem como, na responsabilização do seu próprio caminhar. Dito de outra forma, desde o momento em que chega, ele recebe diferentes tipos de acolhimento à sua angústia. Sua recepção não se restringe apenas aos espaços de psicoterapia.

O fato é que pequenos detalhes constituintes da chegada e da acolhida do paciente na unidade interferem e estabelecem um campo, aonde vão emergindo elementos integrantes das interações com o seu terapeuta, com a equipe e com a própria instituição.

Zimerman (2005, p. 207) também assinala algumas funções do *setting*:

> [...] 1. Criar uma atmosfera de confiabilidade, de regularidade e de estabilidade. 2. Estabelecer o aporte da realidade exterior, com suas inevitáveis privações e frustrações. 3. Ajudar o paciente a definir a predominância "do princípio da realidade" sobre o "princípio do prazer". 4. Principalmente para pacientes demasiadamente regressivos, a regularidade do setting favorece que este paciente desenvolva as capacidades de diferenciação, separação, individuação e responsabilização.

---

[19] *Holding* - expressão utilizada por Winniccott para significar a função materna de sustentar, segurar fisicamente e emocionalmente o filho, na suas necessidades e angústias, especialmente no início da vida.

O atendimento de pacientes psicóticos graves requer muita atenção às alterações no *setting*, pois qualquer mudança neste ambiente, ainda que sutil, gera não só sentimentos de abandono do terapeuta, mas também uma estagnação do tratamento, quando não arruína e dissipa a própria esperança de integração do sujeito. Sabemos que as alterações no ambiente são inerentes à vida e ao cotidiano do próprio trabalho, mas o cultivo (atenção) para que estas mudanças não se tornem desastrosas, é o que vai permitir a esses pacientes uma maior discriminação e diferenciação da realidade. (ZIMERMAN, 1998b, p.754)

Zimerman (1999) diz ainda que a conservação do *setting* com pacientes muito regredidos ou psicóticos assegura a manutenção dos limites com a realidade e permite uma diferenciação dos papéis na relação com o terapeuta.

Assim sendo, uma das funções do *setting* no CAPS é dar suporte às rupturas entre o paciente e a sua realidade, à sua inquietude, à sua irritabilidade, à sua intolerância para com as atividades durante o trabalho psicoterápico ou de oficinas. Estes sinais e sintomas que se apresentam no setting do CAPS nos revelam como a dor psíquica para o sujeito naquele momento é insuportável, sendo a sua eliminação a única saída encontrada pelo paciente, para a sua sobrevivência psíquica.

No trabalho de CAPS, o enquadre ou *setting*[20] sofre inúmeras interferências que fogem a rotina de atendimento e exigindo do grupo de pacientes e do terapeuta, medidas flexíveis para que o encontro terapêutico não se caracterize por mais um aprisionamento, ou até mesmo por um julgamento do sujeito.

Uma das funções do *setting* no CAPS então, é servir de continente para a inquietude e para o que se apresenta como *bizarro*, cujo efeito terapêutico é percebido, na

[20] O CAPS tem um enquadre institucional composto por uma rotina diária e pelo projeto terapêutico de cada paciente, porém esta se descontrói e é construída diariamente nas relações recíprocas vivenciadas entre os pacientes e entre estes com a instituição.

medida em que os sujeitos, cada um no seu tempo, vão desenvolvendo uma capacidade de conter, discriminar dentro de si suas diferentes e intensas emoções.

O cuidado com o setting não deve se ancorar em uma lógica que perpetua a exclusão, a violência, próprias de um modelo asilar. (LOBOSQUE, 2003, p. 27). Neste sentido a rigidez do setting em CAPS, muitas das vezes, pode estar representada nos desligamentos por faltas, nas exclusões dos pacientes do atendimento por não respeitarem os horários, na obediência, na não contestação das regras do CAPS, bem como na exigência de condutas sociais polidas ou até mesmo posturas formais, dentre outros aspectos.

Em suma, o trabalho dentro da lógica antimanicomial, pela sua complexidade, levanta continuamente questões de rearticulação entre os diferentes saberes e discursos existentes no interior do próprio serviço, desde de atitudes cristalizadas como de mudanças existentes em todos os profissionais. Integrando as reflexões deste trabalho, no próximo capítulo serão desenvolvidas algumas considerações acerca dos discursos médico e psicanalítico que, ao longo da história, compuseram as práticas e os serviços de assistência ao sujeito que sofre.

CAPÍTULO 2 – PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA: modelos e campos de tensão

2.1 – A influência do modelo médico e este como referência

Ao longo da história da assistência a pessoas portadoras de sofrimento mental, a Psiquiatria foi se consolidando com um discurso muitas vezes hegemônico. Via o sujeito como objeto dissociado (corpo/alma), cujo **foco era a doença e o corpo como uma máquina** que teria de estar em pleno funcionamento para o trabalho. As relações com este corpo pode-se dizer, são análogas às de um **corpo-máquina***,* submetido a causas lineares produtoras de determinados efeitos a serem **consertados ou ajustados**.

Capra (1982), ao se referir às premissas do ***modelo médico***, diz ter este modelo uma origem no ***pensamento cartesiano***, oriundo da ciência positivista, que entende o corpo como um conjunto de peças. Nesse quadro, o conceito de doença é entendido como um mau funcionamento dos órgãos e de suas partes menores, deficiência que demanda uma intervenção médica progressivamente mais especializada:

> O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo (CAPRA, 1982, p. 116).

O saber médico se iniciou com uma medicina voltada para a classificação e a configuração das doenças, sendo estas organizadas e hierarquizadas em famílias e espécies, seguindo de forma análoga o conhecimento das ciências naturais e da botânica. Neste momento a medicina se ocupava da aquisição de um grande conhecimento sobre a essência

das doenças, o que constituirá um dos primeiros arsenais técnicos para a legitimidade das intervenções médicas. A respeito disto Foucault (2004, p.2-3) assegura que:

> [...] Antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies. Aparentemente, trata-se, apenas, de um "quadro" que permite tornar sensível para a aprendizagem e a memória, o domínio abundante das doenças.

E citando Frier, continua (apud FOUCAULT, 2004, p. 7):

> [...] "O conhecimento das doenças é a bússola do médico; o sucesso da cura depende de um exato conhecimento da doença"; o olhar do médico não se dirige inicialmente ao corpo concreto, ao conjunto visível, a plenitude positiva que está diante dele – o doente-, mas a intervalos de natureza, a lacunas e a distâncias em que aparecem como em negativo "os signos que diferenciam uma doença de uma outra, a verdadeira da falsa, a legítima da bastarda, a maligna da benigna".

Assim, vê-se que, na raiz do saber médico, o que se encontra é uma premissa de ordenação, padronização e ajustamento dos comportamentos considerados diferentes, derivando daí o construto de *normal* e *patológico* que, por sua vez, acabou legitimando os mecanismos de disciplina e sujeição do corpo e do sujeito.

Não se pode negar que ao longo da história, a Medicina foi-se desenvolvendo de braços dados com o desenvolvimento da Biologia positivista do século XIX, neste desenvolvimento, o método clínico teve o papel de redirecionar o olhar do médico para a investigação da doença, em detrimento do sujeito que se encontrava doente. O foco era, dessa forma, o *diagnóstico* e o *enquadramento nosológico* do paciente.

Foucault (2004) diz que o método clínico no final do século XVIII e no início do século XIX vai promover mudanças no pensamento médico. Parte de uma medicina centrada nos sintomas, para uma medicina focada nos órgãos e na anatomia patológica. Define o método clínico pelas seguintes premissas:

1. *O mito epistemológico* que se refere à *estrutura alfabética da doença*, que representa a premissa de que a doença, como a língua, pode ser decomposta em pequenas partes e que o conhecimento da ordenação destas pode lhe definir as variedades;

2. *O olhar clínico* da doença que se refere à premissa de que a composição das doenças e a sua ordenação determinariam uma nomeação, uma verdade que lhe é constante;

3. *O olhar clínico opera sobre os fenômenos patológicos de redução de tipos químicos*, que se refere à premissa de que para classificar as doenças era necessário um isolamento dos corpos no estudo e análise das suas reações bioquímicas;

4. *A experiência clínica se experimenta como uma sensibilidade*, o que se refere à premissa de que o olhar do especialista procura no corpo os sinais ocultos da doença. A teoria deve sucumbir à observação e a experiência.

Assim, com o advento de uma medicina anatomopatológica, surgem os hospitais, bibliotecas e laboratórios como espaços legítimos para um aprofundamento e tratamento das doenças e o estudo dos agentes considerados patogênicos. Conseqüentemente, o modelo asséptico provindo da Biologia vai definindo como importante o papel do médico e do hospital para o tratamento das doenças. A medicina gradativamente faz uma regulação dos corpos em nome de um bem estar físico e social, planeja os corpos para uma maior produção. Silva Filho (1987, p. 83) diz a respeito da ação normalizadora da medicina: "O lugar estratégico do saber médico é assim o da neutralidade, garantida pela experiência e experimentação. Lugar que lhe permite produzir encobertas suas ações normativas".

A *medicina clássica*, como modelo, influenciou *as práticas de assistência* ao sujeito portador de sofrimento mental grave e implicou na inserção de uma intervenção na relação com o sujeito, baseada em princípios de racionalidade, na busca de constatação dos fatos e em uma universalização e validação do saber sobre o homem por meio da razão e da experimentação. Nesta perspectiva, não houve lugar para a construção da subjetividade de cada sujeito concernente ao seu corpo e nem para as construções históricas sobre as verdades de si mesmo e do mundo que o cerca.

A Psiquiatria, nos seus primórdios, surge como *medicina especial*[21] e a partir do momento em que a loucura passa a ser tratada como doença mental. Fazia parte de suas ações terapêuticas um conjunto de técnicas e métodos que se baseavam no isolamento e no afastamento do sujeito do ambiente considerado patogênico. O hospital passa a ser visto como o melhor e mais especializado lugar para a assistência ao doente mental, de modo que a idéia central era a de que no hospício há todo um aparato e melhores condições para uma intervenção eficaz. A figura do médico se torna triunfante, tendo o poder de julgar e de impor condutas em nome de um bem estar moral e social.

Silva Filho (1987, p. 88) comenta sobre o poder do médico:

> [...] O conhecimento psiquiátrico, produzido pela primeira escola alienista, oferecia os suportes teóricos que justificavam o ato de intervenção. Afirmando ser o essencial da loucura o desvirtuamento das paixões, que se desvelariam nas relações sociais, os psiquiatras tornam-se os detentores de um saber legítimo com o poder de examinar a história do indivíduo, julgar suas condutas e impor, segundo seu veredicto, um tratamento. Isto tudo em nome do bem-estar da coletividade e da manutenção da ordem pública.

É importante salientar que no CAPS, apesar das diversas reformas por que passou a assistência psiquiátrica no Brasil e no mundo, a psiquiatria clássica, enquanto modelo, com

[21] Denominação primeira da Psiquiatria.

sua raiz na ciência positivista, ainda faz parte do imaginário social dos profissionais, principalmente das premissas que se referem à busca e à validação da descrição dos sinais e sintomas - diagnóstico[22] do sujeito com sofrimento mental. A ênfase está no diagnóstico e na institucionalização como a melhor terapêutica para o sofrimento do sujeito. Os afetos e as emoções são banalizados e relegados a segundo plano, quando não justificados por reações bioquímicas, que servem meramente para rotular, segregar e excluir os sujeitos de possíveis trocas sociais e afetivas.

Em relação aos fundamentos da psiquiatria Amarante (2003, p. 55) afirma:

> A psiquiatria foi fundada num contexto epistemológico em que a realidade era considerada um dado natural, capaz de ser apreendido, revelado, descrito, mensurado e comparado. Nasceu em um contexto em que a ciência significava a produção de um saber positivo, neutro e autônomo: era a expressão da verdade!

O modelo da psiquiatria clássica perdura não somente na nossa cultura, mas também na formação dos profissionais da área da saúde que, apesar dos novos modelos surgidos na pós-modernidade, não percebem o *sujeito dentro de uma coletividade* e de forma mais integral (corpo-mente). Reforçam, na maioria das vezes, a necessidade de constatações diagnósticas cada vez mais precisas, primordiais no encontro com o paciente, quando buscam principalmente **anormalidade*s* fisiológicas a serem desvendadas**.

Segundo Roudinesco (2000, p. 37), não se pode esquecer que a classificação pineliana das doenças mentais alicerça uma psiquiatria centrada principalmente na classificação dos comportamentos dos sujeitos, onde a diferença necessariamente requereria tratamentos e terapêuticas diferentes.

---

[22] O que acaba prevalecendo é uma avaliação psicopatológica do sujeito, com seu conseqüente enquadramento.

O médico passa assumir, na história da humanidade, o poder de tutela, reordenando as condutas e os comportamentos que passam a serem explicados a partir dos processos fisiológicos e orgânicos. Atualmente isso fica muito nítido com os avanços e supervalorização das neurociências nas quais, em muitos casos, os fenômenos humanos são explicados e reduzidos a alterações no funcionamento bioquímico do cérebro do sujeito. Não há uma preocupação em se fazer uma escuta dos sintomas e da produção de seus significados e sim em ***detectar as falhas*** deste corpo visto como "***maquímico"***. (Rouanet, 2003)

Assim sendo, a evitação da anormalidade e o controle dos corpos perpassam pela reprodução de um ideal de realização de homem forte e belo. Rouanet (2003, p.54), refletindo sobre visão do corpo na contemporaneidade, argumenta:

> [...] O corpo é uma simples máquina, e as máquinas podem ser consertadas. Trata-se agora de aperfeiçoar o corpo, como antes se queria aperfeiçoar a alma. Não se trata mais da imitação de Cristo, mas de Schwarzenergger. Não se aconselham mais exercícios espirituais, como os recomendados por santo Inácio, mas exercícios em academias de musculação. Estamos próximos da realização de uma das mais antigas utopias da humanidade, a utopia médica de uma saúde perfeita.

Para Foucault (2004), o conhecimento médico sobre o corpo, baseado unicamente na compreensão anátomo-patológica, representa um saber que exerce poder na medida que propõe um conjunto de regras e de narrativas para determinar o que vem a *ser normal* e o que é considerado *desvio* no sujeito, impondo ações que visem controle e ordenação dos sujeitos, ou seja, ele se refere *ao saber médico como a um discurso que contém uma visão disciplinar dos corpos.*

Souza (1998, p.20), falando sobre o modelo médico, faz as seguintes considerações:

> "O modelo médico pretende exercer um domínio sobre qualquer produção do psiquismo, impondo, portanto, uma redução ao dado anátomo-patológico como fundamento de qualquer saber sobre o individuo doente".

A ciência médica, e vale ressaltar que não somente os médicos, mas também outros profissionais, vê na descrição dos sintomas e na categorização um *alívio* para as angústias próprias do ser humano. Constroem-se defesas que pressupõem um afastamento do sujeito que sofre e a manutenção de uma idéia onipotente de que se pode controlar a vida e evitar a morte. Deste ponto de vista, o foco está na cura de um corpo doente que solicita uma ação que seja eficaz e que elimine a dor, o mais rápido possível, derivando uma necessidade de certezas dos quadros clínicos e de diagnósticos absolutos. De certa forma, o sintoma é algo a ser eliminado por indicar uma *perturbação e ou destruição*[23] da harmonia do corpo (SOUZA, 1998).

Em decorrência da modernização e da biotecnologia, passa a haver uma ideologia de mercado que prega o domínio cada vez maior de técnicas variadas para eliminar a dor do sujeito, assim garantindo a redução da angústia dos profissionais, diante da incerteza na sua tomada de decisão.

Nesse modelo, o conhecimento, por parte da equipe, de um arsenal de técnicas voltadas para uma suposta cura e/ou controle dos sintomas acaba legitimando o saber médico no qual, tanto o diagnóstico, quanto as decisões são concebidas como estáticas e absolutas e, em decorrência, incontestáveis. Passa-se uma falsa idéia de que poderá não haver falhas no julgamento médico. Dito de outra forma, nessa concepção, não há lugar tanto para a dor quanto para a dúvida, ambas tidas como sinônimo de fracasso e de incapacidade.

Foucault, em *O Nascimento da Clínica* (FOCAULT, 2004), ao falar sobre os saberes médicos, hegemônicos em relação ao paciente, ressalta que a estruturação deste

[23] Vale ressaltar que a partir do século XIX as alterações do corpo são vistas dentro de um espectro bio-molecular, ou seja, as alterações são de ordem bioquímicas e genéticas.

conhecimento se encontra atrelado à reorganização do espaço hospitalar como lugar coletivo, homogêneo e de assistência à doença. Conhecê-la (doença) através da sua descrição, passa a não ser suficiente, o foco importante é a *intervenção* e a prática terapêutica. A doença passa a ser analisada juntamente com a eficácia das terapêuticas que lhe são propostas, as quais têm que atender a procedimentos objetivos. Acredita-se que o conhecimento sobre o corpo[24] poderá ser totalizante e generalista.

O modelo médico, bem como o modelo **hospitalocêntrico,** perpassa e faz parte da formação de muitos dos profissionais dentro do CAPS, não se restringindo à figura do médico. A idéia de que há um *outro* que se tem de resgatar da loucura e *salvar* da sua desorganização acaba sendo refletida, na prática, pela urgência de se eliminar o desconforto do sofrimento humano, que a princípio se crê como algo distante da equipe dos profissionais.

Mannoni nos fala que esta visão de salvador dado ao médico está relacionado à intromissão do poder judiciário no poder médico, na medida em que é dado a ele a autoridade de modelar e ressignificar os sujeitos. Como diz a autora "o personagem médico toma assim o lugar da autoridade familiar e policial, o que vai influenciar o estilo dos pedidos de zelados e zelantes".(MANNONI, 1978, p.19)

Isto nos remete ao fato de que o modelo médico na contemporaneidade circunscreve-se a um contexto em que as relações com o corpo e com a realidade vão se caracterizando pela banalidade e pela falta de significação. Paralelamente, o objetivo central das relações sujeito/realidade são a urgência e o excesso de satisfação. Rouanet (2003, p. 53) ao considerar o paradigma contemporâneo do corpo, diz:

> [...] o corpo foi profanado, já que deixou de ser visto como um sacrário que continha uma coisa infinitamente preciosa, a alma. Com isso, abriu-se o caminho

[24] Vale salientar que o que prevalece é um corpo biológico e fragmentado, constituído por órgãos, no qual não há espaço para a subjetividade deste corpo.

> para a banalização do corpo, sua instrumentalização, sua mercantilização. O novo paradigma herda essa atitude. É uma forma moderna de gnose, de depreciação do corpo. Ele não vale nada, ou vale, mas com o valor de troca. Não tem valor, mas tem preço. É posto no mercado.

A velocidade e o desenvolvimento da tecnologia também têm contribuído para distanciar o saber médico do sujeito que sofre. A doença continua sendo valorizada e amplamente investigada, mas o encontro com o médico deve servir para eliminar rapidamente do corpo qualquer fonte de desprazer, de dor ou de insatisfação.

Se, por um lado, os avanços da medicina instrumentalizam melhor o médico em seus encontros com o paciente, por meio de inúmeros *protocolos de conduta, de exames hipersensíveis, de medicamentos mais potentes e de escolha entre as diferentes terapêuticas*; por outro, esses encontros são cada vez mais permeados por uma relação de objetividade e racionalidade, quando não de um distanciamento do próprio sujeito que sofre. Assim sendo, o sujeito que sofre é um corpo doente que demanda a decifração dos sinais e dos sintomas, não havendo lugar para uma escuta e significação do sujeito.(SOUZA, 1998)

Portanto, enquanto modelo, a prática médica, na medida em que tem de dar respostas eficazes e rápidas para o sujeito, fragmenta cada vez mais o corpo e a mente, bem como o saber da própria experiência. De certa forma, os profissionais acabam se colocando em suspenso na relação com seus pacientes. Nessa relação, o discurso de neutralidade e a negação dos conflitos e do contato com o paciente acabam se tornando uma condição *sine qua non* da própria prática.

Neste contexto, vale lembrar, o avanço dos psicofármacos que modificou o tratamento da loucura. Ela pode existir em outros espaços diferentes do hospital, mas o seu tratamento ainda atende à premissa de que os comportamentos indesejáveis e os seus sintomas sejam normalizados por meio das contenções químicas, mesmo que de froma provisória. Elimina-se, assim, qualquer dor insuportável sem que, necessariamente, se busque dar sentido

para a experiência vivida pelo sujeito. Vale salientar que a construção de significados não é feita isoladamente por um único indivíduo. Este necessita de um *outro* para se inserir na cultura, de forma que é por meio das trocas simbólicas entre os sujeitos que se dá sentido à vida.

É fato que os avanços da medicação propiciaram melhores condições de vida ao paciente. Entretanto, não podemos esquecer que a supremacia delas, representa o adestramento e a cultura de um corpo que não pode aprender a lidar com o sofrimento, com as diferenças, próprias da condição humana, precisando evitá-los a qualquer custo.

Assim, a ***medicalização*** entra em cena, exercendo um ***fascínio*** tanto nos pacientes, como nos profissionais de saúde, na medida em que mascara a impotência e o mal estar do ser humano, prometendo uma *resposta rápida* e *sem sofrimento* aos problemas insuportáveis do cotidiano. Roudinesco (2000, p. 21) diz que o imperialismo da farmacologia, no que se refere aos psicotrópicos, tem eliminado a significação das experiências humanas:

> A partir de 1950, as substâncias químicas - ou psicotrópicos -modificaram a paisagem da loucura. Esvaziaram os manicômios e substituíram a camisa-de– força e os tratamentos de choque pela redoma medicamentosa. Embora não curem nenhuma doença mental ou nervosa, elas revolucionaram as representações do psiquismo, fabricando um novo homem, polido e sem humor, esgotado pela evitação de suas paixões, envergonhado por não ser conforme ao ideal que lhe é proposto.
>
> [...] os psicotrópicos têm o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar a significação.

No CAPS, não raro, seja implícita ou explícitamente, o paciente ou os técnicos referendam a medicalização em detrimento do tratamento da fala, seja por não atender a urgência de se propiciar um corpo sem dor e que gere lucro para uma sociedade de consumo, seja em função da própria impotência vivida pelos profissionais diante do contato com uma parte precária da condição humana. Surge aqui a questão de como é desafiante, tanto para a equipe quanto para o terapeuta, ser permeado pelas vivências de fúria e de dor insuportáveis

vividos pelos pacientes, sem que haja perda da própria identidade ou da própria condição de ser. Há uma grande dificuldade de ser continente para as próprias experiências desagregadoras, mobilizadas no encontro com o paciente.

Abadi (1998, p. 191) comenta o trabalho dos terapeutas com psicóticos:

> Ele está exposto também à **intensa ambivalência** que gera cuidar de outra pessoa em estado de desamparo. Responsabilidade que é proporcional à dependência regressiva do paciente e que por momentos requer **uma tolerância à frustração quase sobre-humana**, pela impossibilidade de expressar demandas ou reclamações. (destaques da pesquisadora)

No CAPS, devido a grande quantidade de pacientes atendidos e a diversidade de atividades, há uma interferência na forma e no tempo para estar com o paciente e acompanhá-lo no seu sofrimento. O serviço se torna, em função desses fatores, repetitivo e reprodutor: a medicalização suprime qualquer nova ação diante do impasse ou desafio com o paciente.

Não raro, o contato com o paciente acaba sendo rápido e a exigência de se minimizar o sofrimento ou de eliminá-lo, mesmo que seja prevalentemente com o auxílio da medicação, acaba sendo compartilhada entre pacientes e profissionais. De certa maneira, a medicação acaba aplacando a angústia do profissional diante do pouco tempo que ele tem para a escuta do sofrimento psíquico e das dores do *outro*. O tratamento acaba se tornando um tratamento emergencial e de restauração urgente do corpo, visto como adaptativo e produtivo.

Roudinesco (2000, p. 30), ao falar sobre a medicalização na contemporaneidade e sobre o poder hegemônico da mesma, diz:

> O poder dos remédios do espírito, portanto, é o sintoma de uma modernidade que tende abolir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas também a própria idéia de enfrentar a prova dele. O silêncio passa então a ser preferível à linguagem, fonte de angústia e de vergonha .

E prossegue afirmando (p.41) que o poder do medicamento atende a um modelo que quer classificar os comportamentos e reduzir o tratamento à supressão dos sintomas:

> O medicamento sempre atende, seja qual for a duração da receita, a uma situação de crise, a um estado sintomático. Quer se trate de angústia, agitação melancólica ou simples ansiedade, é preciso, inicialmente, tratar o traço visível da doença, depois suprimi-lo e, por fim, evitar a investigação de sua causa de maneira a orientar o paciente para uma posição menos conflituosa e, portanto, cada vez mais depressiva.

O fato é que o sujeito que chega até aos profissionais da área de saúde é um sujeito que possui um corpo atravessado pela doença, mas também pelo afeto. Não pode ser reduzido a um conhecimento adquirido nos rituais e protocolos de exames, tendo as relações intersubjetivas e intra-subjetivas entre ele o seu corpo e o ambiente dissociados.

Atualmente, torna-se necessário que os profissionais construam uma visão mais crítica e reflexiva dos vínculos e das trocas afetivo-sociais, nos quais estão submersos. Tal princípio vale tanto para o paciente que chega se queixando de um mal estar, quanto para o técnico que o acompanha. No contato com os pacientes, o profissional de saúde também se desvela. Nesta inter-relação, paciente e técnico vão se constituindo, sendo, ao mesmo tempo, produtores e conhecedores de suas mazelas.

O sofrimento humano está presente em todas as relações, porém, dentro do modelo médico, tem sido algo a ser observado e distanciado dos profissionais como garantia de neutralidade e de uma suposta eficácia do tratamento, colocando as relações entre o profissional e o paciente em suspenso. Conseqüentemente, ambos acabam apresentando dificuldade de aprender com o sofrimento, na medida em que não se permitem sofrer e sentir o próprio desamparo. O ato de sofrer aqui se refere não só ao ato de estar afligido por algo, mas também ao sentido de *admitir*, de *passar por*, de experimentar.

Kehl (2002, p. 81) fala das dificuldades do homem contemporâneo:

> O fato é que o homem moderno, voltado para os ideais pós-revolucionários de felicidade - ou, se quisermos, para os ideais burgueses de comodidade e bem–estar, é alguém que desaprendeu a sofrer. Não sofre com a bravura de um estóico, com o espírito de sacrifício de um súdito leal, nem com a resignação esperançosa de um cristão. Esses "modos de sofrer", modos de subjetivação que forneciam um sentido ao sofrimento nas sociedades pré-modernas (a maneira do xamã estudado por Lèvi-Strauss, cuja narrativa não tinha poder de suprimir a dor da doente, mas apenas de torná-la suportável), desapareceram de nossas formações sociais.

Posiciona-se a favor do conhecimento das próprias limitações:

> Por pior que seja a notícia a respeito de nossa "natureza", a suposição de um saber que confira estabilidade ao *ser* é apaziguadora, pois uma das razões do sofrimento do homem na modernidade é a dificuldade de estabelecer qualquer verdade permanente a respeito do ser (KEHL, 2002, p. 13).

No cotidiano do CAPS, evidencia–se, entre os profissionais, uma tensão constante diante de uma formação médica e positivista e de um trabalho que traz a demanda de uma interdisciplinaridade entre os profissionais e a exigência de uma expansão no olhar o paciente, bem como uma mudança na concepção de homem e de saúde. O serviço deveria re-orientar-se a partir de uma lógica, em que a promoção de vida passa a ser o foco e não uma suposta cura ou eliminação de enfermidades e sofrimentos. O espaço do CAPS precisaria, para atender a sua clientela, ancorar-se em um paradigma de compartilhamento e de uma circularidade de saberes, evitando equacionar o sujeito ao seu estado de sofrimento ou de doença.

Neste cenário, o sofrimento dos profissionais perpassa muito, também, pela dificuldade de se fazer uma articulação entre o tratar e o reabilitar, entre o propiciar espaços para que o sofrimento humano aflore e o dar suporte para ele no cotidiano de cada sujeito. Devido à complexidade de suas ações, o trabalho é gerador de angústias e de incertezas, porém são essas dúvidas, essas lacunas existentes que impulsionam os profissionais a construir o dia a dia da clínica de CAPS.

Para Zenha (2005, p. 75), a direção a ser tomada no trabalho de CAPS seria "*oferecer ao sujeito, que emerge de seus sofrimentos e conflitos, um suporte a partir de ações reabilitadoras*". Sustenta, ainda, que a reabilitação não resulta em fazer com que um sujeito desabilitado se torne habilitado para a convivência no grupo, antes postula uma visão que inclui ofertas de espaços para a re-construção dos vínculos afetivos e sociais.

Mudar a forma e o lugar de tratar a loucura não é a finalidade do CAPS, mas sim mudar a representação social, o olhar da loucura, o que se torna uma tarefa desafiadora em um mundo em que cada vez mais se alarga o número de pessoas excluídas da produção de bens e de trocas sociais.

Neste novo paradigma, a concepção de saúde emerge do bem-estar físico-mental e social, não apenas da ausência de doença. Não há uma hierarquização do saber e, tão pouco, haverá uma única ciência que responderá à complexidade que é a vida humana. Como diz Boff (2003): em momentos de mudança e de crise todos somos "*aprendizes e aprendentes*".

Nesse sentido, na prática, a aceitação do modelo médico como dogma e sua manutenção refletem a necessidade dos profissionais de manter certezas absolutas e estáticas frente ao desconhecido, de evitar o sofrimento no contato com um outro que não é passivo, frente aos acontecimentos de sua história e de sua vida. Deste modo, a ruptura se dá devido à visão paternalista e assistencialista da necessidade de se recuperar ou compensar um sujeito por um dano ou perda. Nela não há lugar para a insatisfação. Só assim se pode abrir caminho para as novas possibilidades.

Rosa, A.C., Luzio, C. A., Yasui, S. (2003, p.32) propõem ao CAPS a *des-construção* da representação social da loucura, desaprendendo, enquanto paradigma, o conceito de *doença-cura,* mas adotando o *re-conhecimento* do conceito *existência–sofrimento*. Nesta relação, a clínica passa a ter o sentido de propiciar, no encontro com a equipe de profissionais, a produção de novos sentidos às situações vivenciadas pelo sujeito

como insustentáveis. Reforçam a importância de se romper com a reprodução dos paradigmas médicos dentro dos CAPS e a sua relevância enquanto um serviço que pode propiciar inovações e desconstruções de práticas institucionalizantes. Dizem os autores:

> No campo técnico-assistencial é que a Reforma Psiquiátrica tem deixado mais visíveis suas inovações, concomitantemente à reconstrução dos conceitos. Tem-se construído uma rede de novos serviços: espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Isto tem significado colocar a doença entre parênteses e propiciar contato com o sujeito, rompendo com práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direito.

Assim sendo, vê-se que na prática dos serviços substitutivos, encontra-se uma pluralidade de saberes. Entretanto, a formação dos profissionais tem sido ainda pautada em um único recorte da realidade ou na hegemonia de um determinado saber/poder, desencadeando, conseqüentemente, um conhecimento fragmentado e sem reflexão da identidade que vai sendo construída na prática.

A seguir, apresenta-se a contribuição do modelo psicanalítico para o trabalho com sujeitos que sofrem.

2.2 – O modelo psicanalítico: algumas contribuições ao CAPS

O adentramento da Psicanálise nas práticas de saúde mental é antigo. Especificamente, tem seu auge na década de 1950, quando se iniciou uma crítica severa ao reducionismo do modelo de saúde, baseado no paradigma *saúde como ausência de doença*. (Silva, 2003)

No entanto, nem sempre houve uma interlocução que não fosse baseada em críticas e em campos de tensões entre os diferentes discursos que atravessam o trabalho com

pacientes psicóticos graves, principalmente com o discurso de rupturas com os serviços asilares existentes no país.

Lobosque (2001), ao falar da dificuldade de articulação entre a psicanálise e a saúde mental dentro da reforma psiquiátrica, diz que apesar da psicanálise trazer no seu bojo uma discussão do sofrimento psíquico, os psicanalistas se mantiveram por vezes alheios aos movimentos sociais de luta contra as propostas asilares, favoráveis a dar voz ao discurso do paciente que sofre. Segundo a autora, permaneceram os mesmos, distantes das práticas que estavam sendo construídas, mantendo-se presos a um isolamento teórico. Sobre a articulação, Lobosque (2001, p.123) comenta:

> Articulação rara, certamente; se examinarmos a presença da psicanálise nas experiências críticas à psiquiatria tradicional, veremos que, embora freqüentemente, tem antes um caráter reformista do que transformador; mantém-se presa ao paradigma clínico.

Mais adiante, o autor fala da participação da psicanálise nos serviços de saúde mental:

> [...] Este retrato sumário da participação da psicanálise na maioria dos serviços contemporâneos de saúde mental não só demonstra sua inoperância para opor-se ao aparelho manicomial, como ilustra uma certa trajetória histórica onde, de certa forma, esta posição se perpetua (LOBOSQUE, 2001, p. 125).

Vale ressaltar que, ao longo dos tempos, a psicanálise propiciou muitas rupturas com a terapêutica biológica do século XIX, dando várias contribuições na construção de significados das experiências mais primitivas da mente e do sofrimento humano. Entretanto, em muitos momentos, se colocou como um discurso que também reforçava a adaptação e sujeição do sujeito à realidade na qual estava inserido, ao invés de, como é da própria essência do método psicanalítico, promover questionamentos e auxiliar no acesso às verdades mais dolorosas de cada sujeito.

Assad (2004, p.116), ao defender a inserção da psicanálise na reforma psiquiátrica,

> A resposta da Psicanálise à loucura não se confunde com as tendências em reabilitar para o social alguém fragilizado por seu sofrimento; é antes uma tentativa de dar um devido suporte à demanda do "alienado", demanda esta que não passa unicamente pela via da cidadania ou legislação.

O diálogo entre a instituição e o modelo psicanalítico, por vezes tão delicado, pode se tornar mais rico na medida em que é entendido como uma teoria e um método que auxilia numa melhor escuta do sofrimento, paixões, afetos e enigmas humanos, não se resumindo a um conjunto de técnicas a serem aplicadas.

Como se sabe, o método psicanalítico surge, em 1904 com Freud, para investigar os fenômenos psíquicos mais primitivos do sujeito, que o impedem de amar e viver mais livremente. Para ele, a psicanálise se define a partir dos seguintes significantes: um procedimento de investigação dos processos mentais, um método de tratamento para seus transtornos e um conjunto de teorias científicas.(FREUD, 1904)

Em seus primórdios, a psicanálise tinha como objetivo investigar, desvelar e interpretar o sentido oculto/inconsciente, presente no discurso e nas associações feitas pelos sujeitos. Para tanto, os profissionais precisaram adotar uma postura de *atenção imparcialmente suspensa,* evitando a sugestão direta ou a construção de expectativas de cura em relação ao sujeito. Dessa forma, a psicanálise se caracteriza como um tratamento que valoriza as particularidades e diferenças que constituem cada sujeito que sofre. No artigo *Dois verbetes de enciclopédia,* Freud (1923, p. 291) falam da tarefa da psicanálise enquanto uma arte interpretativa e diz sobre o seu foco: "[...] tratava-se agora da questão de encarar o

material produzido pelas associações do paciente como se insinuasse um significado oculto, e de descobrir, a partir dele, esse significado*"*.

Continua, neste artigo, dizendo:

> [...] Descobriu-se então que, salvo em condições, as associações do paciente surgiam como alusões, por assim dizer, a um tema específico, e que ao médico só era necessário adiantar um passo a fim de adivinhar o material que estava oculto ao próprio paciente, e poder comunicá-lo a este.

Ao falar das contribuições da psicanálise para o campo da saúde mental, deve-se pensá-la como uma clínica que permite dar voz ao sujeito que sofre, por mais absurdo e dissociado da realidade que ele se apresente. O louco é visto como um sujeito produtor de sua história e capaz de falar sobre a sua subjetividade, mesmo que por meio de uma produção delirante. Freud (1911, p.95) acha que, na psicose, o sujeito projeta no mundo a sua catástrofe interna e que o delírio é uma tentativa de reconstrução do mundo interno:

> O paranóico constrói-o de novo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios. *A formação delirante, que presumimos ser produto patológico, é na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução*. Tal reconstrução após a catástrofe é bem sucedida em maior ou menor grau, mas nunca inteiramente; nas palavras de Schreber, houve uma "profunda mudança interna" no mundo. Mas o indivíduo humano recapturou uma relação, e freqüentemente uma relação muito intensa, com as pessoas e as coisas do mundo, ainda que esta seja agora hostil, onde anteriormente fora esperançosamente afetuosa.

A clínica das psicoses, a partir de um referencial psicanalítico, está imbricada com a construção de um espaço possível, para que as experiências catastróficas possam ser vividas e significadas, a fim de possibilitar mais liberdade e proximidade do sujeito com os seus objetos e com a sua realidade.

O objetivo da Psicanálise torna-se, portanto, na visão de Freud, propiciar uma ampliação da consciência por meio da interpretação das experiências reprimidas do sujeito, revividas ou atualizadas na relação com o analista (transferência).

Ferro (1995, p.16-17), ao falar das características do modelo psicanalítico em Freud, afirma que a escuta do analista está "voltada para uma rede de relações históricas dos pacientes, sendo os fatos narrados expressão de conflitos, emoções". A interpretação deles tem uma função de "alargamento dos limites da consciência e a análise é compreendida como a representante fiel da realidade do sujeito".

Para Freud (1904), inicialmente a Psicanálise estava voltada para análise de sujeitos que eram incapazes de viver a própria vida, de tornar consciente o inconsciente por meio da superação das resistências. O sofrimento psíquico constituía a mola propulsora para o trabalho analítico.

No entanto, a Psicanálise, potencialmente rica para o trabalho com pacientes graves, particularmente a partir dos desenvolvimentos teóricos de Klein e de Bion, foi por muitas vezes utilizada de uma forma distorcida, desvirtuada de sua própria essência, servindo, assim, mais para objetivos de formatação de um sujeito, do que propriamente para favorecer a libertação de áreas de aprisionamento psíquico.

Ao longo da história, a psicanálise foi evoluindo e ampliando os seus conhecimentos acerca da vida psíquica. Com Klein (1925), ela desenvolve os conhecimentos sobre a constituição da realidade psíquica de cada sujeito, por meio da compreensão acerca das inter-relações dos diferentes objetos internos e as fantasias inconscientes.

As contribuições de Klein sobre os mecanismos de defesa mais arcaicos do sujeito diante das ansiedades persecutórias possibilitaram uma maior compreensão dos fenômenos psíquicos que ocorrem na psicose.

Por meio da compreensão do desenvolvimento dos processos psíquicos na criança e da origem da psicose, Klein, já em 1946, afirmava (Klein, 1991, p. 41):

> [...] nos primeiros meses de vida, a ansiedade é predominantemente vivenciada como um medo de perseguição, e que isso contribui para certos mecanismos e defesas que são de importância na posição esquiso-paranóide. Entre essas defesas destacam-se os mecanismos de cisão dos objetos internos e externos, das emoções e do ego. Esses mecanismos e defesas fazem parte do desenvolvimento normal e, ao mesmo tempo, constituem a base para uma futura doença esquizofrênica.

Klein introduz, assim, o conceito de um *ego arcaico* no bebê que se relaciona com os objetos a partir de fantasias inconscientes, de ansiedades persecutórias e do medo de morte. Nesse momento da vida humana, surgem defesas para lidar com o sofrimento psíquico e com a realidade. O bebê percebe-a a partir de seu mundo interno, colocando nos outros sentimentos e sensações que sente como ameaça. Ribeiro (2005, p.172), ao falar do modo de relacionar do paciente com seu tratamento, diz:

> Assim, o psicótico se relaciona de maneira confusa, precipitada, rápida, intensa, o que suscita no outro um sem-número de experiências viscerais. Ele inculca no outro seus próprios conteúdos e os percebe como ameaça que vem de fora. Trata-se de uma comunicação porque com a projeção ao outro é possibilitado saber o que ele vive desde dentro, desde a própria experiência. Tal é o tipo de relação e de comunicação que o psicótico estabelece.

Em 1940, com Bion, ampliam-se as contribuições à psicanálise contemporânea para a concepção das configurações vinculares entre os sujeitos e deste com o terapeuta, demonstrando que as subjetividades se constituem em um campo intersubjetivo. Da interação entre ambos, sujeito-terapeuta, pode-se alargar o conhecimento de partes psíquicas, aprisionadas pelo poder tóxico das emoções.

Etchegoyen (2004, p. 75), ao falar das contribuições de Bion para a psicanálise coloca:

> O modelo de Bion, por fim dá conta da mente como um aparelho para pensar, em que o dilema fundamental ocorre entre a verdade e o mentir, a partir da experiência emocional, da vivência em que a emoção é o significado. Neste modelo epistemológico, as relações no mundo interno engendram o significado e, por conseguinte, todas as nossas relações externas possuem uma certa qualidade transferencial, na medida em que derivam seu significado daquilo que existe em nosso mundo interno.

Dessa forma, o enfoque da psicanálise contemporânea está na ampliação da própria mente, a partir da transformação das experiências que se apresentam como desagregadoras e inconscientes nas relações compartilhadas. Em outros termos, o foco está no alargamento da capacidade do sujeito de pensar as suas emoções e afetos mais dolorosos, contidos em suas relações amorosas e hostis com a realidade. O desenvolvimento da capacidade de tolerar as suas frustrações permite que o sujeito aguarde ou adie a satisfação dos seus desejos, construindo possibilidades de ser e de estar no mundo, por meio da construção de laços possíveis com ele.

Viñar (2002, p. 42-43), ao falar da subjetividade, aponta que precisamos acabar com a idéia de um individuo isolado e apartado, pois nos constituímos sujeitos a partir da nossa capacidade de fazer vínculos. Diz o autor:

> Hay que terminar com la falácia del individuo aislado. De la autarquia de um sujeito consciente de si. No es fácil desprenderse del atavismo de la prímacia de nocíon de individuo, la persona que en albendrío de su conciencia se hace responsable de sus actos, pensamientos y valores. Esta perspectiva personalógica, siendo ineludible, es restrictiva y simplicadora. No nos constituímos indivíduos para luego vincularmos.

E continua (VIÑAR, 2002, p. 43):

> Siempre nascemos, dice René Käes, en um mundo de mensajes y significados que excedem nuestras capacidades de aprehensión y domínio, que por desbordar los recursos de lectura interpretativa (la capacidad de representar e interpretar) se transforman em patógenas por esse exceso. Desde el Sujeto singular toda lectura interpretante contiene um núcleo que la excede, que aparece como desmesura, como algo enigmático o paradójico que desborda su capacidad de representar y significar.

O método psicanalítico leva a pensar na importância de se sustentar uma *escuta* das desagregações, das falhas, do vazio mortal do sujeito, dos laços precários, quando não inexistentes, com os objetos e com a realidade Em decorrência, vai possibilitando gradativamente a apresentação acerca de si mesmo e de seu mundo ao sujeito do conhecimento. Segundo Ribeiro (2005, p.172), a psicanálise aposta na realidade psíquica e nas relações construídas pelo sujeito. Diz ela sobre a psicanálise:

> A psicanálise parte da aposta no sujeito e na verdade que ele traz acerca de sua condição. Aposta que existe alguém capaz de desejo, de construir psiquismo e de se relacionar. Assim, a pergunta não é mais se o psicótico é sujeito, se tem inconsciente ou se faz transferência, mas uma pergunta pelas peculiaridades de tudo isso na singularidade da condição psicótica.

Vale salientar que, aqui, não se pretende fazer uma apologia da Psicanálise, no sentido de que ela sabe todas as respostas paras as experiências e para os problemas vividos no atendimento a pacientes graves. Ela se constitui, porém, como um recurso que permite uma expansão e uma maior apreensão da realidade psíquica e das experiências vinculares entre sujeito e instituição. Percebe-se a psicanálise como método e caminho para pensar os fenômenos inconscientes na relação com o paciente, com a instituição, auxiliando ambos a aprender a su-portar[25] a sua realidade.

Sendo assim, a psicanálise ensina o quanto é importante estar atento ao desenvolvimento e à evolução da capacidade de tolerar as frustrações, as angústias mais primitivas da mente, na construção da subjetividade. É a capacidade de tolerar as frustrações que permite ao sujeito fazer investimentos e criar laços com a realidade interna e externa. Como diz Bion (1991a), o esforço para não sofrer a experiência do contato com os objetos faz com que o aparelho psíquico do sujeito não se desenvolva para abrigar as emoções e os afetos, necessitando que estes sejam eliminados e que os objetos sejam destituídos de vida.

---

[25] Su-portar, aqui, se refere à capacidade a ser desenvolvida de dar sustentação, su-porte.

É importante para o trabalho terapêutico com pacientes psicóticos propiciar um alargamento da capacidade do sujeito em abrigar os conteúdos tão disruptivos e violentos de sua mente. Sendo assim, o CAPS pode exercer uma função de espaço flexível capaz, como diz Ribeiro (2005, p.178), de "adaptar-se ao que a paciente precisa e a partir daí estabelecer vínculos e contatos com ele".

De forma análoga ao desenvolvimento do bebê, pode-se dizer que o CAPS seria um ambiente facilitador a propiciar ao sujeito um espaço, em que ele possa viver uma ilusão e uma desilusão acerca de sua relação com o mundo, possibilitando, sobretudo, o desenvolvimento de potencialidades e de amadurecimento gradativo do ego. Considere-se, aqui, as idéias de Winnicott (1983, p. 215) sobre a importância do ambiente:

> Quando o ambiente favorável é suficientemente bom (isso sempre significa que há uma mãe que está de início totalmente devotada à sua tarefa de cuidado do lactente, e que gradativamente, e tão-somente gradativamente, se reafirma como uma pessoa independente), o processo de maturação tem uma oportunidade.

Tal idéia pode ser pensada também pelo seguinte aspecto: é necessário que o CAPS exista como ambiente potencializador de desenvolvimento do sujeito, espaço no qual a experiência de dependência vai ser vivenciada, para que gradativamente o paciente possa existir enquanto um sujeito singular e ativo nas suas relações.

No entanto, é necessário que ele não venha a se tornar o único lugar de intercâmbios e trocas sociais e afetivas. Como diz Rottelli (2001, p. 33), o importante na Reforma Psiquiátrica é a mudança de vértice das ações, em que não se precisa eliminar os sofrimentos psíquicos, mas sim propiciar espaços de circulação e de "mudanças na forma e no peso em que estes sofrimentos entram no jogo da vida da pessoa".

Considerando, então, o modelo psicanalítico, o sofrimento psíquico é compreendido além do sintoma e dos rótulos. A abertura de um espaço para o não dito se

fazer emergir possibilita que o sujeito entre em contato com o seu sofrimento sem precisar utilizar mecanismos de evitação ou fuga. Isto tem uma implicação na medida que se apreende um sujeito que não é vítima de um sofrimento que necessita de reparo, nem requer uma postura de ***paternalismo*** por parte dos profissionais, para que retorne à produção.

O serviço oferecido pelo CAPS, dentro do modelo psicanalítico, exige uma ética que implica na abertura de espaços para a produção do sujeito e não de re-educação. Caso contrário, acaba incorrendo no risco de se tornar uma prática norteada por uma visão segregadora e discriminatória, da qual o asilo e as práticas da psiquiatria tradicional são os representantes mais fiéis. Como diz Foucault (1993), na origem da assistência à loucura, o cuidado sempre esteve a serviço de uma ordem disciplinar dos corpos.De forma ambígua associou o cuidado com punição e adaptação à realidade.

A partir do vértice psicanalítico, o fundamental é que a equipe de profissionais no trabalho com psicóticos possa ir além do sintoma, investigando o funcionamento mental do sujeito e a necessidade do mesmo encobrir e manifestar, de forma indireta, por meio dos seus sintomas, os seus desejos inconscientes. O paciente, quando chega ao CAPS, traz um sofrimento que, por muitas vezes, vem camuflado em outras diferentes queixas, demandando do terapeuta uma escuta flutuante às suas produções e ao que está sendo vivido no dia-a-dia do trabalho com ele.

É comum, na clínica da psicose, que o terapeuta depare com sujeitos em que a capacidade de tolerar as frustrações é insuficiente e a utilização de mecanismos de evacuação e de projeção excessiva das emoções acaba dificultando o vínculo e a comunicação entre ambos, por predominar aspectos persecutórios e paranóides na relação terapêutica. Bion (1994, p. 56), ao falar sobre as características da personalidade psicótica, descreve:

> [...] preponderância tão grande de impulsos destrutivos, que mesmo o impulso de amar é por eles impregnado e se transforma em sadismo; ódio à realidade, interna e externa, que se estende a tudo que contribua para a percepção dela; pavor a uma

> iminente aniquilação e, finalmente, a formação prematura e precipitada de relações de objeto (dentre as quais se destaca a transferência) cuja tenuidade contrasta acentuadamente com a adesividade com que se mantém.

E continua, ao falar das diferenças entre a personalidades psicótica e não psicóticas (Bion, 1994, p.54):

> A distinção depende do fato de essa combinação de características não só levar à fragmentação da personalidade em minúsculos pedaços em especial, à fragmentação do aparelho de percepção da realidade, que na descrição de Freud entra em funcionamento a serviço do princípio de realidade-, mas levar, também a excessiva projeção desses fragmentos da personalidade nos objetos externos.

Aqui se vê que a importância da escuta psicanalítica implica em sustentar a proximidade e a intimidade com a loucura, que se encontra transbordando no sujeito. Sem precisar recorrer a rótulos, implica em auxiliar o paciente para que o mesmo não utilize tanto de mecanismos de evitação e fuga, quando este entra em contato com o sofrimento. Esse trabalho é um desafio: não há como evitar essa organização defensiva do sujeito, mas pode-se auxiliá-lo na construção de um espaço interno possível e de segurança para abarcar tanta fragmentação. De forma que o sujeito vai aprendendo a guardar e a conter suas emoções amorosas e hostis, dando um primeiro passo para poder vir a pensá-la.

Não raro, vê-se, no CAPS, pacientes que chegam nesse local em um estado mental em que a emoção é odiada e qualquer percepção ou ligação que os façam ter um entendimento sobre ela, passa a ser repudiada. O ataque aos elos de ligação faz com que o sujeito esvazie os sentidos da sua vida emocional, que naquele momento é intolerável. De acordo com Bion (1994, p. 109-126), o ódio à realidade e às emoções é que induz o sujeito a fazer tantos ataques destrutivos a qualquer coisa que possa ligar um objeto a outro ou às diferentes partes de si mesmo, trazendo como conseqüência uma relação menos criativa com o meio.

A comunicação também se torna uma questão delicada em função de ataques contínuos aos vínculos. O sujeito se impede de conhecer o mundo que o cerca e de ser conhecido por ele. Assim, relaciona -se com a equipe do CAPS e com os outros, a partir das intensas projeções das sensações e sentimentos que não conseguiu colocar em palavras ou em um campo simbólico.

Se, por um lado, no CAPS, a comunicação com os pacientes psicóticos fica dificultada pelos ataques aos vínculos; por outro, é através da identificação projetiva que os pacientes psicóticos tentam comunicar as suas experiências de esvaziamento e de falta de sentido. Busca um outro que possa exercer uma função de continente para ele. Bion (1994, p. 123) ressalta a importância da identificação projetiva:

> A identificação projetiva lhe possibilita investigar seus próprios sentimentos dentro de uma personalidade vigorosa o bastante para contê-los. A negativa ao uso deste mecanismo, seja pela recusa da mãe em servir como receptáculo dos sentimentos do bebê, ou pelo ódio e inveja do paciente que não pode permitir que a mãe exerça esta função, leva à destruição do elo de ligação entre o bebê e o seio e, conseqüentemente, a uma grave desordem do impulso de ser curioso, de que depende toda a aprendizagem.

No âmbito do modelo psicanalítico, vale aqui uma ressalva em relação ao tratamento no CAPS, no que se refere aos pacientes, aos terapeutas, à própria equipe. Todos se encontram sempre às voltas com o desenvolvimento de um aparelho para pensar os pensamentos mais insuportáveis da mente humana, para tolerar as frustrações, as faltas de sentido e as sensações de uma não existência para o outro.

Ribeiro (2005, p. 177), sobre a relação entre o paciente e o analista, observa:

> O analista abre-se à escuta, busca encontrar sentidos, construir significações. Sustenta com o seu corpo e sua presença a possibilidade de um tratamento, a disposição de estar junto e a abertura para viver experiências que ajudem o paciente a colocar-se em movimento.

Diz ainda (RIBEIRO, 2005, p. 178).

> Mas o analista pode ter essa flexibilidade, essa capacidade de adaptar-se ao que o paciente precisa, e a partir daí estabelecer contatos, criar vínculos. Ter chance de conhecer a história, ouvir seus delírios, fazer parte deles, ser chamado a estar próximo muitas vezes, e ser ignorado noutras tantas. Conviver com a brutalidade afetiva do psicótico e poder falar de nuanças.

Por isso, quando se toma como referencial a Psicanálise, isso implica em uma atitude de atenção aos movimentos de evasão não só do paciente, mas do próprio terapeuta, às verdades dolorosas do sujeito. A mudança de vértice nem sempre se dá de forma tranqüila, pois muitas vezes, diante da deterioração das relações do paciente consigo próprio ou com os outros, o terapeuta acaba se posicionando como um "messias" capaz de retirar o paciente deste estado de desagregação. Conter as frustrações do trabalho e suas limitações pode se tornar um terreno fértil para construções de novas posturas no contato com o paciente.

Não resta dúvida, porém, que, na relação paciente-terapeuta-instituição, os vínculos e a comunicação acabam sendo permeados por muitas turbulências, existindo momentos em que a instituição e os terapeutas têm que exercer uma função análoga a da mãe no desempenhar uma função de continência e de *rêverie*[26] aos sentimentos de aniquilamento e de terror frente à realidade odiada.

Zimerman (1991, p. 162), citando Bion sobre a condição de *rêverie*, reforça a importância do terapeuta acolher as identificações projetivas boas ou más do paciente e se colocar em consonância às projeções do mesmo. Essa postura serve de alicerce para que haja o desenvolvimento da capacidade simbólica do sujeito. Neste sentido é a *rêverie* que permite ao terapeuta poder pensar e nomear as experiências dos pacientes para além da realidade concreta trazida por eles.

---

[26] Termo utilizado por Bion para designar uma condição pela qual a mãe ou, analogamente, o terapeuta, acolhe e capta as identificações projetivas da criança e pode pensá-las a partir de um outro registro que não somente o concreto (BION, *apud* ZIMERMANN, p. 368)

Apesar do mal-estar sempre causado, quando se tenta inserir as contribuições da psicanálise à saúde mental, acredita-se na possibilidade de interseção entre ambas na medida em que podem auxiliar em uma ampliação do que se concebe por autonomia e por maior liberdade do sujeito que sofre, não negando suas construções históricas e, muito menos, seus desamparos.

Nesse sentido, o objetivo de se retomar a interlocução com a Psicanálise, não reside no fato de se buscar uma outra forma de enquadramento para o sujeito, mas sim na escuta de como se organizam o seu mundo subjetivo e singular e suas representações acerca da realidade, tanto internas como externas. É poder, também, enquanto terapeuta, fazer uma escuta de si mesmo, da sua própria prática e do lugar que se tem assumido diante da loucura, enquanto ator social.

Enfim, sabe-se que o trabalho com psicóticos em outros contextos, como o CAPS, a partir de um vértice psicanalítico, implica – como diz Monteiro (2006) – em assumir uma "*posição de analista-cidadão*", sintonizado com as diferentes formas de subjetivação construídas na atualidade, que se encontram regidas pelo paradigma contemporâneo de busca de excesso de satisfação e de ausência de dor, por parte dos sujeitos.

Assim sendo, não podemos recuar ao introduzir na prática da reforma psiquiátrica a inclusão subjetiva, na medida em que se busca com tal mudança propiciar um lugar social para as diferenças e para o sujeito singular. A estabilização e a reorganização psíquica acaba sendo uma decorrência do próprio trabalho e não um fim em si mesmas.

No capítulo seguinte abordar-se-ão as relações entre os sujeitos e a instituição. O papel e a função dos grupos e das oficinas, dentro do CAPS, bem como a maneira pela qual esses espaços propiciam aos pacientes a construção de novos laços e redes sociais afetivas serão também apresentados.

CAPÍTULO 3 – INSTITUIÇÃO E GRUPO

3.1 – Os sujeitos e a instituição

Não se pode negar que na vida o homem necessita do outro (sociedade) para lidar com o desamparo e com as angústias, no seu processo de individuação e na construção de sua identidade. Isso significa dizer que é na inter-relação sujeito e sociedade que o homem vai se organizando e aprendendo a lidar com seus impulsos amorosos e hostis.

Zimerman (2000, p.82), ao falar da condição humana, diz:

> O ser humano é gregário, e só existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, ele participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

O *grupo* pode ser compreendido como um conjunto de pessoas que interagem entre si, compartilhando valores, regras, normas e uma ordenação na realização de uma tarefa, que segundo Bleger (1991 p. 61), vai além das relações entre os sujeitos, sendo "fundamentalmente, uma sociabilidade estabelecida sobre um fundo de indiferenciação, no qual os indivíduos enquanto tais não têm existência e entre os quais opera uma transitividade permanente".

Apesar de estarmos submersos em um meio e em grupo desde que nascemos, isto não implica que as relações se dêem de forma linear e pacífica, sendo, por vezes, a aproximação e a separação, fontes de muito desconforto no sujeito. Portanto, não se pode

negar esta demanda de busca do homem em se sentir pertencente a um grupo, pois seria o mesmo que negar a própria condição humana.

Na perspectiva de Bion, o desenvolvimento do homem está interligado à sua capacidade em tecer vínculos com os outros e consigo mesmo (partes de si mesmo), porque é por meio deles que o sujeito vai se integrando e se ligando aos objetos, fazendo elos de ligação entre os sentimentos, as emoções e as idéias de si mesmo e do mundo que o cerca. Neste sentido, os vínculos proporcionam fazer conexões entre as diferentes experiências, bem como propiciam fazer mediações, trocas afetivas e negociações na relação com os outros e com a realidade. Conseqüentemente, é também através dos vínculos que se alicerça a comunicação entre o sujeito e realidade.

Com base na visão bioniana, Zimerman (2001, p. 428), no *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*, conceitua *vínculo* e nos remete à importância dele para a integração do pensamento com as emoções: "[...] Bion conceituou vínculo como uma estrutura relacional-emocional entre duas pessoas ou mais pessoas, ou entre duas ou mais partes separadas de uma mesma pessoa".

Na perspectiva da teoria kleiniana, desde cedo o bebê se relaciona de forma arcaica com os objetos, tentando interpretar e compreender as sensações desagradáveis e prazerosas vividas pelo seu corpo, mesmo que *o outro* seja apenas reconhecido a partir da satisfação ou não das suas próprias necessidades. Contudo, a partir desta interação recíproca e desta interdependência entre o bebê e o ambiente, é que o sujeito vai se constituindo, diferenciando-se dos outros que o rodeiam. Assim, gradativamente vai percebendo suas ações e responsabilizando-se pela suas escolhas.

Winnicott (1983, p. 80), se referindo ao processo de amadurecimento, diz que a pessoa adulta necessita identificar-se com a sociedade sem abrir mão demasiadamente de sua própria espontaneidade, aceitando o legado de manutenção ou modificação da cultura.

Verifica-se, então, como *o outro* nos é importante rumo a nossa própria independência e autonomia.

Nesse sentido, podemos conceber também a instituição como um grupo, como um espaço de construção de vínculos, de campos de tensão e de dor. Assim, a instituição, enquanto organização, é geradora ao mesmo tempo tanto de trocas afetivo-sociais, de vínculos intersubjetivos, quanto de concepções excludentes entre seus membros; conseqüentemente, sendo uma fonte de prazer ou de sofrimento e mal estar.

Segundo Käes (2002), o fato é que, na instituição, o sujeito renuncia a sua demanda pulsional, seu desejo, para se inserir no conjunto social. Mas se, por um lado, desde cedo, o sujeito precisa manter e sustentar a continuidade da produção humana; de outro, necessita que a realidade invista nele e o reconheça, fazendo-o parte deste conjunto.

Assim sendo, as relações entre o individuo e o grupo social são revestidas de acordos narcísicos entre ambos. A manutenção dos desejos de uma geração é atualizada no grupo a cada entrada de um novo sujeito no mundo que, em troca, adquire um lugar de existência no mundo.

Käes (2002, p. 27) ao falar dos vínculos nas instituições, sustenta:

> A instituição não é só um lugar da realização do real, simbólico, e imaginário, ou de desejos recalcados. Ela é também o lugar e a ocasião de organização das defesas contra esses mesmos desejos. Ela produz diferentemente defesas específicas contra aquilo que colocaria em perigo sua existência ou a relação dos seus membros com a tarefa primária que os reúne. Ela assegura, finalmente, defesas contra as angústias, cuja origem ou fonte não aparecem diretamente vinculadas ao fato institucional.

Uma particularidade das instituições de assistência são relações conflituosas entre seus membros, que, por muitas vezes, acabam reproduzindo um padrão de relação semelhante à tarefa que elas pretendem realizar. Dizendo de outra forma, a instituição vai se adaptando às patologias que ela se propõe cuidar, coexistindo no seu interior forças antagônicas que

favorecem uma integração ou destruição dos vínculos entre os seus membros no decorrer do trabalho. Käes (2002, p. 22) ao falar sobre a dinâmica institucional diz:

> **Forças opostas** trabalham na instituição: **algumas unificam**, graças essencialmente ao desenvolvimento da função do Ideal, as representações da causa única, sinergias de investimento libidinal, outras empenham-se em diferenciar e integrar elementos distintos em unidades cada vez maiores; outras, pelo contrário, dedicam-se ao retorno do indiferenciado, à redução das tensões, **outras** ainda à **destruição e ao ataque**. (destaques da pesquisadora**)**

Tais formulações levam a pensar que as relações que se compartilham na instituição são marcadas por filiações e alianças inconscientes entre os seus membros, de forma a assegurar duplamente a preservação do que está sendo instituído pela própria instituição e a manutenção da singularidade da identidade de cada membro, em relação ao grupo em que se encontra imerso. Na visão de Käes (2002, p. 24), a aliança inconsciente é:

> [...] uma formação psíquica intersubjetiva construída pelos sujeitos de um vínculo para reforçar em cada um dos integrantes certos processos e funções ou estruturas das quais extraem um benefício tal, que o vínculo que os une adquire para a vida psíquica um valor decisivo.

Pode-se assinalar, então, que as alianças inconscientes são acordos organizadores dos vínculos. Elas se encontram a serviço de organizações defensivas, tanto do sujeito (singular) como do grupo (coletivo). Em outros termos, o acordo é organizador na medida em que, na relação sujeito-instituição, assegura aos seus membros o investimento, as representações, as satisfações de desejo e as possibilidades de defesa.

É nesta inter-relação entre sujeito e o seu grupo que vão se constituindo as formas de vinculação e as de se estar no mundo. Porém, se há falhas nesta relação de trocas e na formação de vínculos entre ambos, o excesso de sofrimento se instala e se transforma em patologia.

A relação na instituição é assimétrica e constituída de pactos, acordos inconscientes entre os seus membros, com a finalidade de garantir, a partir do estabelecimento de consensos, a continuidade de benefícios decorrentes da própria vinculação. Käes (1991, p.46-47) denomina estes acordos inconscientes de *pacto denegatório*. Diz ele a respeito:

> Chamo pacto denegatório à formação intermediária genérica que, em qualquer vínculo - que se trate de um casal, de um grupo, de uma família ou de uma instituição -, conduz irremediavelmente ao recalque, à recusa, ou à reprovação, ou então, mantém, no irrepresentado e no imperceptível, o que pudesse questionar a formação e a manutenção desse vínculo e dos investimentos de que é o objeto.

E continua (p.47):

> Trata-se de um pacto inconsciente, de um acordo entre os sujeitos implicados no estabelecimento de um consenso que visa garantir a continuidade dos investimentos e dos benefícios decorrentes da estrutura do vínculo (casal, instituição,...), e conservar os espaços necessários à subsistência de determinadas funções que se encontram ancoradas na intersubjetividade ou em formas de agrupamento mais específicas: função do ideal, organização coletiva de mecanismos de defesa. [...] **Essa busca da concórdia aparece, portanto, como a negativização da violência, da divisão e da diferença que todo vínculo comporta: o pacto faz calar as diferenças**; é por isso que se trata de um pacto cujo enunciado, como tal, jamais é formulado.(destaques da pesquisadora)

O sofrimento é inevitável, dada a condição humana. Não é, assim, diferente em relação à vida institucional: estando ligado ao próprio sujeito, à sua forma de se vincular no mundo, ele advém da própria organização do espaço institucional, espaço no qual se desencadeiam e se revelam sofrimentos que, em outro lugar, não seria possível. O sofrimento na instituição só existe a partir de uma relação conflituosa entre o sujeito (singular) e o coletivo (institucional), entre o que é contratual e o que é da ordem pulsional, do próprio sujeito.

Portanto, a maioria dos sofrimentos, na instituição, remete às falhas nos acordos contratuais entre o que se encontra instituído e o que se apresenta como instituinte em cada

sujeito. Käes (1991, p. 51) coloca que os sujeitos sofrem na relação com a instituição, quando esta falha na garantia dos acordos e das trocas com o mesmo:

> Nós sofremos pelo fato institucional em si mesmo, inevitavelmente: devido a contratos, pactos, comunidade e acordos inconscientes ou não, que nos unem reciprocamente, numa relação assimétrica, desigual, na qual a violência necessariamente é exercida, na qual se experimenta necessariamente a distância entre a exigência (a restrição pulsional, o sacrifício dos interesses do Eu, os entraves para o pensar) e os benefícios esperados. Sofremos com o excesso da instituição, sofremos também com sua falha, com o seu fracasso para garantir os termos dos contratos e dos pactos, para tornar possível à realização da tarefa primária que motiva o lugar dos sujeitos no seu seio.

Assim sendo, quando, na instituição, o estado de sofrimento entre o coletivo e o singular é intenso, emergem patologias na relação institucional, fundadas na angústia de morte ou de engolfamento do sujeito pelos valores e crenças institucionais. De fato, o sofrimento patológico ocorre quase sempre em função de ameaças ou diante de possibilidades de mudança na estrutura da instituição, a qual sustenta as partes fragmentadas do psiquismo de cada sujeito, na sua relação com o conjunto (o coletivo institucional).

No entanto, uma das maiores fontes de sofrimento reside no fato da instituição falhar, na manutenção da ilusão institucional de uma satisfação dos sujeitos, na realização da tarefa, pela qual a instituição se responsabiliza.

Käes (1991, p. 53) coloca, como uma fonte de sofrimento institucional, as:

> [...] perturbações da constituição da ilusão: a falha de ilusão institucional priva os sujeitos de uma satisfação importante e debilita o espaço psíquico comum dos investimentos imaginários que vão sustentar a realização do *projeto* da instituição, dispor a identificação narcísica e o sentimento de filiação a um conjunto suficientemente idealizado para enfrentar as dificuldades internas e externas.

A instituição, mesmo quando nova, precisa atentar para a manutenção da ilusão mínima de que ela, no seu dia-a-dia, tornará os sujeitos realizados na medida em que executa

com sucesso a tarefa e o projeto daquela instituição. É essa ilusão que, de certo modo, sustenta os riscos e os sacrifícios enfrentados pelos seus membros no decorrer da própria tarefa. A ausência de um modelo que abarque suficientemente uma idealização dos sujeitos pela sua tarefa pode ser geradora de intensos sofrimentos institucionais.

Em relação a essa perspectiva, Käes (1991, p. 54,) enfatiza:

> [...] A importância das formações identificatórias e representacionais: o mito, a ideologia, a utopia são, ao mesmo tempo, formações intermediárias estruturantes e defensivas cujo excesso tanto quanto a falha são fontes de intenso sofrimento psíquico. As instituições devem formar para si uma representação da própria origem. Devem também imaginar uma utopia, um não lugar da instituição, uma figura, da sua negatividade. Se não a imaginarem, correm o risco de inscrevê-la no seu funcionamento.

Uma outra fonte de sofrimento se alicerça em um excesso de defesa dos membros de uma instituição, quando se sentem ameaçadas por um perigo real ou imaginário na realização das tarefas primárias que a instituição estabeleceu como meta. Assim sendo, os membros desta se organizam e se mobilizam em favor da existência dos valores institucionais.

Vale salientar que em toda instituição há um poder instituinte e um poder instituído. O poder instituinte se refere a forças que produzem um código para a instituição, proveniente de movimentos feitos pelos próprios membros de uma organização, visando fundá-la ou transformá-la. Seu caráter é otimizador, dentro das organizações. O poder instituído se refere ao resultado das forças instituintes de uma instituição, representa o conjunto de regras, padrões que regulamentam as relações dentro do coletivo: são ações cristalizadas na organização.

Baremblitt (1992, p. 32,) fala sobre a formação e a característica do instituído:

> Este grande momento inicial do processo constante de produção, de criação de instituições, tem um produto, gera um resultado, e este é o instituído. O instituído é o efeito da atividade instituinte. [...] Então é evidente que o instituído cumpre um

> papel histórico importante, porque as leis criadas, as normas constituídas ou as pautas, os padrões, vigoram para regular as atividades sociais, essenciais à vida da sociedade

A esse respeito, diz ele que o poder instituído dentro da instituição se organiza, a princípio, para garantir que não haja a supremacia de formações narcísicas entre os seus membros, ou o exercício de dominação de uma parte do grupo sobre a outra, ou mesmo para defesa das angústias, frente às mudanças catastróficas, dentro da própria instituição.

Segundo Osório (1997, p. 71) os aspectos narcísicos no grupo se evidenciam por:

> [...] uma menor disponibilidade às interações afetivas e a uma menor consideração pelos direitos alheios, alimentando, dessa forma, os processos obstrutivos pelo estancamento da cooperação grupal indispensável à consecução da tarefa a que o grupo se propõe, seja qual for esta. Por outro lado, a libido represada impede a admiração, porque esta implica o reconhecimento do valor alheio. Destarte, as posturas narcísicas ensejam a eclosão de sentimentos invejosos.

Para Bion (apud Zimerman, 2001), a mudança catastrófica se refere a uma mudança na estrutura e na organização do sujeito, podendo vir acompanhada de estados de angústias paranóides, fantasias de aniquilamento, de ameaça e de perda da estabilidade dos vínculos do sujeito, consigo próprio e com os outros. Dessa forma, a instituição, vai configurando, na sua organização, a produção de defesas comuns contra as angústias catastróficas ou psicóticas dos seus membros e do grupo que a constituiu.

A organização institucional, nem sempre consegue promover suporte para as angústias dos seus membros. O processo de interação entre ambos, instituição e membros, pode ser gerador de um sofrimento inevitável. O sofrimento em excesso pode ser tomado como um ponto de obstrução para a realização da tarefa primária, ou até propiciar um desvio dos objetivos originários que a instituição se propõe atingir. Osório (1997, p. 73) diz que o grupo é uma caixa de amplitude das emoções humanas, estando a serviço dos seus elementos,

para defendê-los de perigos reais e imaginários, assegurando a manutenção da espécie, mas também para exercer e manter um poder sobre eles. Para o autor, neste momento, há um predomínio de aspectos invejosos e destrutivos de seus membros:

> O grupo institucional passa a ser, então, o continente propício a esta busca irrefreável de restauração do poder original perdido e que, no registro existencial de cada um de seus membros, jaz no passado arcaico que retoma ao estado de indiferenciação inicial do bebê, onde impera soberana a condição narcísica primordial, que não reconhece a existência do outro porque isso implica revelar a si próprio sua fragilidade e incompletude.

Ele continua (OSÓRIO, 1997, p. 74-75):

> Quando um grupo institucionaliza–se a serviço do poder e do culto ao narcisismo de seus membros e desvia-se de seus objetivos originais, ele esclerosa-se, perde vitalidade, e, mesmo que não venha a se aniquilar e desaparecer por inteiro sofre um lento, insidioso e gradativo processo de degradação. Se este processo de institucionalização antioperativa for muito precoce, o grupo pode chegar à extinção, aprisionado pela carapaça constritiva das estruturas narcísicas de seus membros componentes, tal, qual o cérebro de um infante esmagado pela ossificação do crânio.

Na realidade, percebe-se que a vida institucional é permeada por campos de tensão entre as forças instituintes e instituídas. Entre o que é proposto e o que é criador de processos de mudanças dentro do coletivo; entre o que é utópico, assim gerador de vida, e o que exerce dominação, exploração entre os seus membros. Quando o grupo se apresenta com o predomínio de uma função de exploração e de poder, o que acaba acontecendo é uma distorção e deformação dos objetivos institucionais propostos. Conseqüentemente, surge a possibilidade de revolta e de violência.

O CAPS, por ser uma instituição de tratamento a pacientes graves, acaba se tornando alvos de tensões intoleráveis, seja pela identificação com a clientela que se propõe a cuidar, seja pelas características dos próprios membros que o constituem.

Os terapeutas, particularmente, por trabalhar com a loucura, se inscrevem em um modo de funcionamento que pode levar a equipe, como o próprio trabalho institucional, a ter tanto avanços quanto retrocessos, quando não leva à própria morte da instituição. Os aspectos destrutivos se evidenciam na entropia da instituição, na fragmentação da equipe, na desestruturação do próprio trabalho e nas angústias intensas que promovem rupturas entre a instituição e seus membros.

Enfim, o CAPS enquanto instituição, não se encontra livre de tensões, fazendo parte de sua sobrevivência o enfrentamento dos conflitos internos e externos presentes no seu interior, como também o acolhimento e a circularidade dos diferentes sentidos presentes nas suas atividades. Portanto, pensar e conhecer as tensões e as configurações do trabalho institucional é o que o torna viva e criativa.

3.2 – Atividades grupais enquanto modalidade de tratamento

De início, cabe aqui salientar que o trabalho do CAPS se caracteriza por atividades grupais. Essas atividades têm como eixos importantes: o atendimento clínico em grupo, as oficinas terapêuticas que visam a uma reintegração e a uma socialização do sujeito. Atuam como um espaço de construção de novos significados a partir de uma produção.

Os grupos no CAPS, em determinados momentos, propiciam mudanças nas características da personalidade do sujeito ou mantêm o estado de equilíbrio dos pacientes, egressos de várias internações ao longo da vida, que chegam ao CAPS imersos em uma crise psicótica.

O trabalho terapêutico com grupos iniciou-se nos Estados Unidos, em 1905, com Pratt. A princípio, colheu informações e efetuou discussões com um grupo de pacientes com

diagnóstico de tuberculose. Neste período, evidenciou-se o quanto o grupo de forma continente proporcionou a melhora e a recuperação de vários pacientes. Após a Segunda Guerra Mundial, com as grandes baixas de soldados na guerra por motivos psiquiátricos, os psiquiatras Main, Menninger e Jones, juntamente com os psiquiatras psicanalistas Bion e Foulkes, nos hospitais militares de Londres, introduziram os grupos em sua prática na reabilitação dos pacientes internados[27].

Existem várias correntes teórico-técnicas que fundamentam os grupos terapêuticos. Dentre elas, está a psicanálise, o psicodrama e a corrente cognitiva-comportamental. Focalizam-se aqui as contribuições de Bion e da psicanálise para a psicoterapia de grupo.

Considerando-se as finalidades e os objetivos do trabalho em grupo, pode-se classificá-lo em dois grandes tipos: os grupos operativos e os grupos terapêuticos.

Os grupos operativos caracterizam-se pela existência de pessoas ligadas por um período determinado para a realização de uma tarefa, cujas ações objetivam fazê-las aprender a lidar e romper com dificuldades, obstáculos e estereótipos na execução de uma determinada tarefa.

Para Fernandez (2003, p. 187), os grupos operativos são: "[...] grupos com objetivo de esclarecer temas, situações, tarefas, e proporcionar algum aprendizado que favoreça o progresso das pessoas envolvidas, individualmente ou como equipe".

A autora continua mais adiante (FERNANDEZ, 2003, p.188):

> Nos grupos operativos, coincidem o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução da tarefa (quando são resolvidas situações de ansiedade). A tarefa prioritária é a elaboração de um esquema conceitual referencial

[27] Vale ressaltar que estas concepções de trabalho com grupos vão crescendo lado a lado com as críticas ao modelo hospitalar asilar, servindo *a posteriori* de instrumento para a constituição das comunidades terapêuticas.

> e operativo de caráter dialético, em que as contradições referentes ao campo de trabalho devem ser resolvidas como tarefa, durante o transcorrer do grupo

Portanto, a finalidade do grupo operativo é a aprendizagem para lidar com as tarefas e não com a interpretação de movimentos inconscientes, transferenciais e contra-transferenciais. Eles podem se tornar terapêuticos, embora não seja esse seu foco.

Sabemos que há muitas controvérsias em relação à conceituação de grupos terapêuticos, dependendo das concepções teóricas. Mas tomam-se aqui, como referencial, os grupos dentro de uma abordagem psicanalítica. Dessa forma, entende-se como *grupo terapêutico* um espaço no qual um conjunto de indivíduos interage entre si. Cada sujeito modifica e é modificado pela inter-relação. O grupo pode ser de abordagem mais breve ou de longa duração (SIGAL, 1989).

Um ponto que vale ressaltar é que em todo grupo existe concomitantemente uma força que leva à agregação, à harmonia e outra força que leva a rupturas, desagregação e destruição. O grupo é cenário para as manifestações sadias e patológicas, tanto de cada sujeito, como do próprio coletivo. Nessa perspectiva, o grupo pode buscar entrar em contato com suas verdades mais dolorosas e daí propiciar um crescimento, uma mudança ou evadir-se da frustração e da desilusão, destruindo-se. Dito de outro modo, no interior dos grupos pode-se encontrar como força motriz tanto desejos de vida, como desejos de morte.

Zimerman (1998a, p. 141), ao falar do desenvolvimento do grupo, diz:

> [...] um verdadeiro crescimento mental de cada indivíduo do grupo consiste no fato dele ter tirado um aprendizado com as experiências emocionais vividas nas recíprocas inter-relações que o grupo propiciou, de modo a se posicionar na vida pensando que o que é realmente valioso é adquirir a liberdade para fantasiar, desejar, sentir, pensar, comunicar, sofrer, gozar, e estar junto com os outros.

Bion, em seu trabalho de reabilitação com os soldados no pós-guerra, desenvolveu um conjunto de teorias e técnicas sobre o trabalho com grupos. Os sujeitos se reuniam a partir de um campo grupal que consiste na forma intra e intersubjetiva com que eles se relacionam e interagem. Para o psiquiatra, o grupo tem dois tipos de funcionamento: os grupos de suposto básico e o grupo de trabalho, que se manifestam de forma simultânea e oposta um do outro.

A forma de organização de um grupo com suposição básica (ou grupos básicos) apresenta características bem regressivas e primitivas, sendo as relações estabelecidas de maneira a impedir um bom desenvolvimento do trabalho que se propôs realizar. Há um predomínio de emoções intensas que tende a evitar a frustração e a dor inerente ao processo de aprendizagem e de crescimento. Isso quer dizer que o grupo se opõe à capacidade de percepção de uma realidade interna e às diferentes formas de vinculação com a realidade externa. Assim sendo, o que acabam se evidenciando são prejuízos e rupturas no desenvolvimento da linguagem simbólica. Os supostos básicos, de acordo com a forma e o modo de se estruturarem, podem ser caracterizados como grupo de suposto básico de dependência, de ataque e fuga, e de acasalamento.

No grupo de suposto básico de dependência, as emoções intensas e primitivas estão ordenadas a partir de uma cultura grupal que supõe a existência de alguém que vai atender a todas as suas necessidades e vai satisfazer todos os seus desejos, de forma contínua e absoluta. Nesse caso, o grupo acredita que existe algo ou alguém que irá prover o grupo incondicionalmente.

Bion (1975, p. 65), caracteriza assim esse grupo:

> [...] A suposição básica de cultura de grupo parece ser a de que existe um objeto externo cuja função é fornecer segurança para o organismo imaturo. Isto significa que uma pessoa é sempre sentida como se achando em posição de suprir as necessidades do grupo e, o resto numa posição de serem supridas as suas necessidades.

O suposto básico de ataque e fuga parte do princípio de uma cultura grupal que supõe a existência de um inimigo, um objeto perseguidor que precisa ser destruído, portanto atacado ou evitado. O grupo, para preservar-se das ansiedades psicóticas, lança mão de mecanismos de fuga e de ataque a qualquer situação nova ou causadora de conflito, construindo a idéia de um inimigo que precisa ser eliminado, ou seja, há um predomínio de ansiedades paranóides. Zimerman (2000, p. 76) esclarece esta condição do grupo:

> O suposto básico de "luta e fuga" alude a uma condição em que o inconsciente grupal está dominado por ansiedades paranóides e, por esta razão, a totalidade grupal mostra-se altamente defensiva e "luta" com uma franca rejeição contra qualquer situação nova de dificuldade psicológica, ou eles "fogem" da mesma, criando uns inimigos externos, ao qual atribuem todos os males, e, por isso, ficam unidos contra esse inimigo comum.

No grupo de suposto básico de acasalamento há uma prevalência da crença coletiva de que os problemas e conflitos grupais poderão se resolver com o surgimento de um "messias" ou de uma idéia messiânica que livrará o grupo dos sentimentos de ódio e destruição, ou seja, a partir da projeção das fantasias onipotentes na figura de um salvador acredita-se no desaparecimento de qualquer dificuldade do grupo.

Bianchedi e Grinberg (1973, p. 27) se referem ao grupo de suposto básico de acasalamento assim:

> [...] o suposto básico de acasalamento é, em termos narrativos, a crença, coletiva e inconsciente, de que quaisquer que sejam os problemas e necessidades atuais do grupo, um fato futuro ou um ser ainda por nascer, os resolverá, quer dizer, há esperança de tipo messiânico.

Mais adiante (BIANCHEDI e GRINBERG, 1973, p.33) os autores continuam:

> "[...] trata-se da esperança messiânica de que uma idéia ou uma pessoa libertará o grupo de seus sentimentos de ódio, destruição".

O grupo de trabalho, por sua vez, surge da capacidade do grupo de tolerar a frustração e da capacidade de uma inter-relação com a realidade, baseada em princípios de cooperação entre os seus membros para a realização das tarefas. O nível de funcionamento do grupo exige do mesmo um maior contato com a realidade, bem como a inserção de novas idéias, abrindo um espaço para a promoção de mudanças dentro do grupo.

Vale ressaltar que, para Bion (1975), o grupo de trabalho e o grupo de suposto básico se referem a mentalidades grupais[28] que se alternam e ou coexistem simultaneamente, pois existe sempre um interjogo de forças entre as idéias novas que demandam mudanças, bem como uma força opositora que obstrui e impede a diferenciação dos indivíduos e da realidade.

Outra característica do grupo é que ele pode funcionar como um continente às projeções de cada membro, dando sustentação ao que ainda não pôde ser pensado ou ao que se encontra fragmentado e desordenado em cada sujeito. Nos grupos com pacientes psicóticos severos, esta condição (continência) se torna muito relevante para a própria existência do grupo[29] e para a sua manutenção. Caso isto não aconteça, o que acaba se evidenciando é que os sujeitos vivem a situação grupal como terrorífica[30], potencializando os medos da destruição e do aniquilamento, gerando mais angústias e sentimentos de aprisionamento. Zimerman (2000, p. 100) comenta a função do grupo como continente:

---

[28] Termo utilizado por Bion para designar vontade ou desejo unânime do grupo em um momento dado.

[29] Refiro-me, aqui, à prevalência de um funcionamento mental psicótico destes pacientes que se caracteriza por uma desagregação e ruptura dos vínculos.

[30] Estou aqui me referindo a um conceito de Bion denominado *terror sem* nome, que alude a uma dificuldade da mãe em reconhecer as angústias do bebê, devolvendo-as ele sem significado e sem nomeação, gerando mais angústia de morte.

> Todas as considerações acerca da função de continente adquirem uma especial relevância nas situações grupais, se partimos da idéia de que o indivíduo não subsiste psicologicamente sem que tenha uma acolhida e um reconhecimento das demais pessoas dos seus diversos grupos de convívio, com os quais trocas sucessivas e ininterruptas identificações projetivas e introjetivas.

Vale salientar que o trabalho com pacientes psicóticos demanda uma compreensão, principalmente por parte do terapeuta, dos aspectos mais caóticos do funcionamento mental, bem como dos prejuízos das funções egóicas do psiquismo, o que demanda um cuidado com a interpretação e com o *setting*. Dessa forma, o profissional não pode seguir os meios tradicionais da interpretação da transferência, pois apresentam a dificuldade, como diz Zimerman, de se colocarem como observadores de suas próprias experiências emocionais e de vir a sustentar os pensamentos sobre esta realidade interna.

Uma outra modalidade de atendimento e importante forma de tratamento em grupo são as oficinas terapêuticas que, de acordo com o Ministério da Saúde, são de um modo geral, atividades grupais que visam a uma maior integração social e familiar, se constituindo como espaços para a expressão, manifestação de sentimentos e desenvolvimento de habilidades, bem como um espaço para a realização de atividades produtivas, com o intuito de promover o exercício da cidadania e da autonomia do paciente psicótico grave.

Ressalta-se que nem sempre, ao longo da história, as oficinas foram concebidas como lugar de promoção de enlaçamentos e de inclusão dos pacientes. A inserção do trabalho como estratégia de cuidado com a loucura é antiga, tendo sua origem no século XVII e se caracterizando, em seu início, como uma estratégia auxiliar na manutenção da ordem das cidades. Depois, com Pinel e com o tratamento moral, o trabalho adquiriu a peculiaridade de ocupar e regular os tempos ociosos dos pacientes, ordenando seus corpos. Porém, é somente no século XX, que as oficinas se inscrevem dentro de um contexto de reabilitação e re-inserção social dos pacientes com sofrimento mental severo.(GUERRA, 2004, p.23-58)

No Brasil, na década de 80, as oficinas terapêuticas surgem de um contexto de tensão entre as práticas coercitivas e abusivas dos hospitais psiquiátricos e novos modelos de se tratar à loucura em espaços abertos e substitutivos ao manicômio.

Pode-se dizer que as oficinas são atividades lúdicas, operativas, mediadoras entre o paciente e a realidade que o cerca, tendo como objetivo romper com as barreiras de isolamento vivido pelos pacientes, através da convivência, da produção e das trocas simbólicas, durante o processo de criação de um produto. Essas podem ser divididas em duas modalidades: as oficinas que visam uma maior integração das intensas angústias vividas pelo paciente consigo mesmo ou com o grupo e as de cunho de geração de renda que se caracterizam pelo aprendizado específico de uma atividade que possa ser uma fonte de renda para o paciente.(COSTA e FIGUEIREDO, 2004, p.7)

Uma possibilidade de olhar as oficinas terapêuticas é pensá-las como um espaço de reconstrução e significação da experiência, de forma a possibilitar aos pacientes a criação, a invenção de novos laços com o mundo e consigo próprio. Agrega-se, como função da oficina, poder propiciar mudanças nas relações do paciente com o mundo de forma que permita mais autonomia e liberdade para lidar com o sofrimento psíquico e com o seu isolamento social e afetivo.

Lima (2004, p. 77) coloca a questão das oficinas como um importante dispositivo para uma clínica que prioriza a singularidade e a subjetividade, ressaltando a importância de as mesmas estarem interligadas com os ideais da reforma psiquiátrica:

> A utilização de atividades em saúde mental implica, então, pensar uma clínica construtiva e inventiva de novas possibilidades e novas formas de vida. Uma clínica comprometida com a construção e a produção de uma subjetividade aberta à alteridade; uma clínica sempre atenta àquilo que propicia a criação e potencializa os processos de transformação do cotidiano. Uma clínica que possa ser praticada como um exercício de expansão e aliança sensíveis aos processos de singularização.

É possível, portanto, pensar as oficinas como um espaço para o desenvolvimento da capacidade de acolhida das angústias, constituindo-as como um espaço de re-ligação entre o sujeito que sofre e a própria vida. Assim a oficina, no decorrer das suas atividades e no processo de criação, pode torna-se um campo que permita: experimentar diferentes maneiras para lidar com a vida e possibilitar o desenvolvimento da capacidade de aprender a pensá-la, a partir da sustentação e da tolerância do desconforto e da frustração.

Isso nos remete ao conceito de *função alfa, de Bion:* a capacidade de o sujeito poder pensar as emoções, impressões e sensações mais primitivas, que em algum momento se apresentam aglomeradas e sem condição de nomeação. Nessa perspectiva, então, a oficina pode potencialmente ser um continente para a catalisação do poder tóxico e paralisante das angústias mais primitivas do sujeito, permitindo assim uma aprendizagem não somente de uma habilidade, mas de uma maneira de ser. Ou seja, a oficina pode propiciar uma *des-coberta* e uma ampliação de *diferentes maneiras* de estabelecer relações individuais e coletivas. (BION,1991a, p.30)

Lima (2004, p.78), nesta direção, fala da função da oficina como produtora de vida e coloca que as oficinas podem ser "um lugar de aprendizado, de produção, de intercambio, de ampliação das relações, de mergulho no universo cultural".

Assim sendo, as oficinas podem ser de grande ajuda no tratamento da psicose, quando ela se torna um canal aberto para expressão do sofrimento psíquico e das situações intoleráveis para o sujeito, que o afastam e o isolam da realidade.

Vale ressalvar, aqui, a escolha da modalidade de atendimento grupal no CAPS. Duas questões relevantes permeiam essa escolha: a primeira delas refere-se à contribuição que o grupo pode oferecer para as mudanças na personalidade de cada sujeito, para auxiliar na manutenção do equilíbrio psíquico de cada paciente. Entretanto, em muitos momentos, a

defesa de um atendimento grupal nem sempre parte da avaliação da necessidade e dos benefícios que alguns pacientes podem usufruir, sendo por vezes utilizado para ampliar o número de atendimentos que são restritos no serviço de saúde, fundamentando essa prática nos baixos custos e na amplitude de um serviço coletivo.

Evidencia-se muitas vezes um despreparo ou até mesmo uma ausência de parâmetros na atuação profissional e também uma falha na própria formação dos terapeutas. Não é fácil para o psicólogo durante os trabalhos grupais com pacientes psicóticos acompanhar e disponibilizar a sua capacidade de acolher e de aguardar o sentido que emerge da construção feita no grupo e pelo grupo e, assim, tomar em consideração toda produção de sentido por mais delirante e desordenada que ela se apresente.

Assim sendo, trabalhar dentro dos paradigmas da reforma psiquiátrica implica em permitir que as diferenças possam conviver em um mesmo cenário e que haja espaço para a circulação e trocas afetivas e sociais. Sarraceno (2001, p. 151) alerta para a importância das novas práticas em saúde mental e esclarece sobre a reabilitação psicosocial:

> A reabilitação não é um processo para adaptar ao jogo dos fortes, os fracos. Mas, pelo contrário, à reabilitação é um processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver, coexistir no mesmo cenário que os fracos.

Mais adiante, ele adverte como as práticas atuais em saúde mental encontram-se em busca de uma identidade, podendo, por vezes, em função das angústias e pela pressa, fazer com que os profissionais retrocedam e ancorem novamente em práticas antigas que ao longo do tempo não trouxeram tantos benefícios para o paciente.

Destarte, as atividades grupais dentro do CAPS encontram-se atravessadas por uma tensão constante entre a cultura asilar e a implementação dos princípios da reforma. Isso, na prática, representa repensar continuamente o lugar de cada profissional, de sua identidade,

mas principalmente, colocá-lo como mediador entre a cultura e a loucura. Não se trata somente de romper com o modelo asilar e manicomial que existe em cada um dos profissionais da área psicológica ou não e sim criar espaços internos e externos para uma interlocução e circulação de saberes sobre o homem e sobre a vida.

Nesse sentido, o próximo capítulo, a partir das idéias de Rezende[31], buscará traçar algumas contribuições da psicanálise para a compreensão dos fatores que podem compor a função terapêutica dos psicólogos do CAPS.

[31] Aqui me refiro ao autor Antônio Muniz de Rezende, psicanalista, doutor em filosofia e professor titular aposentado da Unicamp. Autor de vários livros e em particular o livro "A identidade do psicanalista: função e fatores".

CAPÍTULO 4 – IDENTIDADE DO PSICÓLOGO DO CAPS

Frente a tantas mudanças nos paradigmas dentro do atendimento a pacientes com sofrimento mental severo, conforme visto anteriormente, se faz necessário repensar as características e os fatores que compõem a identidade do psicólogo de CAPS, mesmo sabendo que este é um dos atores dentro de muitos outros de uma rede interdisciplinar.

Inúmeras são as angústias e incertezas provenientes deste novo modelo de atenção à loucura, no qual se inter-relacionam vários saberes e práticas, em que as práticas em serviços substitutivos estão à procura de uma teoria que as legitime e que lhes sirva de referência para o trabalho.

As demandas dos pacientes psicóticos graves são de tal natureza que convidam o terapeuta a se colocar constantemente como observador e investigador de sua prática. Assim sendo, fica a questão de quais as funções comuns que contribuiriam para a identidade do psicólogo diante de pacientes com um funcionamento mental tão regredido e primitivo.

O termo *identidade* é definido no dicionário como sendo um conjunto de características de um indivíduo, podendo também significar uma equação literal em que a igualdade vale para todos os valores das variáveis envolvidas. Nesse sentido, a identidade é um conjunto de características que propicia a condição de reconhecimento e de diferenciação entre as pessoas.

Nessa perspectiva, à luz dos conhecimentos da psicanálise, apresentam-se algumas características profissionais do psicólogo que são importantes para o exercício de sua função psicoterapêutica, no tratamento de pacientes muito regredidos ou psicóticos, dentro do CAPS.

Ressalta-se que, na dinâmica da vida, está-se continuamente em um processo de formação e de transformação, sempre a partir de uma interligação com um *outro* ou com realidade.

No que diz a respeito à relação paciente-terapeuta, pode-se dizer que há uma interação e influência recíprocas entre ambos, durante o encontro, não havendo uma neutralidade neste campo. No contato com o paciente no CAPS, seja nos espaços psicoterápicos propriamente ditos ou não, percebe-se que o terapeuta não é um observador apartado e estranho ao que lhe acontece durante o encontro com o paciente, É, portanto, muito difícil, exigindo muito esforço por parte do terapeuta, se colocar como um observador participante, sem promover atuações na relação com o paciente regredido, que demanda um vínculo muitas vezes baseado em uma simbiose e em uma dependência.

No que se refere ao campo analítico, Baranger (apud FERRO, 1995, p.32) dizem que a situação de análise é:

> [...] a situação da análise como de um campo bipessoal no qual se conhece *somente* a *fantasia inconsciente* de par, que se estruturou a partir das duas vidas mentais e das identificações projetivas cruzadas que se desenvolveram entre analista e paciente: certamente com a expectativa de que o fluxo das identificações projetivas seja maior do paciente para o analista.

No entanto, uma capacidade importante do terapeuta é a função de continente, na qual empresta sua mente para guardar dentro de si os conteúdos mais primitivos (necessidades, angústias) projetados pelos pacientes, até que o mesmo possa ter condições de receber de volta os conteúdos digeridos e desintoxicados, para, posteriormente, vir a nomear e a construir um sentido para a experiência emocional (ZIMERMAN, 2001, p. 85).

Trata-se da visão bioniana da capacidade do terapeuta acolher as identificações projetivas do paciente, boas e más, e ir permitindo que elas ressoem dentro de si até poder

significá-las. Relaciona-se a um poder de custódia, no qual o terapeuta se deixa penetrar por essas impressões sensoriais e pelas angústias primitivas do paciente.

É importante, portanto, a capacidade de continência do terapeuta, pois, à medida que ele sustenta o desconhecido e o desconforto do paciente, dá inicio à criação de um espaço intermediário que permitirá a formação de um outro registro da experiência emocional, trazida e vivida pela dupla paciente-terapeuta. Rezende (2000b, p. 56), ao falar da relação entre continência, tolerância e *rêverie*, afirma:

> Portanto, a tolerância e a continência têm muito a ver com a rêverie como capacidade e mesmo agilidade para pensar, em vista da ação. Tolerância, continência, pensamento, ação formam um *continuum*, a tal ponto que o desenvolvimento da capacidade de pensar vai na mesma direção que o desenvolvimento da capacidade de conter e tolerar.

Na visão de Bion (1994), a relação com o terapeuta, no trabalho com pacientes psicóticos, é marcada pela identificação projetiva, sendo esta uma forma primitiva do paciente comunicar os seus desconfortos e as suas dores em relação à vida. Os ataques aos elos de ligação, muito freqüentes, acabam prejudicando a linguagem, que fica fragmentada, derivando, conseqüentemente, uma desorganização e uma confusão do pensamento que impedem que o paciente integre suas idéias com as suas emoções.

De certa forma, à medida que o terapeuta vai contendo as emoções mais primitivas do paciente, desenvolve-se um aparelho mental da dupla paciente-terapeuta, para pensar as emoções mais dolorosas do paciente. Surge então na relação, a possibilidade de uma aprendizagem por parte dele, que começa a acreditar na própria capacidade de vir abrigar as suas emoções, sejam elas tóxicas ou não, sem precisar vivenciá-las como caóticas. Então, o temor da destruição se torna, de alguma maneira, manejável por ele.

Isto nos remete a um objetivo no trabalho com pacientes regredidos. Gradativamente, com o auxílio da psicoterapia ou da relação com o terapeuta, o paciente deve ir desenvolvendo uma capacidade de conviver com suas dores, com suas dúvidas, sem precisar recorrer tanto às projeções no *outro* ou aprisionar-se em si mesmo, de forma a se defender do que experimenta como hostil na realidade.

Conforme Perez (2001, p. 7-9) a aprendizagem e o crescimento emocional se dão na medida em que se convive com a dúvida, com a espera, com o desconhecido que pressupõem o poder de desenvolver, de um lado, a capacidade de sofrer as dores inerentes à vida e, de outro, o de conviver com a turbulência gerada pelo encontro com o diferente ou com o que há de novo no dia-a-dia. E reforça mais adiante: "Conviver e administrar a turbulência do contato com o novo gera dor que se tolerada permite o aprendizado lento e em pequenas doses".

Evidentemente, para que o terapeuta vá além da experiência sensorial e dos objetos concretos, nos quais os pacientes psicóticos se encontram aprisionados, será necessário o desenvolvimento de um modo de ser[32] que auxilie o paciente na transformação destes elementos brutos em algo possível de se assimilar e de, posteriormente, ir permitindo o crescimento emocional. Dizendo de um outro modo: será necessário auxiliar o paciente no desenvolvimento de uma capacidade de entrar em contato com as próprias emoções, sem recorrer a tantas defesas persecutórias, conhecendo-as e aprendendo com elas.

Segundo Bion (1994, p. 125), é função do terapeuta auxiliar na metabolização do poder tóxico das emoções vividas pelo paciente:

> Na vivência do paciente, o objeto interno de origem, um seio externo que se recusava a introjetar, abrigar e desse modo modificar o poder tóxico das emoções,

[32] Isto alude ao conceito de Bion de *função alfa,* já referida (p. 162 à capacidade do analista transformar as impressões sensoriais e emocionais primitivas em elementos possíveis de serem pensados, imaginados e sonhados pelo sujeito.

> paradoxalmente intensifica (com relação às forças do ego) as emoções contra as quais iniciara os ataques.

A condição de *rêverie* é uma importante função do terapeuta, na medida que pressupõe que ele possa desenvolver uma atitude amorosa, de respeito e de compadecimento às projeções do paciente, reconhecendo o seu sofrimento e as suas fortes emoções. Em outros termos, é importante o terapeuta estar sensível ao sofrimento do paciente para poder acompanhá-lo na descoberta de outros afetos e sentidos na relação com o mundo que o cerca. Em conseqüência, ele pode suportar a desidealização dos objetos e vir a confiar que o terapeuta pode acolhê-lo e ajudá-lo a compreender o que está se passando com ele sem ficar aterrorizado ou paralisado diante do contato com as emoções mais primitivas da sua mente.

Vislumbra-se, então, que é a partir da condição de *rêverie* que se pode desenvolver a capacidade de nomear as experiências emocionais, para em seguida organizá-las simbolicamente. O símbolo tem esta função de permitir suportar as ausências e tolerar as frustrações inerentes à vida.

Rezende (2000b, p. 53) afirma que a capacidade de *rêverie* pressupõe o que ele denomina de *conaturalidade afetiva*, que significa "*a capacidade de saber, por experiência, o que o outro está sentido"*, ou seja, capacidade de reconhecer, já que o sofrimento faz parte também da experiência do próprio terapeuta, do qual ele não se encontra isento ao longo da vida.

Isto instrumentaliza o terapeuta para que, em seu trabalho com pacientes psicóticos, possa ter *rêverie* aos conteúdos tão fragmentados do paciente, possa dar ao mesmo suporte e tolerar o desconhecido, o bizarro, sem necessariamente buscar uma lógica ou um sentido imediato, mantendo-se em uma condição de sustentar a posição de não saber, de ter

dúvidas e aguardar o que vai emergindo na relação com o paciente, até que um sentido se estabeleça.

Na visão de Bion, essa capacidade de sustentar o desconhecido está implícita na atitude, por parte do terapeuta, de não ter expectativas e desejos em relação ao que o paciente traz para a situação de análise. É se colocar em uma escuta flutuante em relação ao sofrimento do paciente mesmo que esse esteja muito regredido, de maneira que é a atenção do terapeuta sem pré-ocupação da mente que lhe favorece o poder de vir a captar e nomear as experiências que não podem ser vividas pelo paciente por serem geradoras de desintegração.(BION, 1991b)

Roosevelt (1998, p. 723), ao falar das dificuldades do atendimento a pacientes psicóticos, alerta para a importância de o analista permitir-se ser penetrado pelo mundo turbulento vivido pelo paciente, porém de uma forma controlada:

> Mergulhar profundamente num espaço "anespacial" ou infinito, num tempo interminável ou comprimido, num mundo em que não existem referenciais coerentes, permeado de violência e morte impensáveis, seria totalmente impossível se não tivéssemos vivido experiências similares, que continuam como ruínas "arqueológicas" em nosso mundo interno. O desafio do analista será entrar em contato profundo com a loucura que permeia o trabalho da dupla, confrontando e por vezes deixando que se misturem aspectos psicóticos do paciente com os dele mesmo, sem que enlouqueçamos.

Sabe-se que, nos pacientes psicóticos, as palavras e as coisas são vistas de forma absoluta e a concretização toma o lugar da capacidade simbólica. Não há o *como se*, mas as coisas *são* e serão sempre de um *único modo*. Portanto, a comunicação, baseada em uma decodificação simultânea dos aspectos inconscientes, só contribui para uma maior persecutoriedade por parte do paciente e para uma desvitalização na relação com o terapeuta, não levando a nenhuma possibilidade de um conhecimento que produza crescimento. A

introjeção de um sentimento do que não é compreendido vai predominar, assim como a sensação terrorífica de suas emoções e a necessidade de fugir delas.

Assim, a comunicação tem de ir se construindo, a princípio, por assinalamentos de como o paciente está funcionando naquele momento e, gradativamente, ir erigindo um continente para abrigar os conteúdos de violência, de medo e de persecutoriedade. Zimerman (1998b, p. 759), ao falar da atividade interpretativa em patologias graves enfatiza os dois eixos centrais, nos quais repousam a interpretação e a comunicação das verdades dolorosas do paciente, para que elas não se tornem cruéis:

> Na verdade, a ação terapêutica psicanalítica, notadamente com esses pacientes mais regressivos, repousa em dois eixos: o eixo vertical seria o da atividade interpretativa, a qual, indo além da interpretação propriamente dita, inclui o uso dos assinalamentos de contradições, paradoxos, lapsos, estilo e forma de linguagem, tanto a verbal como não -verbal, assim como também o analista fará clareamento, abrirá novos vértices de observação e proporá perguntas de natureza investigativa que estimulem no paciente a função de ponderar e de refletir sobre as experiências emocionais. O eixo horizontal consiste na presença da atitude psicanalítica interna do analista, a qual é tecida com os seus genuínos valores diferentes dos dele, amor às verdades, paciência, etc.

Assim, as interpretações taxativas e rígidas por parte do terapeuta não abrem espaço para uma construção de sentidos, estando na maioria das vezes a serviço de uma não-comunicação e de uma resistência de se conhecer as verdades dolorosas do sujeito. Desta forma, o que acaba por acontecer é que a dupla paciente-terapeuta se esquiva de entrar em contato com as situações desagradáveis e dolorosas, impossibilitando o crescimento emocional.

Em muitos momentos, na relação com pacientes psicóticos, as projeções, por serem marcadas por aspectos violentos e intrusivos, mobilizam muita ansiedade no terapeuta que, por vezes, por não conseguir contê-los, devolve ao paciente uma carga demasiada de

ansiedade, gerando um desespero por parte dele por não ser compreendido e não ter existência própria. Em decorrência, afasta-se do contato com o terapeuta e obstrui o tratamento.

Rosenfeld (1988, p. 71) fala muito bem da necessidade dos pacientes psicóticos em se sentirem próximos e compreendidos:

> Um paciente que é capaz de comunicar-se precisa, necessária e desesperadamente, de um analista que seja receptivo a sua comunicação, e existe o grande perigo de o paciente piorar, se não conseguir encontrar esse contato particularmente próximo e essa compreensão de que os pacientes psicóticos dependem.

No andamento do trabalho com pacientes psicóticos, a *rêverie*, a compaixão e a *função alfa* do terapeuta vão lhe favorecendo captar e com-partilhar com o paciente as emoções intensas que o impedem de pensar e entrar em contato com a realidade. Porém, permanece a questão de como o terapeuta vai nomeando para si a experiência emocional do paciente, vivida na relação com ele e de que forma se fará a comunicação, de modo a auxiliá-lo a tolerar um maior contato com seu mundo interno e a discriminar a realidade que o cerca.

Portanto, é por meio do compartilhamento e da tolerância aos sentimentos caóticos que se pode ir ao encontro do conhecimento e, assim, alcançar a representação do que ainda encontrava-se inacessível e não nomeado pelo sujeito (MARQUES, 2004, p. 868).

Nessa perspectiva, torna-se importante a capacidade do terapeuta de nomear, significar os sentimentos que os pacientes experimentam naquele momento, no contato com ele, tentando, às vezes, expandir em doses menores, o universo de significação da experiência emocional, a partir de um melhor desvelamento das vivências mais arcaicas vividas por eles.

Vale então ressaltar que, no trabalho de aproximação das verdades dolorosas do sujeito, o terapeuta, através do conhecimento de suas emoções, poderá vir a confirmar e a compreender as emoções do paciente (REZENDE, 2001).

Nessa direção, a contratransferência pode ser utilizada para se compreender melhor o que se passa com o paciente: os afetos e emoções que ainda não conseguiram ser representados por uma imagem, som ou pensamento onírico. Configura-se como uma ferramenta útil na medida em que nos dá pistas sobre as emoções intensas do paciente que foram explodidas e implodidas por serem tão catastróficas e intoleráveis. Porém há de se estar muito atento para não utilizá-la de forma a colocar, no paciente, sentidos e representações próprias do terapeuta. Cassorla (1998, p. 724) alerta para a diferenciação de uma contratransferência que pode ser benéfica ao tratamento e uma que pode ser prejudicial ao mesmo:

> [...] o profissional deve saber separar a contratransferência prejudicial daquela que levará a desenvolvimento do processo. O que nos interessa é o uso que o analista pode fazer dos derivados de uma contratransferência, resultado da interação de aspectos da mente do analista com o mundo psicótico do paciente e que podem ser esquadrinhados e compreendidos como produtos do campo analítico.

O desafio de entrar em contato com a loucura dos pacientes psicóticos e com seus sentimentos ambivalentes exige do terapeuta que ele tenha um amor às próprias verdades, persistindo no interesse de pensar e conhecer as partes arcaicas e violentas do seu mundo psíquico, servindo estas como uma bússola, um guia, no encontro com o paciente.

A permanente busca pela verdade implica em um sujeito que tolera as suas frustrações, as suas perdas e pode desenvolver funções mentais que o permitam vir a conhecer sua experiência emocional acerca da realidade[33], desenvolvendo, em conseqüência, sua capacidade simbólica. Porém, para que haja o conhecimento é importante que o sujeito ligue seus pensamentos à suas emoções, para poder daí abstrair e conceituar os objetos que o cercam, construindo uma rede simbólica a respeito da sua realidade.

---

[33] Aqui me refiro à discriminação de uma realidade interna e externa ao sujeito.

A propósito disto, Bion nos fala da importância dos vínculos entre os sujeitos e os seus objetos internos e externos na construção de uma relação criativa com o mundo. Para ele, os vínculos são uma experiência emocional na qual duas pessoas ou duas partes da mesma pessoa estão interligadas uma com a outra. Descreve um tipo de vínculo que denominou *vínculo do* conhecimento, que se refere a uma experiência emocional em que o sujeito busca conhecer o objeto e ser conhecido por ele. Conseqüentemente, o sujeito se permite entrar em contato com suas verdades intoleráveis e com o seu mundo interno, sem precisar escamoteá-los ou negá-los.

Nessa perspectiva, espera-se que o terapeuta, na sua formação e na sua vida, procure conhecer o que se passa com ele e se permita entrar em contato com as perdas e as frustrações inerentes da própria vida. Para tanto, precisa ter muito desenvolvida sua capacidade lúdica e sonhante, emprestando seu aparelho mental para abrigar e processar o que não pode ser sentido pelo paciente, devido à demasiada carga de ansiedade que acompanha a experiência.

A função sonhante do terapeuta consiste em que o mesmo se permita criar imagens, sons, narrativas e sentidos para as sensações e emoções trazidas pelo paciente, que não puderam ter a possibilidade de serem significadas, e, portanto, tornaram-se impossíveis de serem pensadas. É a capacidade de construir sentidos e dar nome às emoções e às experiências que permite mitigar, minorar o sofrimento provindo da inter-relação com os outros e, assim sendo, tornar a relação com o mundo menos aterrorizante.

Castelo Filho (2003, p. 107), ao comentar a visão de Bion sobre a capacidade de sonhar as experiências sentidas pelo sujeito como intoleráveis, argumenta:

> Sonhar significaria poder reconhecer, na experiência que se desenrola, quais seriam os elementos que se apresentam constantemente unidos. A reunião constante destes elementos seria percebida por meio de uma imagem onírica, que sintetizaria, como em uma equação matemática, o essencial, a alma daquele evento.

Assim sendo, o terapeuta de pacientes psicóticos tem a característica peculiar de ser um intermediário e facilitador entre o sujeito e o ambiente. Em doses pequenas, vai permitindo a entrada de um outro olhar e sentidos que antes estavam submetidos apenas ao desejo onipotente do paciente. O mundo interno passa então a ser mais discriminado, possibilitando o início de uma capacidade simbólica. Primeiramente, o trabalho residirá em se formar um continente para pensar os afetos e as emoções intoleráveis. Depois, à medida que se vai discriminando as fantasias da realidade externa, a experiência emocional vivida pode vir a ser nomeada, o que servirá de base para uma possível reflexão do paciente sobre sua própria vida.

De certa forma o terapeuta, no trabalho com pacientes psicóticos, precisa também tolerar a escuta dos seus vazios, das faltas, de seu desamparo, de seus sentimentos caóticos, posicionando-se como um sujeito que poderá, a partir da sua própria continência a essas experiências, emprestar o seu aparelho psíquico para guardar e re-ligar os afetos, as idéias do paciente. Propiciando, conseqüentemente, ao mesmo, a construção de uma rede de significados para a sua vida, bem como a reconstrução dos vínculos afetivos consigo mesmo e com os outros.

Vale salientar que, mesmo no trabalho com pacientes psicóticos graves, o terapeuta precisa estar atento para fazer uma aliança com a parte mais saudável do paciente, a fim de poder estabelecer um vínculo de trabalho que favoreça o crescimento e o desenvolvimento emocional. Isto implica acreditar na possibilidade de um trabalho árduo, mas produtivo em relação à psicose, a partir do respeito ao sofrimento do paciente e de uma atitude de parceria neste desvelamento do mundo interno.

Logo o trabalho com pacientes psicóticos acaba sendo análogo ao de uma mãe, na medida em que, gradativamente, o trabalho psicoterápico propicia um crescimento que vai desde a tolerância de uma dependência absoluta, até uma independência relativa, quando o

sujeito vai desenvolvendo a sua liberdade e autonomia para sentir e ser ele mesmo, responsabilizando-se pelas próprias emoções, afetos, pensamentos e ações.(WINNICOTT, 1983, p.79-87)

CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA

5.1 – Algumas considerações a respeito do método: a Psicanálise enquanto método de pesquisa

Primeiramente, gostaria de partir de uma concepção do ato de pesquisar que significa buscar um conhecimento novo acerca de um objeto. Pensando-se um outro aspecto, a curiosidade em conhecer surge como uma necessidade da vida emocional, a qual é provocadora de questionamentos e/ou turbulências internas no investigador.

Nesse sentido, pesquisar se torna uma saída para as inúmeras dúvidas do sujeito (pesquisador) no contato com a realidade. Para Winnicott (1996, p.10), a ciência é posta em movimento justamente pela própria inquietude do investigador frente aos seus vazios e ao que se apresenta a ele como desconhecido. O conhecimento adquirido sempre se abrirá para novas ampliações e expansões de sentidos: "Para o cientista, todo vazio no entendimento oferece um desafio excitante. Assume-se a ignorância, e se delineia um programa de pesquisa. A existência do vazio é o estímulo para o trabalho. O cientista pode se permitir uma espera e se permitir ser ignorante".

E mais adiante ao falar da contínua expansão do conhecimento:

> A ciência suporta uma infinidade de dúvidas, e implica fé. Fé em que? Talvez em nada; apenas uma capacidade de ter fé; ou se tiver mesmo que existir fé em algo, que seja a fé nas inexoráveis leis que governam os fenômenos.

Na busca do conhecimento o pesquisador vivencia sempre um duplo desafio. De um lado suporta as dúvidas, o desconhecido, a ignorância diante da realidade que o intriga;

por outro, sabe que o conhecimento adquirido nunca é um fim em si mesmo, finito, mas deve abrir-se sempre para novas formulações e questionamentos.

Bion (1991a), como Freud, acha que o pensamento surge para ligar e preencher o hiato entre as emoções e a própria ação, sendo ele que permite mitigar cada vez mais o desamparo da nossa condição humana, a tolerância às frustrações e aos desencontros inerentes ao desenvolvimento da vida, possibilitando sempre irem busca de novas alternativas.

O desejo de conhecer faz parte da vida e neste sentido implica em uma formação de vínculos do sujeito consigo mesmo e com a sua realidade, por mais dolorosa que ela se apresente, o que lhe permite estabelecer relações com o seu mundo interno e externo.

Pode-se, então, pensar que o conhecimento surge de uma experiência, em que há um entrelaçamento entre o sujeito e o objeto a ser pesquisado, de forma que, por meio desta experiência e desta *inter-ação,* a estruturação do objeto vai emergindo e sendo conhecida pelo próprio pesquisador.

Rezende (1997, p. 206), ao falar sobre o conhecimento e as relações entre sujeito e objeto na pesquisa, diz:

> O conhecimento caracteriza-se por uma certa "forma de presença" do objeto ao sujeito. Não uma forma qualquer, mas aquela que permite ao sujeito dirigir-se ao objeto conhecido, encontrá-lo e reconhecê-lo. Ou melhor, conhecer é uma forma de identificar o objeto conhecido, em seu ser e em sua maneira de ser, de modo a não confundi-lo com nenhum outro. Conhecer é um encontro do ser do sujeito com o ser do objeto. Conhecer é "com-ser", ou "ser–com", intencionalmente.

Ao refletir acerca da pesquisa científica, no âmbito da filosofia das ciências, o autor aponta quatro grandes tipos de ciência: as formais, as empíricos-formais, as humanas e a psicanálise. Para ele, cada uma delas estabelece, de forma diferente, a relação entre o sujeito e o objeto.

O paradigma das ciências formais é a matemática. Nela predomina o pensamento de causa e efeito na relação entre o sujeito e o objeto, proveniente de um raciocínio lógico, matemático, em que a racionalidade leva à verdade e esta é regida pela coerência. Rezende (2000a) coloca que as relações entre sujeito e objeto nas ciências formais estão baseadas *"em um sujeito racional, que preside ao conhecimento do objeto"*, em que o pesquisador obedece a estruturação lógica e racional dos objetos, não havendo lugar para a subjetividade.

As ciências empíricas formais têm como paradigma a física e as ciências naturais. Nelas, a relação estabelecida entre o objeto a ser pesquisado e o pesquisador é baseada na experimentação e na verificação das hipóteses. O conhecimento, neste contexto, é compreendido como resultado da correspondência entre o pensamento do pesquisador e a própria realidade, ou seja, o conhecimento acerca do objeto é no real a própria propriedade e configuração do objeto. Assim, em função desse paradigma, o conhecimento surge de um excesso de objetividade em relação ao que se apresenta para ser observado. O importante é que o pesquisador controle todas as variáveis que possam interferir no próprio objeto, bem como busque a comprovação da realidade observada.

As ciências humanas têm como objeto de estudo o ser humano e suas relações. São um objeto polissêmico, abrigando múltiplos sentidos. Nesse modelo, o paradigma encontra-se no consenso da linguagem, dos sentidos e das idéias. Estabelece-se, então, entre o pesquisador e o seu objeto relações de criticidade e reflexão, em que a verdade faz parte de um processo de significação e simbolização das experiências, surgindo então como um acordo na multiplicidade de sentidos existentes. É, segundo Rezende (1999, p. 304), um conhecimento que surge da concordância simbólica entre pesquisador e objeto, pois o objeto nas ciências humanas é o próprio homem. Diz ele:

> Nas ciências humanas, as relações sujeito–objeto transformam-se, graças a um novo corte epistemológico, e aparecem como uma relação sujeito↔sujeito, na intersubjetividade. Isto quer dizer que, para as ciências humanas, o objeto é o próprio sujeito, em ato de "ser humano", especialmente da cultura. O objeto das ciências humanas são os "seres da cultura".

A Psicanálise, enquanto ciência, vai além das ciências humanas, pois propõe que a verdade surja de um desvelamento de um sujeito↔objeto não somente consciente, mas principalmente inconsciente, pois a pesquisa de um objeto é sempre uma pesquisa também de fenômenos que atravessam e constituem o próprio pesquisador. Portanto, a pesquisa em psicanálise se torna muito rica, na medida em que vai permitindo paralelamente um desvelamento de um sujeito pesquisador e de seu objeto. Tanto o objeto como o sujeito se põem em uma situação de confronto e desnudamento, um para o outro, permitindo-se ser conhecido e reconhecer, durante o processo de investigação.

A pesquisa neste enfoque exige que, no encontro com o objeto, o pesquisador se ponha a observar com uma atenção flutuante e a interpretar os inúmeros sentidos presentes na comunicação, sem *a priori* querer inferir ou teorizar de antemão o próprio objeto.

Para Herrmann, a particularidade da pesquisa com o método psicanalítico é permitir que se **vá ao encontro do objeto**, que este "se fale, *exiba sua relevância*", suas **características e os seus diversos sentidos**. Desse modo, o caminho a ser percorrido vai sendo construído paralelamente ao contato com o próprio objeto. Portanto, na pesquisa psicanalítica, o investigador exerce o importante papel de *acompanhante* durante o processo de reconstrução dos sentidos e de construção de novos sentidos, na medida em que se põe na condição de uma escuta burilada para os sentidos ocultos, do objeto a ser pesquisado. No encontro com o objeto, o pesquisador vai possibilitando espaços para que ele se desvele em sua estruturação relevante. Para Herrmann (1993, p.148), a pesquisa psicanalítica: "[...] é aquela que recupera o sentido especificamente humano, o sentido psíquico de seu objeto.

Ao falar do método psicanalítico fora do *setting* padrão, Herrmann (2003, p.17.) diz que este pode operar em diferentes espaços desde que haja uma escuta flutuante, um respeito à associação livre e à interpretação do material inconsciente do objeto a ser pesquisado. Fala da aplicação do método em diversos contextos:

> A primeira idéia que desperta a expressão **clínica extensa é a da aplicação do método psicanalítico a situações exteriores ao consultório**, tais como o hospital, a clínica universitária, a consulta médica, a escola, e, de modo geral a prática junto à população desprovida de recursos. Em si, nada há de errado nesse entendimento usual. Merece, porém, uma precisão. Por clínica extensa, não pretendo referir-me tão só à extensão a outros domínios, **como também à recuperação daquilo que constitui nosso patrimônio original, em parte abandonado, com o tempo**. Como a atenção analítica é sempre clínica, a psicanálise da cultura e da sociedade, a correlação de mão dupla com a literatura e as artes, **a própria integração com o reino das ciências, tudo isto é clinica extensa.** (destaques da pesquisadora)

Para ele (Herrmann, 1993, p.143) pesquisar com o método psicanalítico implica no pesquisador exercer *um papel de Therapon, de companheiro* no processo de *reconstrução* do *sentido humano*:

> [...] Quando o pesquisador se lança numa pesquisa psicanalítica, ele faz também o papel de *Therapon*, quer dizer, ele não vai descobrir, ele **vai permitir que se descubra,** vai permitir que se dê uma *aletheia*, um desesquecimento, já que as águas do rio *Lethes* eram as águas do esquecimento. Uma *aletheia* era uma espécie de desvelamento, de desesquecimento, para os gregos. Algo que já está lá surge por sua força, **numa reconstrução** em que compromete o *Therapon*, quer dizer, compromete o companheiro dessa aventura de **construção de sentido humano**. (destaques da pesquisadora)

É importante salientar que esse autor vê o pesquisador, dentro do enfoque psicanalítico, como um *arqueólogo* que precisa se por a *conhecer sobre as produções humanas* e a querer explorá-las*,* investigando, nas relações, as possibilidades do continente psíquico e do que se apresenta inconsciente. A pesquisa torna-se, então, uma via de alargamento e de reorganização dos diferentes sentidos utilizados, para lidar com os campos de tensão vividos na relação com o objeto de pesquisa.

Nesse sentido, pesquisar em psicanálise envolve, como diz PLASTINO (2001, p. 22), uma particularidade importante em que a produção do conhecimento se dá a partir das relações intersubjetivas entre o pesquisador e seu objeto. Não há um pesquisador neutro e asséptico durante o processo de pesquisa, este se encontra entrelaçado com seu objeto, estabelecendo relações únicas com o que está sendo desvelado e conhecido. A respeito da produção singular do conhecimento em psicanálise, considera:

> [...] Ao constituir uma experiência singular de conhecimento, a psicanálise se erige, assim, não apenas como um novo saber, mas como uma *nova forma de saber*, caracterizada por peculiaridades que a afastam das características postuladas pelo paradigma moderno como necessárias à produção do conhecimento. Nessa nova forma de saber, o conhecimento não é gerado por um sujeito que se debruça com neutralidade sobre o seu objeto, registrando causas materiais e quantificáveis, mas é produzido no interior de um campo empírico singular, constituído por uma *relação intersubjetiva* caracterizada por *relações de afeto*, isto é, por resistências, transferências e contratransferências.

Esse método possibilita uma pesquisa que é sempre promotora de conhecimento e geradora de uma aprendizagem para a vida, na medida em que auxilia a dar sentido às experiências que são significativas e nas quais se está emerso.

Todas essas reflexões e a natureza do objeto desta pesquisa levaram à escolha do método psicanalítico, como um instrumental mais rico para se investigar as dificuldades enfrentadas pelos psicólogos, no tratamento psicoterapêutico com pacientes psicóticos.

Em muitos momentos, o caminho trilhado gerou impasses e necessidade de respostas, de apaziguamento de conflitos teóricos – práticos. A investigação exigia da pesquisadora uma tolerância e a constituição de um continente para abrigar diferentes idéias e até possíveis respostas para os questionamentos da pesquisa. Era preciso dialogar com outros saberes, mas principalmente conscientizar-se que nenhum saber por mais complexo que fosse iria exaurir o fenômeno em si.

Para a pesquisadora, **o processo de pesquisa** propiciou o desenvolvimento de uma postura de interrogação do objeto e da própria vida, pois trabalhar com a loucura é aprender a abrigar o diferente, o bizarro. É, principalmente, buscar um sentido que outrora se perdeu e suportar momentos de desamparo, desistência. É, também, buscar uma **produção de sentido para o que é sensível e próprio do humano**, que são as inter-relações com os outros e consigo mesmo.

Vale salientar que a pesquisa foi abrindo novos caminhos para as angústias da pesquisadora diante do trabalho, na medida em que levantava novos questionamentos e exigia constante elaboração da experiência vivida com o objeto.

5.2 – O percurso e a trajetória da pesquisa

5.2.1 – A elaboração da dissertação a partir do método de auto-organização de inspiração psicanalítica

A presente pesquisa foi se configurando a partir de encontros com a orientadora, nos quais ia se discutindo e registrando em áudio aspectos teóricos e metodológicos a respeito do tema a ser pesquisado, intitulado: "As dificuldades e impasses da clínica do CAPS". O método utilizado para as experiências com a pesquisa foi o da auto-organização com inspiração bion-kleiniana, que consiste no caminho a ser percorrido e construído durante o próprio caminhar. O registro da sessão com a orientadora e os próprios encontros constituíram uma situação de aprendizagem, em que as associações livres, a experiência e o desejo acerca

do tema eram tomados em consideração, para sinalizar o que seria importante a ser pesquisado.

Baccarin (2004, p. 242) coloca, como característica do método de auto-organização de inspiração psicanalítica bion-kleiniana, o seguinte:

> a) Considerar os interesses dos desejos do sujeito que pesquisa; b) considerar a associação livre, acolhendo os pensamentos que estão a procura de pensadores; c) sua natureza e a importância dada ao vínculo orientador–orientando; um vínculo amoroso, no sentido de nele predominar por parte do orientando um sentimento de confiança em relação àquele que ensina e por parte deste a aceitação e continência relativamente aos conteúdos ideativos e emocionais que possam surgir naquele encontro; o que cria possibilidades para que ambos possam buscar sentido(s) para os conteúdos que surgem, e pensá-los psicanaliticamente em relação ao trabalho em desenvolvimento; d) requerer capacidade negativa por parte daqueles que utilizam o método, tolerando o não saber próprio de um caminho que se faz e se sabe apenas ao caminhar; e) considerar a experiência emocional vivenciada como fator fundante da aprendizagem; f) favorecer simbolizações, o que decorre da vivência de todos os fatores acima mencionados.

Assim no transcorrer da pesquisa, o diálogo e a interlocução com os conhecimentos adquiridos nas leituras, na sala de aula, no contato com a orientação, com as experiências de campo e com a própria experiência de trabalho da pesquisadora foram tomados em consideração para ir tecendo e organizando as questões relativas à própria pesquisa.

O diálogo dentro dos encontros de orientação foi caracterizando esta experiência como de uma aprendizagem em que o orientador é um mediador, interlocutor entre o objeto e o pesquisador. A importância do diálogo no processo de ensino-aprendizagem é salientada por Gadotti (1989, p. 69, destaque do autor):

> O **diálogo** é, portanto, uma exigência existencial, que possibilita a comunicação e permite ultrapassar o imediatamente vivido. Ultrapassando

> suas "situações limites", o educador-educando chega a uma visão totalizante do contexto.

Nestes encontros ia se respeitando o fluxo dos pensamentos acerca do tema proposto, que redirecionava e construía a trajetória da própria pesquisa. Como foi dito, estes encontros eram gravados, o que permitia em alguns momentos retomar as discussões feitas na orientação, resgatar as experiências das discussões da pesquisa e, conseqüentemente, possibilitar uma reorganização e elaboração da mesma. A escuta do registro em áudio foi permitindo integrações entre o que se apresentava como novo para a pesquisadora e os conhecimentos que a mesma possuía a respeito do tema. Era um elo de ligação entre a pesquisadora e o objeto da pesquisa.

Baccarin (2004) diz que o método da auto-organização, ao construir os sentidos para o trabalho a ser desenvolvido pela dupla pesquisador-orientador, possibilita a inclusão da "*continência relativa de conteúdos ideativos e emocionais"*. De forma que vai possibilitando uma aprendizagem e um crescimento para a vida, um desenvolvimento tanto pessoal como profissional.

No início dos encontros de orientação, construíram-se os alicerces para se pensar as idéias acerca do tema e da área de interesse. A princípio as idéias se apresentavam sem muito entrelaçamento, apesar de se ter como eixo o tema a ser pesquisado e os recortes teóricos a serem utilizados para a compreensão do objeto da pesquisa. O projeto foi sendo construído a partir do diálogo com a orientadora, das interlocuções com outros autores e das diferentes experiências vividas pela pesquisadora. Nesse processo a liberdade e autonomia na reflexão acerca do objeto, bem como os limites e obstáculos que se apresentavam no contato com este, sempre foram respeitados.

No transcorrer dos encontros, o material recolhido prestava-se tanto para construir os caminhos para a pesquisa de campo, quanto para construir o acervo a ser elaborado, ao longo da pesquisa.

Durante o caminhar, a pesquisadora foi se aprofundando nos estudos teóricos que subsidiariam a elaboração e a confecção da dissertação, pois à medida que ia se envolvendo com o tema a ser investigado, leituras e reflexões iam se fazendo necessárias, para melhor compreender as vivências com o objeto da pesquisa.

Outro aspecto a considerar na dinâmica das orientações foi o aprender a pensar psicanaliticamente as experiências de aproximação com o objeto da pesquisa. Foi preciso aprender pensar e abrigar as turbulências inerentes ao processo de aprendizagem, pois não existe aprendizagem que não gere dor, porque sempre haverá uma ruptura entre o que se conhece e o conhecimento novo.

A orientação dentro deste modelo se caracterizou como um espaço em que a dupla orientador-pesquisador, por meio do diálogo e da reflexão crítica, foi desvelando a realidade, aprendendo a propor questionamentos ao que estava sendo revelado, bem como aprendendo a comunicar as idéias e as elaborações vividas neste encontro. A orientação, enquanto aprendizagem, propiciou transformações e libertações no sujeito-pesquisador. Freire (1978, p. 82) ao falar de uma educação problematizadora, afirma: "A educação problematizadora se faz, assim, um esforço permanente através da qual os homens vão percebendo, criticamente, como *estão sendo* no mundo com que e *em que* se acham".

E continua mais adiante (FREIRE, 1978, p.83), apresentando características da educação problematizadora:

> [...] na medida em que, servindo á libertação, se funda na criatividade e estimula a reflexão e a ação verdadeiras dos homens sobre a realidade,

> responde à sua vocação, como seres que não podem autenticar-se fora da busca e da transformação criadora.

Perez (2001), ao falar das relações de aprendizagem durante a vida, demonstra a importância do cuidador[34], na tarefa de tolerar a experiência e o sofrimento do orientando, sem mutilá-lo ou destruí-lo, auxiliando-o a ter confiança nele próprio e, em conseqüência, a promover o seu amadurecimento.

O crescimento, o amadurecimento e a autonomia da pesquisadora foram se dando a partir do aprender a ampliar o olhar, a fazer questionamentos, a integrar e elaborar os conhecimentos significativos que estavam sendo adquiridos no processo. Nessa perspectiva as orientações auxiliaram, por estarem de acordo e em consonância com o método psicanalítico, sendo necessário, em cada encontro, fazer nomeações e desenvolver uma capacidade de simbolização das relações vividas com o objeto da pesquisa.

Evidenciou-se assim, que a pesquisa, através do método de auto-organização psicanalítico, promoveu e desenvolveu um pensamento autônomo no próprio pesquisador. Não existia certo ou errado, mas sim consensos provenientes de uma relação pautada em uma visão dialética entre o objeto e a pesquisadora. Nesta relação pesquisadora–objeto, a orientação passou a exercer uma função mediadora, abrindo espaço, através da continência, para os pensamentos e emoções provenientes dos diferentes olhares necessários ao desenvolvimento da pesquisa.

---

[34] Aqui, faz-se uma analogia entre orientador e cuidador. No seu trabalho, o professor–orientador exerce uma função importantíssima de auxiliar no desenvolvimento da capacidade simbólica do orientando, na medida que contém todos os conhecimentos fragmentados do mesmo e com *revêrie* vai auxiliando-o no processo de significar a experiência.

5.2.2 – A pesquisa: da pesquisa teórica a pesquisa de campo

O percurso da pesquisa se deu através de duas vertentes:

- a pesquisa teórica, feita na literatura especializada, para o levantamento de idéias, de contribuições teórico-clínicas de diversos autores como: Freud, Foucault, Bion, Käes e outros, a fim de pensar as dificuldades do trabalho dos psicólogos do CAPS, diante da clientela de pacientes psicóticos severos ou crônicos;
- o grupo de discussão com psicólogas de diferentes CAPS da cidade de Uberlândia.

O grupo de discussão, dentro de uma abordagem psicanalítica, consiste em uma modalidade grupal, em que os participantes visam, através da associação livre, discutir acerca de um tema e de seu contexto. Fernandez (2003, p. 202) diz que os grupos de discussão são uma modalidade de grupo operativo que possuem, como objetivo: "*fazer circular o saber, o pensar, de cada participante, despertar associações e formar conhecimento, procurando horizontalizar o saber e a prática de cada um*".

Os grupos de discussão surgiram inicialmente em 1980, baseados nos grupos operativos de Pichon Riviére, nos congressos da Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo. Os participantes se reuniam para discutir e sintetizar, em grupos menores, os temas relativos aos trabalhos centrais das mesas redondas. A partir daí, o grupo de discussão foi se ampliando para trabalhos na área da educação e da saúde. Configurava-se como uma tarefa compartilhada em que os membros tinham como finalidade pensar, levantar questões e opinar sobre determinados temas de forma democrática e participativa.

A escolha dessa técnica se deu para facilitar aos participantes da pesquisa a explicitação de suas dificuldades e impasses. Esse enquadre possibilitou uma maior liberdade e abertura para se falar dos pontos de tensão presentes no trabalho do CAPS, pois a identificação entre os membros do grupo diminuía a resistência ao discutir o tema.

A pesquisa se configurou, então, como um grupo de discussão de inspiração psicanalítica, em três encontros, do qual participaram seis psicólogas[35] de diferentes CAPS da cidade de Uberlândia. Aceitando participar da pesquisa, as psicólogas se propuseram, a pedido da pesquisadora, refletir sobre seu trabalho e levantar as suas dificuldades em relação a ele. Esses encontros se mantiveram em um mesmo espaço físico, com duração de uma hora e meia. Centravam-se numa associação livre acerca do trabalho do CAPS, tendo como objeto o levantamento das referidas dificuldades. O sigilo profissional foi assegurado às participantes.

A escolha do número de participantes, não se baseou na valorização da validade estatística, pois o paradigma desta pesquisa se pautou na possibilidade de que viessem a emergir, nos encontros, os diferentes sentidos do objeto pesquisado. O próprio objeto, na sua relação com o observador, exibirá a sua relevância e estruturação. Concorda-se com Mezan (2000, p.12), quando se refere ao gênero da pesquisa (psicanalítica): nela não se pretende validação estatística, caracteriza-se muito mais em "*apontar os padrões, estruturas e correlações"* que o material da pesquisa possibilita ao pesquisador-observador. O importante é como o material construído durante a pesquisa torna-se ferramenta *"para intelecção de relações relevantes entre conteúdos psíquicos, ou entre estes e os mecanismos responsáveis por sua produção"*.

O grupo de discussão contou com uma coordenadora (a pesquisadora) e uma co-coordenação (orientadora da pesquisa) que convidavam os participantes para que falassem livremente sobre o trabalho do CAPS, levantando questões acerca do mesmo. No final, foi feita uma síntese do que fora abordado em cada encontro, para registrar as experiências emocionais[36].

---

[35] Ver Termo de Consentimento para a pesquisa em Anexo 1.
[36] Os coordenadores exerciam uma escuta e uma atenção flutuante deixando emergir as experiências emocionais de cada encontro.

Um outro ponto importante é que a escolha das participantes não foi pautada em uma única formação teórica-técnica, aceitando o convite seis psicólogas que têm em sua formação a psicanálise como referência, o que não influenciou diretamente no desenvolvimento da pesquisa, pois o que se pretendeu foi ampliar o conhecimento acerca do trabalho dos psicólogos do CAPS diante de uma clientela de pacientes graves e de difícil acesso.

Os encontros eram gravados e transcritos. Acrescidos das anotações do que era observado pela pesquisadora no decorrer desses encontros, os registros constituíram o material da pesquisa. Posteriormente foram analisados, a partir do método psicanalítico, ou seja, através da interpretação do que se apresentou oculto e à margem dos sujeitos.

O grupo foi trilhando o seu próprio caminho, levantando o que seria importante pensar, refletir e discutir sobre o tema e o objeto da pesquisa. Cada encontro foi marcado por uma não definição *a priori* do caminho a ser percorrido e do que ia ser dialogado acerca do tema. Desta forma, eles foram propiciando o levantamento de questões sobre as dificuldades e desafios do trabalho do CAPS, através das associações livres.

Herrmann (1993, p. 145) observa que o pesquisador, em consonância com método psicanalítico, precisa reconhecer a importância de se observar o fenômeno, até que este possa promover uma estruturação de sentidos. Através da escuta e da atenção flutuante pode-se construir uma espécie de matriz de certos pontos pertencentes à estruturação do objeto a ser pesquisado:

> Reconheça um problema real, sobre ele se debruce, deixe que este problema fale de sua própria importância, exiba as estruturas geradoras de sua própria importância, de sua significação humana, forte. Em seguida, ao invés de partir para uma teoria, partir para um outro caso, que também vai se revelar... e para um terceiro.

Vale dizer que a escuta psicanalítica é que permite ao pesquisador compreender as significações humanas e as experiências dos participantes ocultadas e vividas, em relação ao tema. Para que haja uma escuta, o pesquisador - de forma análoga ao analista - precisa desenvolver uma atenção flutuante à cadeia de associações feitas pelos sujeitos da pesquisa, se colocando nesses encontros, segundo Bion, com uma postura *"sem memória e sem desejo"*. Nesse sentido, em cada encontro, na tentativa de abarcar a polissemia do objeto, a pesquisadora precisava estar atenta para ficar aberta, livre, sem pré-conceitos ao que se mostrava a ela ora visível (conteúdo manifesto), ora invisível (ao conteúdo inconsciente).

Rezende (1993, p. 116) diz que a escuta psicanalítica é que possibilita efetivar a interpretação da experiência emocional, assim:

> O analista **escuta atentamente**, com **disponibilidade**, deixando-se levar juntamente com o paciente, pela **cadeia de associações,** mas atento às seqüências semânticas, **ao sentido fazendo-se em meio aos encadeamentos semióticos**. Como aquele que pratica o *Wind-surf*, a atenção do analista permite-lhe flutuar, exatamente **à medida** que se deixa **impulsionar pelo** vento **invisível**. Sem enxergar na metáfora do pneuma (vento, espírito), poderíamos dizer que também o inconsciente "sopra" onde quer e quando quer; mas o analista não pode perder as chances que o vento lhe dá.(destaques da pesquisadora)

A escuta psicanalítica na pesquisa não significa que o pesquisador fique aprisionado ao que se lhe apresenta de forma sensória, mas implica em uma escuta interpretativa que vai além do que está sendo manifesto, na medida que escuta e vê mais sentidos no sentido dado pelos participantes. A natureza do objeto, pos, em saúde mental, dependendo do ângulo que se olha, é polissêmica. Para tanto, a valorização da associação livre dos participantes acerca do tema, bem como a construção de um vínculo amoroso e de conhecimento entre os mesmos serviram de fundação para o desenvolvimento de novos sentidos, novas possibilidades de pensar o fazer clínico do CAPS.

Durante este trabalho, a pesquisadora procurou desenvolver sua capacidade de reconhecer a multiplicidade de sentidos ao que era observado. No processo de reconhecimento do objeto, o importante não era a simples decifração do mesmo ou a correspondência entre a verdade do pesquisador com a verdade do objeto, mas principalmente o desvelamento dos diferentes sentidos, propiciadores de uma expansão do pensamento e do conhecimento acerca do objeto da pesquisa, pois se acredita que o conhecimento surge a partir de um consenso simbólico.

Os encontros com o grupo de discussão possibilitaram às participantes a integração de algumas idéias e sentimentos relativos à identidade do trabalho com pacientes psicóticos, que se encontram em estados emocionais muitos regredidos, bem como a identificação das particularidades do trabalho no serviço de saúde mental, substitutivo ao hospital psiquiátrico. O grupo de discussão proporcionou um compartilhamento das emoções, das idéias, das dificuldades. Em muitos momentos, se caracterizou como um espaço onde se pôde pensar as tensões provenientes das relações de convivência institucional, tanto com os pacientes psicóticos, quanto com os diferentes profissionais existentes dentro do CAPS.

No próximo capítulo, analisar-se-á o material constituído pelos dados construídos nos grupos, tendo por base as idéias surgidas na consulta à literatura especializada e as diretrizes do método psicanalítico.

CAPÍTULO 6 – REFLEXÕES NASCIDAS DO ENCONTRO E DA ESCUTA DO GRUPO DE DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentam-se os pontos relevantes levantados pelas participantes da pesquisa sobre as dificuldades encontradas no trabalho com pacientes psicóticos no CAPS. Paralelamente, far-se-ão reflexões e a análise desse material que se organizou, conforme descrito no capítulo anterior, sob o vértice da escuta psicanalítica.

Procurou-se fazer uma escuta, a partir da atenção flutuante, do material levantado, interpretando os sentidos ocultados no discurso das psicólogas. As invariantes e as variantes dos relatos das participantes foram agrupadas em diferentes particularidades e campos de tensão da clínica do CAPS.

Em um primeiro momento, é importante ressaltar que nos encontros com o grupo de discussão evidenciou-se um movimento que oscilava da queixa do desamparo e amplitude do trabalho do CAPS, para a busca de alternativas criativas de se refletir sobre as particularidades, desafios e impasses do trabalho. Logo, também, se apresentou nos encontros à necessidade de um modelo para a construção de uma identidade para o trabalho.

Verificou-se entre as participantes a existência de vários *campos de tensão.* O campo de tensão se caracteriza por áreas de conflito na relação com as diferentes, e por vezes opostas, forças internas e externas em relação ao trabalho com pacientes psicóticos no CAPS.

6.1 – Campos de tensão

6.1.1 – Clínica padrão X clínica do CAPS

A clínica padrão se caracteriza por ser uma clínica marcada por procedimentos técnicos, pautados em um atendimento individual, em uma ordenação do encontro terapeuta e paciente. Na clínica do CAPS, devido às diferentes atividades, os procedimentos não se reduzem à relação paciente – terapeuta, são vários os contatos que se encontram fora do enquadre psicoterapêutico.

Na discussão dos grupos é constante a alusão à dicotomia: clínica padrão e clínica do CAPS. Podem-se registrar diversas contribuições:

> **"***Lá no CAPS não tem só trabalho individual. A gente trabalha não só com psicoterapia tem outros tipos de trabalho que são diferentes da clínica padrão. Acho que todos que trabalham no CAPS acabam, têm mesmo que funcionar de um modo ou de outro de um jeito multiprofissional para que se atinja o objetivo terapêutico. O que nós temos que falar do CAPS?. A clínica é tão ampla!."(P1)*[37].

> *"Porque é uma rotina de tratamento não é só você e o paciente atendido, não é só o olhar de você enquanto terapeuta ali naquele contexto" (P2)*

O trabalho do CAPS se caracteriza por dois eixos importantes: de um lado o trabalho psicoterápico; de outro, o trabalho através de oficinas que visam a propiciar uma reintegração e socialização do sujeito em estado de sofrimento agudo:

[37] Os textos foram ligeiramente modificados para facilitar a leitura, tendo-se o cuidado de não se alterar o sentido da fala. Colocou-se entre parênteses os acréscimos que se julgaram necessários para a compreensão do sentido. As siglas P1, P2, etc. referem-se às diferentes participantes do grupo de discussão.

> *"Eu acho, às vezes a gente vem discutindo, que para você ser um profissional do CAPS você tem que lançar mão de vários recursos, de algum modo, não só do recurso técnico, até extrapolando um pouco aquilo que a gente acaba tendo como objetivo ideal de uma clínica padrão. Tem –se outros trabalhos como as oficinas terapêuticas e outros tipos de cuidados, que são diferentes, mas são terapêuticos. Não é só a clínica de você com o paciente, pois no consultório é você e o paciente, quando acaba a sessão ele vai embora, porém no CAPS ele continua.* (P1)

As diferenças são vistas, mas em alguns momentos ressaltam-se as semelhanças, que levam à busca de alternativas para lidar com o desamparo e as dificuldades do cotidiano do CAPS.

> *"Não que não tenha clínica (padrão), mas a clínica faz parte. Ela esta dentro, mas ela é diferente. Eu não vejo, assim, como absoluta porque eu vejo que há diferentes olhares. (...) Eu vejo assim o CAPS como processo de construção partindo muito da nossa possibilidade de ir além porque esta nos exigindo isso o tempo todo".* (P2)

Evidencia - se aqui, na medida em que o psicólogo está inserido em outro campo de atuação, sem ser o modelo de consultório particular, uma necessidade de expansão do campo da clínica, na qual os ajustes teóricos – práticos são relevantes, precisando incluir diálogos com um conhecimento multidisplinar. Como diz Ferreira Neto (2004, p.90), as novas concepções de clínica apontam para uma direção, onde há a inclusão dos aspectos sociais na formação da subjetividade. Portanto, a clínica em saúde pública, na sua concepção não pode lidar com um "*modelo homogêneo ou acabado",* apresenta-se*, "na verdade, como um amplo painel multifacetado e em construção".*

Mas a construção de um modelo novo de identificação para o que está sendo vivido no dia a dia faz emergir nos participantes um conflito, entre o real e o idealizado durante a formação acadêmica.

Pela dificuldade do paciente em aderir ao tratamento, acaba sendo necessário que o psicólogo amplie sua atuação, fazendo parcerias com as famílias como tentativa de

viabilizar o processo terapêutico, bem como de dar voz a uma família que se encontra excluída de trocas sociais e simbólicas no seu cotidiano.

> "*É que tem pacientes que não são para o CAPS, que não é de lá e sim do ambulatório. E tem alguns pacientes que são para o CAPS e não querem fazer o tratamento. Temos que saber respeitar isso no paciente. Não tem como (...). Ele não adere, mas algum significado aquilo tem para ele. Qual é o simbólico disso tudo? Porque ele tem. Porque ele não adere, mas também não vai embora. Tem paciente que vai embora e que aí você tem que elaborar essa perda, esse luto e resgatar essa capacidade de estar vivendo de novo para essa nova construção" (P3*).

Vale ressaltar pela fala das participantes o quanto às famílias depositam no tratamento, na equipe e na instituição uma esperança de serem compreendidas e vêem a instituição como um lugar de acolhida e continência para a loucura e a diferença.

> *"[...] para a família mesmo que, às vezes, fala assim: " Há uma luz no fim do túnel para o meu filho". (...)Nós temos que partir do princípio que a gente tem que construir o túnel, uma luz, porque o pouco que você acolhe essa pessoa que esta sofrendo tanto, que também é uma dor da família que vê seu filho, que para ele até aquele momento estava bem e a partir daquele primeiro surto ou de surtos sucessivos assim(...)perde completamente as relações sociais(...) Ter a esperança de que alguma coisa pode dar conta daquele estado.(P1)*
>
> *- São vários estes momentos?(pesquisadora)*
>
> *- É muito complicado (todas falam juntas)*
>
> *- "Completando o que você esta falando da esperança porque você esta falando da esperança familiar, né? E a gente tem trabalhado muito a impotência da gente ou a onipotência da gente. Porque são duas coisas que mexem muito com a gente.*

Nesse último material, a psicóloga aborda um aspecto do trabalho que é uma constante em todas as entrevistas: *o sofrimento*, desencadeado pelas situações de relação com

o paciente, com a equipe interdisciplinar, com os diferentes modelos de tratamento. Pontos que serão comentados mais adiante.

As dificuldades apresentadas em muitos momentos ressaltam como o trabalho com pacientes psicóticos é uma tarefa árdua, na medida em que suscita diferentes emoções e sentimentos nos terapeutas. O desafio de sustentar a perda de contato com os pacientes, a desesperança familiar e social que o acompanha exigem um esforço interno dos psicólogos para sustentar as frustrações e os desencontros.

Ilustra-se com o seguinte material:

> *"Essa questão do terapeuta estar preparado para suportar as frustrações, para vivenciar esse luto e ir além do luto para poder construir. Porque se você não consegue ver lá um trabalho onde o nível de exigência não é só ali, tem a oficina que também exige uma outra dinâmica. Então você tem que estar com um preparo interno mesmo, para poder suportar" (P2).*

Diante dessas dificuldades as psicólogas do CAPS vão buscando uma maneira de pensar as experiências frustrantes e desafiadoras do trabalho com pacientes psicóticos. Isto como diz Freud e Bion implica em uma capacidade de aprender com as experiências boas e más e ir desenvolvendo um alargamento do aparelho psíquico para conter o desconforto.

Evidenciam-se limites e desafios sofridos pelos psicólogos na construção de ligações com o paciente que propiciem o desenvolvimento terapêutico. Isso faz lembrar de um aspecto do psiquismo que Bion (1994, p.101-109) denominou "parte psicótica da personalidade": a arrogância que se caracteriza pelo predomínio da onipotência, onisciência e prepotência. Nas suas relações com os outros e com eles mesmos, desenvolvem mecanismos de defesa específicos[38] para lidar com as ansiedades persecutórias, dificultando a aproximação

[38] Os pacientes psicóticos se utilizam forma excessiva de mecanismos de ataque a qualquer coisa que possa ligá-los aos objetos. E também da cisão dos objetos em bons ou maus, da idealização, da negação da realidade interna e externa, bem como de um abafamento das emoções (Ver in: Klein, 1975)

e a construção de vínculos com o terapeuta. Alguns participantes colocam a dificuldade dos pacientes em estabelecer vínculos com a equipe e com as atividades propostas dentro do CAPS.

> *"A questão da referencia, do vinculo e têm pacientes, por exemplo, que não tem nenhum, que não tem com alguém, que não tem com uma tarefa" (P3)*

> *"Porque se a pessoa está em crise, ela própria não vai ficar, ela vai circular mesmo, ela vai faltar, ela vai querer afastar e não ir ao CAPS" (P1)*

> *"Eu me lembrei de um paciente hoje que deu um depoimento no grupo interessante. Ele chegou completamente surtado. Não aceitou ficar. Ele precisava ir ao CAPS. Aí a família veio desesperada procurar a gente porque, embora, embora ele não tivesse muito agressivo, mas, ele em alguns momentos tinha, assim, muitas"visões" mesmo onde ele ficava muito irado aí ele agredia também o filho. Ou então, ele ficava num estado mais catatônico, mesmo, debaixo lá de um pé, de uma árvore na casa dele e ficava por horas e horas, sem tomar banho. (P1)*

Em outro momento uma participante fala do mal estar vivido diante dos impasses do cotidiano do trabalho:

> *E a gente tem trabalhado muito, a impotência da gente ou a onipotência da gente. Porque são duas coisas que mexem muito com a gente. O paciente que adere e não quer ir embora, o que vai embora, o que não adere, mas fica em CAPS, esse parece que ele é mais difícil de você entender e trabalhar do que aquele que vai embora.(P3)*

Há queixas referentes a alterações que quebram a rotina, interferindo no vínculo com o paciente: a entrada contínua de pacientes e as mudanças; quer institucionais, quer de configuração da equipe.

> ***"****Todo dia que quebra a rotina e se cria uma rotina. De tempo, em tempos quando, você falou, a gente termina um projeto, a gente senta. E esse três em três meses foi para isso. Se a gente não sentar de três em três meses, no mínimo, para pensar tudo, que dia vai tirar férias, o projeto de fulano" (* P3).

> *"Eu não sei, assim, como que é a experiência de vocês, mas para mim me deixa muito irritada nesse final de ano. Porque, assim, os pacientes continuam os mesmos com o CAPS passando por essa rotina. Então, assim, fica muito difícil à gente ficar organizando e aí, às vezes, tem pessoas que saem de férias e você fica, vira referência daqueles pacientes . [...] Sai da rotina, mas você tem que dar um jeito de que a rotina com o paciente não seja quebrada. Então, como profissional a gente tem que se desdobrar. Acho muito complicado" (P1).*

Percebe-se aqui uma característica do trabalho do CAPS, por atender psicóticos e sustentar um trabalho que se apresenta turbulento e por vezes caótico. Implica em uma capacidade de suportar o desconhecido com o imprevisto diário, proveniente tanto da relação com as configurações institucionais, como das turbulências da relação com o paciente.

Os pacientes que são atendidos no CAPS encontram-se em um estado em que há um deterioramento das funções do ego e uma desorganização do seu mundo interno. A tolerância à frustração é pequena, quando não inexistente. A falta de continência aos seus aspectos amorosos e hostis, bem como a discriminação com a realidade dificultam o desenvolvimento de uma capacidade de entrar em contato com as experiências da sua realidade, sejam elas boas ou más.

A fala das participantes da pesquisa expressa as angústias nelas mobilizadas no contato com os pacientes, quando estes rompem com qualquer coisa que possa ligar as suas diferentes experiências, inclusive as tarefas propostas de reconstrução de laços, pelos psicólogos e pela equipe do CAPS. Como diz Bion (1994, p.48), os pacientes com um funcionamento mental psicótico encontram-se em um estado mental em que as emoções são odiadas por serem intensas e por não terem nenhum continente que as abrigue e que retire o seu poder tóxico.

A dificuldade de conter e conviver diariamente com o predomínio de áreas muito destrutivas da mente dos pacientes pode mobilizar, no terapeuta, sentimentos de impotência diante da desorganização caótica deles. São muitas as agressões e rompimentos, feitos pelos

pacientes, a qualquer possibilidade de vínculo, seja ele de conhecimento, de amor ou de ódio, na relação com os outros ou consigo próprio. Uma das participantes refere-se a uma situação extrema, que exemplifica concretamente essa fuga:

> *"Esses dias tinha dois pacientes planejando pular a cerca elétrica lá no CAPS. De uma hora para outra pula a cerca elétrica mesmo" (P6).*

E mais:

> *"E aí ele está querendo ficar só deitado. A gente chegou lá o povo: ah! Deve estar deitado aí dentro. Não levanta nem para tomar banho. A mãe já chamou varias vezes o Corpo de Bombeiros para levar para o CAPS, pelo menos, no dia da consulta para manter remédio. [...] Da última vez quase amarraram ele porque não queria ir nem para levantar da cama, nem para ir para a consulta médica" (P6).*

Os pacientes psicóticos se mostram ameaçados com o risco de sofrer ao se ligar aos outros. Para evitar o contato com estas experiências dolorosas, utilizam recursos que os afastam dos objetos que se tornaram frustrantes ou atacam a sua própria percepção da experiência dolorosa, proveniente desta relação com o objeto de amor. Zimermann (2000, p.135) diz que, quando os sujeitos não conseguem lidar com as experiências catastróficas e doloridas da vida, utilizam os ataques aos elos de ligação, que vinculam os objetos, as emoções, para não entrarem em "*um estado de desvalia, humilhação e de sofrimento psíquico".*

A experiência da pesquisadora, enquanto terapeuta do CAPS, demonstra quanto os colegas, diante dos ataques aos vínculos, podem se sentir ameaçados em serem destruídos pelos pacientes na sua ação terapêutica e na sua forma de ser. Ou seja, sentem-se prejudicados na possibilidade de fazer do trabalho um encontro produtivo e criativo.

> *"E você fica numa eterna dança. Eu vejo, assim, dançando o tempo inteiro e procurando um ponto de equilíbrio para você também não descompensar. Porque você suporta, se você não suporta você não da conta de ficar nem de um lado, nem do outro e manter e administrar o trabalho mesmo... (P2).*

Ouve-se em vários momentos no grupo de discussão a explicitação da angústia por abrigar as emoções mais primitivas do sujeito. As dificuldades de contato com aspectos muito desagregadores do paciente acabam sendo um fator contra-transferencial que dificulta a escuta:

> *"Muitas vezes. Sabe? Assim, eu percebo às vezes: a dificuldade de lidar com o delírio é muito grande. (...) E há uma transferência maciça. Às vezes por isto as pessoas têm medo e acabam não escutando" (P1).*

> *"Tem pacientes que, às vezes, você desenvolve uma transferência tão negativa que te impede mesmo de estar com ele. Mas, assim, é difícil" (P2).*

> *"Porque é muito difícil, muito difícil, assim, e, geralmente, assim, o que vale pelo peso que é a vivência mesmo dessas pessoas" (P1).*

> *"As pessoas têm muita dificuldade de escutar" (P2).*

> "*Eu fiquei pensando também o que traz também de dor, de projeções. Que dá tempo ou você tem critério para ouvir ou você vai ouvir e mandar para o AD*[39] *e aí, então isso é o mais um complicador" (* P4).

Em outros dois momentos distintos a mesma participante coloca a dificuldade de se fazer uma escuta , devido ao pouco tempo ou à carga intensa das projeções feitas pelos pacientes.

> *Em alguns pacientes a gente tem visto intensamente, outros a gente deixa passar. Não dá conta de escutar.(P3)*

[39] A sigla AD refere-se ao CAPS de álcool e drogas.

E continua:

> *"Talvez porque a demanda dele não seja intensa, talvez ... isso é aquela coisa que a gente não tem tempo .Tem algum momento que você deu conta de tudo. Mas tem paciente que você sabe, você escuta outros: "tá", amanhã no grupo".*

Apresenta-se nessas falas a mobilização intensa de emoções das psicólogas para a necessidade de conter as angústias primitivas e as áreas violentas dos seus pacientes. É importante, então, para os psicólogos sustentarem uma escuta do sofrimento do sujeito, acolhendo afetivamente as comunicações primitivas dos seus pacientes que gradualmente vão sendo transformadas pelo terapeuta em elementos possíveis de serem pensados e digeridos.

Para que este trabalho se desenvolva e favoreça o crescimento do sujeito, é necessário que o terapeuta se permita ser penetrado pelo mundo interno dos pacientes e entre em contato com áreas primitivas da sua mente, sem se sentir ameaçado de morte psíquica até poder nomear a experiência.

P3 diz:

> *"Porque é uma situação emocionalmente muito pesada que ele está vivendo. E a gente vive junto porque quando ele me fala isso a gente sente aquilo".*

Na medida em que o terapeuta se permite ser penetrado pelo mundo interno do paciente, ele não se sente só e ameaçado pelos seus impulsos hostis e destrutivos. Diminui nele a percepção de que é uma ameaça ou um perigo para si e para os outros e, assim, passa a não temer tanto o conhecimento das suas emoções.

Podemos inferir a necessidade dos pacientes psicóticos de que os seus terapeutas consigam suportar as cargas destrutivas projetadas e possam servir como modelo de continente a ser introjetado por eles, para mitigar as suas experiências intoleráveis.

Vê-se que a comunicação dos pacientes psicóticos, na maioria das vezes, é feita através da identificação projetiva, em que os aspectos intoleráveis e as angústias de morte são depositados no terapeuta como forma de expelir e eliminar uma situação de grande desconforto, que não pode ser processada e nomeada. Ela, por sua vez, não encontrou no paciente psicótico, ou no ambiente, um continente adequado que possibilitasse a sua nomeação e a sua representação, gerando uma angústia nos sujeitos de serem engolfados ou invadidos pelo excesso de emoção, que é vivido como tóxica.

A construção de um espaço confiável, regular para a circulação e a escuta do sujeito que sofre é também uma preocupação das participantes, o que nos remete ao *setting*. As participantes colocam as dificuldades em se ter um enquadre definido, no qual o inesperado pode surgir a qualquer momento, exigindo uma tolerância do psicólogo em suportar as desagregações dos pacientes e a forma bruta e desarrumada em que se apresenta o material psíquico no cotidiano do trabalho psicoterápico e de oficinas.

> "*É totalmente diferente. E o paciente ele consegue, ele não cansa, ele consegue deixar essa amarrada (sic), talvez, mais que a gente. Eu no início, eu só dizia: meu Deus o que eu vou conseguir de terapêutico nessa desorganização toda? Porque a gente fica mesmo com essa coisa do setting adequado, idealizado e isso cai tudo. Questões da transferência e da contratransferência ficam diluídas. O setting acho que são vários settings. Em relação ao paciente não é isso que o impede de ter um ganho com a ida dele lá com a estada dele lá. Ele consegue se manter. Dentro da desorganização, ele consegue manter uma organização" (P1).*

O *setting* é trazido também pelas participantes, como espaço possível, construído pela equipe e pela instituição, para dar suporte aos pacientes, na ressignificação das suas

vivências de desorganização, ou melhor dizendo, na elaboração das suas experiências subjetivas.

> *"Porque com todas as dificuldades você consegue mesmo resultados. Porque para alguns pacientes o CAPS, quando o paciente chega, é uma possibilidade de vinculo. É mesmo essa questão de um setting ampliado. Ele se vincula lá, com aquele local, até com a casa, com o aspecto físico" (P3).*

Um outro ponto levantado foi o enquadre grupal com pacientes muito regredidos, à medida que se constitui como um espaço em que há projeções intensas, variáveis, entrecruzadas, provindas dos diversos pacientes. Isso demanda dos psicólogos um acolhimento das angústias, auxiliando os pacientes no desenvolvimento de uma capacidade egóica:

> "*Eu fiquei pensando, por não ter essa experiência de coordenação de grupo com psicóticos. E misturava ali com neuróticos e tal. Eu ficava pensando que, às vezes, iria embaralhar, ia ter dificuldade na condução desse grupo. Sabe? Às vezes, de dar um fechamento para alguma coisa ou deixar as coisas totalmente abertas até o próximo encontro. Porque cada dia, cada grupo tem um membro novo que vai chegando e vão lidando e ajudando uns aos outros, mesmo na crise, como se fossem uma grande família, sabe?" (P1).*

Zimermann (2000) coloca que o terapeuta dentro de um *setting* grupal precisa desenvolver uma capacidade de conter as cargas projetivas dos pacientes sem enlouquecer, auxiliando-os na discriminação e na decodificação das suas necessidades e angústias, devolvendo-as de maneira mais mitigada e desintoxicada do poder da emoção.

No cotidiano do CAPS, há também um enquadre institucional em que coabitam diferentes profissionais, com vínculos e atividades diferenciadas com os pacientes. Os próximos fragmentos remetem para as disrupturas. É preciso salientar, porém, que é importante a compreensão dos diferentes vínculos que o paciente faz com vários profissionais,

de forma a contribuir para ampliação da sua experiência emocional, dentro do CAPS. Embora o mais relevante, seja a experiência emocional emergida na relação com o terapeuta.

> *Então, não é o seu. Seu procedimento, seu vínculo com ele não é o único. E aquilo que, teoricamente, o paciente faria com você, a transferência, aquilo ali fica diluído. Então, ou você é a boa porque você é a que deixa ou você é a que acolheu ou você é aquele que disse aquilo no relatório e a outra que é má e dá limites.(...) Então, não é o seu. Seu procedimento, seu vínculo com ele não é o único." (P3)*

> "*É um paciente de todo mundo também".(P5)*

Trata-se nos exemplos, das dificuldades trazidas pelos psicólogos, em constituir uma situação que favoreça a continência das experiências desorganizadas e caóticas, vividas pelos pacientes.

É importante a preservação de um *setting*, independente da diversidade de profissionais na instituição, pois, à medida que se mantém como um organizador e um conjunto de variáveis fixadas entre a equipe e o paciente, permitem a exploração dos diversos sentidos das experiências emocionais.

Aparece uma necessidade da preservação do enquadre na instituição, não apenas na manutenção de algumas variáveis do tratamento, dias, horários, qual terapeuta, mas, principalmente, na manutenção de uma condição que favoreça a escuta clínica do sofrimento dos pacientes.

O *setting* é apresentado para exercer uma função de *holding*, de suporte para as desagregações e as dissociações do paciente, diante das experiências assimétricas que ele vive com a realidade. Como diz Zimerman (2001), para pacientes muitos regredidos o *setting* é um auxilio no processo de diferenciação e separação entre eles e a realidade externa, bem como na construção de uma identidade.

6.1.2 – Instituição X sujeito

Trata-se aqui de um outro campo de tensão no trabalho de CAPS, as relações entre a sua equipe e a instituição, se revelando nos relatos como um espaço gerador de sofrimento e mal estar.

O CAPS, enquanto serviço de saúde pública, é regido por leis e portarias do Ministério de Saúde que regulamentam a assistência à loucura fora do hospital psiquiátrico. A execução e o controle são da competência dos Municípios. As diretrizes operacionais dos CAPS emanam de uma coordenação de saúde mental.

As normas e a estrutura do trabalho, nem sempre funcionam como um norte ou integração na realização das tarefas que a instituição se propõe a cuidar. Como visto na fala de uma participante.

> *"Muito difícil. Quando você tem uma reunião em que é cobrado de você, você tem que estar integralmente ao lado de uma instituição que você questiona, que você não aceita totalmente, que tem coisas que vão contra seus valores" (P2).*

O conflito sempre vai existir na instituição e na vida, entre o que idealizado e o que é possível de ser realizado, mas no CAPS, pelo visto, o idealizado é o normatizado. O excesso de frustrações e desencontros com a realidade gera sentimentos de angústia, desamparo e desvalia, desfavoráveis a um trabalho tão denso e, ao mesmo tempo, tão delicado como é o trabalho com aspectos primitivos da mente.

Essa normatização, nas suas metas, constrói a cultura de um ideal de atuação, que exige uma postura onipotente para os seus membros, negando os seus próprios limites. Aparece no discurso seguinte o sofrimento gerado pela tentativa de atender as metas e as normas da instituição.

> "*Assim, a gente fez uma conta lá que, assim, para atingir cem por cento da meta é impossível. São metas ilusórias que não conhecem a realidade. As pessoas lá, que formularam aquilo lá, não consultaram quem está trabalhando, não são tiradas de nenhuma base. Então, assim, exigem um número de atendimentos que, às vezes, é no mínimo um ano" (P6).*

> *"Tem uma questão séria, legal que vem do Ministério. Por exemplo, se o paciente atendido intensivo é um paciente em crise, que está grave, que vem todo dia, aquele paciente tem uma APAC, que é um documento, que é o cheque, o cheque que o município vai receber o dinheiro depois. Ela vale por três meses. O paciente não pode no final daqueles três meses, quando digita e faz uma exportação para o Ministério, um paciente intensivo não pode receber alta por abandono. Isso é dado como negação. Como se tivesse negligenciando. Esta negando cuidar de um paciente grave. Então, hoje, não é só uma questão técnica mais" (P2).*

Mas não são apenas as normas da instituição que geram impasses. Há também outra forma de pressão: uma delas é proveniente dos familiares em relação a assistência aos pacientes graves. Eles buscam no serviço e no psicólogo a solução dos problemas e dos desconfortos, que incomodam na relação de convivência entre eles. O psicólogo torna-se, em vários momentos, o responsável pelo paciente tanto perante a equipe, quanto perante a família. Outra participante, assim, se expressa:

> *"Cada CAPS é muito diferente um do outro e são vários os limites que temos que dar e o nosso trabalho acaba que fica muito exposto a todos. Família cobrando, o próprio paciente, próprios profissionais, profissionais de fora de outras instituições"* (P4).

Vão se revelando nestes fragmentos as queixas levantadas pelas participantes, em relação á instituição, que ao construir ideais de assistência, pautados na produtividade, acaba propiciando uma desilusão nos profissionais.

Pode-se conjeturar que este ideal de produção não se restringe apenas aos profissionais, estende-se também aos pacientes que são atendidos, na medida em que se fixa prazo, critérios para inserção e alta da instituição. Tanto pacientes como terapeutas precisam

apresentar para a sociedade respostas rápidas, adequadas e eficientes para o meio em que estão inseridos.

O excesso de cobranças, a falha na garantia das trocas afetivas e simbólicas por parte da instituição na relação com os com seus membros são uma das fontes de muita angústia e de mal estar para os psicólogos durante o exercício de sua função. Eles vivenciam uma desqualificação e um sentimento de que o trabalho não foi algo nutridor e gratificante para si e para os pacientes.

6.1.3 – Modelo médico X modelo psicanalítico

Um dos campos de tensão existente no trabalho do CAPS advém dos dois modelos presentes na instituição: o modelo médico e o modelo psicanalítico.

Salienta-se aqui em algumas falas das participantes como, na maioria das vezes, há um reforço dentro das instituições por uma constatação diagnóstica dos sujeitos que sofrem. Às vezes, isto pode se dar pelas dificuldades dos terapeutas ou da equipe do CAPS como diz Rosa, Luzio e Yasui de "se *colocar a doença entre parênteses e propiciar um contato com os sujeitos".* Contato este que é ambivalente, na medida em que remete a uma necessidade de cuidado dos sujeitos, diante das situações de muito desamparo.

Um paradoxo se apresenta na constituição de CAPS, como serviço substitutivo ao hospital. Ele precisaria romper com a lógica hospitalocêntrica, mas na prática do dia a dia evidencia-se que a classificação das doenças e dos sujeitos ainda direciona as ações dos profissionais, o que acaba interferindo no olhar sobre o sujeito que sofre. A manutenção, por vezes, do modelo médico pode estar ancorada em uma necessidade dos profissionais de ter certezas absolutas e estáticas frente ao sofrimento do paciente.

É ainda muito difícil romper com o modelo em que prevalece, como ideal de saúde, a ausência e a eliminação de dores e sintomas. O predomínio de um olhar médico sobre o paciente traz como conseqüência a negligência de entender os afetos estabelecidos pelos sujeitos nas suas relações intersubjetivas com o terapeuta.

> *[...É] questão de ter um direcionamento. A Psicanálise é um dos elementos da discussão da psiquiatria, da reforma. Então, é todo aquele modelo clássico da psiquiatria, discutir a questão do papel do que fica contraditório. [...]. Porque a gente discute o modelo psiquiátrico, esse poder exclusivo do médico, esse saber. Só que, ao mesmo tempo, é o que a gente trabalha. Você tem que chegar, dar um CID e ele (paciente) vai existir com (o) CID. Então é (com) um modelo meio contraditório, mas a gente tem uma regra do ministério: (a) questão da análise institucional. Então tem essa discussão que para nós facilita – essa linguagem – essa discussão com a equipe.(P3)*

Um outro ponto relevante é a valorização, por parte dos pacientes e dos seus familiares da figura do médico, que representa um salvador que elimina e ajusta qualquer dor ou sofrimento do sujeito no seu processo de interação com a realidade. De acordo com a visão de Bion, o salvador no grupo é o representante de uma esperança messiânica, em que os sujeitos acreditam que existe algo ou alguém que os libertará dos sentimentos destrutivos e de ódio que lhes causam tanto desespero (BIANCHEDI, 1973).

Tanto os pacientes como os psicólogos encontram-se atravessados pela medicalização, em detrimento ao tratamento da fala, por ser muito angustiante e inquietante lidar com a loucura, com a precariedade humana presentes em todos nós.

> *"A questão do sentido ela é tão, assim, importante que esses dias eu fiquei pensando... o sentido para o paciente de cada intervenção. (...) Eu fiquei pensando quando a P3 falou a questão dá medicação. O que quê vincula, o que quê é o sentido? O sentido é o medico, é o remédio? Porque o medico que dá o remédio" (P2).*

Pelo material acima apresentado vê-se que o médico oferece algum tipo de cuidado contra o desamparo, o enlouquecimento. O remédio, dentre outras coisas, reassegura o paciente e a família, quando não o terapeuta.

Sabe-se que, nas práticas médicas e nas equipes, existem profissionais com uma visão mais crítica das suas relações afetivas e sociais com os pacientes, mas ainda predomina no imaginário social e da própria equipe a suposição de que um distanciamento do paciente garante uma eficácia no tratamento.

É preciso, porém, refletir a respeito das práticas médicas**.** O médico e o remédio também têm o seu lugar. Emocionalmente podem representar segurança. A questão é como se utilizar a medicação sem prejudicar o desenvolvimento da autonomia e da singularidade do paciente. Para isso é preciso que ela esteja aliada ao que propõe a psicanálise, ou seja, que trabalhe em função do crescimento mental, para que o individuo aprenda a conviver com o que é humano. Essa perspectiva supõe esforço e contato com dores, tanto da parte do paciente, quanto dos terapeutas.

A experiência dos profissionais, ao entrar em contato com que se apresenta desconhecido e desprezado pelos pacientes, sem precisar enlouquecer junto, acaba sendo uma tarefa árdua e requer uma capacidade dos terapeutas de se colocar em condição de acompanhante do processo de desvelamento do ser. Diante do que se apresenta intolerável, como diz Perez (2001, p.49), é importante que o observador desenvolva uma capacidade *"de se manter junto ao sinistro sem fugir nem inventar soluções por amputações facilitadoras"*.

Há dificuldade dos psicólogos em sustentar uma escolha que rompa com o modelo clássico de focalizar a doença e se apoiar numa escuta do sujeito que sofre. E ainda mais, acolher o que não se apresenta pronto para o trabalho. Isso revela o quanto o modelo ainda se referenda em dar respostas urgentes, sem ter de vivenciar uma dor psíquica. A urgência em dar respostas ou até mesmo o aval de uma medicalização diante de uma produção delirante e

caótica do paciente pode relacionar-se ao medo, ou grande angústia dos psicólogos, de haver um predomínio no sujeito de sentimentos vividos como terroríficos e provocadores de muita dor. É que os psicólogos parecem não valorizar a sua capacidade de acolher, conter e devolver as angústias, devidamente desintoxicadas aos pacientes. Parece, também, não acreditarem no rico arsenal teórico-técnico que a psicanálise lhes fornece.

A psicanálise apresenta-se como um instrumento que auxilia na compreensão do sofrimento humano, na construção de novos sentidos para a prática, através de uma escuta que vai além do que a realidade apresenta. O método psicanalítico, como diz Perez (2004), tem como matéria prima o sofrimento humano, o repudiado em cada sujeito que é projetado para a realidade e que acaba se tornando um objeto ameaçador e temido.

6.1.4 - Psicólogo X equipe

No material do grupo de discussão aparece que, no cenário do CAPS, a interdisciplinaridade se constitui ora como um desafio, ora como uma possibilidade, gerando muitas vezes conflitos, tensões, dentro da própria equipe. O trabalho interdisciplinar possibilita um alargamento e a expansão do olhar em relação ao sujeito, construindo e reconstruindo sentidos para a experiência catastrófica vivenciada. Surge na fala de uma participante a importância, dentro do trabalho de CAPS, da contribuição dos diferentes olhares para que o processo terapêutico se efetive:

> *"Acho que todos que trabalham no CAPS acabam, têm mesmo que funcionar de um modo ou de outro de um jeito multiprofissional para que atinjam o objetivo terapêutico" (P1).*

As participantes apresentam as dificuldades do entrosamento entre os profissionais, pois é difícil compartilhar olhares diferentes a respeito das relações e vivências com os pacientes. Sinalizam, então, os desafios dos terapeutas em tolerar o não saber tudo a respeito do paciente, o não ser o dono ou tutor que avaliza ou referenda suas ações dentro do CAPS:

> *É um paciente que não é só do terapeuta, ele é do CAPS como um todo, da equipe como um todo, das unidades que estão fora do CAPS e de uma instituição que é pública. Isso traz uma invasão muito grande dentro da equipe e uma dificuldade até da gente resguardar questões técnicas.(P3)*

Surgem as dificuldades desse entrosamento na equipe:

> "*Então, isso é tão complicado porque, assim, eu acho que, um dos maiores exercícios é a gente poder lidar com as diferenças e numa equipe multiprofissional são diferentes formações... (P1)*

Vai ficando perceptível no material que o que vem de fora é visto como ameaçador e permeado de violência, o que obstrui a articulação do trabalho dentro de uma lógica interdisciplinar. Há muitas diferenças em relação às abordagens do trabalho, o que é natural dentro de uma equipe com profissionais diferentes da própria área.

> *"... e dentro da própria psicologia – dos profissionais da área de psicologia – há muitas diferenças também em relação ao trabalho. O foco, a ótica, às vezes, que cada um dirige, por exemplo, para um determinado paciente depende muito da formação dele, da linha com que trabalha e, ás vezes, assim, é angustiante porque... você percebe algumas coisas que a pessoa ou não se deu conta ou ela percebeu outras" (P1).*

Isso remete à necessidade dos terapeutas estabelecerem confrontos e correlações entre os diferentes vértices apresentados pelos seus colegas de equipe, ampliando as

potencialidades terapêuticas do próprio trabalho. Essa visão binocular acontece, quando não há uma disputa entre os saberes na equipe, uma competição em se reconhecer o que é mais valioso e eficaz, o que implica em uma gratidão pelo que o outro colega oferece de contribuição para a relação paciente-terapeuta.

Repetem-se as alusões à mesma dificuldade dentro da área da psicologia:

> *É. Eu acho que isso eu sempre falo porque hoje, uma colega falou assim: eu fiz espelhamento. Eu: o que é isso gente? Mas, assim, é essa troca que a gente tem em momentos soltos e isso, eu acho que, carece.(P1)*

> *[...] que, eu acho que, a gente perde um pouco do nosso referencial porque é exigido da gente atender uma demanda muito grande e aí a equipe sofre, mas a gente quando consegue conversar e discutir algumas questões sobre vários olhares é muito rico.(P3)*

Tudo isso resulta do uso de métodos e técnicas diferentes, o que tumultua a ação comum, demandando uma maior interlocução e o estabelecimento de pontos consensuais para o diálogo. Como se vê a troca de informações existe, porém ela se dá de forma tensa e acontece em espaços rápidos e informais. Os membros da equipe vão, também, construindo alianças inconscientes, para se sentirem reconhecidos e pertencentes a um grupo, a fim de lidar com o medo de perder a própria identidade.

As vicissitudes de um convívio com a loucura, a atenção aos aspectos inertes e paralisantes da própria equipe, em muitos momentos, resiste a qualquer apresentação de uma idéia diferente ou nova em relação ao trabalho. O respeito a todos que compõem a equipe é fundamental ao tratamento. Não há uma "verdade" que se apresenta como exclusiva de um único membro da equipe ou grupo da equipe.

Percebe-se como é difícil, para os terapeutas, aceitarem a limitação do seu saber a respeito do paciente, utilizando defesas narcísicas, recorrendo a fantasias onipotentes de um saber único, mágico e poderoso. Como diz Enriquez (1988), nas instituições terapêuticas a

rivalidade e o ciúme se constituem como um entrave para o trabalho, à medida que cada membro da equipe acredita ser o proprietário do paciente, por possuir uma técnica específica e poderosa, que levará ao progresso do sujeito que sofre. Isso aparece na seguinte queixa:

> *"É um paciente que não é só do terapeuta" (P3).*

Em decorrência, o risco é de estabelecer na instituição uma relação de poder entre os membros, cindindo os que "sabem" e "os que se sujeitam" ao saber de alguns.

Em muitos momentos, também, existe uma competitividade de saberes entre os profissionais por acreditarem que existe um super-profissional que sabe mais sobre o paciente, como se saber mais lhe dessa condição de maior poder dentro das relações na instituição.

A interlocução só acontece se há um compartilhamento do saber e uma flexibilidade em toda a equipe em relação à compreensão do que se passa com o paciente, em cada momento, sendo que para isto um vínculo amoroso e de confiança entre os membros da equipe também precisa ser construído.

Aparecem nos relatos alusões a questões burocráticas que expõem os profissionais a questionamentos e críticas.

> *"Aqui eu vejo não só com a equipe multiprofissional. Se a gente pegar a equipe de psicólogos também é assim, é outra questão que é a ética profissional. É que nós não nos formamos para trabalhar em CAPS, como acho que nós não tivemos isso nem da questão do trabalho em grupo com os pacientes e nem do trabalho com a equipe. Porque no CAPS o profissional também fica muito exposto" (P1).*

Uma participante qualifica como sofrimento a dúvida a que fica exposta, quando precisa registrar no prontuário suas observações:

> "*Toda a história clínica do paciente, toda a evolução dele dentro da equipe e todo mundo escreve nesse prontuário. O enfermeiro escreve, os auxiliares de enfermagem escrevem, o psicólogo escreve, o psiquiatra, o clínico escreve. Então, assim, fica exposto o profissional, a pessoa dele e o trabalho dele. Então nem dentro da própria equipe de psicólogos isso é tranqüilo porque gera um sofrimento" (P2).*

Isto remete para a necessidade de interlocução na constituição da própria burocracia do serviço, na medida que esta exposição, rejeitada pela profissional, pode ser um entrave no tratamento do paciente, uma vez que ele deriva dessa ação conjunta. Os comentários clínicos no prontuário constituem, às vezes, um material a mais para favorecer a competição, acentuando rivalidades e diferenças.

Assim sendo, conviver com o diferente e com o que não se sabe sobre o outro, implica, como diz Bion (1994), em um amadurecimento de partes da personalidade do terapeuta, em que o tolerar as frustrações possibilita o desenvolvimento de um aparelho psíquico para pensar e conter as emoções insuportáveis. O amadurecimento pode vir da possibilidade de aprender a pensar sobre diferentes vértices, das experiências emocionais boas e más, provenientes da relação com os pacientes, atentando para o que se encontra fragmentado, difuso e cindido no contato dentro da equipe.

Ora, um trabalho interdisciplinar implica em uma postura da equipe em acolher e abrigar o que vem de cada membro que constitui a organização, para que o saber e o poder possam circular entre os seus membros.

6.2 – Da formação acadêmica

A fala das participantes propõe como requisito importante uma maior proximidade entre a graduação e o mercado de trabalho.

Nos fragmentos abaixo, as participantes colocam os *déficits* da formação e o pouco diálogo entre a universidade e as instituições públicas de saúde.

> *É por isso que eu falo que os profissionais não estão preparados para trabalhar em CAPS e que a Universidade Federal de Uberlândia hoje tem de alguma forma... a clínica tem que se inserir nesse trabalho, apesar de lá no nosso CAPS termos feito algumas aproximações...(P2)*

"Não estar preparado" indica a busca de um modelo pronto e "eficiente" que dê conta da diversidade do trabalho, em sua complexidade. Um aspecto da crítica delas à Universidade faz supor a necessidade de uma preparação acadêmica que se identifique com as suas necessidades, suprimindo-as.

É terrível para o terapeuta, como para qualquer indivíduo, não encontrar, nos momentos de grande ansiedade, uma saída para o seu estado de angústia. Parece advir daí essa demanda por uma "receita mágica" que solucione os seus problemas profissionais.

Diante das angústias provindas do "não-saber" surgem, então, dois movimentos opostos: buscar criar novos modelos e rotular, como ineficiente, o "seio-nutridor" – Universidade.

A universidade é como uma mãe que não supre as necessidades de seu filho, que os frustra excessivamente, que o desampara durante sua formação. Uma mãe que não propicia suporte para que as experiências possam ser organizadas, integradas e dotadas de sentidos. Abadi (1998), ao falar da sustentação, refere-se a "*um ajuste perfeito senão a um movimento flexível de adaptação – desadaptação que acompanha os ritmos e mudanças do bebê*" (no0 caso aqui de forma análoga, os profissionais em formação).

> *P1: A nossa graduação não esta muito direcionada e é com o paciente psicótico que lidamos a todo o momento e é para o CAPS aonde eles vão e nós também quando formamos vamos trabalhar na rede pública, com saúde pública seja no ambulatório seja no CAPS. Mesmo no ambulatório, antes de chegar, (os psicólogos) estão despreparados para trabalhar. (No) ambulatório isso é muito gritante hoje em dia.*
>
> *[...] A Universidade Federal de Uberlândia está muito fechada ainda para isso e é o que eu acho lamentável que a pessoa sai da graduação e não tem a menor preparação para enfrentar esse tipo de serviço. È realmente, assim, terrível.*

No entanto, ao criticar os aspectos do trabalho, outra participante faz um paralelo entre o que aprendeu com a universidade-o ideal-e com o que se apresenta na realidade deficitária. É o reconhecimento dos recursos da universidade como bússola para indicar possibilidades.

> *Então, eu vim da academia, então, assim, eu sinto falta. Por exemplo: eu pego o prontuário, eu acho este com poucos dados não tem uma anamnese perfeita. Sabe? Assim, o paciente, ás vezes, esta há cinco anos, desde de que era centro de convivência, lá no CAPS e o máximo que se tem dele é: Veio, não veio, com surto, sem surto. Sabe?Assim eu fico assim sem saber se aquela paciente mudou.(P6)*

Vale salientar um caminho indicado pelas participantes para este hiato na formação. É uma demanda por uma interlocução mais freqüente entre os diferentes pilares da universidade –ensino/pesquisa/extensão-com o serviço público de saúde, que atende uma população excluída. Essa circulação de saberes é importante na fomentação de uma formação mais crítica, inovadora e ética.

De fato, há um amplo processo de mudança na atuação dos psicólogos nos serviços de saúde. Os tempos são outros, não se pode ignorar o mercado, no qual todos estão inseridos e do qual se depende. As subjetividades são construídas em um contexto globalizado, permeado por um excesso de informações e por uma competitividade extrema que acaba demandando uma urgência de resultado e meios cada vez mais técnicos na relação entre terapeuta - pacientes. Mas Ferreira Neto (2004) adverte para um perigo na atualidade de

uma prática pautada em um tecnicismo, que impede o desenvolvimento nos profissionais de um pensamento mais autônomo e crítico, em relação à realidade.

Ao atender aos ideais de mercado, um risco é a manifestação, nos profissionais, de uma exigência de se consumir arsenais técnicos para responder adequadamente às diversas demandas da clientela e dos vínculos com o trabalho. Os espaços da atuação e da formação podem ficar reduzidos a uma diretriz disciplinar e de eficiência dos profissionais, trazendo como conseqüência um embotamento das críticas e das angústias em relação ao trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na trajetória desta pesquisa, no encontro com tema, muitas experiências e reflexões foram significativas, mas sabe-se que ainda há muitos pontos abertos para novos caminhos e possibilidades.

No caminho que foi trilhado, a convivência com as psicólogas, as discussões com a orientadora, assim como a leitura de diferentes autores possibilitaram reflexões que salientaram a importância da escuta dos diferentes campos de tensão existentes no trabalho do CAPS.

O trabalho do CAPS, enquanto dispositivo de efetivação da assistência à loucura extramuros do hospital psiquiátrico, tem tido muitos avanços e recuos. Percebe-se que os profissionais, ao consolidarem, na prática, um novo modelo, encontram-se atravessados por muitos campos de tensão e angustia, geradores de mal estar e sofrimento na equipe.

Um campo de tensão importante são as relações com a clínica do CAPS, que por ser um serviço que atende a uma clientela de pacientes com sofrimento mental grave, mobiliza na equipe intensas emoções provenientes de áreas muito primitivas e violentas. O trabalho exige, então, muito esforço dos terapeutas em sustentar e abrigar essas emoções e mitigá-las para seus pacientes, devolvendo-as de forma nomeada e significada. Para sustentar essa escuta os psicólogos precisam desenvolver uma capacidade de tolerar o desconhecido, o imprevisto, o bizarro, na relação com os pacientes, o que implica em uma constante ampliação da capacidade de refletir acerca das próprias experiências frustrantes e dos desamparos diante do trabalho.

Um outro ponto relevante é que, na construção desse novo modelo, se leve em consideração a atenção reflexiva para os campos de resistência à mudança e para os de

crescimento, ricos para a formação de uma identidade para o trabalho. Uma análise institucional dos fatores de crescimento e de entropia existentes em todas as instituições, particularmente no CAPS, seria a sugestão de um instrumento para integrar esse modelo.

Os psicólogos, na prática, encontram-se atravessados por dois grandes modelos, que são importantes e complementares: o modelo médico e o modelo psicanalítico. A prática médica ainda se constitui um modelo hegemônico nas atuações dos profissionais. A medicina tem o seu lugar, desde que se atente para um favorecimento da autonomia e da singularidade do sujeito. As idéias de controle de tutela do sujeito, para o mercado e para a produção, devem ser questionadas e, por vezes, repudiadas na atenção ao sujeito que sofre.

O respeito às produções, às construções do sujeito são aspectos importantes, valorizados pela psicanálise, que auxiliam na compreensão e na escuta dos diferentes sentidos que se encontram ora marginais, ora ocultos no próprio sujeito, nas suas inter-relações com o mundo.

A psicanálise pode ser uma rica interlocutora no processo de efetivação da reforma psiquiátrica, auxiliando o crescimento profissional na atenção a pacientes em estado de muita angústia e sofrimento, à medida que se põe a olhar os aspectos paralisantes, fragmentados e dissonantes da relação do sujeito com o psicólogo e a instituição. Propicia, então, um diálogo possível com a instituição, pois permite não negligenciar os afetos e os vínculos constituídos pelos pacientes com os outros.

A dificuldade de sustentar uma escuta que valorize a fala, o sofrimento e os aspectos disruptivos dos pacientes e da equipe sugerem a necessidade de se adotar, no espaço daquele trabalho os grupos de reflexão. Foi visto que este tipo de encontro acontece, mas ainda de forma incipiente. Ele alivia as tensões provocadas pelas cobranças de produtividade e eficiência, o que sugere a sua sistematicidade, entre os psicólogos, e a extensão dessa prática a toda equipe.

É importante a construção de um grupo de reflexão para toda a equipe que compõe o CAPS, com o intuito de integrar o que se encontra em muitos momentos fragmentados no trabalho, com a finalidade de aprendizagem e de formação profissional, para que se minimize os conflitos e mal entendidos dentro da equipe nas suas relações profissionais.

Torna-se relevante a construção de critérios terapêuticos, pensados nos grupos de reflexão, que venham a ser um modelo de referência no trabalho conjunto. Adverte-se para que sejam referências balizadoras e não idéias aprisionantes que impeçam a entrada de novos e diferentes olhares.

Cabe aqui uma ressalva de que o cuidado com a equipe que trabalha com aspectos tão primitivos da mente se impõe nesta pesquisa. O trabalho em equipe é gerador de tensões, à medida que solicita, de cada membro, uma visão binocular da realidade, que aceite a não existência de uma verdade absoluta e sim os vértices de observações que podem ser comunicantes e complementares.

Para lidar com essas situações pode-se pensar na necessidade de uma supervisão para os psicólogos. Na pesquisa, embora esporadicamente, há uma demanda nesse sentido: *"eu acho que tem que ter o amparo de alguém, de um profissional que tivesse mais disponível para a supervisão. Da gente ter um supervisor mesmo..." (P1).* Sabe-se que a resolução desse problema esbarra em questões econômicas, tanto da instituição quanto dos profissionais. Como as próprias participantes disseram, o espaço de discussão na instituição foi se ampliando a partir de suas reivindicações, o que pode ser pensado também em relação à supervisão. É preciso lutar para se conseguir a viabilização dessa proposta.

Outro ponto de reflexão que não foi foco dessa pesquisa, mas que surgiu nas discussões, foi à importância das parcerias com a Universidade. Há necessidade de se ampliar

às interlocuções e os conhecimentos acerca de um trabalho público com os psicóticos excluídos, que constituem parte da clientela do CAPS.

No fim desta jornada é importante dizer que as reflexões surgidas se deram a partir do olhar da pesquisadora sobre o material, podendo existir novos sentidos a serem aventurados por outros profissionais. Acredita-se que esta experiência se constituiu em um ponto de partida para um olhar psicanalítico sobre as tensões do CAPS, podendo se ampliar com futuras investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABADI, Sônia. **Transições**: o modelo terapêutico D.W. Winnicotti. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

ASSAD, Margarida Maria Elia. Algumas contribuições da Psicanálise ao campo da Saúde Mental. In: **Revista Conceitos.** João Pessoa: ADUFPB, 2004, p. 111-117.

BACCARIN, Maria Inês. Método de Auto-Organização: uma das possibilidades de pesquisa em psicanálise. In: HERRMANN, Fabio Herrmann; LOWENKRON, Theodor (Org.). **Pesquisando com o Método Psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 403-413.

BAGGIO, Marco Aurélio; BAREMBLIT, Gregório**. A clínica como ela é**. In: **Revista SaúdeLoucura**, n. 5, s/d. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 31-43.

BAREMBLITT, GREGÓRIO. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BARROS, Denise Dias. **JARDINS DE ABEL: desconstruindo o manicômio de Trieste**. São Paulo: Edusp, 1994.

BIANCHEDI, E. T. et al. **Introdução à obra de Bion**. Rio de Janeiro: Imago, 1973.

BION, W.R. **Experiências com grupos:** os fundamentos da psicoterapia de grupo. Trad. e prefácio Walderedo Ismael de Oliveira. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, São Paulo: Editora da USP, 1975.

_____. **O Aprender com a experiência.** Trad. Paulo Dias Corrêa, Rio de Janeiro: Imago, 1991a.

_____. **A atenção e a interpretação:** o acesso científico à intuição em psicanálise e grupos. Trad. Paulo Dias Corrêa, Rio de Janeiro: Imago, 1991b.

_____. **Estudos Psicanalíticos Revisados.** 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BLEGER, José. **Temas de psicologia**: entrevistas e grupos. Trad. Rita Maria Manso de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

_____. O grupo como Instituição e o grupo nas Instituições. In: KAËS, R. Kaës et al. **A instituição e as Instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, p. 59-71.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BUENO, Franscisco da Silveira. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD: LISA, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde**. Legislação em Saúde Mental.** 1990-2004. 4 ed. Brasília, 2004.

CASSORLA, R. M. S. Psicanálise e surto psicótico: considerações sobre aspectos técnicos. In: **Revista Brasileira de Psicanálise**, ABP, vol. 32, n. 4, 1998,

CASTELO FILHO, Cláudio. Genialidade e loucura: reflexões sobre fenômenos de grupo, transformações e senso comum**.** In: **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 37, n 1, São Paulo: SBPSP, 2003, p. 99-118.

COSTA.C.M e FIGUEIREDO.A.C.(org.). Apresentação. In: **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**, Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004, p.7-10

COHN, Amélia, ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 3. ed. São Paulo: Cortez: 1999.

ENRIQUEZ, Eugène. O trabalho da morte nas Instituições. In: KÄES, René et al. **A Instituição e as Instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

ETTCHEGOYEN, R. Horácio. **Fundamentos da técnica psicanalítica.** Trad. Francisco Frank Settineri. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERNANDEZ, Waldemar José. Grupos de reflexão e grupos de discussão. In: FERNANDES, W. J.; Svartman B.; Fernandes B. S. (Coord.). **Grupos e Configurações Vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 205-215.

_____. Os diferentes objetivos do trabalho grupal. In: FERNANDES, W. J.; Svartman B.; Fernandes B. S. (Coord.). **Grupos e Configurações Vinculares**. Porto alegre, Artmed, 2003, p. 185-193.

FERREIRA, C. M. Ramos. **Sessão clínica**: efeitos de investigação institucional. In: **Mental - Revista de Saúde Mental e Subjetividade**, v. 2, n. 4, Barbacena: UNIPAC, 2005, p.29-44

FERREIRA NETO, João Leite. **A formação do psicólogo**: clínica, social e mercado. São Paulo: Escuta, 2004.

FERRO, Antonino. **A técnica na psicanálise infantil**: a criança e o analista, da relação ao campo emocional. Trad. Mercia Justum. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FOUCAULT**,** Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

_____. O nascimento da clínica. Trad. Roberto Machado. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREIRE, PAULO. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FREUD, S. (1904). O método psicanalítico de Freud. In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1904. (v. VII).

_____. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1911. (v. XII).

_____. (1923). Dois artigos de enciclopédia: psicanálise e teoria da libido. In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1923 (v. XVIII).

FILHO, João Ferreira da Silva. a medicina , a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S.A. et al. **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987, p.75-102.

GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire.** São Paulo: Scipione, 1989.

GUERRA. A.M.C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**, Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p.23-58

HERRMANN, Fábio. Investigação Psicanalítica. In: **Jornal de Psicanálise.** Instituto de Psicanálise, v. 30, n. 55/56, 1997, São Paulo: SBPSP. p. 07-18.

_____. **Clínica Extensa.** In: Anais do III Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos, 2003, São Paulo. **CETEC**, São Paulo. 2003, p. 13-18.

KÄES, René. Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições**.** In: KÄES, René et al**. A instituição e as Instituições.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. 19-58.

_____. O interesse da psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In: CORREA, Olga B. R. (Org.) **Vínculos e instituições**: uma escuta psicanalítica. São Paulo: Escuta, 2002.

KEHL, Maria Rita. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Cia das Letras, 2002.

KLEIN, Melanie. **Inveja e Gratidão e outro trabalho.** Trad. e Coord. de Elias Mallet da Rocha, Liana Pinto Chaves. 4. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KODA, MIRNA. Y. A construção de sentidos sobre o trabalho em um núcleo de atenção psicossocial. In: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

LIMA, Elisabeth Araújo et al. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, Clarice M. & FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Oficinas Terapêuticas em Saúde**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004, p.59-82.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1997.

_____. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

_____. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro, Garamond, 2003.

MANNONI, Maud. **O psiquiatra, o seu "louco" e a psicanálise.** Afrontamento, 1978.

MARQUES, Miguel. **Representações distorcidas da verdade: o uso astucioso do pensamento**. In: Revista Brasileira de Psicanálise, ABP. V. 38. n.1 . 2004.

MEZAN, Renato. Psicanálise e Pós-Graduação: notas, exemplares, reflexões. In: **Suplemento do Jornal do Psicólogo**. CRP-04. Belo Horizonte, ano 18, n. 66. 2000.

MONTEIRO, Cleide Pereira**. A Clínica Psicanalítica das Psicoses em Instituições de Saúde Mental.** In: **Revista de Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro. v. 18, nº 1, p.109-121, 2006.

O'DONOHUE, John. **Anam Cara**: um livro de sabedoria celta. Trad. Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

OSÓRIO, Luiz Carlos. Processos obstrutivos nos sistemas sociais, nos grupos e nas instituições. In: ZIMERMAN, David E. (org.) **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PEREZ, Marcelo Blaya. **Saber e ser**: uma reflexão à luz da psicanálise. Porto Alegre: Clínica Pinel, 2001.

PLASTINO, Carlos Alberto. **O primado da afetividade: a crítica freudiana ao paradigma moderno**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

REZENDE, Antônio Muniz de. A investigação em Psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação. In: SILVA, M. E. L. **Investigação e Psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993.

_____. A relação "Sujeito-Objeto de conhecimento" na Filosofia e na Psicanálise. In: **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. XXXI, n.12. São Paulo: ABP, 1997, p. 295-308.

_____. **Ser e não ser**. Sob o vértice de "o". São Paulo: Cabral Editora Universitária, 1999.

_____. Ciência da Psicanálise, Psicanálise da Ciência. In: **O paradoxo da Psicanálise**: uma ciência pós-paradigmática. São Paulo, Via Lettera, 2000a.

_____. **A identidade do Psicanalista**: função e fatores. São Paulo: Cabral Editora Universitária, 2000b.

REZENDE, Heitor. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A. et al. **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 15-102

RIBEIRO, Alessandra Monachesi**. O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões.** In: **Revista Psychê.** Ano IX, nº 16, São Paulo, 2005.

ROOSENFELD, Herbert A. **Impasse e Interpretação**: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteiriços. Trad. Paula Maria Rosas. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

ROSA, Abílio Costa; LUZIA, Cristina Amélia; Silvia Yassui. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocia**l, v. 1, Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROUANET, Sérgio Paulo. O homem máquina hoje. In: NOVAES, Adauto (org.). **O homem-máquina**: a ciência manipula o corpo. São Paulo: Cia das Letras, 2003.

ROUDINESCO, Elizabeth. **Por que a psicanálise?** Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para passagem do milênio. In: PITA, Ana. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**, São Paulo: Hucitec, 1996,

SIGAL, Ana Maria. Psicanálise, grupos, instituição pública. In: **Revista Percurso**, n. 2, Campinas, São Paulo, Instituto Sede Sapientiae, 1989 (www.uol.com.br/percurso).

SILVA FILHO, João F. da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S.A. & COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania, Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

SILVA, L.B.D. **Doença mental, psicose, loucura:** representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA , M. E. L. Uma aventura: a tese psicanalítica. (Entrevista com Fábio Herrmann). In: **Investigação e Psicanálise.** Campinas: Papirus, 1993

SOUZA, Alícia Regina Navarro Dias. **Formação Médica racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica.** Tese de Doutorado. UFRJ, IPUB, 1998.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica: é no município que ela acontece**. Uberlândia; 2002. Apostila da coordenação de saúde mental. Não publicado.

VIÑAR, Marcelo N. **Psicoanalizar hoy**: problemas de articulacion teórico-clínica. Montevidéu: Ediciones Trilce, 2002.

WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Trad. Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre:Artes Médicas, 1983.

_____. **Explorações Psicanalíticas.** Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

_____. **Tudo começa em casa**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

_____. **Da Pediatria à Psicanálise**: obras escolhidas. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZENHA, Ronaldo de Oliveira. Clínica e a reabilitação psicossocial: práticas feitas por muitos. In: **Mental** – Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC. v. 3, n. 5. Barbacena: UNIPAC, 2005, p. 73-80.

ZIMERMAN, David. E. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998a.

_____. Patologias graves: aspectos técnicos. In: **Revista Brasileira de Psicanálise,** v. 32, n. 4, São Paulo: ABP 1998b, p. 747-762.

_____**. Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

_____**. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. **Psicanálise em perguntas e respostas**: verdades, mitos e tabus. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO

Caro(a) psicólogo(a),

Estou realizando uma pesquisa para investigar como as situações de impasses entre paciente e psicoterapeuta são vivenciados do ponto de vista técnico e emocional nos CAPS (centro de atenção psicossocial) da rede pública de Saúde Mental da cidade de Uberlândia e quais são os recursos desenvolvidos para lidarem com esta situação. Esta pesquisa será coordenada por mim, aluna do curso de mestrado em Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia, sob a orientação da professora Dra.Maria Inês Baccarin. Para tanto serão utilizadas entrevistas em grupo abertas e se necessário outras semi- abertas. Com o intuito de facilitar o levantamento de informações, gostaria , se possível de registrar em áudio as suas palavras. Saliento que o conteúdo da entrevista será mantido sob sigilo, e os dados finais, colocados à disposição dos entrevistados, resguardadas as identidades dos mesmos. Ressalto também que sua participação não envolverá qualquer tipo de despesa.

Desde já, me coloco à inteira disposição (e-mail: **patriciaocp@hotmail.com**, Fone:3211-6821) para os esclarecimentos que se fizerem necessários, durante todo o transcorrer da pesquisa e agradeço sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

Patrícia Omena Costa Pereira
Pesquisadora responsável

Declaro, após ter sido lido os esclarecimentos acima explicitados, concordar em participar da pesquisa coordenada pela aluna mestranda Patrícia Omena Costa Pereira.

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UFU, para qualquer esclarecimento: 32394131