



**Carlos Mendes Rosa**

**Aqui eu posso até ser eu mesmo: sobre a  
psicoterapia de grupo no Centro de Atenção  
Psicossocial (CAPS)**

**Dissertação de Mestrado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>fa</sup>. Junia de Vilhena

Rio de Janeiro  
Novembro de 2012



**Carlos Mendes Rosa**

**Aqui eu posso até ser eu mesmo:  
sobre a psicoterapia de grupo no Centro  
de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Profa. Junia de Vilhena**

Orientadora  
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Profa. Ana Maria de Toledo Piza Rudge**

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Profa. Claudia Corbisier**

Sem Vínculo

**Profa. Denise Berruezo Portinari**

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação  
e Pesquisa do Centro de Teologia  
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 13 de novembro de 2012.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e da orientadora.

## **Carlos Mendes Rosa**

Graduou-se em Psicologia pela PUC-Goiás. Fez Especialização em Psicopatologia Clínica pela UNIP. Pesquisador Associado do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social – LIPIS da PUC - Rio. Bolsista do CNPq.

### Ficha Catalográfica

Rosa, Carlos Mendes

Aqui eu posso até ser eu mesmo: sobre a psicoterapia de grupo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) / Carlos Mendes Rosa ; orientadora: Junia de Vilhena. – 2012.

103 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2012.

Inclui bibliografia

CDD: 150

## Agradecimentos

À minha Orientadora Junia de Vilhena, pela acolhida calorosa e amiga, por acreditar em meu potencial e abrir inúmeras portas acadêmicas e profissionais. Pela condução sensível e respeitosa de todas as orientações e pela possibilidade de que ela mesma chamou de “ótimo encontro”, através do qual aprendi muito e continuo aprendendo.

Ao CNPq e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos professores e funcionários do Departamento de Psicologia da PUC-Rio que me orientaram e com os quais tive o prazer de aprender muito ao longo desses dois anos.

Aos colegas do Laboratório de Psicanálise de Goiânia e do LIPIS da PUC-Rio com os quais pude trocar conhecimentos e produzir trabalhos que só me enriqueceram.

Aos colegas e pacientes do CAPS VIDA que tanto me ensinaram com suas experiências. Especialmente ao amigo José Helder que deixou saudades!

Aos amigos Alysson, Ana Flávia, Bruno, Marcos, Hélio e Diego que me apoiaram desde que cheguei ao Rio de Janeiro.

Aos meus familiares que, mesmo distantes, nunca deixaram de apoiar, torcer, vibrar e por quem tenho todo o carinho que alguém pode ter.

À Aline, por existir em minha vida, tornando-a maravilhosa! Por ser a companheira que me incentiva a cada dia na busca pela melhoria, e por me apoiar em todos os meus sonhos tornando-os “nossos sonhos”!

E, ao Ian, que mesmo agora, já ocupa grande espaço em meus pensamentos e em meu coração.

## Resumo

Rosa, Carlos Mendes; Vilhena, Junia. **Aqui eu posso até ser eu mesmo: sobre a psicoterapia de grupo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Rio de Janeiro, 2012. 103p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho analisa as diferentes formas de inserção do saber psicanalítico no contexto institucional, notadamente nos CAPS da Rede de Serviços Substitutivos em Saúde Mental. Procura resgatar a forma de constituição destes dispositivos e equipamentos que tentam levar adiante a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Estabelece alguns pontos fundamentais da dinâmica clínica e social no cuidado e na assistência em saúde mental, com vistas a melhor demarcar os desafios da clínica ampliada neste contexto. Serve-se das experiências clínicas empreendidas por profissionais em todo o Brasil para pensar um modelo de psicoterapia de grupo que possa fazer frente às necessidades que a instituição apresenta, e às demandas dos chamados usuários do sistema público de saúde. Retoma o desenvolvimento das técnicas grupais em psicanálise e defende a grupoterapia como dispositivo clínico e técnico, que pode apresentar bons resultados, tanto no plano da reabilitação social dos pacientes, quanto no âmbito da clínica da subjetividade.

## Palavras-chave

Psicanálise; clínica ampliada; grupo; subjetividade; reabilitação; CAPS.

## Abstract

Rosa, Carlos Mendes; Vilhena, Junia (Advisor). **Here I can even be myself. About group psychotherapy in Psychosocial Care Center (CAPS)**. Rio de Janeiro, 2012. 103p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This paper explores the different methods for introducing psychoanalytic knowledge into the modern institutional care system, with focus on the CAPS Network substitutive services in Mental Health. It seeks to define and evaluate the origins and evolution of these practices and facilities that aim to implement the proposed Psychiatric Reform in Brazil. Some of the fundamental aspects and social dynamics of clinical assistance and mental health care are established in order to better define the challenges of extended clinic in this context. This research considers clinical trials undertaken by professionals in Brazil to develop a model of group psychotherapy able to address the needs and requirements inherent in the current institutional public health system, while meeting clinical demands and providing individual treatment plans for the users/patients. The modern development of group techniques in psychoanalysis is discussed. In addition, group therapy - as a clinical and technical device capable of delivering positive results - is supported both in terms of the social rehabilitation of patients, as well as in the the subjective clinic.

## Keywords

Psychoanalysis; extended clinic; group; subjectivity; rehabilitation; CAPS

## Sumário

1. Introdução	9
2. O Campo; onde, quando e com quem?	13
2.1 CAPS para quê?	17
2.2 Outras Questões sobre o CAPS	26
2.3 O paciente do CAPS	28
3. A psicanálise no CAPS; mas qual psicanálise?	33
3.1 A Clínica e seu Percurso	33
3.2 Criando um contexto	35
3.3 Da reabilitação à singularidade	42
3.4 Questões sobre a psicanálise no CAPS	44
4. Grupos; teoria, técnica e loucuras	51
4.1 A pluralidade do campo	51
4.2 Histórico da Psicoterapia de Grupo	57
4.3 Modos de Funcionamento dos Grupos	61
4.4 O grupo e as fases de Erikson	71
5. Discussão	74
5.1 Uma proposta de trabalho clínico	74
5.2 O grupo ambiente	79
5.3 A Transferência	82
5.4 O Campo e o público da psicoterapia de grupo	89
6. Referências bibliográficas	92

*“Há quem passe pela floresta e só veja lenha para fogueira”*

Robert Frost

## Introdução

Qualquer pessoa que já tenha estudado a História da Loucura e saiba como eram os grandes manicômios onde os “loucos” passavam a maior parte das suas vidas trancados, ficará espantado ao entrar em uma Instituição de saúde mental e encontrar todas as portas abertas e os chamados loucos, denominação erroneamente empregada para definir os pacientes com transtornos mentais, passeando pelo pátio ou assistindo TV na sala de entrada. Pois esta é uma cena comum atualmente nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da rede pública de saúde mental.

Essa foi a primeira constatação empírica que pude fazer ao entrar, pela primeira vez, no CAPS onde trabalharia por três anos. Convivendo com pessoas dos mais variados jeitos e estilos, muitos dos quais eu não teria palavras suficientes para descrever a complexidade, a beleza e a singularidade que carregam. Pessoas essas as quais sociedade resume em apenas uma palavra; loucos.

Quem chega ao CAPS, após transpor o portão destrancado da instituição, se encontrará em uma espécie de sala de espera misturada com área de convivência, lugar que possivelmente fora projetado para ser a garagem da casa na qual hoje funciona o CAPS, adaptada agora como área comum de circulação de pacientes.

Imagine-se entrando neste local e sendo convidado a se sentar por um dos chamados “loucos” que ali se encontra, confortavelmente acomodado, assistindo a um programa de televisão. Todo o imaginário partilhado acerca da loucura, os loucos cinematográficos com seus ataques ensandecidos e repletos de expressões bizarras, tudo se desvanecendo naquele instante onde um homem, completamente normal, aos meus olhos, me pergunta se procuro por alguém específico.

Procurava o Coordenador Técnico da Unidade. Em uma pasta transparente, devidamente acomodada junto ao corpo, como se contivesse algo precioso, eu carregava toda a extensa revisão bibliográfica, assim eu pensava na época, acerca da psicanálise nas instituições, e um projeto de implantação de atendimentos psicanalíticos em grupo dentro do CAPS. O projeto possuía dois

bons argumentos para ser aceito; era voluntário e propunha atender muitos pacientes em espaço de tempo reduzido; apenas uma hora e meia por semana.

Foram três anos de trabalho no CAPS, que me acolheu tão amigavelmente e aonde vivenciei experiências fantásticas, tanto como clínico, aprendendo a lidar com as dimensões mais graves do sofrimento humano, quanto convivendo com profissionais que me ensinaram diferentes formas de apreender o sujeito em sua singularidade.

Ao iniciar o projeto de Mestrado na PUC do Rio de Janeiro, já trazia na bagagem as experiências destes três anos. De forma que a primeira dificuldade que se apresentou foi encontrar uma maneira de aproveitar toda riqueza dos atendimentos e das histórias que agora estavam guardadas em minhas memórias; mentais e auxiliares, na forma de muitas anotações e transcrições de sessões clínicas.

A resposta veio com uma ideia de minha orientadora de utilizarmos na metodologia a pesquisa *ex post facto*, que se caracteriza por estudar situações onde os eventos já ocorreram (Rodrigues et al, 2007). Não temos aqui a pretensão de modificar quaisquer variáveis que tenham sido envolvidas no processo descrito, mas propor uma reflexão acerca das práticas psicanalíticas na instituição, particularmente o trabalho em grupos psicanalíticos com pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais.

Nenhum caso clínico será analisado pontualmente, pois tal estudo levantaria questões éticas e teria outros objetivos que não os nossos. Em contrapartida, nos serviremos de algumas vinhetas clínicas para ilustrar nossas discussões, sempre baseadas nas bibliografias pertinentes e consolidadas acerca de cada tópico abordado ao longo deste trabalho.

As questões de pesquisa não são estabelecidas a partir da operacionalização de variáveis, mas se orientam para a compreensão dos fenômenos em toda a sua complexidade e em seu acontecer histórico (Bock, 2004). Além do que, em última análise, toda investigação ou teoria científica é um produto das forças sociais em jogo num dado momento (Bauleo, 1974).

Somos partidários de que as ciências humanas estudam o homem em sua especificidade humana, isto é, em processo de contínua expressão e criação. Diante do homem, o pesquisador não pode se limitar ao ato contemplativo do cientista, pois se encontra perante um sujeito que tem voz, então tem de falar com

ele, estabelecer um diálogo. Passando da interação sujeito-objeto para uma relação entre sujeitos, ressignificando o campo.

Nosso objeto de estudo são sujeitos! Sujeitos com transtornos mentais e do comportamento. Sujeitos que são encaminhados pelos serviços de atendimento emergenciais ao CAPS para serem tratados em uma nova perspectiva do cuidado e da assistência que teve sua origem a partir das discussões da Reforma Psiquiátrica. Sujeitos, vamos insistir mais nessa palavra, que por muito tempo tiveram suas dores e sofrimentos eclipsados pelos rótulos institucionais e pela cegueira das organizações que detêm o poder em nosso país.

Particularmente nosso objeto de interesse serão as relações (afetivas e simbólicas) que estes sujeitos estabelecem entre si, e com a figura do psicoterapeuta, na cena grupal. Além dos efeitos psicoterápicos que este contexto pode proporcionar aos pacientes.

Abandonamos a ilusão da precisão do conhecimento, para buscarmos a profundidade da penetração e a participação ativa do investigador, como alguém que está em processo de aprendizagem. Aceitamos que são nos fundamentos de uma história de vida, relatados em sua singularidade, que podemos encontrar o que nos aproxima dos elementos universais da constituição da subjetividade e da produção do sofrimento psíquico, partindo da investigação clínica para o acesso aos processos psíquicos inconscientes, constitutivos da dimensão humana (Moreira, 2007).

O segundo capítulo desta dissertação trata do campo onde a pesquisa e a intervenção, que realmente se confundem ao longo do percurso, irão ocorrer. Escolher o nome campo parece uma designação problemática, pois tentaremos descrever em linhas gerais do trabalho; o “onde”, o “quando” e “com quem” a pesquisa se dará.

Em primeiro lugar este capítulo irá descrever o local onde trabalhei como voluntário, utilizando a técnica psicanalítica na tentativa de auxiliar pacientes e, algumas vezes, técnicos da saúde mental, na luta contra várias mazelas, que podem ser desde aquelas classificadas como doenças pela ótica anátomo-técnica da medicina, produtos de nossa sociedade medicalizada, diagnosticada e, algumas vezes, patologizante. Como podem também dizer do despreparo dos seres humanos para lidar com o fenômeno loucura.

Ao nos referirmos à palavra “quando” estamos tentando situar, no contexto temporal de lutas, avanços e retrocessos na constituição do atual modelo do sistema de saúde brasileiro, em particular no que tange aos transtornos mentais e do comportamento. Fazemos um resgate histórico da Reforma Psiquiátrica e dos movimentos civis organizados que deram origem às instituições públicas atuais, inclusive aos CAPS, considerados os principais equipamentos do Estado no trabalho em saúde mental.

Mas este não é um estudo apenas histórico, na medida em que aponta criticamente para o futuro dos serviços substitutivos ao manicômio e das práticas de gestão do desviante em todas as suas diferentes facetas.

Por fim o segundo capítulo teórico apresenta os chamados “usuários” do sistema público de saúde; os pacientes que serão os grandes “protagonistas”, palavra nova do vocabulário reformista, do tratamento psicoterápico em que ora nos baseamos, e também deste trabalho. Pois sem eles a pesquisa e também a intervenção jamais teriam acontecido.

Quem são? De onde vem? Como se comportam estes sujeitos chamados loucos que carregam no corpo e na alma as marcas de suas experiências em contornos, por vezes tão frágeis, por outras tão bizarros e virulentos? Quais dramas são encenados nestes corpos medicalizados e controlados para que a sua paixão não os devaste completamente?

O terceiro capítulo trata do dispositivo psicanalítico e das adaptações a que este foi submetido para torna-lo factível e eficaz no contexto público institucional. Inevitavelmente, teremos que nos servir das experiências da psicanálise individual, com vistas a, em um momento posterior, diferenciar os aspectos de cada prática; os atendimentos individuais e o trabalho com grupos psicanalíticos que ora estudamos. Intentamos também dar a devida relevância aos avanços conquistados através da tentativa de ampliação do saber psicanalítico para além do consultório clássico individual.

Os temas fundamentais a serem abordados nesta parte do trabalho serão a clínica ampliada, termo que designa a tentativa dos vários campos da prática clínica (médica, psicológica e psicanalítica) de adentrar os espaços públicos, a questão do diagnóstico em saúde mental, gerador de conflitos históricos entre essas mesmas áreas clínicas e as diferentes noções de patologia que podem ser recrutadas ao se recortar o fenômeno humano.

Ainda discutiremos as noções de “ideal” e “possível” no cotidiano das práticas institucionais e faremos uma distinção entre os termos necessidade, demanda e desejo, como forma de melhor refletirmos acerca do trabalho clínico na instituição.

Nos serviremos de uma extensa revisão bibliográfica que abarca os autores clássicos da psicanálise, em suas diferentes posições, contrária ou favorável à expansão do saber psicanalítico. Apenas como exemplo trazemos o texto “Linhas de Progresso na Terapia Analítica” onde Freud (1919) anseia pelo dia em que a psicanálise será levada das altas rodas de burgueses àqueles que não têm condições financeiras de pagar por um tratamento dessa natureza.

Juntamente com os autores clássicos, recrutamos o conhecimento e a experiência de psicanalistas brasileiros e argentinos que se aventuraram, e até hoje continuam se aventurando, a propor uma psicanálise institucional, voltada para as camadas de baixa renda, em parceria com a iniciativa pública e parcialmente despida de critérios de seleção que incluem ou excluem pacientes devido a essa ou àquela patologia ou estrutura psíquica.

O quarto capítulo versa sobre o tema dos grupos; modelo de tratamento escolhido para as práticas psicanalíticas na instituição desde o primeiro momento da apresentação do projeto à coordenação técnica do CAPS. Será através da psicanálise de grupo que basearemos nossa discussão acerca das formas de tratamento da loucura na esfera pública.

O grupo será apresentado como recurso técnico e metodológico perfeitamente adequado à dinâmica institucional, na medida em que conjuga em sua funcionalidade: os ideais de reinserção social do chamado louco, a possibilidade de reestruturação de um modelo social perdido ou mal estruturado por parte dos pacientes, a aproximação com os conteúdos familiares de cada um e a aspiração do estado de otimização do tratamento de seus usuários.

O capítulo inicia com o estudo das diferentes abordagens teóricas acerca do fenômeno grupal, desde a psicologia social até o famoso estudo de Freud sobre a psicologia das massas. Segue delineando um histórico das práticas grupais, dando ênfase às teorias relativas aos grupos psicoterápicos, seu modo de funcionamento e sua tópica subjetiva. Termina por apresentar os elementos necessários à prática clínica da psicanálise nos grupos e o papel do inconsciente como instância grupal, objeto último do manejo e da escuta do psicanalista.

Este capítulo traz ainda uma tentativa de traçar um paralelo entre as fases do desenvolvimento de Erick Erikson e os diferentes estágios pelos quais um grupo psicoterápico passa em seu percurso para conseguir chegar ao tão almejado estágio do Grupo de Trabalho, como definirá Bion (1975) em sua obra clássica sobre o tema dos grupos.

Terminado nosso percurso teórico partimos para a discussão, nos servindo das experiências de atendimento para pensarmos acerca dessa modalidade de tratamento psicanalítico que outrora já foi muito bem aceita, mas que atualmente é pouco utilizada nas práticas em saúde mental; o grupo psicanalítico.

Recrutando elementos da psicanálise individual, das teorias institucionais e dos grandes teóricos que pensaram as práticas grupais, faremos uma problematização a respeito do grupo como cenário de expressão de fantasias primitivas, suporte frente ao desamparo social sentido pela grande maioria dos pacientes da saúde mental, e principalmente veículo de recuperação da identidade perdida ao longo do processo de adoecimento.

As dificuldades encontradas na coordenação dos grupos também receberão especial atenção, com a intenção de mostrar que qualquer instrumento ou prática terapêutica porta falhas que precisam ser corrigidas com vistas ao melhoramento dos processos.

A subjetividade e a escuta psicanalítica serão os grandes fios condutores de nossas discussões e a transferência será sempre a mola mestra de todos os atendimentos aqui citados. O objetivo final, para além da reflexão acerca da chamada *gruposoterapia* e do quadro atual das práticas neste campo, é o aprendizado deste que agora escreve. Pois como já afirmava a goiana Cora Coralina, grande poetiza da terra que me acolheu como filho, “*feliz aquele que transfere o que sabe, e aprende o que ensina*”.

## 2

### O Campo; onde, quando e com quem?

O objetivo deste primeiro capítulo é delinear o atual panorama dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, partindo da experiência deste serviço no Estado de Goiás. Analisou-se a formação histórica destes novos locais de tratamento, questionando a pertinência e a efetividade dos serviços para os portadores de transtorno mental e para a sociedade em geral. O texto faz uma análise do ambiente institucional, desde a Reforma Psiquiátrica até a situação atual dos CAPS; o processo de criação dos serviços, seu estabelecimento enquanto prática privilegiada pelo governo, sua heterogeneidade e suas contradições. Buscou-se, também, observar aspectos clínicos relacionados às práticas terapêuticas instituídas nestes locais.

Para conhecer esse local, que é herdeiro direto da Reforma Psiquiátrica, é importante retomar-se o percurso que se desenvolveu desde a instalação da psiquiatria até o modelo atual da prática em saúde mental. À época da revolução francesa, que marca o início da psiquiatria como hoje a conhecemos, a figura do doente mental não equivalia à figura do cidadão, pois o “louco” não era definido como um sujeito de razão e de vontade. Exatamente por faltarem ao doente mental os atributos necessários ao pleno exercício dos direitos de cidadania, a psiquiatria pôde postular a sua internação e reeducação, como sujeito e como cidadão, através de um processo terapêutico de ortopedia moral.

As manifestações da loucura não se configuravam como violação do contrato social, no entanto o Estado promoveu uma intervenção na vida destes sujeitos, privando-os do direito de exercer este contrato social (Castel, 1987). Tal intervenção ocorreu através da cumplicidade do saber psiquiátrico que assegurava à sociedade que o louco não possuía condições de nela conviver. Desta maneira o estado fica autorizado a gerenciar a loucura da melhor maneira possível para o bem estar de todos.

Com a pedagogia da sociabilidade instituída por Pinel no Grande Hospital, seriam devolvidos ao “louco” tais atributos de razão e vontade, o que lhe permitiria reinscrever-se no espaço social. Com requintes de fina ironia, para recolocar o doente mental em condições de participar da vida social, a condição prévia seria a sua exclusão (Gabbay, 2010).

Dois séculos de manicômios marcam a história a partir do advento do Grande Hospital. Ao longo do século XIX a concepção dos manicômios se transforma do internato educacional proposto por Pinel para um local de sujeição violenta do louco, com enfoque na lesão orgânica presumível que acarreta a enfermidade mental, e não mais na desrazão (Pessotti, 1996). Como afirma o autor, em nenhum outro período da humanidade tantas pessoas foram internadas e solapadas em seu direito de conviver com os de sua própria espécie. Nunca antes a violência da imposição normativa se fez tão presente sobre o espírito (*geist*) que apenas busca formas conflitantes e desesperadoras de obtenção de prazer e solução de suas próprias incongruências.

Nestes locais a humanidade fica reduzida apenas à forma, pois somente olhando de longe aquelas figuras podem lembrar um ser humano, uma vez que seu conteúdo e suas “funções” são taxadas como aberrantes e trágicas. Dignas de sentir pena, medo, nojo... (Vilhena & Rosa, 2012a).

O cenário que se desenvolve desde então mostra o saber médico como o único capaz de dizer o que deve ser feito com esses sujeitos que não tem condições de gerir a própria existência. A individualidade do doente mental ficou perdida por quase dois séculos, devido a uma noção excludente e pouco válida de doença mental, amplamente criticada por vários teóricos da própria psiquiatria (Szasz, Schneider, Lang). O conceito de doença mental para Szasz (1978), por exemplo, era uma criação bem engendrada para legitimar a prática médica, transformando o sujeito que sofre, por ser diferente, em um paciente e a prisão onde este era encarcerado em um hospital. Inclusive permitindo à psiquiatria se apropriar de um conceito muito antigo, a loucura, como seu objeto de conhecimento.

Mesmo parecendo radicais, as ideias de Szasz traziam o cerne da discussão sobre a pertinência de utilizar um discurso estrito (médico) como mecanismo de exclusão de vidas inteiras. Discurso este que evoluiu do obscurantismo dos rituais de magia para a condição de baluarte da ciência contemporânea.

Considerando que desde o início do século XX questiona-se a validade dos conceitos diagnósticos em psiquiatria, chegando ao ponto de comprovar que os diagnósticos não tinham confiabilidade e dando início a todo um arranjo para a criação dos Manuais Diagnósticos (Wing, Cooper & Sartorius, 1974),

pode-se indagar o por que dos movimentos Reformistas terem demorado tanto tempo para ganhar força no cenário mundial.

Se existe alguma resposta a esta questão ela pode estar associada ao fato da Europa ter tido um considerável decréscimo em sua força de trabalho, notadamente após a Segunda Guerra, e não ser capaz de dispor de grandes contingentes de pessoas para cuidar dos loucos institucionalizados. E também ao fato de os financiamentos para as instituições psiquiátricas terem caído drasticamente, à medida que tais locais passaram a ser vistos pela lógica econômica como dispendiosos e pouco eficazes (Mângia, 2000).

Neste cenário favorável a mudanças, começam a surgir na Europa os primeiros movimentos em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Trabalhos como “A História da Loucura” de Foucault (1961) e “Manicômios, Prisões e Conventos” de Goffman (1961), além de se constituírem em verdadeiros tratados sobre a condição dos excluídos, abalando as mais arraigadas convicções de ciência do campo psi, colocam em questão o modo como o grande internamento foi produzido, criticam os arranjos através dos quais os indivíduos foram constituídos como “loucos” e impulsionam a discussão sobre o resgate da subjetividade e da cidadania dos pacientes psiquiátricos.

Nas décadas de 60, e especialmente de 70, do século passado, surgem na Europa e nos Estados Unidos novas propostas para a assistência à saúde mental. No Brasil, a Constituição de 1988, marco inicial da redemocratização do país, pode ser considerada uma vitória no campo dos direitos sociais e políticos e uma nova etapa do processo que já havia se iniciado nos anos 80, no campo da saúde mental, e ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. No texto da Carta Magna foram incorporadas aspirações decisivas do chamado Movimento Sanitário, especialmente a determinação “Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado”, expressa em seu art. 196, conceito fundante da universalidade do acesso e responsabilidade do Estado, que vieram a constituir o SUS – Sistema Único de Saúde, em 1990 (Delgado, 2011).

Segundo Tenório (1999), a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco, ou seja, um processo de reinserção social que devolva ao louco seu estatuto de sujeito e sua cidadania. Notadamente inspirado nos movimentos e nos ideais da Reforma

Psiquiátrica europeia, este processo tem como objetivo elaborar propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Para ser mais específico, a Reforma Brasileira se orientou em dois sentidos: seguindo as tendências dos movimentos franceses e ingleses, propunha a melhoria das técnicas psiquiátricas e a humanização dos tratamentos, e de par com as ideias dos reformistas italianos propunha a radical extinção das instituições manicomiais, desviando-se do modelo clínico para uma perspectiva pluralística e complexa, pautada pela negociação entre diversos atores, na gestão de situações caracterizadas pela ausência de saúde mental ou de condições de participação do sujeito na sociedade (Mângia, 2000).

O movimento político que originou a Reforma Brasileira iniciou-se com a problematização do modelo manicomial e de sua articulação com o regime militar, na medida em que este modelo funcionava como prática de exclusão e tortura de presos políticos. Outro marco do início da Reforma foi a denúncia da situação precária e desumana de instituições públicas, do tipo asilar, mantidas pela Divisão Nacional de Saúde Mental. Seguiu-se a isso uma movimentação popular, alinhada aos movimentos de redemocratização, que conheceu suas primeiras vitórias políticas com as eleições gerais de 1982, quando os governadores eleitos convidaram vários líderes do movimento organizado dos profissionais da saúde para ocupar cargos executivos nas secretarias de saúde estaduais e municipais (Mângia, 2000).

Em 1987 foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental que, entre outros temas, debateu os direitos e deveres do doente mental. Mesmo ano da criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que assumira o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, além de promover várias denúncias contra a política nacional de saúde mental (Amarante, 1995).

Para Amarante (1995) desinstitucionalizar significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida e não apenas administrar-lhe fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades concretas de sociabilidade. Isto é mais que um processo técnico, administrativo, jurídico ou político; “é um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”. (pg. 494)

A participação ativa dos pacientes na luta antimanicomial só começou a ocorrer a partir da década de 90, pela força de um projeto de lei que se propunha

reconstruir a ordem da assistência psiquiátrica no Brasil (Delgado, 2011). Só então os primeiros conselhos de usuários foram formados e suas reivindicações passaram a ecoar nos fóruns de Saúde Mental por todo o país. Drástica mudança na forma de enxergar os loucos que antes não tinham sequer racionalidade (Vilhena & Rosa, 2012b).

Sobre essa “nova forma” de enxergar o sujeito louco, Corbisier (2011) escreveu que os profissionais da saúde mental passaram a trabalhar com o conceito de que havia razões múltiplas para o adoecer mental; que os sintomas eram frutos de uma desorganização na vida da pessoa como um todo e tinham conexões com as dores da existência; valorizando o aspecto mais humano, acrescenta brilhantemente que a loucura mostrava as linhas mais frágeis do esqueleto psíquico, traduzia, em línguas novas, contornos emocionais pouco ou nada aceitáveis pelas famílias e pelas próprias pessoas; que esta rompia escandalosamente com o bom senso, qualquer senso, produzindo assim uma ruptura com o conhecimento racional das doenças mentais. Por tudo isto, confrontava os profissionais com uma necessidade imperiosa de conversar muito com estas pessoas para tentar começar a descobrir por quais caminhos mentais elas andavam.

Várias mudanças se deram neste percurso. No início houve uma tentativa de modificação dos hospitais psiquiátricos com o intuito de torná-los mais terapêuticos. Em seguida um movimento mais radical solicitava a extinção destes hospitais, fato que está ocorrendo nos últimos anos no Brasil. O cenário atual não é definitivo, uma vez que este campo se encontra em constante atualização, através de novas discussões, pesquisas e projetos voltados para a área de saúde.

## **2.1**

### **CAPS para quê?**

Ao analisar o histórico da “assistência psiquiátrica”, que mais tarde passaria a se chamar “saúde mental”, percebemos um quadro onde os grandes manicômios prestavam um “belo serviço” à comunidade geral, excluindo do convívio e das preocupações sociais aqueles que não possuíam as condições necessárias para o bom andamento da sociedade produtiva. Com o advento da reforma psiquiátrica e consequente redução drástica dos leitos manicomialis

(foram trinta mil leitos a menos no período de 1992 a 2005 (MS, 2005)), o Estado passa a ter um grave problema em suas mãos: dar conta do contingente populacional que estava encarcerado e controlado a base de psicotrópicos, amarras e câmaras escuras.

O ponto de vista deste trabalho é que, com a extinção dos manicômios, o Estado precisa responder à população sobre o que deve ser feito com “os loucos” que foram soltos e voltaram para suas casas ou para as ruas. Nesse ponto, as propostas de criação dos “serviços substitutivos em saúde mental” aparecem como a resposta do Estado para este grave problema. Mas os CAPS não se constituíram da noite para o dia e sua implantação, o primeiro CAPS surge em São Paulo em 1986 (MS, 2005), se deu em meio a muitas dúvidas e problemas de adequação.

Até a proposta de “serviços substitutivos” foi uma evolução da primeira tentativa de abertura da psiquiatria brasileira, onde o objetivo era criar unidades que pudessem atuar como “complementares” ao trabalho dos manicômios. No início da reforma ainda não estava clara a opção pela extinção dos manicômios. Esta tomada de posição se consolidou em 1987 com a campanha “Por uma sociedade sem manicômios”.

Para demonstrar as dificuldades da Reforma com o domínio do modelo asilar podemos afirmar que em 1992, segundo dados do Ministério da Saúde, funcionavam no Brasil 208 CAPS, no entanto apenas 7% dos recursos destinados pelo governo à saúde mental eram empregados em sua manutenção (em 2004 esse número chegou a 36%), o restante ainda era destinado aos hospitais psiquiátricos. Somente com a aprovação da Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, cujo texto redireciona a assistência em saúde mental para os serviços de base comunitária e são aprovados financiamentos específicos para os agora “serviços substitutivos” em saúde mental (Brasil, 2001, MS, 2005).

A Lei nº 10.216/2001, em seu texto final, traz o artigo 1º integralmente dedicado à afirmação positiva dos direitos dos pacientes, incorporando a orientação geral da Resolução das Nações Unidas de 1991, e se contrapondo frontalmente a seu antecessor normativo em nosso país, o Decreto nº 25.559, de 3 de julho de 1934. O Decreto de Vargas, afirmando a “proteção” dos psicopatas, tinha seu alicerce na defesa social, e convalidava o estatuto de incapacidade civil genérico de todos os pacientes (Delgado, 2011).

Delgado (2011) explica que a lei de 2001 afirma a cidadania plena dos pacientes e elenca nove direitos básicos, entre os quais o da prioridade no tratamento comunitário, restringindo a internação como uma modalidade de tratamento a ser utilizada apenas nos casos em que é indispensável. No entanto, observa-se que sua aplicação, na prática, ainda não segue as orientações normativas. Vê-se muitos pacientes sendo internados para que a família se livre do problema ou porque o Estado irá ressarcir os gastos que as clínicas virão a ter, então a instituição opta pela via mais cômoda; a da internação.

A sigla CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é uma das muitas siglas que nomeiam a descentralização do cuidado e da assistência aos pacientes do sistema público de saúde. A proposta é que cada um desses setores seja responsável por uma parcela das demandas da sociedade. Este é o conceito de Rede de Atenção Básica em Saúde de base comunitária, que foi instituído pelo governo brasileiro na década de 90.

O objetivo é regular e organizar os serviços de saúde, dando autonomia às diferentes esferas do poder público (estadual, federal e municipal), porém mantendo um único direcionamento pautado pela universalidade e equidade na oferta de serviços à população.

A ideia do governo (MS, 2005) é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou “equipamento” (nome dado pelo governo às instituições integrantes da Rede de Saúde), é capaz de fazer frente à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. “É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (p.26).

Outro aspecto que foi modificado a partir de 2003, notadamente através da Política Nacional de Humanização (PNH), foi a forma de atuação dos profissionais de saúde. A gestão do SUS considera que o profissional de saúde é agente transformador do seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas pré-estabelecidas. Mais uma tentativa de humanizar as práticas em saúde mental.

E o conceito de Humanização da PNH diz respeito a uma aposta ético-estéticopolítica: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e

trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (MS, 2005).

Porém, é importante frisar que a Reforma Psiquiátrica ocorrida em países nos quais o Brasil se inspirou para construir seu próprio modelo, lidavam com manicômios sustentados pelo Estado, enquanto em nossa realidade atual, o processo de luta pela descentralização dos atendimentos nos Grandes Hospitais Psiquiátricos, abriu espaço para o surgimento de instituições privadas de contenção e “tratamento” da loucura nos moldes manicomiais. Em Goiânia, só para citar um exemplo, atualmente existem mais de dez clínicas particulares que atendem, em regime de internação, os pacientes com transtornos mentais ou usuários de álcool e drogas.

É preciso que se valorize a reabilitação destes pacientes. O objetivo deve ser a promoção de alguma melhora para o sujeito. De forma que não se crie um novo cenário onde os processos estáticos da segregação manicomial, vão se transformando, aos poucos, na dinâmica de circulação de pacientes entre os novos serviços especializados (Castel, 1987).

A reabilitação de pacientes foi pensada como um processo articulado de práticas que dariam ao usuário a devida noção de sua participação na dinâmica institucional e da importância da instituição na sua recuperação. Prova disso são as diversas atividades idealizadas para os usuários e pelos mesmos, garantindo a participação integral destes no processo. Apenas como um dado histórico vale comentar que a própria sigla CAPS foi criada, em São Paulo, pelos pacientes da Instituição, quando de seu início na década de oitenta (Goldberg, 1996).

Uma palavra corrente nos debates sobre a reabilitação é “contratualidade”, ou seja, a capacidade que o sujeito tem de trocar valores em sua vida com os demais integrantes do corpo social (Saraceno, 1996). No entanto, para trocar é preciso primeiramente possuir valores. Para tanto se faz necessário devolver ao sujeito a responsabilidade, na medida do possível para cada caso, sobre os principais aspectos de sua vida (residência, grupo social e familiar, trabalho, etc.), criando condições para uma volta progressiva deste sujeito à sociedade como agente do processo. É a expressão do que Pitta (1996) chamou de “protagonismo do sujeito”.

Os CAPS promovem o cuidado terapêutico ao paciente com transtorno mental que seja atendido em uma das unidades de pronto atendimento da rede pública de saúde. O procedimento usual adotado em Goiás é o seguinte: quando um paciente entra em crise (psicótica, de agitação ou agressiva) ele é encaminhado ao Pronto Socorro Psiquiátrico ou Hospital Geral, onde é medicado e acolhido. Passado o período de crise, este paciente é encaminhado ao CAPS para ser atendido, em regime de atenção diária, por uma Equipe Multiprofissional que possui técnicos competentes para lidar com “todas” as facetas de sua subjetividade, pelo menos em teoria. Goiás ainda não possui CAPS III que oferece atendimento 24 horas.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e perfil de usuário atendido. E são distribuídos de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de atender municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes, têm equipe mínima de nove profissionais, de nível médio e nível superior, e têm como usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Assim como todos os demais CAPS à exceção do CAPS III, funcionam durante os dias úteis da semana, normalmente em horário comercial, e têm capacidade para cerca 240 pessoas por mês. Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. Atendem também adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês (MS, 2005).

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Deveriam dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, mas estão presentes hoje, em sua maioria, apenas em algumas das grandes metrópoles. São serviços de grande complexidade e funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo sete dias). Estes serviços têm equipe mínima de 16 profissionais, entre nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês (MS, 2005).

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são geralmente necessários em municípios com mais de 200.000 habitantes e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais. Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. A equipe mínima é composta por 13 profissionais (MS, 2005).

O perfil populacional dos municípios é um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental, mas é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que tem condições de definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental daquele município. O Ministério da Saúde determina como função dos CAPS o atendimento clínico em regime de atenção diária, o acolhimento dos portadores de transtorno mental com vistas a preservar seus laços sociais e reforçar os laços familiares, a inserção social através de ações intersetoriais e o acesso ao trabalho, ao lazer e aos direitos civis (MS, 2011).

É difícil traçar um perfil dos CAPS no Brasil, dada a diversidade de realidades existente em todo o território nacional. Mas pode-se comentar alguns exemplos que ilustrem essa variabilidade e assim tentar entender o quadro geral dos serviços substitutivos em saúde mental. Tomando-se a dimensão macroscópica das regiões brasileiras, o Sul e o Nordeste são os locais onde existe o maior número de CAPS por habitante, com destaque para os estados de Sergipe, Paraíba e Rio Grande do Sul, cada um com mais de um CAPS para cada 100.000 habitantes. E a região Norte tem o pior índice do país, com o agravante de que, nesta região, só existem dois CAPS III, sendo um no Amazonas e outro no Pará (MS & IBGE, 2010).

No entanto, podemos tomar como referência o Distrito Federal que possui a pior média individual entre todos os estados da federação, ou olhar mais detidamente para municípios como Campinas, no estado de São Paulo, que possui três CAPS III na cidade e uma das melhores redes de assistência do Brasil (MS & IBGE, 2010).

De igual maneira, não parece ser possível estabelecer um procedimento padrão existente nos CAPS de todo o país, devido às mesmas especificidades regionais e também ao fato de a proposta do serviço ser flexível o suficiente para adequar-se às demandas dos usuários. Um bom exemplo dessa diversidade é a forma de acolher o paciente que chega a instituição. Em alguns CAPS existe o acolhimento feito em grupos, com vários pacientes e alguns profissionais, em outros locais faz-se o acolhimento individual e o paciente é colocado sob a tutela de um “técnico de referência”, há locais que utilizam uma “equipe de referência”; estas são subdivisões da equipe técnica criadas para aproximar os trabalhadores dos usuários. Cada equipe (ou profissional) fica responsável por determinado número de pacientes, podendo ter uma atenção mais específica àqueles pacientes.

A consulta médica quando do ingresso do paciente é obrigatória para alguns CAPS e para outros é facultativa. O fato é que essas diferenças são características de adaptação do serviço. Se os números apresentados e as trocas de experiências ocorridas em Fóruns de Trabalhadores e Congressos da Área também levam a crer que o ideal de inclusão e socialização não se expressa de forma uniforme em todos os pontos do país, pelo menos o que se percebe é que ele se presta a ser um norte nas práticas. Já é um grande começo!

No Estado de Goiás, no ano de 2010, funcionavam 32 CAPS, sendo oito deles na capital, Goiânia. Há ainda um CAPSi e um CAPSad funcionando também na capital do Estado (Goiás, 2010). O que a experiência do autor deste trabalho mostra em um CAPS II, é que se trata de um local que não difere muito de uma casa, com amplas áreas abertas, cozinha, espaços comuns para repouso ou outras atividades, salas de trabalho (atendimento), uma farmácia e um espaço separado para a equipe técnica (algo às vezes contestável segundo os ideais reformistas).

As atividades desenvolvidas no local são todas supervisionadas pela equipe de profissionais e consistem em oficinas laborais, terapêuticas, de atividades físicas e atendimentos psicoterápicos. A grande maioria das atividades é feita em grupos. Os pacientes passam os dias úteis da semana na instituição e retornam para suas casas à noite, e à medida que vão se recuperando passam a frequentar o CAPS menos vezes por semana.

A equipe Multiprofissional do CAPS conta com os conhecimentos de psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, enfermeiras, farmacêuticos, arte-terapeutas,

terapeutas ocupacionais, educadores etc. E o objetivo é que ocorra ali um trabalho pautado pela interdisciplinaridade, onde o paciente, que é tratado como um “usuário” do serviço, receba o tratamento do qual necessita. Essa tentativa de interdisciplinaridade, que ideologicamente se apresenta como a melhor forma de lidar com a pluralidade subjetiva, acaba sendo atravessada por duas questões.

A primeira diz respeito à dificuldade que se encontra quando diferentes especialidades, com diferentes recortes do mesmo objeto tentam se unir. Isto gera um estranhamento natural entre os profissionais e suas ideias. Figueiredo (1996) traz relatos de experiências onde as reuniões de área, que são feitas em muitas instituições, conseguem minimizar o impacto deste “estranhamento” entre os diferentes profissionais. Estas reuniões se caracterizam por um momento, onde profissionais de diferentes especialidades, mas pertencentes à mesma área clínica (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, psicanalistas) se reúnem para debater e trocar informações sobre os pacientes e o andamento dos trabalhos. São discutidos os casos clínicos mais complicados e todos os profissionais podem opinar sobre o direcionamento a ser dado para cada caso (Campos, Rosa & Campos, 2010).

Outra questão importante trata da diluição das especialidades em uma prática técnica superficial, onde todos os profissionais acabam por fazer a mesma coisa (Rinaldi, 1999). Entende-se que a interdisciplinaridade deve ocorrer, desde que os diferentes profissionais não percam de vista a natureza do dispositivo com o qual operam.

Desta maneira, o psicanalista continuará sendo psicanalista e tendo o viés da psicanálise como referência, tanto no trabalho com os pacientes quanto no trato com os demais colegas. Sabendo de que lugar fala e o recorte de seu objeto de estudo e intervenção. Pensamos ainda que o mesmo deve ocorrer também com todos os outros profissionais das equipes que se propõem interdisciplinar.

Uma situação que ilustra tal ponto de vista ocorreu quando foi solicitado ao autor deste trabalho atender individualmente um paciente com o qual, na linguagem da equipe, “nós já tentamos de tudo”. Na reunião de equipe o caso deste paciente foi apresentado em meio a grande angústia por parte dos técnicos, pois os colegas se sentiam incapazes de conseguir alguma melhora para a condição daquele paciente. Era perceptível que muitos colegas chegavam a

expressar certa raiva pelo fato do paciente não responder a nenhum tipo de abordagem.

Ouvindo a demanda da equipe o autor se colocou à disposição para atender o paciente, mas fez a seguinte observação: se um paciente não responde ao tratamento e todos os demais respondem, isso não invalida o trabalho que está sendo realizado pela equipe, muito pelo contrário. Os profissionais, enquanto equipe, precisam abrir mão da onipotência de querer que todos os pacientes melhorem – alguns simplesmente não melhoram. E disse ainda que provavelmente ele não teria maior sucesso que os colegas que já haviam tentado ajudar aquele paciente e talvez o melhor fosse encaminhá-lo para o acompanhamento ambulatorial (fato que acabou se confirmando, e o paciente foi encaminhado).

Dizer aos colegas que eles não precisavam resolver todos os problemas, é papel do analista como forma de aliviar a angústia sentida pela equipe e criar condições para que o caso seja avaliado com maior isenção, tomando as decisões que beneficiariam o paciente e o serviço.

Parece que a possibilidade de encaminhar o paciente não era vista como opção pela equipe, pois o que se tem no cotidiano destes trabalhadores, devido à gravidade dos sofrimentos ali experimentados, são demandas complexas e urgentes com as quais “é preciso dar conta” de uma maneira ou de outra (Sigal, 1989). Devido à complexidade dos sofrimentos e a impossibilidade de responder de imediato a tais problemas, os profissionais que atuam nas instituições de saúde precisam ter equilíbrio para não se deixarem arrastar pela “loucura” que se instaura à sua volta (Onocko-Campos, 2006).

Não raro são os casos de pacientes que entram em crise, mesmo sob os cuidados da equipe, ou que são trazidos ao CAPS em plena condição de surto. Nestes casos o procedimento difere da usual triagem feita nos CAPS de todo o país. É necessário que se faça primeiro um “diagnóstico de crise”, para depois tratar o paciente dentro do protocolo estabelecido.

Nos trabalhos nos CAPS tem-se uma grande demanda no sentido de preparar melhor os profissionais que ali atuam, tanto com relação ao cuidado com a saúde mental desses trabalhadores, quanto relacionado às capacitações que provejam recursos técnicos a estes profissionais. Nos atendimentos norteados pela perspectiva da reabilitação psicossocial, os profissionais sentem-se mais próximos

dos pacientes e compartilham de forma mais estreita seus sofrimentos. Devido a essa proximidade ocorre um aumento na tensão diária experimentada pelos trabalhadores.

Vivenciar proximamente a loucura pode ser mais desgastante e adoecedor do que o trabalho em outros setores da saúde. Não se deseja fazer uma comparação do tipo “qual setor é mais difícil para se trabalhar”, mas sim pensar nas soluções para minimizar tais desgastes. As ações possíveis para prevenir o adoecimento dos profissionais que atuam nos novos serviços de saúde mental passam exatamente pela maior provisão de subsídios técnicos para o trabalhador que lida com tais pacientes.

E também pelo cuidado com a saúde destes profissionais, seja através de conversas onde o trabalhador pode expressar suas angústias, seja através de momentos voltados para a “qualidade de vida no trabalho”; termo comum nas grandes empresas do setor privado, que designa atividades voltadas para o bem estar dos profissionais. Pensando no ideal do serviço, que se propõe a não tornar-se institucionalizante (nem para pacientes e tampouco para profissionais), lembre-se aqui da advertência de Foucault (1986), quando afirma que todo o social que não é discursivo pode ser considerado instituição.

É inevitável falar da ambivalência que se estabelece entre os diversos polos de tensão dentro da instituição, entre o usuário portador de transtorno e a ordem estabelecida, entre o ideal dos livros, artigos (e agora leis!) que discutem a reforma e o possível que se consegue a cada dia com pessoas reais e às vezes pouco preparadas para o serviço (Vilhena & Rosa, 2011).

## **2.2 Outras Questões sobre o CAPS**

Cabe ressaltar que os serviços substitutivos em saúde mental têm no papel o emblema das práticas humanistas e interdisciplinares, e conseguem, em alguns casos, não sem a dedicação dos profissionais que lá atuam, aplicar tais princípios de forma a humanizar os tratamentos, mas suas demandas, por parte do governo, ainda são de controle e gestão da loucura como desviante.

Não sem razão, existem em todos os serviços públicos dessa natureza as “Folhas de Acompanhamento de Pacientes” que são preenchidas mensalmente pela equipe e servem para o Estado destinar os recursos disponíveis para este ou

aquele setor de atendimento. Todo e qualquer procedimento no CAPS é regulado pela Portaria nº 189/2002, do Ministério da Saúde, que especifica o valor e o público alvo de cada serviço dentro da Instituição. Esse controle é feito através dos formulários de APAC (Autorização para Procedimento de Alta Complexidade).

As discussões entre os diversos grupos de interesse que procuram criar consenso acerca da questão da saúde mental introduzem também a questão da relação entre condições de vida e trabalho das populações como determinantes de sofrimento psíquico. Colocam, assim, em questão o caráter de cidadãos dos pacientes psiquiátricos enquanto tutelados pelo Estado e internados nos locais de contenção e circunscrição da loucura (Mângia, 2000).

No entanto, parece que também a Reforma Psiquiátrica está passando por uma fase de transformações. Situada na fronteira entre as demandas dos diferentes setores do corpo social, não tem condições de responder satisfatoriamente a todos.

Os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, suas ideologias e práticas, e o consequente desenvolvimento e implantação de equipamentos e dispositivos que atendam às demandas sociais só pode ocorrer a contento na medida em que o poder público, principal gestor e articulador do processo, buscar no saber acadêmico e no saber de quem vivencia a realidade, o auxílio necessário para dar continuidade a esta tarefa (Vilhena & Rosa, 2011).

Vários autores (Albert 2005, Goldberg 1996, Onocko-Campos 2006) defendem a urgência da participação das universidades na formação de profissionais e nos debates que se relacionam ao campo da saúde mental, formando um campo complexo de investigação para pesquisadores especializados.

Entretanto, incluir o saber universitário nos direcionamentos técnicos da Reforma não exclui, de maneira alguma, a participação dos movimentos populares representados pelos conselhos de classe e pelas conferências de saúde mental, muito pelo contrário.

Mesmo porque, como afirma Baremlitt (2002), as coletividades têm perdido o saber acerca de sua própria vida, a noção de suas reais necessidades, de seus desejos, de suas demandas, de suas limitações e das causas que determinam essas necessidades e essas limitações. Deixando a cargo daqueles que ele denomina de *experts*, ou seja, os detentores do

conhecimento técnico, a resolução de todos os problemas que, em última análise, concernem exclusivamente à população.

Através da Autoanálise as comunidades menos favorecidas podem tornar-se protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, passando a enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida. Não permitindo que alguém de fora e muito menos “de cima” diga-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou não conseguir (Baremlitt, 2002).

Uma das esferas do protagonismo do sujeito é o desafio de fazer com que o conhecimento técnico e científico seja apreensível por todos, no sentido de aumentar a autonomia da sociedade, dos pacientes, dos familiares, da sociedade como um todo, de modo que o debate sobre a saúde mental não seja um debate ideológico, tecnocêntrico, não seja marcado pelo desamparo, por nossas próprias fantasias e preconceitos em relação à experiência humana designada como loucura. O que se pretende é agregar o saber dos especialistas e o “saber de experiências feitas” produzindo laços dialogais e produtivos que propiciem uma autonomia cada vez maior por parte dos usuários do serviço (Delgado, 2011).

É preciso que se diga quão inestimável é a contribuição da Reforma Psiquiátrica para a saúde mental e todos os seus atores. Apesar de fazer-se críticas ao sistema vigente, não pode-se deixar de mostrar que eram necessários, tanto uma ruptura radical com o modelo hospitalocêntrico, como a criação de novas formas de atendimentos menos individualizadas (Vilhena & Rosa, 2011).

As áreas do saber “psi” que atuavam na instituição precisavam sair de dentro de seus consultórios (onde exerciam a função jocosa, dada por Foucault, de “porteiros de loucos”) e atuarem nos espaços abertos e comuns das novas instituições criadas para substituir o manicômio (sejam elas CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, etc). Nesse campo de possibilidades, a prática psicossocial se apresentou como a saída que melhor atendia aos interesses tanto de familiares, quanto de profissionais e do próprio Governo. Até mesmo a importância da família no processo de recuperação do paciente com transtorno mental é um fator muito melhor explorado pela dinâmica dos serviços que funcionam em regime aberto, sem o isolamento do paciente.

## 2.3 O paciente do CAPS

Secularmente estigmatizado, o sujeito que se vê visitado pela loucura porta em si a marca da perda. Perda dos direitos civis, em primeiro lugar. Perda do respeito dos amigos, colegas e principalmente familiares. Perda da confiança em seus próprios pensamentos e ações, que podem traí-lo a qualquer instante, levando a cometer os atos mais imprudentes e desastrosos. Perda da voz!

O que se encontra, a primeira vista, é um monólogo vazio de sentido. Que reconta uma história que já foi contada para a equipe médica, repetindo as nomenclaturas aprendidas na internet ou na conversa com os especialistas. Mas que, sobretudo, não diz nada sobre quem aquele sujeito é, e muito menos o que ele deseja. Ele deseja alguma coisa?

A questão que pode ficar elidida, caso não se tenha o cuidado de investigar mais detidamente, é “por que ele falaria alguma coisa?”. Ele se acostumou a não ser mais escutado por ninguém, afinal quem dará ouvidos às palavras de alguém que está louco? O silêncio imposto ao paciente portador de transtornos mentais não desapareceu com o fim da mordaca. E não apenas por conta dos medicamentos que retiram sua vontade, prejudicam seu pensamento e lhe dão sonolência. Especialmente porque ninguém está interessado em ouvi-lo.

Devido ao fato de ser uma instituição pública, pode-se sim nivelar o padrão socioeconômico na linha das camadas mais modestas da população brasileira. De sorte que alguns pacientes não têm condições de vir ao atendimento por não ter o dinheiro da passagem de ônibus. Entretanto, de maneira alguma pode-se igualar o nível intelectual ou cognitivo da mesma maneira. No mesmo local em que se encontram pessoas com pouquíssima instrução, sujeitos extremamente comprometidos cognitivamente, insanos e desvairados, também se depara com verdadeiros gênios, artistas incríveis, profissionais formados e bem sucedidos. A desrazão não parece ser tão seletiva neste ponto.

A respeito da aparência dos pacientes, não se deseja fazer qualquer generalização, sob pena de incorrer em grave erro. Mas, observando a maneira como se vestem muitos dos pacientes, em especial aqueles mais comprometidos, fica-se pensando se os “loucos” habitam um real tão particular que os chamados da sociedade do consumo não se comparam aos apelos intrusivos do Outro que chega até o sujeito através dos delírios e alucinações.

Não se pretende falar aqui de uma possível “perda da vaidade” que venha a acometer os loucos e os pobres, pois, além de um argumento preconceituoso e simplista, se faria coro com as vozes que não reconhecem os pacientes psiquiátricos como cidadãos, sujeitos de direito e, sobretudo, de desejo. Entende-se, na verdade, no consumo de um serviço diferente. Defende-se que eles atualmente são clientes de outro mercado, melhor dizendo, são “usuários” de um outro “serviço” – o serviço de saúde mental. Se pensar no tipo de vinculação dos pacientes às instituições de Saúde Mental que os acolhem, se verá que, apesar da humanização das formas, ainda se tem sujeitos institucionalizados. Pois, se nos manicômios esta sujeição se dava através da violência e da coerção, nos CAPS e serviços análogos esta ocorre exatamente através da “atenção” dispensada aos pacientes.

Não sem razão, a maioria dos “usuários” dos CAPS passa grande parte de seus dias nas dependências institucionais, mesmo porque é ali (às vezes só ali) que este é tratado dignamente, que pode expressar-se como quiser e onde começa a criar vínculos. Por esse motivo se pensa que a sociedade de consumo não lhes parece tão sedutora. Através de um tipo especial de vínculo transferencial, esses pacientes se apresentam ao olhar dos trabalhadores da saúde mental “da melhor forma possível”. Ocorre que não é a beleza dos pacientes que interessa aos trabalhadores do CAPS, mas a melhora no quadro geral de seus sintomas. Dessa maneira a imagem corporal parece ficar relegada ao segundo plano nas relações institucionais.

Não se fala de perda da vaidade porque quando ocorrem as “Oficinas de Beleza” (grupos onde os técnicos do CAPS cuidam do aspecto visual dos usuários), onde muitos pacientes lá comparecem ansiosos por alguma melhora em sua aparência. Mais significativas ainda são as oportunidades nas quais as pacientes abordam as enfermeiras e solicitam “você pode pintar as minhas unhas”.

Entretanto, pode-se perceber que os sujeitos que conseguem ter essas preocupações mínimas com o corpo, muito distantes do culto exagerado à forma, são pacientes que já conseguiram alguma melhora em seus quadros clínicos. Uma situação é significativa para demarcar este aspecto. A paciente foi atendida no CAPS por anos, sempre comparecendo às reuniões vestida com roupas escuras e sem qualquer maquiagem ou adereço. Pouco tempo depois de modificado seu tratamento, onde foram incluídas psicoterapia individual e em grupo, algumas

diferenças passaram a ser percebidas, tanto em seu quadro clínico, quanto em seu estado de humor.

Com o progresso do tratamento as roupas começaram a ganhar certo colorido, batom e maquiagem foram desenterrados do guarda-roupa e novas aspirações, visivelmente, tomaram conta da vida daquela mulher. Se as instâncias simbólica e imaginária se constituem como formadores do enredo psíquico, é no corpo que a trama vivencial é encenada e se desenvolve.

Para quem trabalha com a clínica na instituição pública, a questão das diferentes demandas entre os atores (indivíduo, família e Estado) impõe algumas dificuldades no processo terapêutico. A família tem uma demanda que é de curar (de sarar) o indivíduo que não só destoa dos demais membros da prole, como também evidencia as mazelas do corpo familiar.

Não se deve, porém, julgar apressadamente a atitude familiar frente a uma realidade tão cruel e difícil de ser encarada. A questão inicial nestes casos é se pode-se culpar a mãe pobre por procurar alguém mais experiente e acessível, quando seu conhecimento e seus recursos não dão conta da gravidade do fenômeno loucura (Vilhena, 2004).

Pode-se perceber que vários estudos mostram a família nuclear burguesa favorecendo um engajamento social que cria para o indivíduo uma espécie de ordem, na qual sua vida adquire um sentido, constituindo-o como sujeito (Vilhena, 2004). No entanto, tais estudos excluem de seu recorte teórico os núcleos pobres da população. Que se constituem na grande maioria dos que procuram tratamento nas instituições públicas. Os relatos destes observadores (brancos) mostram as famílias pobres e negras como sendo “desestruturadas” ou “promíscuas”, vistas sob a ótica etnocêntrica e repleta de preconceitos.

Ainda assim, algo que vale tanto para as famílias burguesas quanto para as famílias pobres é a forma de vinculação dos pais aos seus filhos. Como bem apontava Freud (1914), amamos nossas crianças como ectoplasmas de uma perfeição que as contingências da vida, de certa forma, nos negaram. Delas esperamos que nos ofereçam uma imagem de plenitude e de felicidade com a qual possamos nos identificar e amar a nós mesmos. Assim, se as crianças são amadas por serem a imagem da felicidade, um defeito físico, ou um distúrbio mental comprometem esse investimento parental (Vilhena, 2004).

Neste ponto entra a figura do Estado, como aquele a quem é endereçado o pedido de socorro. No entanto, este já possui suas próprias demandas de controle (normatização social) e defesa da qualidade de vida dos cidadãos. Esta dimensão da qualidade de vida é referente ao resgate da cidadania, ou seja, necessidades que devem ser atendidas por uma política pública de inclusão do portador e de seus próximos. O risco é o da ilusão de supor que as necessidades de inclusão do usuário, que sofre as consequências da determinação social de um transtorno mental, são as mesmas necessidades de um cidadão excluído que não necessita de atenção específica. A exclusão tem várias facetas e se configura de diferentes processos sociais e simbólicos que não se resumem na pobreza material (Campos, 1999).

O que o usuário “demanda” é retornar à “vida de antes da doença”, mas o que ele “necessita” são serviços especializados de atenção. Trata-se aqui, de uma cidadania pleiteada, total ou parcialmente por outros (a família que traz o paciente, ou as entidades de classes que “defendem seus direitos”). A conclusão a que se pode chegar é que, na assistência em saúde mental o usuário deve encontrar as condições de entender as “novas necessidades”, ressignificar sua vida, refazer seus “projetos de vida” e a relação das “necessidades” com os direitos e políticas públicas.

Neste cenário, onde o cuidado demandado não é clínico, e deve se voltar para a criação de condições de transformação do usuário novamente, ou pela primeira vez, em um cidadão, esconde-se uma armadilha: qual seja acreditar que o trabalho de inclusão suprime o trabalho clínico que é feito com a demanda (do sujeito) e o seu desejo, pois para a psicanálise a demanda é o caminho sem o qual não se pode aceder ao desejo que está na base do sofrimento (Campos, Rosa & Campos, 2010).

Esta e outras questões perpassam a clínica na Instituição desde o seu início. Da mesma maneira que a instalação dos CAPS não ocorreu de forma linear, a conquista do espaço institucional pela clínica também foi repleta de percalços. Figueiredo (1996) narra um pouco dessas lutas em seu livro, cujo título, “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos” já diz muito sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais de Saúde Mental e em especial pelos psicanalistas que se aventuraram nesse campo recém-criado. Não obstante, a participação dos

adeptos da psicanálise no movimento de abertura da clínica em saúde mental tem seu quinhão de importância.

Por fim, podemos afirmar que os CAPS foram criados para se tornarem a referência de vida e sociedade para pacientes que, durante muito tempo, foram privados de tais coisas (Pitta, 1996). Ocorre que o CAPS não pode tornar-se a única referência de vida dos pacientes, a tal ponto que estes não se sintam capazes de “seguir adiante”, quando recebem “alta” ou tem seus sintomas em processo claro de remissão. O cuidado aqui é que a antiga “institucionalização do paciente psiquiátrico” não retorne em uma nova roupagem, como uma verdadeira “prisão sem muros”.

As equipes de trabalho se veem em dificuldades quando um paciente é encaminhado para um “grupo de alta” ou “grupo de projeto de vida” e, ao invés de continuar melhorando, regride em sua condição. Sabemos que tal processo está ligado à demanda de amor inconsciente dos pacientes, mas esta questão precisa ser trabalhada com bastante cuidado (e psicoterapia) para que o paciente consiga relançar suas demandas e desejos no mundo externo. O CAPS precisa se apresentar como uma “mãe suficientemente boa” que cria condições para que seu filho se dirija ao mundo externo com condições de experimentá-lo e suportá-lo em toda a sua aridez e pluralidade (Winnicott, 1945).

Essa diferenciação entre a clínica atual e aquela praticada antes da Reforma já está mais clara. O que permite a inserção de práticas que apostem na socialização dos pacientes, porém sem a intenção moralizante ou normatizadora que pode vir embutida nestes ideais.

### 3 A psicanálise no CAPS; mas qual psicanálise?

#### 3.1 A Clínica e seu Percurso

Este capítulo faz uma reflexão sobre os impasses da clínica psicanalítica dentro da instituição pública que se formou a partir da Reforma Psiquiátrica, questionando as articulações entre a psicanálise e os demais saberes e práticas que convivem dentro de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Retoma historicamente o papel do diagnóstico psiquiátrico na saúde mental, seu afastamento do campo filosófico e psicopatológico, além das possibilidades atuais que tais insígnias clínicas possuem de expressar o sofrimento e a singularidade dos pacientes. Questiona também o modo pelo qual a psicanálise e os psicanalistas encaram a inserção dessa prática no contexto das instituições, em razão das diferenças de contexto e da diversidade de atores que participam do processo analítico.

Quando a Reforma Psiquiátrica conseguiu iniciar a extinção dos manicômios e a implantação dos chamados serviços substitutivos em saúde mental, o que se viu foi uma grande diluição das especialidades em prol da proposta de interdisciplinaridade que ora vigorava. Os psicólogos, psicanalistas e todos os demais “técnicos” foram trabalhar com os “usuários” do sistema público, em uma perspectiva social e privilegiando as abordagens coletivas.

Rinaldi (1999) afirma que no início dessa fase social da Reforma chegou a se pensar na extinção das práticas clínicas, com o intuito de eliminar o estigma dos manicômios e seu histórico. Essa postura claramente não levava em conta as diferenças entre as práticas clínicas utilizadas nos manicômios (marcadas pela violência, pelo assujeitamento e pela exclusão social) e a clínica da subjetividade que agora estava sendo proposta (baseada na reinserção social e na valorização do sujeito).

A questão é que, no decorrer da instalação dos trabalhos orientados pela temática social, com vistas à reinserção do portador de transtorno mental no convívio com seus familiares e sociedade em geral, percebeu-se que uniformizar atendimentos não bastava para dar conta da singularidade do *pathos*. Então a clínica volta à cena como uma via de acesso ao subjetivo, apoiada agora pela

prática da psicologia social. Silva (2005) entende que a Reforma Psiquiátrica também se compromete com a política pública de saúde mental, na tentativa de implementar um projeto de universalidade, equidade e integralidade da assistência à população.

Rinaldi (2000) ressalta, porém, que, de um lado, tenta-se resgatar a individualidade perdida dentro dos manicômios e de outro se espera a reinserção destes sujeitos na sociedade. “Do privado ao público ou do singular ao universal, estabelece-se uma linha de continuidade entre o sujeito e o cidadão. Se a noção de sujeito diz respeito à individualidade, a cidadania é o lugar do reconhecimento do sujeito na sociedade.” (pg. 4)

Esta uniformização de intervenções é um risco discutido desde a implantação do CAPS, mas que precisa ser revista constantemente para que não se volte a incorrer no mesmo equívoco do passado pré-reformista. Ter uma rotina funcional e efetiva dentro da instituição não pode ser o mesmo que criar “receitas de bolo” do tipo “tratamos pacientes depressivos desta maneira e esquizofrênicos desta outra”.

A dimensão da alteridade, incentivada pelo trânsito e atuação nos espaços comuns, é fundamental no resgate da porção de individualidade que resta nos sujeitos aqui tratados, especialmente psicóticos. Entretanto, quando esta individualidade se apresenta, ela precisa ser identificada e levada em consideração no direcionamento dos tratamentos ou na confecção dos Projetos Terapêuticos de cada usuário. Rinaldi (1999) lembra ainda que se a função política – ou social – e a função terapêutica devem ser diferenciadas, não se pode esquecer que uma não existe sem a outra.

Goldberg (1996) relata que o grande desafio da implantação de novos espaços terapêuticos, alternativos ao Hospital Psiquiátrico, foi a adequação dos pacientes psicóticos ao tratamento. Era necessário que se construísse um local ao qual este tipo de paciente reconhecesse como terapêutico e acolhedor. Para tanto, os profissionais que participavam desta renovação tiveram que visitar tanto as práticas que não lograram êxito, como as teorias correntes sobre a psicose e seus possíveis modos de funcionamento.

### 3.2 Criando um contexto

A história é longa, mas vale a pena ser contada para que tenhamos uma noção mais clara do contexto atual de “lutas” em que a psicanálise se vê imersa quando falamos da Instituição Pública de Saúde Mental. Vamos retornar ao tempo de Freud, onde além do mestre de Viena, militavam nessas fileiras, eminentes figuras do século passado como Kraepelin e Bleuler. A psiquiatria possuía caráter notadamente psicopatológico e fenomenológico, fruto das raízes filosóficas de seus precursores. Entretanto, a eficácia terapêutica dos psicofármacos ainda não atingira níveis satisfatórios como aqueles alcançados a partir do final do século XX e a capacidade de descrição de sintomas não auxiliava muito os psiquiatras no combate às “formas de loucura” da época.

Neste estado de coisas, alguns pensadores começaram a questionar a eficiência e a pertinência do saber psiquiátrico, como único discurso acerca do adoecimento psíquico. A questão primordial, como colocada por Schneider (1978) era que a psiquiatria tinha fronteiras pragmáticas, mas não fronteiras lógicas e formais. Ou seja, o que tornava o psiquiatra mais especialista nas questões relativas à doença mental, que o neurologista, por exemplo? Afinal, se o conceito “doença mental” tem sua base em disfunções fisiológicas, o neurologista pode atuar com maior propriedade do que o psiquiatra.

A partir desta lógica de pensamento, o próprio conceito de doença mental também passou a ser questionado. Schneider (1978) dirá que segundo a lógica cartesiana, o termo doença mental se constitui de um paradoxo. Uma vez que se é “doença”, pertencente à categoria da *res extensa*, não pode ser “mental”, pois esta última pertence à categoria *res cogito*; e para o autor a “alma” não pode adoecer. Foucault (1998) acrescenta que a origem do termo “doença mental”, induziu a assimilação dos processos “mentais” aos cerebrais ou neuronais.

As questões sobre a validade dos conceitos e práticas psiquiátricas deram origem a um movimento que ficou conhecido como antipsiquiatria, cujos principais expoentes foram exatamente Kurt Schneider, Ronald Laing e Thomas Szasz. Este último, psiquiatra americano que chegou a afirmar em seu livro “Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria” que Bleuler e os grandes psiquiatras de seu tempo não descobriram as doenças pelas quais ficaram famosos; eles as inventaram! Afirma que, de uma forma bem sutil, os signos

clínicos que estão na base das doenças mentais já existiam com outras nomenclaturas, e o estabelecimento destas novas doenças “serve para dar ao psiquiatra o *status* de médico, ao sujeito que sofre a condição de paciente e à prisão onde este é encarcerado o nome de hospital” (p.42). O autor defende ainda que os critérios para definir as doenças mentais são éticos e sociais e não critérios médicos (Szasz, 1978).

É fácil perceber que o panorama da psiquiatria na segunda metade do século XX não estava muito favorável. E iria piorar ainda mais com alguns estudos feitos pela Universidade de Cambridge que argumentavam que os diagnósticos em saúde mental não possuíam confiabilidade. Tais estudos mostravam que uma mesma constelação sintomática era diagnosticada de maneiras diferentes quando apresentada a psiquiatras de países distintos (Wing, Cooper & Sartorius, 1974).

A solução encontrada pela psiquiatria foi romper com o paradigma da psicopatologia e adotar uma postura empirista que valorizasse exclusivamente as descrições nosotáxicas dos fenômenos clínicos. A partir deste ideal ganham força no campo da saúde mental os manuais de classificação diagnóstica, em especial o DSM-III que foi lançado em 1980, posteriormente sucedido pelo DSM-IV e pela CID-10. Escondido sob o véu de um pretense ateorismo, a perspectiva empirista e positivista passou a dominar os debates em psiquiatria, relegando todas as demais formas de pensar o fenômeno psicopatológico à condição de excluídas do campo científico, e por consequência das pesquisas e financiamentos relativos à área de saúde mental (Pereira, 2000).

Esta tomada de posição tem duas consequências imediatas, além da exclusão da psicanálise (e da psicopatologia) do debate cientificamente aceito. A primeira foi que a adoção do método positivista proporcionou um grande avanço no campo das pesquisas em saúde mental, especialmente no que se refere à farmacologia e às neurociências. Com isso os remédios passaram a ter uma eficácia muito maior e se tornaram o carro chefe desta “nova psiquiatria”. Agora os psiquiatras poderiam responder a sociedade em geral e aos seus críticos que sua ciência tinha (sim!) um objeto formal de estudo, a saber, os “transtornos mentais”.

Além disso, eles tinham agora condições de suprimir sintomas e promover o restabelecimento dos pacientes, não ficando mais na incomoda posição descrita por Foucault de “meros porteiros de loucos”, ou seja, capazes apenas de dizerem

quem deve ou não ser trancafiado no manicômio. Parece haver também uma aposta de que todos os problemas que se relacionam com conflitos psíquicos poderão ser resolvidos com o avanço das neurociências, pois estas descobrirão os genes das redes neurais e tudo ficará bem (Alberti, 2006).

Não obstante Freud (1891) já ter afirmado que a relação direta entre psiquismo e cérebro passou a ser contestada, abrindo espaço para novas formas de relação entre organismo e psiquismo, de maneira a ultrapassar o paralelismo psicofísico vigente em meados do séc. XIX. Vale utilizar aqui a distinção de Birman (2000) de que o organismo é de ordem estritamente biológica, enquanto o corpo é de ordem sexual e pulsional. Os registros desejante e pulsional do corpo são irredutíveis ao conceito de organismo. Se o que está na fonte das pulsões é o organismo, o corpo é tecido nas tramas dos destinos pulsionais, vicissitudes pelas quais a psicanálise se interessa.

A segunda consequência da tomada de posição empirista por parte da psiquiatria trata do despreparo da mesma para lidar com as questões de fundo simbólico e subjetivo, uma vez que abriu mão do conhecimento psicopatológico e filosófico. Não se pretende afirmar que o conhecimento que a psiquiatria passou a dominar com a adoção do empirismo seja algo equivocado, apenas é incompleto para apreender o sujeito na sua totalidade. É uma questão de aceitar a impossibilidade de reduzir o fenômeno humano a qualquer registro prioritário. Seja qual for o recorte escolhido – empírico, psicológico, antropológico, sociológico ou político -, este será sempre insuficiente, fragmentário; não há como reduzir o ser humano - em toda a sua complexidade -, a apenas uma categoria representacional (Vilhena, 2008).

Para o objetivo deste trabalho se utilizou como resposta à tentativa reducionista dos manuais classificatórios a perspectiva da psicopatologia fundamental, que nas palavras de Fedida & Widlöcher (1990) refere-se, atualmente, a uma grande encruzilhada epistemológica na qual se entrecruzam disciplinas científicas heterogêneas, que têm em comum a preocupação com o sofrimento psíquico. Talvez amparados por essa perspectiva que congrega várias formas de enxergar o humano na condição de sujeito que sofre, se possa apreendê-lo na sua totalidade, criando condições de também tratá-lo dessa maneira.

Não parece difícil prever que tal tomada de posição, dentro da Instituição, gera embates entre a psiquiatria e a psicanálise. Grave questão que atravessa a

clínica asilar, com prejuízos ao paciente, e que os serviços posteriores à reforma ainda lutam para se desvencilhar é a centralidade do diagnóstico médico e do tratamento farmacológico. Sigal (1989) inscreve o diagnóstico psiquiátrico clássico, não como forma de compreensão do paciente, mas como forma de cristalização do sofrimento na enfermidade mental classificável, fazendo desaparecer qualquer singularidade.

É lugar comum afirmarmos que a história das práticas em saúde mental tem todo o seu passado marcado pelo modelo médico, mas essa justificativa também não resolve as questões atuais das relações entre os profissionais do cuidado na instituição. Neste sentido, o trabalho analítico não deve obedecer a um modelo psiquiátrico que tenha uma resposta já catalogada nos seus manuais de classificação, mas constituir-se numa aposta no discurso do sujeito (Gabbay & Vilhena, 2010).

Se pensarmos em uma dinâmica que privilegia o resgate dessa subjetividade, não podemos aceitar que o diagnóstico médico seja o único norte na orientação dos tratamentos dentro do CAPS, pode ser um dos nortes, mas não o único.

Além do eclipse da singularidade, a insígnia diagnóstica tem outros efeitos importantes na dinâmica psíquica dos pacientes, aos quais o psicanalista precisa se ater com muito cuidado. Cherry (2000) alerta que conceitos de doença mental não descrevem meramente características naturais ou avaliam estados, mas, dentro de determinados contextos, eles são coletivamente performativos. Isso significa dizer que o diagnóstico pode redefinir a realidade médica e social do indivíduo. Este poder atribuído ao diagnóstico se deve à legitimidade do discurso da ciência como representante do Outro do social.

Pereira (2000) afirma ainda que o diagnóstico psiquiátrico, além de um instrumento técnico com usos e limites específicos, termina por constituir um elemento organizador do imaginário do indivíduo, de sua identidade e especialmente da forma de conceber o mal do qual este padece. Nesse sentido é importante que a clínica possa revelar o caráter contingente, convencional e muitas vezes político das categorias diagnósticas e sua impossibilidade de fornecer a última (e única) palavra sobre o sujeito.

Parece adequado para esta discussão apresentar como parâmetro um estudo feito com “Alunos Excepcionais” de escolas do Rio de Janeiro na década

de setenta. A autora do estudo, Dorith Schneider, constatou que não existiam alunos excepcionais na rede privada de ensino, somente nas escolas da rede pública.

Não porque os filhos das classes mais abastadas estivessem imunes às doenças e debilidades, mas pelo sistema de ensino prover condições para que os alunos de escolas particulares, que apresentassem alguma dificuldade de aprendizagem, fossem encaminhados a profissionais (psicólogos, professores particulares) que tivessem condições de sanar tais dificuldades reconduzindo o aluno ao nível dos demais. Já na rede pública, o aluno que apresentava qualquer dificuldade era submetido a um teste de nível que indicava que ele pertencia à categoria AE (Aluno Excepcional).

Feito isso os “excepcionais” eram colocados em uma sala separada com níveis de ensino bem abaixo dos demais alunos “normais”. A autora conclui que o rótulo “AE” foi muito bem imposto a estes alunos (da rede pública) pelos representantes do Estado, tornando-se uma realidade em suas vidas (Schneider, 1977).

O mesmo ocorre nas instituições de saúde mental onde o imaginário social compartilhado e seus estereótipos de doença e sofrimento atingem o real da vida dos sujeitos inseridos no processo de institucionalização. De forma alguma se pensa que as constelações mórbidas existam apenas nos CAPS e ambulatórios, mas é nestes locais que a inscrição dos indivíduos sob tais insígnias diagnósticas provoca efeitos mais evidentes.

O discurso da instituição engendra a duplicação ou o reforço do sintoma social, que já se encontra em operação: no processo de adoecimento, o imaginário social oferece ao sujeito as figuras da loucura e do sofrimento que são legítimos ou válidos na cultura. O social atribui ao pobre, como ao louco, apenas necessidades, negando-lhes a condição de sujeitos desejantes. Reduzindo o sujeito único e singular a um número na série dos “excluídos” (Vilhena, 2002).

Esta dura realidade pode ser constatada logo na primeira reunião com um dos grupos psicoterápicos o qual o autor viria atender por três anos. A primeira coisa que fez foi se apresentar e pedir que os integrantes do grupo fizessem o mesmo. O primeiro paciente então diz “Eu sou fulano, sou esquizofrênico”, o segundo diz “Meu nome é beltrano e eu tenho depressão”, o terceiro diz seu nome e fala que é bipolar. Interrompendo as apresentações ali mesmo foi questionado

aos pacientes “Mas é só isso que vocês têm a dizer sobre si mesmos? Eu, por exemplo, sou casado, sou corintiano, gosto de música... E vocês, são apenas esse rótulo que foi imposto a vocês?”

A pontuação promoveu um questionamento sobre a relação que cada paciente tem com a instituição. Relação essa simbolizada pela aceitação “credenciadora” da insígnia diagnóstica a qual cada um está submetido e que no grupo chamamos de rótulos. Alguns pacientes se surpreenderam com o fato de não “ser importante” para o profissional o diagnóstico que eles possuem, mas sim suas questões particulares.

As apresentações continuaram, ou melhor, recomeçaram com todos trazendo alguma característica pessoal, mas ainda assim muitos faziam questão de salientar qual era seu diagnóstico médico. Muito tempo depois esse mesmo grupo, que nas primeiras sessões insistia em trazer apenas a “doença” e todos os seus predicados, já falava abertamente de questões da ordem do relacionamento afetivo, dos conflitos existenciais e outras misérias humanas. Nesse ponto, pode ser mostrada ao grupo a autonomia que cada paciente havia conquistado em relação aos “rótulos institucionais”, que portavam a marca do Outro do social.

Tal fato ocorreu ao final de uma sessão onde o grupo todo trazia problemas familiares, dificuldades com os filhos, problemas no trabalho e a angústia começava a tomar conta da cena grupal. Então se teve a oportunidade de pontuar a chamada antítese lacaniana da relação dialética ao afirmar “Mas que maravilha! Para um grupo que nas primeiras sessões só falava de doença e de problemas relacionados com os transtornos mentais, vocês hoje passaram a sessão inteira relatando problemas de vida. Como vocês se sentem vivendo e enfrentando problemas que todo mundo lá fora também enfrenta?” Essa fala pontual fez baixar a angústia do grupo e promoveu o reconhecimento dos sujeitos como “pessoas normais” não estigmatizadas.

Traz-se aqui este exemplo para demonstrar que o trabalho analítico não deve obedecer a um modelo psiquiátrico que tenha uma resposta já catalogada nos seus manuais de classificação, mas constituir-se numa aposta no discurso do sujeito (Gabbay & Vilhena, 2010). Freud (1937) abriu tal precedente quando afirmou que depende exclusivamente de o trabalho analítico obter sucesso em trazer à luz o que está completamente oculto, completando aquilo que foi esquecido, a partir dos traços que deixou atrás de si. Ou seja, formulando uma

construção que sirva ao paciente para que este possa resignificar sua própria existência. Deseja-se aqui apostar no trabalho analítico como veículo capaz de lidar com as estruturas que apareçam na clínica institucional (Vilhena & Rosa, 2012a).

No entanto, como constatou Corbisier (2011), essa não é uma tarefa fácil. De um lado temos a necessidade de escutar as pessoas e fazê-las acreditar nos seus próprios recursos, e por outro, precisamos lutar contra o que a autora chamou de iatrogenia provocada por atendimentos que enxergam os sintomas sem levar em conta a história de cada paciente. É a lógica da psiquiatrização das pessoas, onde qualquer mal estar é igual a sintoma, que é igual a necessidade de tratamento.

Acrescentamos ainda que o sintoma não existe sem o sujeito que lhe dê significação, que o constitua através de sua história, sua fala e suas peculiaridades. Assim, o diagnóstico e o tratamento se apresentam como instâncias indissociáveis e um acaba por definir o outro. Não restando mais o diagnóstico apenas como definidor do tratamento, mas também o contrário (Figueiredo, 2002). Em última análise espera-se seja possível abrir um espaço, dentro da instituição, para que o sujeito se expresse sem que a escuta de seu sofrimento seja orientada por ideais médicos de cura ou de reabilitação (Bueno & Pereira, 2002).

### **3.3 Da reabilitação à singularidade**

A instituição (CAPS) é quase sempre terapêutica! Foi moldada para essa finalidade, inclusive com ajuda dos próprios usuários, como já foi dito, e alcança em parte seus objetivos de reabilitação e socialização. A discussão então deve passar à esfera do questionamento sobre a sutil diferença entre terapeutizar e assujeitar, apenas para usar termos que clarifiquem. O que percebemos nas instituições é um apagamento da incômoda singularidade do *pathos*, pois associado a este sempre aparece uma falta a ser significada. E lidar com essa falta nunca é tarefa fácil. Ainda mais quando essa falta aparece sob as formas bizarras que a loucura tem para oferecer (crises, delírios, agressividade etc.) que destoam tanto das esperadas “civildade” e “cidadania” (Alberti & Figueiredo, 2006).

Além do que tais situações, muitas vezes remetem o profissional do cuidado ao seu próprio desamparo. Neste ponto a maioria dos profissionais

prefere procurar auxílio nas muletas que a sociedade oferece: nas terapias que não implicam o sujeito, no conforto do cientificismo, na eficácia dos medicamentos e nas inovações da neurociência (Mazei, 2001). Aqui aparece a questão, que será tratada adiante, da necessidade do profissional ter passado pela experiência da análise, pois esta se constitui em última instância enfrentar o próprio desamparo sem deixar desmoronar seu mundo psíquico (Pereira, 1997). Tal preparação mínima parece fundamental para o trabalho em saúde mental.

Já dissemos que a distância entre o que se praticava nos manicômios e as novas formas de atendimento ao paciente que surgiram com a perspectiva da reabilitação psicossocial guardam uma proporção infinita, tanto do ponto de vista da humanidade dos tratamentos quanto de seu valor para a sociedade. A proposta agora é dar mais um passo em direção ao sujeito, indo da individualidade à singularidade. No entender do autor, e isso pode soar um pouco pretensioso, ir da terapia à psicanálise. No entanto, vários autores (Figueiredo, 1996; Alberti, 2006; Rinaldi, 1999) acreditam que é possível estabelecer uma fronteira entre psicoterapia e psicanálise, com ganhos para o paciente. Parece possível que as duas abordagens encontrem uma via “que não seja nem da fusão nem da declaração de guerra ou ainda da pura crítica e nem aquela da renúncia em proveito de uma clandestinidade ou refúgio” (Sauret, 2006, p. 40).

A escuta do singular proposta pela psicanálise está interessada nas articulações significantes do inconsciente. Não está subordinada à perspectiva do cuidado e nem preocupada tão somente com as questões do sentido, pois isto acabaria acarretando mais uma prática moralizante e educadora. Em uma vertente oposta, abre mão do desejo de “curar” o sujeito, considerando que todo caso é perdido, para só assim ter livre acesso ao seu inconsciente (Alberti, 2006). Rinaldi (1999) acredita que essa forma de escutar seja a maneira encontrada para fazer advir este sujeito complexo e singular que surge nos fenômenos da linguagem, nas fendas do discurso de cada um. A relação singularidade/universalidade encontra-se mediada pelo particular do jogo das identificações e relações, ao instaurar uma área de sobreposição entre identidade e alteridade.

Rinaldi (1999) aponta ainda que a “responsabilidade” da qual a psicanálise trata distingui-se da responsabilidade moral e diz respeito ao sujeito que se constitui através da linguagem em sua relação de alienação com esta última, sujeito este atravessado pelos significantes que vêm do Outro.

Pode-se inferir então que a função da psicanálise é propiciar o aparecimento do sujeito (nunca o seu apagamento), para que este possa conduzir o seu próprio tratamento, utilizando-se para tanto dos mecanismos psicanalíticos: a fala, a transferência e sua capacidade de elaboração simbólica. Isto só se torna possível à medida que o sujeito encontra alguém para quem ele possa endereçar suas palavras, suas dores, seu desejo. É nesse contexto que entra em cena a transferência como veículo de fundamental importância para a prática psicanalítica.

Em relação ao trabalho analítico, dentro do CAPS, existem outros atores que participam desse processo. Além do analista, do paciente e do inconsciente, entra em jogo a figura do Estado, com suas regras que precisam ser respeitadas, a família do paciente, que normalmente é quem o encaminha ou induz o mesmo a procurar algum tipo de tratamento e a vinculação desse mesmo sujeito ao CAPS como lugar que o acolhe de maneira diferenciada. Todos esses elementos interferem na relação transfero-contratransferencial, criando uma situação na qual não se pode ter certeza se o vínculo estabelecido é com o analista ou com a instituição como um todo.

Outra questão pertinente é que o analista não é a primeira pessoa a escutar o sofrimento do paciente, uma vez que ele necessariamente já passou pela consulta com o médico e já foi acolhido individualmente por um dos profissionais da instituição quando chega àquele local. Assim o que se escuta nos primeiros atendimentos é sempre algo do tipo “eu já contei a minha história para o médico”; ocorrendo um esvaziamento de seu discurso, ficando a pessoa menos aberta à possibilidade de estabelecer um vínculo através do qual possa emergir a transferência.

Para que a análise consiga contornar estes obstáculos, torna-se fundamental levar em conta a presença de todos os atores na produção de atravessamentos importantes na condução do processo analítico, criando-se um campo transferencial complexo. O campo transferencial traz a marca da interseção entre realidade externa e interna, entre sujeito e objeto, inserindo o ambiente e suas interações com o indivíduo no campo fantasmático (Vilhena & Santos, 2000).

Desta forma pode-se incluir no processo transferencial o sujeito, a família, o médico, a equipe, bem como a instituição e seus elementos primordiais. Esta

abertura também permite desfazer a dicotomia entre a transferência com o analista e a transferência com a instituição. Inserir os elementos institucionais no campo transferencial permite que estes sejam passíveis de elaboração, deixando assim de serem obstáculos ao progresso da análise (Vilhena & Pinheiro, 2008).

Em uma vertente mais radical pode-se sustentar com Dor (1989) que toda transferência é passível de análise, nesse sentido, a transferência “automática” do paciente com a instituição também pode ser trazida à cena analítica para se tornar passível de interpretações que “caiam” junto com a fala significativa do sujeito.

Sustenta também Gori (1998) que na dinâmica transferencial é fundamental elevarmos o discurso associativo à categoria de charada, não o confundindo com um desenho a ser interpretado. Ainda mais que o paciente na saúde mental, na maioria das vezes, se apresenta como um “desenho multicolorido”, composto pelo diagnóstico médico, pelas demandas sociais e pela pluralidade sintomática da loucura. O psicanalista precisa, então, se ater à escuta do sofrimento para poder dar início ao processo analítico. Como afirma Del Volgo (1998) é necessário renunciar à representação visual do fenômeno psicopatológico para que haja a escuta de uma “sonoridade significativa do corpo”. Para que a realidade psíquica possa ser conhecida pelo clínico, deve-se abandonar a ilusão de pensar que os “transtornos” ocupam satisfatoriamente as respostas aos dilemas sociais e inconscientes do sofrimento.

Desta maneira, o sujeito não pode ser alheio àquilo que o acomete, vez que estes fenômenos são também eventos de linguagem. É preciso então escutar a verdade do sujeito, mesmo que este não a compreenda ou a aceite como tal. De fato, aprende-se com Freud que a busca do prazer será sempre mediada pela realidade, simbolizada na forma da lei, sem a qual não haveria civilização. E que tudo aquilo que não se elabora psiquicamente - o que não pode ser simbolizado -, repete-se no real dos atos. No ato sintomático, na doença psicossomática e no comportamento anti-social, encontramos o mesmo pano de fundo: a falência do trabalho de elaboração (*durcharbeiten*) psíquica, o trauma resultante de severas falhas ambientais, a privação e a deprivação (Vilhena & Santos, 2000).

### 3.4

#### Questões sobre a psicanálise no CAPS

Uma questão pertinente acerca do saber psicanalítico no contexto institucional foi tratada por Sonia Alberti e Ana Cristina Figueiredo (2006) na introdução de seu livro que denomina de “aposta” essa possibilidade, remota há alguns anos, que se tornou realidade e tem produzido ótimos resultados nos dias de hoje. Quando se fala no psicanalista, em qualquer situação, é necessário que se fale de um sujeito analisado, que passou pela experiência de se haver com as próprias questões e por isso possui um olhar diferenciado da realidade, de si e do mundo. Pode parecer redundante dizer isso, mas as autoras acima citadas defendem, e concordamos, que o sujeito imerso na instituição é sempre um sujeito institucionalizado (não importa em que nível). Nesse sentido o psicanalista também é um sujeito institucionalizado! Mas é também um sujeito que questiona o *status* vigente do “isso sempre foi feito assim”.

A questão do “método” psicanalítico também foi palco de grande controvérsia no momento em que os psicanalistas começaram a atuar nas instituições públicas, sobretudo, por que algumas associações psicanalíticas se opuseram à sua difusão para outros “meios”. Na América Latina tivemos vários exemplos de profissionais que defenderam e promoveram a expansão do saber psicanalítico para outros campos de atuação. Destacam-se os nomes de Pichon-Rivière, Gregório Barenblitt, Antonio Lancetti e vários outros psicanalistas que se tornaram precursores desse movimento. No entanto uma discussão perigosa começou a se acercar das práticas analíticas fora do *setting*. Essa trata de diferenciar os modelos de psicanálise para “ricos” e “pobres”, adotando uma visão preconceituosa de que seriam práticas diferentes por se darem em lugares diversos e com “tipos de pessoa” também diferentes. Vilhena (1993) propõe o termo “apartheid clínico” para designar esta visão, que se apropria de significantes como “pobre” e “carente” como articuladores das relações entre sujeitos e desses com o social, promovendo generalizações para toda uma classe de indivíduos.

Neste sentido, as diferenças entre a psicanálise tradicional (para quem pode pagar) e esta outra que ora é proposta, são marcadas sempre por uma “falta” que aparece referida a um discurso marcado pela hegemonia da disjunção e da redução. O código linguístico, por exemplo, é “restrito” nas classes pobres em

contraposição ao "elaborado". A "pouca" reflexividade é contraposta ao desempenho de papéis flexíveis, e a busca por soluções imediatistas (para problemas mais graves) como um impeditivo para que este se aproprie de sua singularidade.

Neste cenário, o prejuízo atingiria em cheio o campo de conhecimento psi, caso a escuta analítica se torne preconceituosa e avessa às transformações paradigmáticas. No entanto, sendo a Psicanálise uma prática de subjetivação, espera-se que o analista esteja sempre ocupado em transformar o universal/teórico do discurso psicanalítico, em um diálogo particular/singular/subjetivo, construído na relação intersubjetiva com seu analisando, não interessando a “classe social” a qual pertença.

Uma discussão mais técnica também ocorreu no sentido de questionar se a psicanálise continuaria sendo “psicanálise” em outro contexto que não o *setting* analítico tradicional, independente do sujeito que estava sendo analisado. Como resposta a tais questionamentos, Lacan (1966), no auge deste debate, propõe o termo “método psicanalítico” para designar toda forma de prática analítica que seja executada em local que não seja o consultório clínico tradicional. Entretanto, alguns anos mais tarde Baremlitt (1982) iria afirmar que a psicanálise está mais para uma prática social científica composta por uma teoria, com um objeto formal abstrato específico, referindo-se à estrutura psíquica, e com sua região determinante última (o inconsciente). Pode também ser definida por um método, por uma técnica e por uma situação experimental própria - a situação analítica.

Sobre a “situação analítica”, tida por Baremlitt como necessária à prática da psicanálise, pode-se apoiar na definição de Bueno & Pereira (2002) como a “condição transferencial e técnica particular capaz de sustentar, face a um sujeito que sofre com seus sintomas, o enigma de seu inconsciente e o desejo de elucidação do saber que supostamente ele comporta” (p. 16). Para estes autores é neste momento que se torna possível a confrontação do sujeito com as implicações de sua própria fala. E tal situação garante a este método o *status* de psicanalítico, não importando se ele se dê nas instalações do *setting* propriamente, ou em outro ambiente onde se pratica a clínica (Bueno & Pereira, 2002). Nesta perspectiva, a “prática psicanalítica” pode se adequar sem empecilhos ao trabalho institucional.

A redescritção da clínica tem sido uma questão importante para a psicanálise contemporânea, com a busca de dispositivos analíticos que possam atender a uma diversidade de situações que a caracterizam atualmente, a despeito de sua localização (Vilhena & Santos, 2000). Para a psicanálise se estabelecer dentro do espaço institucional foi necessário também aos profissionais abrirem mão do conforto de seus consultórios e aproveitarem as vastas oportunidades oferecidas pela clínica ampliada dos CAPS. Ficou claro que esta atuação não poderia se reduzir à pura reprodução das ações praticadas no consultório privado, pois tal atitude iria de encontro à natureza da clínica que ali se desenvolve, além de torná-la completamente ineficaz por falta de elementos de trabalho (Rinaldi, 1999).

O importante aqui é o psicanalista ser sempre conveniente, ter a consciência que não é possuidor de uma verdade que os demais ignoram, colocar-se como mais um colaborador da equipe, sem perder de vista sua especificidade, e saber que lida com outras veleidades e singularidades que extrapolam seu cotidiano (Figueiredo, 1996). Isso significa estar aberto a auxiliar onde quer seja necessária sua presença. Esclarece Figueiredo (2004) que a clínica deve realmente atuar sobre o geral “dado por determinadas diretrizes do campo da saúde mental, como: a reabilitação, a cidadania, a autonomia e a contratualidade, que visam ampliar as relações sociais dos usuários e fazer proliferar suas possibilidades” (pg. 77). Até porque esta é a grande aspiração do Estado, ao “convidar” o saber psicanalítico para suas fileiras. E as questões relativas ao singular seriam a junção do particular, que compreende o universo dos transtornos mentais, com as características intrínsecas de cada indivíduo.

No entanto, para os que acreditam que a dor e o sofrimento mortificam, quando calados, a Psicanálise oferece uma chance para que identidade e sentido possam ser criados. A fala, ao desvelar o recalque, denuncia a opressão libertando o sujeito, seja no plano intrapsíquico da “loucura”, seja aquela imposta pelos estigmas historicamente constituídos, quando estes dominam o extra-psíquico (Vilhena & Santos, 2000).

Afirma-se ainda que a experiência analítica não é um processo de cura propriamente, mas a possibilidade de que o sujeito possa relançar seu desejo e se apropriar com isso, de outra maneira, de sua própria história. E que o desejo continua sendo o substrato bruto a ser escutado e redirecionado nas falas dos

pacientes, em qualquer contexto ou temporalidade (Birman, 2000). Até mesmo por isso, parece ser possível colocar em prática aqui a psicanálise ensinada por Freud, onde o objetivo é a resignificação dos sintomas apresentados, transformando questões que paralisaram a vidas dos pacientes (em alguns casos por anos) em miséria humana comum.

Toda dinâmica institucional é atravessada por uma rede complexa na qual múltiplos saberes se confrontam e interagem. A consequência disso é a produção de diversos efeitos em cada atendimento clínico.

Na prática, desde o momento no qual o paciente chega à instituição procurando por atendimento, ele é identificado, protocolado, ficando registrado em seu prontuário o início e a evolução do seu tratamento. É nesse sentido que se chama a atenção para a distância entre a clínica psicanalítica particular e a clínica institucional. Nesta última, *“público e privado se interpenetram, se comunicam, se misturam, estabelecendo relações específicas que demandam o abandono de paradigmas clínicos pré-estabelecidos”* (Vilhena & Pinheiro, 2008, pg.103).

Nem todos os grupos formados dentro da Instituição possuem pacientes com capacidade de simbolização e elaboração. Não raro são grupos meramente operativos, cuja finalidade é dar ao sujeito a oportunidade de ter um contato mínimo com a realidade. Nesse sentido as oficinas de arte que trabalham com desenhos e reconstrução de imagens têm um papel singular. Ainda que se trate de um grupo com essa característica é possível recolher algumas falas de pacientes e produzir algum trabalho terapêutico.

Nota-se com satisfação que as práticas atuais caminham num sentido de retorno à clínica do singular, entretanto, agora com nova roupagem e sem o estigma das internações. Se no primeiro momento a prática psicossocial dominou integralmente as ações Reformistas, hoje a singularidade cobra cada vez mais o saber da clínica, para evitar que a subjetividade seja institucionalizada, o que seria um verdadeiro “tiro no pé” da proposta de retorno dos pacientes à sociedade.

Dentre todas as modificações ocorridas ao longo da Reforma, a que nos interessa mais fortemente é a mudança na forma de compreender o fenômeno “loucura”. A ideologia dos serviços substitutivos agrega a questão da responsabilização do “louco” pela sua loucura, o que não ocorria com os pacientes trancados e “tratados” nos grandes manicômios.

Utilizando uma comparação, este processo de chamada à responsabilidade por parte do sujeito é similar ao conceito de loucura que existia nos tempos da Grécia antiga. No início existia a *Até*, que se caracterizava como um conceito de loucura que se abatia sobre o homem por interferência dos deuses, ou seja, não passava pelo controle ou pela vontade do doente, a este cabia apenas aceitar seu triste destino. Mais tarde a loucura passaria a ser considerada como uma consequência da *Hybris*, ou o excesso de ambição por parte dos homens, levando à arrogância desmedida e a atos de insensatez (Pereira, 2000).

A noção de *Hybris* leva embutido o caráter de implicação do sujeito no seu próprio sofrimento. Para que a clínica psicanalítica seja possível, a condição essencial é que o sujeito assuma a responsabilidade subjetiva pelo seu sofrimento. Da posição inicial da “bela alma”, descrita por Freud, que contempla a desordem do mundo, deve passar para a posição na qual aquilo de que se queixa é de sua inteira responsabilidade (Gabbay & Vilhena, 2010). Sua loucura agora pode ser associada ao seu mundo psíquico. Tal conceito é fundamental para a clínica que se baseia no protagonismo do sujeito, recentrando sempre sua singularidade na base dos desdobramentos de sua própria vida.

Se falado - reconhecido e nomeado -, o sujeito pode então falar de si e do mal que lhe aflige. Porque falar - lembrar, repetir e elaborar - é também poder dar um testemunho, denunciar, visto que o “pacto de silêncio” é pacto de morte, condenando o sujeito ao apagamento psicossocial, ao trauma psíquico e à mortificação narcísica, provocada pela surdez e cegueira dos interlocutores -, seja a família, a sociedade ou o Estado (Vilhena & Rosa, 2012c).

O objetivo é reconhecer e respeitar, acima de tudo, a individualidade do paciente que não está ali para ser ordenada ou serializada, mas que possui uma demanda, por mais apagada ou encoberta que esta possa se encontrar no momento de sua chegada a instituição. Talvez assim procedendo, se possa afastar a severa advertência de Szasz (1978), acerca da clínica psiquiátrica tradicional, quando afirma que o louco é passível de cuidado, mas não de respeito.

## 4

### Grupos; teoria, técnica e loucuras

#### 4.1

##### A pluralidade do campo

A diversidade de campos disciplinares e recortes teóricos acerca do tema grupo acabam por reduzir a compreensão do fenômeno a compartimentos estanques, de acordo com a perspectiva teórica, ética e política sobre a qual se baseia a análise do mesmo. Parece necessária uma compreensão das diversas construções teóricas em sua formação histórica e em suas especificidades com vistas a abarcar de maneira completa o estudo de grupos. Propõe-se, então, estudar diferentes abordagens do fenômeno grupal, relacionando, quando possível, seus achados teórico-práticos com vistas a tentar compreender o conceito de grupo e melhor manejá-lo na prática dentro da instituição pública.

O primeiro conceito que aparece neste estudo é o Grupo Psicológico, oriundo da psicologia social, considerado como sendo composto por pessoas que se conhecem, partilham objetivos e ideologias comuns e frequentemente interagem entre si, diferente da organização social, que também pode ser grupal, mesmo que as pessoas que a compõem não se conheçam ou tampouco compartilhem algo em comum (Rodrigues et al, 2007). Os grupos podem se unir por uma condição social como trabalho, escola, ideologia, ou pode haver casos onde a união entre as pessoas seja a finalidade mesma do grupo, como nos grupos ora estudados.

Encontra-se em nossa sociedade moderna relativa tolerância para com o diferente, fruto da heterogeneidade de pessoas, crenças e valores no mundo capitalista. Neste cenário, os grupos de referência, caracterizados por uma convivência mais próxima e pela realização de ações conjuntas - aqui podemos relacionar a família, os círculos de amizade, o trabalho, as comunidades ideológicas (política e religião) -, contribuem para a construção desse sujeito coletivo capaz de elaboração racional-afetivo-operativa que o permita internalizar valores e desenvolver atitudes e comportamentos compatíveis com a realidade

plural que se instala. Este processo favorece a vivência de pertencimento ao *corpus* social e a conseqüente aceitação e reconhecimento de si pelo outro.

Os grupos psicológicos se diferenciam por algumas características específicas que se passa a elencar. A primeira trata-se da coesão entre os membros, ou seja, a quantidade de pressão exercida sobre os participantes, para que estes permaneçam nos grupos aos quais fazem parte. Das muitas razões para que um indivíduo continue a pertencer ao grupo podemos destacar a atração deste pela filosofia do grupo, ou por seus membros e as vantagens comportamentais, emocionais ou financeiras que tal filiação pode resultar. Independente do motivo que leva as pessoas a permanecer juntas, o núcleo dessa motivação será, segundo a lógica de grupos de Freud (1921), o amor que o participante tenha em relação ao líder do grupo ou aos membros que ali estejam militando ao lado dele.

Outro aspecto significativo dos grupos psicológicos é a existência de normas sociais, que governam as linhas gerais de seu comportamento. Normas são padrões ou expectativas partilhadas pelos membros de um grupo (Rodrigues et al, 2007). As normas ou ideologias podem facilmente vir a substituir, inclusive, a presença de um líder. Freud (1921) afirma que uma ideologia pode fazer o papel de líder e colocar sob sua égide milhares de pessoas que se identificam e a seguem sem questionamentos. Tal fato, segundo ele, pode ser visto nas religiões de todos os matizes.

Também parece importante comentar os papéis que cada indivíduo terá nos grupos aos quais pertence, o prestígio de que goza um membro na estrutura grupal, ou a função a qual este exerce. Os papéis facilitam a interação social, permitindo que as pessoas saibam o que esperar umas das outras nas relações grupais. E sempre que exista uma incoerência entre um *status* subjetivo e as devidas garantias as quais este está relacionado, podemos antever problemas na dinâmica grupal. No entanto, o estabelecimento de papéis é vital para a continuação de qualquer coletividade humana (Rodrigues et al, 2007). Em breve veremos mais detidamente os principais papéis desempenhados nos grupos operativos e psicoterápicos de acordo com a lógica de Pichon-Rivière.

Por fim chega-se a uma figura emblemática nos grupos, a qual a grande maioria dos teóricos grupais dá especial relevância: o líder do grupo. A psicologia social enxerga a liderança como um fenômeno emergente, fruto da interação entre os membros do grupo e dependente das finalidades deste. A liderança é então um

processo interacional, onde o líder emerge durante os processos interacionais do grupo, sendo difícil apontá-lo de antemão em qualquer estrutura grupal em formação. Afirma também que a liderança nos grupos deve ser exercida por uma pessoa, que encarna as qualidades com as quais os demais membros se identificam. Os componentes de uma multidão estão ligados por laços libidinais que atravessam a multidão de ponta a ponta. Neste sentido podemos dizer que a pulsão de um grupo será muito mais presente e relevante, pois não é mais a pulsão de um só.

Freud (1921) assim se expressa acerca da liderança nos grupos

“...grupos com líderes talvez sejam os mais primitivos e completos, ...e nos outros uma ideia, uma abstração, pode tomar o lugar do líder (estado de coisas para o qual os grupos religiosos, com seu chefe invisível, constituem etapa transitória), e uma tendência comum, um desejo, em que certo número de pessoas tenha uma parte, poderá talvez, da mesma maneira, servir de sucedâneo. Essa abstração, ainda, poderá achar-se mais ou menos completamente corporificada na figura do que poderíamos chamar de líder secundário, e interessantes variações surgiriam da relação entre a ideia e o líder. O líder ou a ideia dominante poderiam também, por assim dizer, ser negativos; o ódio contra uma determinada pessoa ou instituição poderia funcionar exatamente da mesma maneira unificadora e evocar o mesmo tipo de laços emocionais que a ligação positiva. Surgiria então a questão de saber se o líder é realmente indispensável à essência de um grupo, e outras ainda, além dessa” (p. 111).

Outra característica apontada por Freud (1921), em seu estudo das massas, é que, enquanto imerso na coletividade, dá-se uma regressão psíquica no indivíduo, ou seja, seu intelecto se rebaixa até estar no mesmo nível do intelecto grupal, de sorte que nem sempre o mais inteligente será o líder do grupo, mas aquele que encarna com maior perfeição os ideais apregoados por aquele grupo. Isso possibilitou a Freud postular que a massa é apenas uma reedição de situações primitivas que o indivíduo já experimentou no passado, e que tenta retornar a elas no momento em que ingressa em qualquer estrutura grupal. Le Bon (1980) corrobora com este pensamento ao afirmar que as características conscientes individuais dão lugar às funções inconscientes semelhantes em todos os indivíduos de determinada sociedade.

A liderança também pode ser substituída por uma ideologia, como mostram as religiões de todos os tempos, ou por um inimigo comum a ser vencido

pelos membros daquela coletividade, os quais, irmanados em sua busca pela vitória, possuem todos os traços dos grupos mais coesos e organizados, até que desapareça a figura hostil contra a qual lutavam.

Freud (1921) afirma que o instinto social não é algo primitivo e de impossível dissociação. E toda psicologia individual, se deseja entender todas as faces do sujeito, deve estudar a psicologia dos grupos. Para ele o indivíduo é o “verdadeiro homem” nos grupos. Afirma ainda que o amor Narcísico que predomina em todos os campos da vida, encontra-se arrefecido nas formações grupais. Ou seja, sempre nos comportamos narcisicamente, colocando em primeiro lugar nossas necessidades e desejos, mas quando nos filiamos a um grupo qualquer deixamos de bom grado de nos preocupar conosco, em primeiro lugar, para favorecer os interesses e necessidades do grupo. Prova de que a formação grupal consiste de novos arranjos libidinais.

É interessante notar que Freud (1921) alerta que uma reunião de pessoas não constitui um grupo, enquanto os laços emocionais (com um líder ou entre os membros) não estiverem estabelecidos, mas qualquer reunião de pessoas possui uma forte tendência a formar um grupo. A questão principal para Freud é que o homem é um ser gregário. Sua constituição fisiológica o dispõe dessa maneira, ao prepará-lo de forma tão precária para o nascimento. É um fato que nenhum homem consegue sobreviver sozinho. Todos nascemos absolutamente dependentes de alguém para atravessar os primeiros anos da existência e, por essa razão, todos estamos fadados à grupalidade. Bauleo (1974) expressa sua concordância a esse respeito ao afirmar que a representação mental do grupo é uma estrutura que se arma no sujeito, independentemente do grupo atual, mas esta o atualiza e por sua vez constitui a cada sujeito na experiência.

Nesse sentido Sartre (2002) afirma que o grupo serve como mediador da realidade para o sujeito, de sorte que as mediações estão presentes em toda a vida humana, especialmente no modo como se organiza a sociedade capitalista. A família, por exemplo, promove a mediação entre o particular (indivíduo) e a classe universal das coisas no mundo. No plano das relações de produção e no plano das estruturas político-sociais, a pessoa encontra-se condicionada por suas relações humanas.

Não há dúvida de que, em sua verdade primordial e geral, esse condicionamento remete ao “conflito das forças produtoras com as relações de

produção”. A pessoa vive e conhece, mais ou menos claramente, sua condição através de sua pertença aos grupos de relação. Sartre dá como exemplo o operário que sofre influência do seu local de trabalho, mas que, concomitantemente, sofre influência do grupo local onde este habita, os quais não coincidem geográfica e politicamente entre si. Essa consistência do grupo não coincide com a noção de consciência coletiva de Durkheim, por exemplo.

Segundo Pichon-Rivière (1986), entende-se por grupo um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma tarefa específica, um objetivo mútuo, onde cada participante é diferente e exercita sua fala, sua opinião, seu silêncio, defendendo seu ponto de vista. E neste grupo o indivíduo constrói sua identidade introjetando o outro dentro de si, ou seja, mesmo quando uma pessoa está longe posso chamá-la em pensamento ou mesmo todo conjunto (Freire, 2000).

Aqui faz sentido a distinção de Bion (1975) que diferencia uma reunião de pessoas de um grupo. Pois para que exista grupo é necessário que haja mediação grupal, ou seja, o sujeito possuir uma representação interna do grupo. Assim o sujeito constrói sua identidade na sua relação com o outro, estando povoado de outros grupos internos de forma que todos esses integrantes do nosso mundo interno estão presentes em nossas ações.

Anzieu (1993) afirma que o envelope grupal se constitui no próprio movimento da projeção que os indivíduos fazem sobre ele de suas fantasias, de seus imagos e de sua tópica subjetiva. Fala de um aparelho psíquico grupal, dotado das mesmas instâncias que o individual, ainda que não dos mesmos princípios de funcionamento. Afirma que o principal efeito formativo dos grupos é a destruição de algumas identificações imaginárias dos participantes e sua substituição, primeiramente, por identificações narcísicas estabilizadoras e, em um segundo momento, por identificações simbólicas renovadoras.

O grupo é também o continente dentro do qual uma circulação fantasmática e identificadora vai se ativar entre as pessoas. Os indivíduos começam a participar do grupo e vão conhecendo seus companheiros e se afinizando com esta ou aquela característica de um ou outro. Porém, mais do que isso, irão se identificar uns com os outros. O termo identificação aqui é tomado em sua ótica psicanalítica. Eu me identifico com aquilo que não possuo e espero que o outro tenha para que eu, possuindo-o, possa ter acesso àquela característica.

As representações de grupo como “fazer parte de algo” ou “ter um lugar na sociedade” sedimentam a identidade dos sujeitos. Na sociedade atual o espaço da subjetividade é determinado pelas escolhas dos objetos de consumo disponíveis (Campos, 2010). É curioso perceber que no contexto de grupo institucional esse processo também passa pelas escolhas de objetos acessíveis aos pacientes psiquiátricos, ou seja, os remédios. Aqui não se tratando propriamente de “objetos de consumo”, mas sim de objetos de concretização da doença.

Não é raro ver nos grupos, pacientes formando relações de afinidade com outros pelo fato de tomarem os mesmos medicamentos. É o que podemos chamar de “identificação por fluoxetina”, quando uma paciente conta, no grupo, que está tomando essa medicação e ela lhe está fazendo algum efeito, positivo ou negativo, e outros imediatamente trazem relatos alegres e entusiasmados de efeitos da mesma medicação.

Lembrando que as relações grupais se formam a partir de projeções e identificações, a medicação acaba por se transformar em um dos operadores simbólicos de muitos destes processos no grupo. O medicamento passa a ter efeitos no real do corpo e também efeitos de significante, estabelecendo relações simbólicas e criando fantasias.

O grupo funda-se por aproximações sucessivas (projeções e introjeções) entre os membros do mesmo. Freud (1921) se expressa por analogias para explicar tal processo paulatino de adequação dos membros de uma coletividade, devido aos sedimentos de hostilidade que sempre perduram nas relações. O mestre de Viena nos diz que “cada vez que duas famílias se vinculam por matrimônio, cada uma delas se julga superior ou de melhor nascimento do que a outra. De duas cidades vizinhas, cada uma é a mais ciumenta rival da outra” (pg. 112).

Assim, os grupos também têm um longo caminho de espinhos a serem aparados e, como na metáfora dos porcos espinhos que estão morrendo congelando em uma caverna, precisam se aproximar para se aquecer, mas sem que os espinhos espetem uns aos outros. Aproximam-se e afastam-se uns dos outros até que um ponto de conforto seja encontrado onde todos os membros (não menos espinhosos) do grupo se aceitem e passem a conviver.

Outra questão apontada por Corbisier (2011) é o das falas dos pacientes portarem cristalizações, afetos congelados em territórios fechados. Quando estes são acionados pelo dispositivo grupal, veem-se na adjacência de uma inquietação,

podendo, se intensificadas, deslocarem-se do lugar naturalizado a que estavam remetidas. Novas possibilidades podem aparecer neste cenário. Estas possibilidades serão tratadas, a partir de agora, na parte sobre a psicoterapia de grupo.

## 4.2

### Histórico da Psicoterapia de Grupo

A história dos trabalhos com grupo pode ser contada de várias maneiras. Optou-se aqui por falar apenas dos teóricos que contribuíram com conceitos hoje utilizados na prática, seja em psicanálise ou nas demais abordagens que também trabalham com grupos. Joseph Pratt pode ser considerado o pioneiro neste trabalho, tendo iniciado, em julho de 1905, um programa de assistência à pacientes internados com tuberculose, denominado sistema de “classes coletivas” (Camara, 1987).

Reunia-os uma vez por semana, em grupos de 15 a 20 membros, para que fosse possível estabelecer maior contato com os pacientes. Orientava-os a adotar atitudes positivas em relação às suas condições, enfatizando a necessidade de manter a confiança e a esperança. O reconhecimento de que não eram os únicos a sofrer, aparentemente, contribuía para certa sensação de melhora (Bechelli & Santos, 2004). Foi o primeiro a utilizar as emoções coletivas para obtenção de uma finalidade terapêutica (Camara, 1987).

Alguns anos mais tarde, também nos Estados Unidos, Marsh promove um grupo com pacientes denominados “psiconeuróticos”. Depois passou a acolher também pacientes psicóticos. Seus grupos tinham entre 200 e 400 pessoas. Utilizava música, dança e diálogos entre os participantes (testemunhos). Tinha por objetivo integrar a mente, a emoção e a atividade motora às necessidades atuais da realidade (Bechelli & Santos, 2004).

Marsh acreditava que o importante não seria o conteúdo discutido no grupo, mas o ambiente que ali se cria. Junto com Lazzel tornou-se um dos pioneiros na implantação da psicoterapia de grupo dentro das instituições psiquiátricas, quando estas ainda não possuíam tal nome (Camara, 1987). Ao adotar o sistema de aula em 1920, Lazell passou a discutir assuntos que, para a época, foram considerados extremamente “espinhosos”, tais como o medo da

morte, sentimentos de inferioridade, homossexualidade, delírios e fantasias em grupos com pacientes esquizofrênicos. Apesar de ser psiquiatra, tratava os temas do grupo numa abordagem psicanalítica.

Ao analisar-se apenas esta parte do histórico dos grupos, uma questão salta aos olhos: os pioneiros em psicoterapia de grupo iniciaram e desenvolveram seus trabalhos no ambiente institucional. Seja no hospital como Prat ou no manicômio como Marsh e Lazel, todos trataram de pacientes que estavam internados e privados do contato com a sociedade, institucionalizados. A proposta de discutir abertamente questões de foro íntimo na presença de outras pessoas, não poderia ter surgido em uma sociedade repressiva e repleta de preconceitos como a América do início do século XX. Foi preciso um contexto de isolamento para que os sujeitos aceitassem, não sem ressalvas, falar livremente sobre suas questões pessoais em um grupo.

Moreno começou seu trabalho com grupos de atores em 1921 e posteriormente amplia seu campo de ação para pacientes psiconeuróticos. Foi o responsável por cunhar o termo “psicoterapia de grupo”. Moreno acreditava que a psicoterapia de grupo precisava penetrar em dimensões da existência as quais a psicoterapia pela fala não podia alcançar. Então converteu o trabalho com grupos em psicoterapia da ação utilizando as técnicas do psicodrama. Esperava conseguir um grande benefício terapêutico através da representação, na vivência ativa e estruturada de situações psíquicas conflituosas, levando a implicações de eventos da própria vida (Moreno, 1974).

Kurt Lewin foi o responsável pelo conceito de “campo grupal” onde são considerados dinamicamente, tanto as questões relativas à pessoa quanto ao meio onde esta se insere. Foi o grande responsável por integrar as ciências sociais ao estudo dos grupos (Bechelli & Santos, 2004).

Na década de 40, Pichon-Rivière, à época chefe do serviço de admissão do Hospício De Las Mercedes, verifica a importância do grupo familiar no processo melhora de pacientes esquizofrênicos, desenvolvendo o conceito de "Grupo Interno", como cenário para a manifestação do vínculo transferencial. Seus trabalhos darão origem a mais conhecida e praticada modalidade de grupo existente atualmente; o grupo operativo. A seguir serão feitos, brevemente, estudos sobre o grupo operativo, dada a sua importância e especialmente a larga aplicação dessa técnica dentro da saúde mental.

Bauleo (1977) afirma que podemos chamar de grupo operativo a todo aquele no qual a explicitação da tarefa e a participação através dela permitem, não só sua compreensão, mas também sua execução. Ou seja, a explicitação da tarefa coincide com a finalidade mesma do grupo. E essa tarefa consiste em uma mudança na forma de pensar ou se comportar que dê origem a alguma melhora nas condições de vida do sujeito.

Pichon-Rivière (1986) acreditava que as principais funções de um grupo eram as seguintes: promover um processo grupal de aprendizagem, estimular nos participantes uma atitude investigadora, ter a aprendizagem como sinônimo de mudança.

Fortemente influenciado pela teoria de campo de Lewin, cria a teoria do vínculo que ultrapassa a visão intrapsíquica da psicanálise, situando o homem no contexto de suas relações. Conceituou como Pré-Tarefa a atividade que serve para identificar e intervir nos medos básicos sentidos pelo grupo (de perda e ataque). Tais medos são o que se conhece como de resistência à mudança. Em um grupo psicoterápico, esta pré-tarefa usualmente é determinada pelo psicólogo.

Quando identificamos os medos que mencionamos anteriormente, é possível que fique algum tipo de tensão no grupo. A este clima de tensão os psicanalistas chamam de ansiedade ou angústia. Hoje acredita-se, com Anzieu (1993), que a angústia nos grupos é sempre de caráter psicótico. Ao identificar-se os medos e gerar esta angústia, é hora da tarefa. O objetivo principal da tarefa é elaborar as ansiedades identificadas na pré-tarefa. Promovendo também a relação entre os membros do grupo a fim de se identificar os papéis que cada um irá exercer.

Os papéis em um grupo operativo são definidos por Pichon-Rivière (1986) como sendo de Porta-voz: aquele que irá, normalmente, traduzir as ansiedades do grupo; Bode expiatório: o bode expiatório é “culpado” dos fracassos do grupo; Sabotador: se opõem à tarefa no interior de um grupo e Líder que pode ser o chamado “líder da mudança” onde sua principal função é promover o desenvolvimento do grupo fomentando ideias e metas para este, mas também pode ser o “líder da resistência” que deseja sempre frear os ímpetos do grupo para que este não se afaste muito da realidade. A liderança pode ser exercida de maneira autoritária, democrática ou demagógica e dirige as ações no interior do grupo no sentido evolutivo ou retrógrado.

Pichon-Rivière fala que um grupo saudável apresenta papéis fluidos, ou seja, eles não estão sempre na mesma pessoa. Um grupo “adoecido” tem seus papéis engessados. Neste caso temos situações problema comuns onde o bode expiatório pode ser o “garoto-problema” da família, à primeira vista sempre culpado pelas infelicidades do grupo familiar, no entanto uma análise mais pormenorizada revela o caráter adoecido daquela família e o sujeito apresentado como problema viria apenas evidenciar esta doença familiar. Neste caso o louco poderia ser identificado como o depositário da loucura familiar, ou seja, ele apenas reflete o sintoma do grupo (Pichon-Rivière, 1986).

O Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO) foi desenvolvido e utilizado por Pichon-Rivière (1986) para indicar que a aprendizagem no grupo se estrutura em um processo contínuo, mas não necessariamente linear. Este esquema referencial se desenvolve em sucessivas voltas em espiral, nas quais os seguintes passos são avaliados para se ter a noção da efetividade do trabalho. Pertencimento: seria a forma como cada membro se comportou na atividade. Comunicação: questiona se houve uma comunicação fluida entre os participantes durante a atividade. Cooperação: avalia se houve troca e interação entre os indivíduos. Aprendizagem: verifica se os integrantes do grupo compreenderam o tema proposto. TELE: conceito utilizado para se referir à existência de uma relação saudável entre os membros. Pertinência: ocorre quando há realmente reflexão e elaboração acerca do tema trabalhado.

Em 1948 Bion inicia seu trabalho experimental com grupos em hospitais militares. Apesar de seu pouco sucesso terapêutico (seus grupos começaram a funcionar realmente depois que ele os deixou e estes foram assumidos por René Kaës), Bion tornou-se talvez o maior expoente da psicoterapia de grupo no mundo. E seu livro *Experiência com grupos* é referência para todos os que desejam ingressar neste campo, e não seria diferente neste trabalho.

De fato, o quadro da psicoterapia de Grupo iria se modificar drasticamente com o fim da Segunda Guerra Mundial, pois afluíram para os consultórios dos psicólogos enorme contingente de pessoas com os chamados “traumas de guerra”. Devido à grande demanda por terapia, a saída encontrada foi a “psicoterapia de grupo” ou “grupoterapia”. As abordagens que obtiveram sucesso em adaptar sua técnica para a dinâmica grupal foram a psicanálise, a gestalt e o psicodrama.

A essa época, surge a primeira Revista especializada em Psicoterapia de Grupo, criada por Slavson no final da década de quarenta, sendo que ele também foi o primeiro presidente da Associação de Psicoterapia de Grupo (Saidon, 1983). No campo psicanalítico do Pós Guerra destacam-se os trabalhos de autores das escolas inglesa e francesa. Tentar-se-a delinear algumas contribuições destes autores para compreender o quadro atual da psicoterapia psicanalítica de grupo.

Foulkes, teórico da escola inglesa, pensa o grupo como um todo social, mais do que a mera soma das partes. Considera que, na análise individual, há um caráter vertical na transferência (referindo-se ao passado). Já o grupo teria um caráter horizontal (plano atual e multipessoal). A função do grupo é buscar a remoção das inibições sociais através da discussão flutuante livre, que seria o correspondente grupal da associação livre. O grupo será analisado segundo sua estrutura e organização, os processos dinâmicos da interação grupal e os conteúdos que relacionam atitudes, ideais, valores, sensações e "patologia" (Saidon, 1983).

Já a escola francesa, através do pensamento de René Kaës, entende que a análise de grupo deve focar o papel das representações do grupo sobre ele mesmo e a contrapartida da influência do processo grupal sobre a produção das representações; o termo representação está ligado às relações de objeto encenadas no contexto grupal. Anzieu (1993) afirma que o grupo é o continente dentro do qual uma circulação fantasmática e identificadora vai se ativar entre as pessoas.

No Brasil o primeiro relato de trabalho em grupo com a finalidade psicoterápica data de 1930 e foi realizado em Belo Horizonte por Helena Antipoff, a espetacular dama da Fundação Pestalozzi, que realizou um teatro de bonecos com seus meninos internados, com vistas a melhorar a relação entre os participantes. Já em 1953, David Zimmermann inicia o estudo de sua tese de doutorado, "As Técnicas Grupais", especializando-se, definitivamente, como Terapeuta de Grupo. Este que certamente é a maior referência brasileira no campo da psicoterapia de grupo até os dias atuais.

### 4.3

#### Modos de Funcionamento dos Grupos

O que se pretende aqui é entender como funcionam os grupos psicoterápicos e os benefícios que cada tipo de grupo pode proporcionar. Baremlitt (1982) afirma que a “grupoterapia” passou pela seguinte evolução na forma de tratamento: primeiro houve *psicoterapia pelo grupo*, no qual se utilizavam técnicas de sugestão e identificação para alcançar os objetivos desejados. Foi a primeira técnica empregada pelos pioneiros em grupoterapia e o modelo clássico de grupo que funciona dessa maneira são os Alcoólicos Anônimos que iniciaram seu trabalho em 1935, nos Estados Unidos, e até hoje produzem excelentes resultados em seus mais de 95 (noventa e cinco) mil grupos espalhados por quarenta países ao redor do mundo (AA, 2006).

A segunda modalidade de técnica foi a *psicoterapia no grupo*, na qual o terapeuta ou analista tratava individualmente cada membro na presença dos demais. O modelo da Psicanálise no grupo reporta-se à Escola Americana, tendo Silder e Slavson como seus expoentes. Nele predomina a oposição homem-sociedade e, em termos terapêuticos, busca-se a cura através da análise das motivações intra-individuais dos membros do grupo. A referência básica é a análise individual no grupo. E, por último, a *psicoterapia do grupo*, em que o inconsciente grupal aparece tal como uma unidade, com seus fantasmas e ansiedades (Baremlitt, 1982).

Esta última forma de psicoterapia é a esposada por este trabalho. No entanto, algumas considerações precisam ser feitas a seu respeito. Suas raízes remetem à Escola Inglesa, em sua origem: Bion, Foulkes, Sutherland, e na América Latina, Grinberg, Langer e Rodrigué. É inspirado inicialmente na vertente kleiniana e o modelo contém a ideia de que o grupo tem uma estrutura básica. O sujeito, socializando-se, passa a integrar, enquanto "parte", uma mentalidade grupal. Objetiva-se a integração grupal, com a assimilação de uma identificação grupal por parte de cada membro (Saidon, 1983).

Parece que os primeiros trabalhos desenvolvidos pelas escolas inglesa e argentina adotam uma postura muito radical ao considerar apenas o grupo em suas análises, provocando a diluição da identidade dos indivíduos na massa grupal (Py et al , 1987). Tal postura acabou tornando-se prejudicial para o desenvolvimento

da psicoterapia de grupo, pois produzia grande resistência nos pacientes e um sentimento que em psicanálise se conhece como angústia por separação (o inverso da angústia de separação).

Tentar-se-á explicar essa dificuldade de aceitação de uma técnica que privilegia o grupo em detrimento do paciente através da ilusão grupal, conceito formulado por Le Bon e atualizado por Anzieu que servirá como um dos pilares da psicoterapia de grupo.

A ilusão grupal para o sociólogo francês Gustave Le Bon (1980) pode ser definida pelos seguintes critérios: Os componentes da massa, enquanto unidos, possuem um sentimento de onipotência, ou seja, o impossível não existe. Seus membros são extremamente crédulos e se encontram muito abertos à influência. O grupo usualmente pensa por imagens, que se ligam por meio de associações, cuja concordância não é conferida com a realidade. Possuem normalmente sentimentos simples e exagerados. Seus membros não conhecem a dúvida ou a incerteza. E o grupo age sempre nos extremos: onde qualquer discordância, entre os membros ou do grupo para com o meio, rapidamente se transforma em ódio.

A partir desses conceitos, Anzieu (1993) irá formular o seu conceito de ilusão grupal, com o qual foram trabalhados os atendimentos feitos pelo autor deste trabalho, que se relaciona com um sentir-se bem juntos, por parte dos membros do grupo. E que responde a um desejo de segurança, de preservação da unidade egóica ameaçada, substituindo a identidade do indivíduo por uma identidade de grupo: o indivíduo responde à ameaça visando o narcisismo individual, instaurando um narcisismo grupal. O grupo encontra sua identidade, ao mesmo tempo em que os indivíduos nele se afirmam todos iguais. A ilusão grupal ilustra o funcionamento de um eu ideal nos grupos, substituindo o eu ideal de cada um por um eu ideal comum.

Daí a ênfase colocada, então, no caráter caloroso das relações entre os membros, na reciprocidade da fusão de uns com os outros e na proteção que o grupo traz aos seus integrantes. Algo do tipo “se meu grupo me aceita, compartilha minhas angústias e minha culpa, então posso sair e enfrentar o mundo”.

No entanto, essa ilusão não pode permanecer dominante na dinâmica dos grupos. Faz-se necessário que o sujeito consiga se diferenciar e se individualizar, mesmo estando imerso no grupo. E é a possibilidade de morte do grupo que

propicia essa busca de identidade, o reconhecimento das singularidades, permitindo que o sujeito se perceba como desejante e constituído por elementos desejantes (Saidon, 1983).

Além da necessária desilusão que advirá em certo momento, ainda duas outras questões podem ser colocadas acerca da ilusão grupal. A primeira delas é que no início do tratamento em grupo ela se torna extremamente benéfica, exatamente por propiciar alguma expectativa a um paciente esvaziado de esperanças, que usualmente é encaminhado de instituição em instituição, sempre ouvindo da autoridade médica que seu caso é irreversível. Ao chegar e ser aceito no grupo o paciente já se vê em uma situação completamente diferente das outras situações do seu cotidiano, onde é excluído, estigmatizado e severamente rotulado.

Nota-se, com facilidade, que tal contexto facilita a instalação da transferência com o grupo e com o analista que o acolhe. Possibilitando ao sujeito permitir-se ser acolhido e dar uma nova chance à vida de tentar ajudá-lo de alguma maneira. Por isso afirma-se que o vínculo transferencial deve muito à ilusão grupal, bem como na análise individual a transferência é tributária do “sujeito suposto saber”.

Em segundo lugar, a experiência de atendimento em grupo mostra que esta ilusão grupal pode ocorrer de duas maneiras distintas na subjetividade dos pacientes. A primeira é característica dos pacientes que precisam da representação tangível do grupo para se sentirem participantes e acolhidos pelo mesmo. É possível demonstrar este tipo de funcionamento na fala de uma paciente que, na volta do grupo após um pequeno recesso diz: *“Foi muito difícil esses dias sem o grupo porque eu não tinha para quem falar as coisas que me deixavam triste”*.

Outra forma de expressão do vínculo saudável do indivíduo com o grupo pode ser percebido naqueles pacientes cuja representação simbólica do grupo prescinde da presença física constante do mesmo. Um fragmento clínico que mostra esta dinâmica é uma paciente que narra que estava em sua casa e sentia muita vontade de deixar sua família e ir morar nas ruas, no entanto, lembrou-se de uma oportunidade na qual o grupo havia discutido sobre essa questão. Então começou a pensar nas falas dos outros pacientes, suas vivências e isto a ajudou a elaborar seus conflitos. Outra paciente conta que sua depressão piorava e ela sentia-se muito infeliz em sua casa no final de semana, mas a certeza que viria

para a reunião com o grupo e poderia falar sobre suas angústias a fazia se sentir mais forte, mesmo naqueles “momentos difíceis”.

O grupo psicoterápico pode funcionar como um cenário onde cada sujeito se expressa a partir de seu inconsciente aprisionado em um imaginário que produz mais sofrimento e que, ao mesmo tempo, permite que cada um dos demais participantes observe os efeitos que suas fantasias produzem no vir a ser do grupo (Sigal, 1989). Tais fantasias sustentam as ações, as intenções e os desejos do sujeito, bases do funcionamento do inconsciente. A organização do grupo se dá através de um processo estrutural no qual os sujeitos constituem sujeitos e objetos dessa mesma organização, influenciando o grupo e sendo por ele influenciados.

Anzieu (1983) vai mostrar ainda que o grupo é como um envelope que agrega as imagens ilusórias que cada sujeito faz dos demais integrantes do grupo, em seu entender trata-se do consciente articulando representações, não só de palavras como também de coisas. A este processo dá-se o nome de fantasmática. Assim, a fantasia inconsciente do grupo se constitui das projeções e desejos de todos os membros, na medida em que estas são lançadas ao terapeuta e este as recolhe. Não sendo possível considerar apenas o conteúdo grupal, mas a forma como este foi constituído e em nível mais profundo as relações estabelecidas entre indivíduo e grupo.

Partindo do pressuposto que o grupo não possui uma unidade interna, uma vez que é produto das múltiplas manifestações de desejos dos seus participantes, o grupo impõe a estes uma representação mental concreta da disseminação de si mesmo. Ou seja, leva o sujeito a sentir-se despedaçado. Com o intuito de passar a existir, o grupo molda em seus participantes um sentimento de unicidade, condição única para sua existência enquanto grupo. Na medida em que ocorre uma emoção comum agradável, paralela ao descobrimento do "sentir-se membro" e ser reconhecido, tal imagem de corpo despedaçado pode ser superada. A tarefa do analista, neste caso, é a de ser permeável às tais representações imaginárias, tentando esclarecê-las e não permitindo que estas atrapalhem o funcionamento do grupo (Saidon, 1983).

Falando de forma geral, pode-se analisar as produções do grupo em três níveis distintos. O primeiro são as produções usuais de qualquer grupo, tal como Freud analisou em seu texto sobre a psicologia das massas; Freud (1921) afirma neste trabalho primoroso que o indivíduo é o “verdadeiro homem” apenas nos

grupos. Em sua concepção os componentes de uma multidão estão ligados por laços de união de natureza libidinal que “atravessam a multidão de ponta a ponta” e a somatória das libidos individuais torna a “libido grupal” muito maior e mais potente que a censura dos sujeitos. Ocorre assim uma regressão psíquica nos indivíduos, que passam a reviver, por alguns momentos, situações primitivas e há muito esquecidas. Sempre que um grupo se forma surgirá um líder, e este se torna o representante de todos os superegos, que nele se fundem e se unem. O líder torna-se praticamente a consciência e a censura de todos os demais sujeitos que o seguem. Tal como o emblemático exemplo de um dos Generais do exército de Hitler, quando questionado no tribunal de Nuremberg se possuía consciência dos crimes que havia praticado responde tranquilamente “eu não tenho consciência, a minha consciência é o Führer”.

O segundo nível de análise diz respeito às manifestações particulares daquele grupo como unidade, e nesse ponto cada grupo possui uma característica distinta. Bion delimita algumas divisões típicas para os grupos segundo sua lógica de funcionamento que guardam relação também com os grupos analisados por Freud. A saber, para Bion (1975) os grupos, em seu nível mais primário, se organizam segundo três tipos de Suposições Básicas (SB). Estas surgem como formações secundárias a uma cena primária extremamente antiga, representada num nível de objetos parciais e associada com ansiedades psicóticas.

A primeira é a SB de Dependência, onde os membros do grupo se voltam para o líder do grupo, no presente caso o analista, na esperança de que ele os conduza para um bem maior. A segunda é a SB de Fuga-luta, onde um dos membros do grupo se destaca como líder e o grupo elege algo ou alguém como o inimigo a ser combatido (nos grupos psicoterápicos este inimigo pode ser a doença). E a terceira é a SB de Acasalamento, onde dois membros do grupo direcionam o foco dos demais, tal como se fossem os “pais” do grupo (Bion, 1975).

É interessante notar que esses três modos de funcionar descrevem adequadamente os três grupos que Freud escolheu para analisar em seu trabalho sobre grupos. Assim pode-se perceber que à Igreja caberia o pressuposto de dependência, ao Exército, o de luta e fuga, e à aristocracia o de acasalamento. Quando o grupo começa a progredir psiquicamente abandona, parcialmente, tais modos de organização e passa a funcionar como um grupo de trabalho, visando

aquilo que Pichon-Rivière (1986) conceituou como a cura, ou seja, a diminuição das “ansiedades psicóticas básicas” desencadeadas pela regressão infantil, que será tratada no próximo capítulo.

O terceiro nível de análise de grupo associa as particularidades dos grupos às singularidades de cada paciente. É interessante notar que cada sujeito sofrerá modificações em sua dinâmica e, por sua vez, também influenciará de maneira peculiar o funcionamento do grupo. Este tipo de análise permite conjugar os fantasmas grupais com o simbólico de cada indivíduo. Vale assinalar que a partir da década de 30 já surgem as primeiras concepções de grupo como uma reconstituição da família: o terapeuta como figura paterna e os pacientes como irmãos. Depreende-se disso que, em qualquer estrutura de grupo psicoterápico, a relação emocional mais intensa e constante é sempre orientada para o terapeuta. E a rivalidade entre membros do grupo é sempre dirigida ao terapeuta como uma disputa pelo amor e atenção do pai.

Anzieu (1993) desenvolve esta linha de pensamento de forma mais aprofundada afirmando que o grupo é o continente dentro do qual uma circulação fantasmática e identificadora vai se ativar entre as pessoas através de aproximações sucessivas entre os membros do mesmo. Todo encontro grupal desperta, mobiliza e agita fantasmas pessoais como necessidade de descarga das pulsões. É possível perceber cada sujeito protegendo sua identidade ameaçada e projetando os seus fantasmas nos outros para que façam o seu jogo. Assim, o fantasma passa a ter uma organização grupal interna. Fantasmas individuais lutam entre si, e, cada um com desejo de ser exceção, empenha-se para ocupar o centro do grupo.

A Identidade grupal que se configura como a partilha de sentimentos de ser igual ao outro, lidar com os mesmos fantasmas, não deve ser confundida com a forma de interação grupal da qual se trata aqui. No caso do grupo psicoterápico, a base comum é a mesma para todos, ou seja, o grupo originário (familiar), fonte de angústias e conflitos, que predispõem os fantasmas individuais a “caminharem juntos” por uma relação de identificação, diga-se até de similitude, o que não significa que estes sejam iguais para todos os indivíduos.

Outra questão que perpassa os atendimentos é o fato de o grupo funcionar, em alguns momentos, como suporte frente ao desamparo. Quando um paciente fala e o grupo consegue responder à sua demanda, seja corroborando sua fala, seja

contestando-a, ele se sente amparado em sua condição, pois não está mais sozinho, tendo agora quem compartilhe seu sofrimento (Rosa, 2011). Nesse ponto, em que o grupo se molda a fim de acolher a demanda daquele indivíduo, o terapeuta pode intervir questionando os fantasmas inconscientes do grupo, para que a questão individual que se tornou grupal, através da mediação, produza efeitos de pontuação em todos os que dela agora fazem parte. Essa prática nos parece a melhor forma de adaptação do dispositivo freudiano de análise na situação grupal.

Ocorre que algumas investidas individuais dos sujeitos remetem a um desamparo, social e estrutural, tão intenso que a estrutura do grupo não suporta aquela demanda e se instala o caos na cena grupal. Neste momento o analista precisa intervir como ponto último de apoio contra as “ansiedades psicóticas básicas desencadeadas pela regressão infantil”. Estas ansiedades são fragmentos de memória recalçados, devidamente relegados ao inconsciente, que se relacionam com as angústias inomináveis que o bebê sente em seus primeiros anos de vida. Angústias de morte, de despedaçamento, de desrealização do corpo próprio, todas podem ser reavivadas na cena grupal. Pois esta desperta e mobiliza elementos muito anteriores do psiquismo dos sujeitos. Uma lembrança adequada aqui parece ser a noção de Winnicott (1975) de grupo como representação do útero materno, local seguro onde a criança/adulto pode se expressar e gozar de um estado de tranquilidade com o qual não está acostumado a desfrutar na realidade externa ao grupo, ou não raro, que nunca possuiu.

Winnicott (1975) alega que a aceitação da realidade nunca é completada. Nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna e externa. Assim, o alívio da tensão é proporcionado por uma área intermediária de experiência que não é contestada. Na tenra infância esta é necessária para o início de um relacionamento entre criança e adulto. Essa área intermediária que está em continuidade direta com a área do brincar, só é tornada possível por uma maternagem suficientemente boa e pela continuidade, no tempo, do ambiente emocional externo – presença de objetos transicionais (Winnicott, 1975). O objeto transicional é a raiz do simbolismo na criança, primeiro momento onde ela consegue distinguir entre fantasia e fato, entre objetos internos e externos.

Winnicott fala da necessidade de não contestar o bebê acerca da objetividade ou subjetividade dos objetos transicionais. Para que, através da

fantasia endossada pelos pais, a criança tenha condições de criar um mundo simbólico pelo qual poderá manejar as faltas que a vida lhe proporcionará. Ocorre que, muitas vezes, não é dado ao bebê o direito de fantasiar e ele não tem condições de lidar satisfatoriamente com os objetos reais. Sem o concurso do simbólico (que é o herdeiro da ilusão) resta ao sujeito as compulsões, os delírios e as demais formas de solução que são categorizadas como loucura.

Outro ponto fundamental nessa fase primária do desenvolvimento relaciona-se com a qualidade do ambiente no qual o bebê está inserido. Para que o bebê possa ter ilusões e fantasias é preciso que ele se sinta seguro o bastante ao ponto de retirar-se da realidade concreta e embarcar no mundo da fantasia. É necessário que a criança tenha a certeza que alguém estará cuidando dela enquanto ela está ausente em seus devaneios, e essa segurança advém do cuidado suficientemente bom promovido pela mãe ou cuidadora. Nas palavras de Winnicott, quando existe essa segurança o bebê cria as condições para habitar a dura realidade externa sem perder a sensação de estar em casa e ao amadurecer exultará por encontrar a mãe por trás do seio ou da mamadeira, e descobrir o quarto por trás da mãe e o mundo para além do quarto (Winnicott, 1975).

No entanto, nos casos em que o ambiente não se apresenta seguro o suficiente o bebê fica em constante estado de tensão e não se permite retirar-se da realidade e habitar a fantasia. Nesse caso não aprenderá a fantasiar e terá que lidar com a realidade sempre de forma concreta. Parece ser uma das razões para o desenvolvimento das psicoses, nas quais o fantasiar (da ordem do imaginário) é sempre substituído pelo delírio (que é da ordem do real). As organizações psicóticas em geral apresentam essa ruptura na gestão do tempo, não permitindo um transcorrer fluido para a sucessão de eventos esperados. Fica a impressão de estar sempre a beira de um abismo.

Para uma boa aquisição da dimensão temporal nas crianças, é fundamental que os pais, ao manusearem seus bebês, tomem o cuidado de promover certa continuidade de movimentos e ações. Ao pegar a criança do berço é desejável, por exemplo, que sinalize para ela que algo está para acontecer e o levantar e transportar deve ser feito em um único e fluido movimento, provocando assim a sensação de que as coisas tem começo, meio e fim (Dias, 2003). Basta imaginar que a criança não tem ideia do que se passa ao seu redor e quando é movida ela não sabe para onde está indo ou o que ocorrerá a seguir. Dar essa sensação

continuidade traz um tipo de confiança que no futuro se expressará na forma de lidar com o tempo e os acontecimentos imprevistos.

Nos casos em que tal manuseio não se deu a contento na infância o grupo pode apresentar-se como um ambiente suficientemente bom onde o sujeito teria uma nova chance de retomar o curso em direção ao seu próprio *self* e deixar fluir as representações simbólicas e imaginárias que não tiveram espaço na tenra infância, devido, muitas vezes, à ação hostil e invasiva do meio onde se desenvolveram. Desta maneira, o grupo funciona como suporte, abrigo, mãe e ao mesmo tempo teste de realidade. Cada qual segundo a necessidade singular dos sujeitos.

É evidente que nem sempre as coisas se passam de maneira tão tranquila também nos grupos psicoterápicos. Dois fragmentos clínicos podem ilustrar melhor esta situação, na qual as ansiedades psicóticas básicas são despertadas e onde esse processo pode resultar em amparo ao sujeito ou em desamparo de todo o grupo. Nos dois grupos atendidos pelo autor deste trabalho, dentro da instituição do CAPS/Goiânia, uma demanda parecida pôde ser observada em momentos diferentes da evolução dos grupos; uma das pacientes chegou a cada um dos grupos dizendo que “estava pensando em se matar” e as reações foram completamente distintas de um grupo para o outro.

O primeiro grupo, ao escutar a demanda da paciente D., se articulou para apoiá-la e tentar “tirar da cabeça” da paciente essa ideia. Frases como “e o que acontecerá com seus filhos?”, ou “como você pode desistir e nos abandonar?” foram ditas a esta paciente pelos demais integrantes do grupo que insistiram para que ela falasse no assunto até perceberem que a angústia dela havia diminuído e que ela estava abandonando aquele pensamento. Aqui o grupo conseguiu suportar a demanda do indivíduo e proporcionar amparo ao mesmo com auxílio das pontuações do analista.

Os integrantes do segundo grupo, deparando-se com a mesma situação, a paciente E. chegar e dizer que queria se matar, começaram, um por um, a relatar suas diversas tentativas fracassadas de suicídio e passaram a um estado de angústia tal que o suicídio começou a ser considerado por todos como um ato de coragem capaz de libertá-los daquele sofrimento. Neste momento o analista precisou intervir e retirar o grupo do estado de ansiedade na qual este se encontrava. Pontuações sobre a real necessidade por parte dos sujeitos de findar a

própria vida, e até demonstrar o progresso que o grupo havia feito até aquele momento foram necessárias para devolver parte da confiança que o grupo havia perdido. Nesse caso também foi necessária uma ação pontual (e separada dos demais) com a paciente E. que havia chegado com a ideação suicida.

Pode-se pensar que o sujeito entra em análise para criar condições de se inserir em algum grupo social ou aceitar sua atual inserção nos grupos dos quais faz parte, ou seja, aceitar a Lei do Pai (Py et al, 1987). A psicoterapia de grupo então auxilia o sujeito nessas “inserções”, tanto simbólica e fantasmaticamente, como o faz a análise individual, quanto na vivência prática do “estar em grupo” e ter de se haver com isso. A oportunidade de identificar nos outros nossa própria problemática de vida possibilita o conhecimento de si, a sensação de não estar “só no mundo com as próprias dores” e a chance de modificar algumas posturas e condutas.

Acerca desse ponto citamos Freud (1921) mais uma vez:

Se assim reconhecemos que o objetivo é aparelhar o grupo com os atributos do indivíduo, lembrar-nos-emos de uma valiosa observação de Trotter, no sentido de que a tendência para a formação de grupos é, biologicamente, uma continuação do caráter multicelular de todos os organismos superiores (p. 97).

O objetivo desta dissertação é trabalhar com esta entidade que surge a partir dos fenômenos grupais como unidade integrada, questionando e pontuando as falas e construções feitas pelo grupo como um todo. Nas palavras de Lancetti (1982) para a psicanálise tradicional o paciente é o único indivíduo, enquanto que para a análise de grupo o paciente é um grupo de indivíduos. Assim, pode-se perceber o grupo, do ponto de vista da dinâmica psíquica, como um sonho. Esta situação grupal às vezes é vivida como fonte de angústia, pois o grupo, como o sonho, como o sintoma, é em cada um de seus episódios, a associação de um desejo e de uma defesa. O grupo preenche uma função de realização imaginária dos desejos não cumpridos, em particular dos desejos proibidos (Anzieu, 1993).

#### **4.4**

#### **O grupo e as fases de Erikson**

Comparando as diferentes fases de evolução do grupo com as fases do desenvolvimento infantil traçadas por Erikson, vê-se que os processos grupais

caminham em estreita relação com a capacidade humana de se modificar na linha do tempo. É cediço que o “eu” não é uma entidade primária, mas a individualização progressiva de uma libido primeiramente anônima, a qual as circunstâncias da vida obrigam que se especifique para se encaixar aos quadros de uma existência pessoal (Wallon, 1975). Da mesma forma, o grupo modifica-se de acordo com as exigências do contexto e as demandas de seus membros, moduladas pela condução do analista.

A Ilusão Grupal, primeiro e necessário estágio do grupo psicoterápico, equivaleria à primeira fase do desenvolvimento da personalidade descrita por Erikson, ou seja, a fase de confiança e desconfiança, pois em ambos os casos o que existe é a formação de um vínculo baseado em uma esperança por parte do sujeito de ter suas demandas atendidas. No caso da criança essa demanda é endereçada a sua mãe ou cuidador, no caso dos pacientes, ao grupo e em última instância, ao analista. Nas palavras do próprio Erikson *“A esperança é a virtude inerente ao estado de estar vivo mais primitiva e a mais indispensável”*. (Erikson, 1976: p.170)

Continuando nessa lógica de pensamento, pode-se traçar um paralelo entre as suposições básicas, ou modelos de organização iniciais do grupo e a segunda fase de Erikson (1976) (autonomia e vergonha) onde a criança já alcançou relativo domínio e firmeza muscular e começa a poder fazer escolhas, tentar impor seus desejos. Logo começa a disputar poder com a mãe através dos ciclos de alimentação e excreção. Os membros do grupo, de maneira muito semelhante à criança, começam a se testar mutuamente como que para “demarcar o seu território” e obterem informações sobre os colegas, passam a perceber “em quem posso confiar”, “quem eu posso explorar ou maltratar” ou “que atitudes minhas são desejáveis ou indesejáveis no grupo” e muitas vezes é a ação do analista (como o dos pais para a criança) que modula os comportamentos dos membros do grupo.

É exatamente a este período que os estudiosos de grupo aludem como vital ser ultrapassado para a boa continuidade dos grupos. Pichon-Rivière (1986) fala das sucessivas voltas em espiral que os sujeitos começam a promover em torno das temáticas principais do grupo, na construção de um esquema referencial que será utilizado pelo próprio grupo. No entanto, é Freud quem descreve de forma brilhante esta fase, através das aproximações sucessivas que ocorrem entre os

membros do grupo, sempre mediadas pela hostilidade intrínseca a cada sujeito. Ele utiliza ainda a alegoria de Schopenhauer dos porcos espinhos que tentam se aproximar uns dos outros para aplacar o frio, mas que encontram problemas devido ao contato com os espinhos dos vizinhos.

Suplantadas as dificuldades da fase mais turbulenta, a de adequação dos membros ao grupo, os participantes começam a se sentir mais à vontade no ambiente grupal e surgem nas falas elaborações e associações com o conteúdo apresentado pelos colegas durante a sessão. O analista começa a ter condições de pontuar falas que sirvam para o grupo todo e não apenas para os membros individualmente. Começa a se formar um aparelho psíquico grupal e o fantasma grupal aparece e pode finalmente ser questionado.

O estabelecimento do fantasma grupal, através da mediação grupal que permite a inscrição simbólica e imaginária do grupo para os sujeitos assemelha-se à fase de Iniciativa e Culpa, onde a criança interioriza aquelas regras que lhe foram passadas na fase anterior e agora encontra-se desperta, vivaz e sedenta por conhecer e explorar o mundo que a cerca (Hall et al, 2000). No grupo, os participantes começam a utilizar sua iniciativa para explorar as potencialidades do grupo, promover ações grupais e criar conteúdos e relações que venham ao encontro do objetivo comum, que, em última análise, é sempre a diminuição das ansiedades psicóticas básicas desencadeadas pela regressão infantil. Aqui o grupo já deixou de lado, em parte, as suposições básicas e caminha em direção ao que Bion chama de Grupo de Trabalho. O que não garante que este grupo algum dia se verá completamente livre das suposições básicas, é válido lembrar.

Parece certo que o Grupo Psicoterápico que atingiu este nível tem mais possibilidades de realizar sua tarefa de promover elaboração dos conteúdos dos pacientes do que os grupos que ainda se debatem nos estágios iniciais, tal como a criança que adentra a última fase de seu desenvolvimento infantil, a fase de indústria, está agora mais capacitada a realizar coisas em sua vida, pode assumir responsabilidades relacionadas ao trabalho, e principalmente levar a termo suas iniciativas.

## 5

### Discussão

#### 5.1

##### Uma proposta de trabalho clínico

A proposta que defende este trabalho e que produz bons resultados na clínica é o atendimento em grupo, utilizando o dispositivo psicanalítico (Rosa, 2011). Esta opção pela sistemática de grupo nada se relaciona com “atender mais pacientes em menos tempo”, entretanto é interessante notar que a necessidade da instituição de atender um maior número de usuários vê com bons olhos tais iniciativas.

Tal proposta se sustenta na postura pela qual a exclusão social do “doente mental”, como processo sócio-histórico e simbólico, atinge de entrada a identidade do “louco” e de seus familiares. Pois o palco por excelência dos processos de transformação da identidade é a relação de alteridade, cujo espaço privilegiado é a mediação grupal.

Nesse sentido o desafio do trabalho é compreender os processos de transferência e mediação grupal. O conceito de mediação grupal se refere ao fato do grupo ser o mediador entre o sujeito que se encontra temporariamente identificado a este, adotando suas ideologias, modos de agir e pensar, e a realidade que o cerca.

Postura que se inscreve em uma visão segundo a qual toda “doença mental”, independentemente das causas de sua eclosão ou emergência (genética, psicossocial, afetiva etc.), sofre de imediato também um processo de determinação social. Isto por que, uma vez que um transtorno de ordem mental eclode, ele será objeto de processos de ordenamento, classificação, estigmatização e/ou exclusão. Estes processos citados recebem sem dúvida alguma o qualificativo de sociais (Campos, Rosa & Campos 2010).

É certo que os grupos descritos aqui neste trabalho, com os quais foi mantido contato ao longo dos três anos de experiência no CAPS II da região metropolitana de Goiânia, se enquadram nas lógicas descritas para os grupos operativos e/ou psicoterápicos. Vale aqui a distinção entre grupos psicoterápicos e o grupo operativo que é aquele no qual a explicitação da tarefa e a participação

através dela permitem, não só sua compreensão, mas também sua execução (Bauleo, 1977).

Mais certo ainda que, para descrever os benefícios que os grupos operativos têm para os pacientes da saúde mental, esse trabalho teria o dobro de páginas e elas ainda não seriam suficientes. De sorte que foi dada especial atenção nos dois grupos psicoterápicos os quais o autor do trabalho coordenou e desenvolveu.

Tais grupos apresentam particularidades que parecem extrapolar as descrições científicas aqui apresentadas, colorindo as páginas desta conclusão com nuances de singularidade que só a clínica é capaz de apresentar. Em escala muito mais modesta, pretende-se agir como Freud que, através dos achados clínicos, possibilitou reflexões que acrescentaram muito à teoria vigente.

Se está de acordo com Bion (1975), que definiu suas suposições básicas a partir da lógica de Grupos de Freud (1921) onde a união entre os membros da massa grupal se dá com base no amor de todos em relação ao líder ou no amor que possa existir entre os seus próprios membros. E, em última instância, na existência de um inimigo comum que tem a mesma capacidade de unir aqueles que o odeiam em conjunto.

Esta sistemática grupal pode ser percebida no grupo “herdado” de um colega que estava deixando a instituição ao tempo em que este profissional lá chegava. Logo no início das sessões pôde ser percebido que todos os pacientes estavam no grupo para combater a doença que os assolava. Para os membros deste grupo a sessão só possuía um caráter produtivo se os mesmos falassem acerca de seus transtornos.

Como já foi dito anteriormente, foi preciso muito tempo até que outras demandas pudessem tomar forma nas falas destes participantes, possibilitando que os mesmos abandonassem um pouco a SB de fuga-luta, e se permitissem falar de suas dores e vicissitudes para além do rótulo da doença mental.

Outro dos grupos atendidos no CAPS teve um percurso bem singular, que vale ser narrado. Diferentemente da maioria dos pacientes que são recebidos na instituição e passam por diversos setores e profissionais, antes de chegarem ao atendimento clínico, estes pacientes foram acolhidos no Grupo para os pacientes recém-chegados ao CAPS, que leva o nome de Grupo Acolhimento.

Passado o período de três meses neste grupo, alguns pacientes com melhor capacidade de abstração foram encaminhados pela equipe técnica para um grupo Psicoterápico que ainda não tinha membros, apenas sala e horário, - quem conhece uma instituição pública sabe que possuir horário vago e um espaço disponível faz toda diferença. Criou-se, então, o grupo com estes pacientes que vieram do grupo de acolhimento.

Logo de início se pode perceber que o grupo se estruturou segundo a suposição básica de acasalamento. Ou seja, dois membros do grupo, que neste caso foram duas mulheres, estabeleceram uma relação de afinidade entre elas e ditavam as ações do grupo, com vistas a uma melhora do estado geral dos pacientes. É preciso esclarecer que este grupo possuía uma particularidade muito significativa. Quase todas as participantes eram mulheres de meia idade e *disponíveis*, termo que tenta resumir os diferentes estados nos quais a pessoa não possui um companheiro (divorciada, viúva, largada). À exceção de dois membros do sexo masculino, as demais se encontravam todas nessa condição.

Não tardou para que uma afinidade, que antes se restringia às duas líderes informais do grupo, se estendesse para as demais mulheres. Outro fato interessante foi a forma como as integrantes do grupo passaram a se apropriar desta relação empática. Algumas passaram a chegar ao CAPS até uma hora antes do início do grupo, e ficavam nas dependências da instituição conversando entre elas acerca de assuntos do cotidiano, planos de vida, família.

Como se sabe o que elas conversavam? Elas chegavam à sessão e relatavam algumas conversas que já haviam tido previamente e inclusive indicavam quando uma paciente “não estava contando tudo” o que havia ocorrido.

Esse relacionamento chegou a extrapolar os limites físicos da instituição quando algumas começaram a combinar de saírem juntas à noite, coisa que há muito nenhuma delas fazia. Pode-se pensar que se trata de um fato banal e corriqueiro para a maioria das pessoas. Mas é importante lembrarmos que aqui não se trata da maioria, mas sim de mulheres diagnosticadas com transtornos mentais graves, com históricos de internações sucessivas, tentativas de suicídio e todas em constante medicação.

Muito se falou em aceder da demanda ao desejo, partindo da necessidade. E o que se pode constatar nesse grupo eram muitas falas marcadas por um desejo,

algumas vezes real, outras ilusoriamente cômodo, de melhora e de uma vida a ser bem vivida a partir das relações e descobertas ali conquistadas.

Parece-me que este grupo continuou funcionando segundo a suposição básica de acasalamento por mais de um ano. Mas este fato nunca impediu que a psicoterapia se estabelecesse. Pelo contrário, ajudou em diversos momentos, quando algum participante se encontrava mais enfraquecido e precisando de um apoio para continuar. Retomemos o exemplo da mulher que chegou relatando querer se matar e foi amparada pelo grupo. Foi também de grande ajuda nas tematizações das falas do grupo em cada sessão, onde o foco acabava se direcionando para as questões vivenciais mais prementes, escapando da dinâmica fuga-luta onde a doença é vista como inimigo, e auxiliando no desvio das puerilidades que, parece, eram discutidas no pátio do CAPS.

Narra-se o exemplo acima para defender que as suposições básicas (SB) nunca deixam de existir nos grupos, por mais organizados e produtivos que estes venham a ser. Bion (1975) dirá que o chamado grupo de trabalho é o objetivo a ser alcançado por todo grupo que ainda se debate entre as SB. Mas o que a nossa experiência nos mostra é que sempre haverá uma SB norteadora do grupo, mesmo quando ele pode ser chamado de grupo de trabalho. Ou talvez este autor nunca tenha chegado a conhecer realmente um grupo de trabalho.

Volta-se a afirmar que este grupo funcionou desta maneira por muito tempo, até que as contingências institucionais o despedaçaram. Uma das pacientes teve que mudar de horário no CAPS devido a um trabalho que conseguiu, o que já é um resultado maravilhoso, se pensarmos no espectro humano que havia chegado ali dois anos atrás, sustentada à base de tranquilizantes e antidepressivos após uma tentativa de suicídio. Outra se mudou para seu estado natal, voltando ao seio da família, e uma terceira recebeu alta da instituição. Sendo que duas dessas exerciam forte papel de liderança no grupo. Depois dessa separação os membros que restaram continuaram frequentando o grupo, mas este se voltou totalmente para a figura do terapeuta, passando para a lógica de funcionamento da SB de dependência. E, evidentemente, o grupo nunca mais foi o mesmo, nem tão produtivo quanto o anterior.

Analisando os grupos psicoterápicos atendidos no CAPS, do ponto de vista da evolução da psicoterapia, pode-se perceber uma clara diferença de estágios entre os dois grupos. O grupo que se convencionará chamar de Grupo I, já existia

antes da chegada desse autor à instituição e era conduzido anteriormente por um psicólogo de base comportamental.

A transição que ocorreu na coordenação do grupo gerou alguns conflitos que, com o decorrer do tempo, foram sendo amenizados ou trabalhados na medida do possível. Questões como a diferença de postura dos dois terapeutas, a diferença de idade (um mais jovem que o colega que o antecedeu) e a forma de abordar e “tratar” os problemas apareceram paulatinamente nos primeiros meses de participação no grupo.

O grupo que se convencionará chamar de Grupo II foi formado nos moldes do que alguns autores (Figueiredo, 1996; Rinaldi, 2000) chamariam de ideal para uma instituição de saúde mental. Trata-se do grupo no qual os pacientes na sua maioria foram acompanhados por esse autor desde a sua chegada ao Grupo de Acolhimento, até a formação do Grupo Psicoterápico. Se pode acompanhar seu sofrimento nos primeiros estágios dentro do CAPS e depois os receber em um grupo formado por esse autor dentro da instituição. Aqui a transferência parece ter ocorrido de forma mais natural e com menos intervenientes.

Neste sentido parece que o Grupo I ainda se encontra no estágio de psicoterapia no grupo, onde são feitas análises individuais na presença dos demais. Um claro exemplo disso é a resistência que os pacientes colocam em falar dos problemas de outros membros do grupo. Um paciente diz estar chateado, pois se sente pressionado a falar sobre problemas que não são dele, mas de outros. Quando questionado pelo terapeuta se este incômodo é geral muitos manifestam que não gostam de comentar as falas dos outros, atitude que era incentivada no início de nossa abordagem.

Em outra oportunidade, quando um membro do grupo terminou sua fala e disse que não desejava dizer mais nada, outro tomou a palavra e disse “agora é a minha vez”. Parece que estão todos em uma fila para uma rápida consulta acerca dos seus problemas e sofrimentos; existe pouca interação entre os próprios participantes e normalmente as falas não suscitam elaboração nos outros.

Já o Grupo II pode ser colocado no estágio da psicoterapia do grupo, uma vez que os membros se expressam em termos de concordância uns com os outros. As falas de um participante usualmente provocam elaboração e associações por parte dos demais. Existem momentos no qual questões diversas vêm à tona, no entanto, ainda que tal fato ocorra, o grupo se articula para poder falar sobre todas

as questões. Os participantes têm uma preocupação em saber a opinião dos seus colegas e questionam quando um membro não está participando da discussão.

Em uma seção a paciente fala sobre o medo que ela sentia agora que havia voltado a morar sozinha, mas que aquilo era seu sonho desde que ficara doente. Então outro participante toma a palavra e diz que estava casado a mais de 20 anos, porém nutria um forte desejo de morar sozinho. No entanto, ele afirmava saber de sua incapacidade para separar-se da esposa e morar só. Disse entender o que sua colega estava passando. Ao que a paciente que havia falado primeiro narra para ele o drama de sua separação e as dificuldades que ela ainda enfrentava com seu ex-marido. Nesse ponto outro rapaz levanta a questão do abandono que ele havia sentido quando sua namorada o largou... E as associações continuam.

Neste fragmento o psicoterapeuta pôde pontuar a representação do desamparo que o grupo trazia em suas falas encadeadas pela mediação grupal, sob a égide da transferência. Dessa maneira o grupo vai promovendo a construção de sua história, de seu mito que à medida que produz um saber acerca dos padecimentos é terapêutico. Esta tessitura grupal resultante da fusão dos sofrimentos e dos sentimentos expressos pelos sujeitos equivale à construção da análise individual feita pelo paciente e captada pela escuta significativa do analista.

Pode-se perceber que a dinâmica do Grupo II leva a elaborações muito mais adequadas ao tratamento, e também permite ao terapeuta pontuar as falas dos pacientes e as articulações que derivam destas falas, chegando ao ponto de pontuações que servem para o grupo e não para um membro isolado, enquanto que no Grupo I as pontuações se restringem a realidades individuais, não sendo possível avaliar o impacto destas nos demais integrantes do grupo.

## **5.2**

### **O grupo ambiente**

Também se pode considerar a condição que Winnicott (1945) denominaria como “ambiente suficientemente bom”, talvez o primeiro lugar deste tipo que estes pacientes venham a ter em suas vidas. É interessante pensar nesta metáfora do “lugar” ou do “ambiente” quando se fala de CAPS. Pensar um simples portão da frente destrancado remete-nos a imaginar como é para um paciente que ficou trancafiado por anos em manicômios saber que ele pode sair dali a hora que ele bem entender. Ou então para os pacientes que não tem autonomia sequer para

terem as chaves da sua própria casa, aqueles que são cuidados pelas famílias, ganhem este poder de entrar e sair do CAPS.

Pensando na constituição do sujeito descrita por Winnicott onde o ambiente precisa estar tranquilo e seguro para que o bebê se desenvolva, pois as invasões constantes do meio podem promover cisões na personalidade do sujeito que o encaminhem para uma psicose, quão desestruturado e hostil não deve ter sido o ambiente de cada paciente que chega à instituição. Interessante pensar nas palavras de Foucault (1961), de que o louco - não tem lugar ou não tem chão ou tem água debaixo de seus pés -, em clara referência aos navios que transportavam os loucos de uma localidade a outra na esperança que viagem os curasse.

A confiança no outro também é a base do desenvolvimento humano na concepção de Erik Erikson (1976). O autor se apropria da teoria psicanalítica, desviando o foco principal da teoria desenvolvimental da sexualidade para as interações sociais. Em seus constructos, a confiança aparece como mecanismo de estabelecimento do primeiro vínculo relacional da vida do sujeito, fundamento de todo desenrolar subjetivo que se processará ao longo da vida deste. É a etapa de dependência psíquica e biológica do bebê em relação à sua mãe ou cuidador (Erikson, 1976). Concorda com ele Winnicott (1975) que à medida que a criança permanece mais tempo acordada, gradativamente passa a perceber que suas necessidades estão sendo satisfeitas em tempo hábil e suportável. A essa certeza de ser amparado Erikson dá o nome de “confiança social”.

É ela – a confiança social – que permite ao infante manter seus ciclos de sono, alimentação e excreção em níveis tranquilos, sem o desespero e a angústia de perder as provisões recebidas. Até mesmo as ausências, naturais, ocorridas nessa fase, devido à imperfeição humana dos pais, promove na criança a tolerância necessária para desenvolverem-se adequadamente pelos demais estágios da vida (Erikson, 1976).

Outro ponto fundamental, nessa fase primária do desenvolvimento, relaciona-se com a qualidade do ambiente no qual o bebê está inserido. Para que o bebê possa ter ilusões e fantasias, é preciso que ele se sinta seguro o bastante ao ponto de retirar-se da realidade concreta e embarcar no mundo da fantasia. É necessário que a criança tenha a certeza de que alguém estará cuidando dela enquanto ela está ausente em seus devaneios, e essa segurança advém do cuidado suficientemente bom promovido pela mãe ou cuidadora.

O ambiente suficientemente bom é aquele que permite a reação à invasão por parte do bebê, inclusive criando condições para que este bebê reaja. Se as invasões forem muitas e de ordem insuportável, a criança não terá forças para reagir, e o desenvolvimento sofrerá rupturas desestruturantes.

Temos também a questão do trauma psicológico e da ferida narcísica resultantes de sentimentos de desamparo e vergonha, e a perda da auto-estima pelo fato de não ser capaz de viver com as devidas condições sociais e culturais, ou seja, não ter lugar, estar separado de qualquer referência. Neste ponto nem o aparelho social cumpriu a sua função como um receptáculo para promover o desenvolvimento pessoal dos sujeitos, nem o mundo é referência como provocativo para estimular qualquer sentimento de mudança.

Todo mundo quer ser – querer ser é a força fundamental dos seres humanos. Ser alguém e estar lá para alguém são as variações possíveis de uma existência que ocorre apenas em um olhar, um gesto, uma palavra dirigida a alguém que lhe confirme que ele existe, que ele tem um ponto de referência. Pertencer a um lugar se constitui como uma abertura para estar no mundo (Vilhena et al, 2011).

Não devemos cair na armadilha de equiparar pobreza com desestruturação psíquica e pensarmos que todos os pobres (classe social da enorme maioria dos pacientes) estão fixados em identidades coletivas “pré-visíveis”, onde todo sentimento vira lamento e onde toda experiência significa carência.

Contudo, é preciso, também, levar em conta que muitos lares são desestruturantes, como mostram as entrevistas feitas na chegada dos pacientes, e que as Instituições Substitutivas oferecem hoje um local com condições físicas e sociais para que o sujeito se sinta “acolhido”. Também se deve considerar que as equipes de trabalho têm a condição de criar ambientes onde as cobranças e os preconceitos, que o mundo externo apresenta em tão alto grau de cruza, podem ser minimizados ao ponto de serem criados estados tranquilos (talvez os primeiros), onde uma segurança mínima possa ser experimentada e o *self* possa então emergir de sua fortaleza construída defensivamente ao longo de toda uma existência (Winnicott, 1952). Segundo Winnicott a cura consiste em desenvolver um processo de regressão a partir do qual a tendência natural do indivíduo a crescer de forma sadia possa restabelecer-se.

Aqui nos interessa mais fortemente a mudança na forma de compreender o fenômeno “loucura”. A ideologia dos serviços substitutivos agrega a questão da responsabilização do “louco” pela sua loucura, o que não ocorria com os pacientes trancados e “tratados” nos grandes manicômios. A responsabilização implica o paciente no seu próprio sofrimento retirando-o da condição passiva de expectador da sua própria vida. Mais do que isso é necessário que o paciente também se comprometa com sua recuperação.

Isso significa tratá-lo como cidadão, que tem direito a opinar, que tem voz. Tal como na cena do filme “O discurso do Rei” onde o terapeuta real questiona “por que” deveria escutar o que o Rei lhe ordena; e o futuro Rei, furioso por não se fazer entendido, grita “porque eu tenho voz!” – reconhecendo, pela primeira vez, muito mais para si que para seu interlocutor, que ele portava o poder da voz. Em psicanálise entendemos que se falado - reconhecido e nomeado -, o sujeito pode então falar de si e do mal que lhe aflige.

Nesse sentido, opta-se por uma clínica que privilegia o sujeito imerso na cultura, no entanto, valorizando de igual maneira sua singularidade, como forma de não tornar a técnica uma mera reprogramação de sintomas, criando sujeitos dependentes da instituição e sem qualquer capacidade para lidar com suas próprias questões. O que seria mais uma forma de “normatizar” a sociedade e controlar o sujeito, privando-o de suas dores e de sua essência; em uma palavra – de seu *pathos* (Rosa, 2011).

Por fim, o que se pode perceber é que cada paciente traz, em sua história, a marca da exclusão e da perda da voz, esta entendida como perda da capacidade de se fazer presente, importante – sujeito. E quando alguém se coloca em posição de escutá-lo, garantindo que naquele espaço ele terá de volta o seu direito de expressão, isso já se torna terapêutico. Isso é visível desde o acolhimento dos pacientes na primeira consulta até os atendimentos psicoterápicos. Porém o que se pretende, para além da simples manifestação falada que gera a catarse, é o questionamento da relação entre a necessidade e o desejo do sujeito.

### **5.3** **A Transferência**

Ao se pensar a transferência na psicanálise individual, ocorre a lembrança de que ela surge a partir das dificuldades que Freud começou a ter em seus

próprios atendimentos, tanto nas vertentes do amor quanto do ódio de suas pacientes, e como de maneira absolutamente genial, ele descobre que suas pacientes tinham dificuldade para lhe comunicar determinados conteúdos, exatamente pelos sentimentos que eram mobilizados na relação paciente analista. E ao se deparar com tal fato, transforma estas dificuldades em instrumento de análise das disposições inconscientes de suas analisandas.

O nome transferência é dado porque, segundo Freud (1912), o paciente transfere para o médico sentimentos que são oriundos de relações anteriores que este estabeleceu em momentos progressos de sua vida. Atualmente pode-se definir o processo transferencial como aquilo mesmo que motiva o paciente a falar ou calar sobre determinados conteúdos e também a forma pela qual isso ocorre em análise. Sabe-se que existe transferência em todos os níveis de nossas vidas, mas o *setting* analítico parece dar uma certa relevância e tais processos psíquicos que são de natureza inconsciente.

Em seu “Esboço de psicanálise” Freud (1938) afirma que a transferência é ambivalente: ela abrange atitudes positivas, e também atitudes hostis para com o analista, o qual, via de regra, é colocado no lugar de um ou outro dos pais do paciente, de seu pai ou de sua mãe.

Pode-se então entender a contratransferência como o que se passa com o psicanalista, a nível inconsciente, que o mobiliza emocionalmente a agir em relação ao seu paciente de maneira que isso possa afetar o trabalho analítico. Pode ser uma resposta à transferência do paciente ou também pode ocorrer por questões particulares do próprio analista (Py et al, 1987).

Ocorre que isso parece bem estabelecido no trabalho individual, mas quando se trata da psicoterapia de grupo, existem outras complicações que devem ser analisadas com cuidado. A primeira questão trata da diluição da transferência entre o psicoterapeuta e os membros do grupo. Optou-se por passar ao largo da discussão conceitual, muito válida, a que se considerar, do que seria a resposta de um paciente à uma atitude transferencial de outro paciente do mesmo grupo; poder-se-ia chamar isso de transferência ou seria um tipo particular de contratransferência? Vamos chamar a todos os processos desse tipo que ocorrem nos grupos de processos transferenciais, de modo a facilitar a sequência da exposição.

Vê-se, então, a relação do processo psicanalítico com os fenômenos da regressão e progressão inerentes à própria definição de processo, que pode ser explicada com dois enfoques teóricos, o que sustenta que a regressão depende do enquadre e o que, ao contrário, afirma que a regressão deriva da enfermidade. A primeira teoria entende a regressão como um produto artificial do *setting*, graças ao qual o tratamento analítico pode ser efetuado e, por isso, qualificado como regressão terapêutica. A teoria oposta admite uma regressão psicopatológica, à qual o enquadre analítico se acomoda da forma mais racional possível (Freud, 1912).

Anzieu (1993) analisa ainda que existe uma tendência à cisão da transferência quando na psicanálise de grupo, ou seja, a transferência positiva se concentra sobre o grupo como objeto libidinal. E a situação psicanalítica grupal provoca ainda uma transferência sobre o grupo, que é tomado inconscientemente, pelos participantes, como objeto de investimento pulsional. A partir do momento em que os sujeitos se reúnem em grupo, seja quais forem seus objetivos, os sentimentos os agitam, excitam ou paralisam.

O autor utiliza o exemplo do que imaginário popular afirma das reuniões entre adolescentes à portas fechadas no período escolar. Sempre se imagina que os jovens irão se reunir para a prática de algum ato proibido. Isso ocorre porque o caráter de união provoca e desperta em nós elementos pulsionais com os quais não conseguimos lidar a contento. Por essa razão o grupo é sempre um excelente palco para fomentação de imagens e para o lançamento de problematizações e temáticas que suscitarão associações relativas a conteúdos íntimos dos sujeitos.

No entanto, Anzieu (1993) adverte que o grupo irá sentir-se ameaçado ao colocar em evidência seus conteúdos mais recalcados e seus pontos débeis. Neste ponto, a defesa narcísica forja uma resistência a qualquer investigação analítica mais profunda, complicando o trabalho da análise. Outros autores irão dar nomes diferentes a esse processo de resistência que ocorre nos grupos. Pichon-Rivière (1986) dirá que o objeto de conhecimento do grupo se torna “epistemofílico”, ou seja, ao mesmo tempo em que é desejo do grupo tentar chegar ao âmago das questões que incomodam, é penoso para seus membros tocar em tais questões abertamente, então o grupo opta por desviar-se para temas mais amenos e triviais.

Neste ponto começam a surgir o que Gori (1998) chama de “muralhas sonoras”, que nada mais é do que muito falar para não dizer nada. O analista

precisa ter muita atenção e manejo para trazer o grupo de volta às questões pertinentes ao trabalho, mas sem ir de encontro à resistência do grupo, o que tornaria o processo ainda mais difícil.

A questão da transferência também se desenvolveu de maneira bastante distinta entre os dois grupos psicoterápicos que foram atendidos no CAPS. Mostra de que o trabalho dentro da instituição pública não tem apenas uma vertente, mas demanda muitos olhares e bastante flexibilidade no manejo das diferenças.

O grupo I, por já estar formado antes de nossa atuação, questionou desde o início as práticas e a forma de condução do trabalho dentro do grupo. Após alguns encontros um paciente alega que vê o novo terapeuta como uma pessoa autoritária, que os obriga a fazer e falar coisas que eles não têm vontade. Quando colocada esta questão para o grupo, alguns não corroboram com a opinião do colega, mas outros vêem alguma verdade nas suas palavras. Neste caso foi importante reafirmar para o grupo que cada um é responsável por suas atitudes e tem total liberdade dentro do grupo para se manifestar da maneira que desejar, sem qualquer tipo de obrigação. Assim como lembrar apenas que todos ali têm um compromisso com o tratamento, mas que este também pode ser rompido.

Mais tarde, em supervisão, pode-se perceber que a reclamação do paciente tinha fundamento, pois na ânsia de levar a psicanálise até o contexto institucional, este autor havia se esquecido do princípio que Freud enunciara desde o início de sua prática, onde o processo analítico só ocorrerá com o desejo do paciente e no ritmo que este determinar, ou que sua resistência permitir. A partir desta sessão passou-se a dar mais liberdade para que as pessoas se expressassem da forma que quisessem. Mesmo que a dinâmica grupal não fosse a desejada, como ocorria no grupo II, havia um esforço para esperar o momento certo para que as modificações ocorressem.

Pouco tempo depois, neste mesmo grupo I, uma paciente disse revoltada que não gostava de do analista e muito menos da forma como este estava conduzindo o grupo, usando para isso termos bastante ofensivos. Outros pacientes se uniram a ela para protestar contra as mudanças que haviam ocorrido desde a troca de terapeuta.

Mais tarde pode-se perceber a semelhança entre esta situação vivida e aquela descrita por Bion (1975) onde os membros do grupo se unem para atacar o analista. Diz-se “mais tarde”, pois, anteriormente, este terapeuta havia sido

duramente repreendido por sua supervisora, por divagar sobre pressupostos teóricos durante o atendimento clínico. Nesta mesma oportunidade outros pacientes saíram em defesa do terapeuta, alegando que a nova sistemática estava funcionando e que eles sentiam que estavam melhorando. Desta vez as demandas foram ouvidas sem qualquer contraposição.

Cabe ressaltar que se constitui em tarefa particularmente difícil aos terapeutas lidar com tamanha agressividade dirigida não só ao seu modo de trabalho como também à sua pessoa, sendo fundamental neste momento, o suporte recebido da Equipe Técnica do CAPS e especialmente da supervisão, para a continuidade do trabalho. Mais uma vez o trabalho da supervisão foi fundamental para a compreensão de que a postura do analista dentro do grupo não foi a mais adequada.

Em primeiro lugar por ter escutado apenas a agressividade dos pacientes e não a demanda que existia por trás daquelas duras palavras, ou seja, o sofrimento inconsciente que estava ali sendo colocado em cena. E também pela omissão em sustentar uma forma de trabalho e princípios, sem perceber que agora se estava respeitando a dinâmica do grupo, porém tentando conduzir o trabalho para aquilo que se considerava como o “caminho certo”.

Na sessão posterior pode-se retomar a discussão e, deixando um pouco em segundo plano as reclamações, escutar e pontuar para o grupo algumas demandas que aquelas palavras suscitavam. Pode-se também afirmar que o trabalho seguiria da forma como estava ocorrendo, e que aqueles que não pudessem se adequar a “nova sistemática” estariam livres para deixar o grupo e se filiar a outra atividade dentro do CAPS. Curiosamente, nenhum dos elementos dissidentes tomou esta atitude naquele momento.

Entretanto, foi com a disposição de duas pacientes a falarem abertamente sobre suas questões e se permitirem ouvir as opiniões dos colegas que a dinâmica deste grupo começou a se modificar. A partir do momento que alguém no grupo deu algum crédito, não às palavras do terapeuta, mas a dos demais membros do grupo e afirmou que isto lhe fazia se sentir melhor, este grupo iniciou sua caminhada em direção ao que podemos esperar como mediação grupal.

Goffman (1961) afirma que a Instituição é o lugar onde se encontra o desejo excluído. Pode parecer estranho falar de desejo em grupos, cuja maioria dos participantes são classificados como portadores de transtornos mentais graves,

na sua maioria diagnosticados dentro da grande família da esquizofrenia. Mas o que vemos geralmente são pacientes que viveram episódios psicóticos ou que apresentam traços desses episódios, no entanto, tem grande parte de sua existência preservada e permeável ao trabalho da análise. Em certos campos preservados de sua vida, o sujeito consegue, com o suporte do clínico e o dos grupos formados na instituição, descobrir o próprio desejo e utilizar-se dele como mola propulsora de seu próprio tratamento. Aqui o analista e os grupos se colocam na posição descrita por Fedida & Widlöcher (1990) como psiquismo auxiliar do paciente.

Pode-se sustentar, ainda, que a grande dificuldade encontrada pela psicanálise, desde os tempos de Freud, com relação à transferência no caso de pacientes psicóticos, ganha novos contornos na cena grupal. Uma vez que no grupo convivem neuróticos e psicóticos, os processos de metaforização dos neuróticos servem como “auxiliares psíquicos” para a elaboração de alguns conflitos por parte dos psicóticos. O gozo do Outro é barrado pelo teste de realidade, possibilitado pelo vínculo que estes psicóticos estabelecem com seus colegas de grupo.

Assim, um paciente esquizofrênico diz ao grupo que está muito angustiado, pois as vozes estão lhe dizendo que ele está com AIDS devido a experiências sexuais que ele teve há mais de doze anos. Nesse momento o grupo todo o interroga sobre a impossibilidade do vírus HIV demorar tanto tempo para se manifestar e também sobre sua recusa em fazer o teste e tirar essas dúvidas que tanto o atormentam. Em momento algum os neuróticos do grupo questionam se as vozes realmente existem ou não, apenas questionam a veracidade das afirmações.

A afirmação (bejahung) que vem de fora, do real, e invade o campo simbólico deste psicótico é questionada, também no real, por seus colegas de grupo, a quem ele considera como autorizados a falar sobre suas questões devido aos processos de mediação grupal e ilusão grupal.

Nos grupos que operam no nível de psicoterapia de grupo, aqueles que já se desvincilharam parcialmente das relações primitivas modeladas pelas suposições básicas, as falas de um participante usualmente provocam elaboração e associações por parte dos demais. Existem momentos no qual questões diversas veem a tona e, no entanto, ainda que tal fato ocorra, o grupo se articula para poder falar sobre todas as questões. Os participantes têm uma preocupação em saber a

opinião dos seus colegas e questionam quando um membro não está participando da discussão.

Outro fragmento de sessão mostra quando a paciente chega dizendo que está muito chateada, pois uma amiga sua havia cometido suicídio. Ela relata algumas tentativas suas de tirar a própria vida que ocorreram, segundo ela, há muitos anos, mas confessa que muitas vezes lhe ocorre este tipo de pensamento novamente. Questionada se a melhora que o tratamento lhe proporcionou não fez com que estes pensamentos se modificassem, ela reconhece os progressos alcançados na terapia, mas diz que mesmo no estado atual estas ideias ainda aparecem. Perguntado ao grupo se alguém tem experiências parecidas e gostaria de contribuir com a discussão, o efeito é um colóquio repleto de relatos com tentativas pregressas de suicídio e disposições de não voltar a cometer o mesmo ato.

Aqui foram possíveis pontuações que tinham efeito para vários membros do grupo simultaneamente. É interessante notar que não só os demais membros do grupo se esforçavam por tentar convencer a paciente de que aquela não era a melhor maneira de resolver seus problemas, como a própria paciente parecia estar aberta a ouvir e considerar as palavras dos colegas de grupo.

A discussão terminou com a paciente questionando se o suicídio era um ato de coragem. Perguntado o que ela achava, responde que considerava o suicida corajoso. O Terapeuta diz que coragem é enfrentar os próprios problemas, mesmo que tal postura acarrete sofrimento. Acrescenta que procurar ajuda e falar sobre suas próprias questões com o intuito de buscar uma melhora era, em si, um ato de grande coragem. Essa foi uma das primeiras ocasiões em que o grupo I se abriu para uma conversa sobre um tema comum. É importante ressaltar que este percurso está apenas no início, longe ainda do que chamaríamos de ideal.

Este fragmento também demonstra um fenômeno que ocorre muitas vezes na dinâmica grupal onde o que se passa no grupo é ampliado para o meio externo com efeitos terapêuticos. Algo do tipo “se meu grupo me aceita, compartilho minhas angústias e minha culpa, então posso sair e enfrentar o mundo”. Entretanto, esta dinâmica, apesar de ter dois efeitos terapêuticos – a catarse daquele que fala e o sentimento de adequação e suporte por parte da sociedade – não se caracteriza como um processo de elaboração analítica (Lancetti, 1982).

O grupo II, como já dito anteriormente, seguiu o caminho “ideal” dentro da instituição. A transferência foi facilitada pela convivência entre terapeuta e pacientes nos primeiros momentos destes no CAPS. Um dado que pode evidenciar esta diferença é o fato de nenhum membro do Grupo II ter abandonado o tratamento, enquanto que no Grupo I, alguns pacientes deixaram de frequentar o grupo com o decorrer das atividades.

Existe ainda a questão do sintoma e do fantasma grupais. É válido recordar o conceito de Bion (1975) de que o fantasma é a crença na existência de um grupo como realidade transcendente aos indivíduos; uma realidade estruturada capaz de dar conta de todo o campo do comportamento humano. Afirma que o universo do convívio social é tomado pelo universo do fantasma individual, porém como não há sujeito humano fora deste convívio social, também não existe nenhum fantasma solitário. Quando o grupo funciona como realidade específica no campo do psiquismo individual, atua efetivamente como fantasma.

Assim não basta evidenciar os processos inconscientes que se operam no grupo, uma vez que enquanto a própria imagem do grupo, com suas fantasias e valores, estiver fora do campo de análise não será possível qualquer questionamento acerca da função inconsciente do grupo.

#### **5.4**

### **O Campo e o público da psicoterapia de grupo**

Como já dito anteriormente, a psicoterapia de grupo nasce na instituição pública. E é também aí que este trabalho focou sua proposta de intervenção através desta técnica. Não se pensou que a psicoterapia de grupo seja a resposta para a atual falta de profissionais do cuidado na rede pública. Nem tão pouco deve ser encarada como a melhor opção para levar a psicanálise aos menos favorecidos, ideia largamente difundida nas décadas de 50 e 60. Deve-se tomar cuidado aqui com o chamado “Apartheid Clínico”, que vê diferenças entre sujeitos ricos e pobres, baseado em razões preconceituosas e etnocêntricas (Vilhena, 1993).

Em uma vertente contrária pensa-se a psicoterapia de grupo como uma proposta que se sustenta na postura pela qual toda doença, como processo sócio-histórico e simbólico, atinge de entrada a identidade do doente e de seus familiares. E o palco por excelência dos processos de transformação da identidade é a relação de alteridade, cujo espaço privilegiado é a mediação grupal (Campos,

Rosa & Campos 2010). Esta mediação também pode ocorrer nos grupos operativos. A análise, porém, permite que o grupo seja o palco por excelência de representação, recordação e elaboração de conflitos familiares primitivos e constitutivos, na medida em que há ali alguém para servir como tela de projeção para as falas e as fantasias dos sujeitos.

Com relação à escolha de pacientes para os grupos, o mais interessante parece ser a opção pela heterogeneidade. Não existe na sociedade um ambiente hermeticamente controlado e homogêneo, por que então tornar o grupo assim? Mas ainda que se faça uma boa seleção de paciente, a alteração dos membros do grupo, seja com a saída de um participante ou a chegada de novos membros tende a modificar a dinâmica grupal (Py et al, 1987).

Muitas vezes um paciente abandona o grupo, ou muda-se para outra cidade, ou morre e isso deixa uma lacuna que é sentida e expressa pelos demais integrantes do grupo. E no contexto institucional a manutenção dos pacientes é algo bem mais complicado. Não raro são os casos onde um paciente precisa ser encaminhado para outro serviço, porque já está “recuperado”, por questões logísticas ou mesmo por questões pessoais. Então este deixa o grupo, sem que algo possa ser feito a respeito a não ser trabalhar a falta gerada pela ausência daquele colega.

Nas instituições, enfrenta-se algumas dificuldades com a questão da inclusão ou não de novos pacientes no grupo, de forma que essas alterações sejam benéficas tanto para o novo membro quanto para a dinâmica grupal. Um grupo psicoterápico é sempre visto como um bom lugar para se encaminhar pacientes. Então é fundamental ao analista priorizar o grupo em detrimento da demanda institucional, pois em alguns casos o grupo não comporta mais ninguém: está fechado!

Outra questão diz respeito à escolha daqueles que têm realmente condições para participar do processo. Estar em um grupo psicoterápico demanda certo nível de elaboração e abstração. E alguns pacientes institucionalizados não possuem estes requisitos. Para estes é recomendada a participação nos chamados grupos operativos ou oficinas terapêuticas, que também têm sua efetividade nos tratamentos dentro do CAPS. Várias propostas de trabalho dentro das instituições se encaixam nesta perspectiva: os grupos de artesanato, pintura, reconstrução de formas etc.

Uma diferença marcante entre a clínica individual e a psicoterapia de grupo trata da necessidade de compromisso e fala por parte dos pacientes. Em uma sessão individual o paciente pode ficar em silêncio o tempo todo e por vários encontros, resta ao analista a opção de pontuar ou não este silêncio, esta escolha dependendo de muitas questões relativas à subjetividade e à transferência. Em um grupo essa postura não é aceitável, pois todos os membros estão ali “expostos” compartilhando suas questões pessoais. Caso um integrante se negue a falar durante várias sessões os demais se sentirão desfavorecidos ou ameaçados e exigirão a participação ou exclusão daquele participante.

Coloca-se esta questão para demonstrar que a psicoterapia de grupo guarda diferenças marcantes em relação ao modo de se lidar com as demandas e desejos dos pacientes. Não podendo ser comparada à clínica individual, mas apresentando-se como outra opção de escuta e tratamento.

A conclusão é que o grupo presta-se ao serviço de reestruturação psíquica dos sujeitos através da integração social e promove o resgate de conteúdos primitivos, vez que a forma do indivíduo comportar-se na cena grupal deriva das fantasias que este tem em relação ao seu grupo familiar.

Funciona também como suporte frente ao desamparo estrutural e social dos pacientes imersos no processo de adoecimento. E nas instituições abre um espaço para que a voz dos pacientes, normalmente perdida ao longo do processo de adoecimento, volte a ecoar e ter valor e significados próprios. O que se escuta de muitos pacientes nos grupos psicoterápicos são falas do tipo “aqui eu posso falar o que eu quiser”, “aqui encontro pessoas que me entendem” ou ainda “aqui é o único lugar aonde eu posso chorar”.

## 6 Referências Bibliográficas

ALBERTI, S. Um estudo, uma denúncia e uma proposta: a psicanálise na interlocução com outros saberes em saúde mental, como avanço do conhecimento sobre o sofrimento psíquico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, n. 4, p.721-737. 2005.

\_\_\_\_\_. A Estrutura e as redes em psicanálise. In: S. ALBERTI & A. C. FIGUEIREDO. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta** p. 81-100. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2006.

ALBERTI, S. & FIGUEIREDO, A. C. Apresentação. In S. ALBERTI & A. C. FIGUEIREDO. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. p. 7-18. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2006.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS AA. A irmandade de alcoólicos anônimos. Disponível em <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/modules.php?name=Conteudo&pid=6> 2006. Acessado em 15 de maio de 2011 do site

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3), 491-494. 1995.

ANZIEU, D. **Grupo e o inconsciente: o imaginário grupal**. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo. 1993. 258p.

BAREMBLITT, G. **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda. 1982. 224p.

\_\_\_\_\_. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**, 5ed., Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari. 2002. 214p.

BAULEO, A. J. **Ideologia, Grupo y Familia**. 2ª Ed. Madrid: Editorial Fundamentos, 1974. 116p.

\_\_\_\_\_. **Contrainstitución y grupos**. Madrid: Editorial Fundamentos. 1977. 134p.

BECHELLI, L. P. C. & SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.12, n.2, p.242-249. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a14.pdf>>. Acesso em 20 de maio de 2011.

BION, W. R. **Experiência com Grupos**. São Paulo: EDUSP, 1975. 376p.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2000. 304p.

BOCK, A. M. B. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. **Cad. Cedes**, Campinas, vol. 24, n. 62, p. 26-43, abril 2004.

BRASIL Constituição Federal. Presidência da República. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 10/04/2011.

BRASIL. Coletânea de Legislação da Presidência da República. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acessado aos 10.nov.2012.

BUENO, D. S. & PEREIRA. M. E. C. Sobre a situação analítica: a experiência de psicoterapia psicanalítica no hospital universitário da Unicamp. **Pulsional Revista de Psicanálise**, n.157, p.15-24. 2002.

CAMPOS, P. H. F. Parâmetros para uma concepção psicossocial da exclusão. **Revista Fragmentos de Cultura**, v. 9, n. 6, p. 1238-1258. 1999.

CAMPOS, D. T. F. A Perversão Feminina e o Laço Social na Atualidade. **Revista Tempo Psicanalítico**, v.42, n.2, p. 287-311. 2010.

CAMPOS, D. T. F., ROSA, C. M. & CAMPOS, P. H. F. A confusão de línguas e os desafios da psicanálise em instituição. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n.3, p.504-523. 2010.

CAMARA, M. História da psicoterapia de grupo. In: PY, L. A. et al **Grupo sobre grupo** p. 21-35. Rio de Janeiro: Rocco. 1987.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos – Da antipsiquiatria à pós psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987. 243p.

CHERRY M. J. Polymorphic medical ontologies. Fashioning concepts of disease. **Journal of Medicine and Philosophy**, v. 25, n.5, p. 519-538. 2000.

CORBISIER, C. Grupos e criatividade: Para uma Clínica mais humana e solidária. **Tese de Doutorado**. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2011.

DEL VOLGO, M. **O instante de dizer**. São Paulo: Escuta. 1998. 216p.

DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 Anos da lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 63(2), 114-121. 2011.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. São Paulo: Imago. 2003. 344p.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan**. Artes Médicas. Porto Alegre. 1989. 289p.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro. Zahar. 1976. 386p.

FEDIDA, P., & WIDLÖCHER, D. **Présentation**. Revue Internationale de Psychopathologie, v.1, p. 3-4. 1990.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1996. 184p.

\_\_\_\_\_. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.7, n.1, p.74-86. 2004.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 1961. 560p.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Graal. 1986. 432p.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. São Paulo: EPU. 1998. 231p.

FREIRE, M. O que é um grupo? In: FREIRE, M. (org.) **Paixão de Aprender**, ano I. n.º.1, dez 2000.

FREUD, S. Projeto para uma Psicologia Científica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud**, vol. I, p. 385-527. 1891. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

\_\_\_\_\_. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud**, vol. XIV, pp. 32-99. 1914. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

\_\_\_\_\_. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud**, vol. XVII, pp. 109-123. 1912. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

\_\_\_\_\_. A dinâmica da transferência. In: **Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud**, vol. XII, pp. 109-120. 1912. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

\_\_\_\_\_. Psicologia das massas e análise do ego. In: **Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud**, vol. XVIII, p. 89-179. 1921. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

\_\_\_\_\_. Esboço de Psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud**, vol. XXIII, p. 151-221. 1938. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

\_\_\_\_\_. Construções em Análise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud**, v. XXIII. p. 257-287. 1937. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

GABBAY, R. Cidadania e Loucura: um paradoxo?. *Revista Eletrônica Polêmica*, v. 9, n. 3, 43-55. 2010.

GABBAY, R. & VILHENA, J. O sujeito da loucura. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line**. v.7, n. 23, p. 40-53. 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva. 1961. 312p.

GOLDBERG, J. I. Reabilitação como processo O Centro de Atenção Psicossocial. In PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Ed. Hucitec. 1996.

GORI, R. **A prova pela fala: sobre a causalidade em psicanálise**. São Paulo: Escuta. 1998. 250p.

HALL, C. S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. B. **Teorias da Personalidade**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora. 2000. 592p.

LACAN, J. Propos sur la causalité psychique. In J. LACAN, **Écrits**. p.151-193. Paris: Seuil. 1966.

LANCETTI, A Para uma reformulação da experiência grupal. In: BAREMBLITT, G. (org.) **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda. 1982.

LE BON, G. **Psicologia das Multidões**. São Paulo: Edições Roger Delraux. 1980. 224p.

MÂNGIA, E. F. Asilamento psiquiátrico no estado de São Paulo: Constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria. **Tese de doutorado**. Departamento de Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.

MAZZEI, D. O desafio do psicanalista na instituição psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.3, p.61-65. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação Geral de Saúde Mental (MS) (novembro, 2005). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Portal da Saúde - Cidadão - CAPS*. Disponível no site [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1) Acessado em 18 de Abril de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE MS & IBGE. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF. 2010. Disponível no site [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011\\_1\\_21caps\\_uf\\_dez.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_1_21caps_uf_dez.pdf).

Acessado em 15 de abril de 2011

MOREIRA, A. C. G. O conceito freudiano de regressão e a prática da psicoterapia em ambulatório de hospital universitário. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. X, n. 1, jan./mar. p. 39-50, 2007.

MORENO, J. L. **Psicoterapia de grupo e Psicodrama**. São Paulo: Editora Mestre Jou. 1974. 374p.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, 1053-1062. 2006. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n5/18.pdf>. Acesso em 14 de abril de 2011.

PESSOTTI, I. **O século dos Manicômios**. São Paulo: Editora 34. 1996. 256p.

PEREIRA, M. E. C. O pânico e os fins da análise. **Revista Percurso**, n.19, p.29-35. 1997.

\_\_\_\_\_. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: PACHECO, R. **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes. 1986. 286p.

PITTA, A. M. F. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? Em: PITTA, A. org. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1996.

PY, L. A. et al. Seleção de pacientes para grupoterapia. In: PY, L. A. et al **Grupo sobre grupo**, p. 21-35. Rio de Janeiro: Rocco. 1987.

RINALDI, D. L. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: Problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. 2000. Disponível em <<http://www.interseccaopsicanalitica.com.br>>. Acessado em 16 de abril de 2011.

\_\_\_\_\_. Clínica e Política: A Direção do Tratamento Psicanalítico no Campo da Saúde Mental. 1999. Disponível em <<http://www.interseccaopsicanalitica.com.br>>. Acessado em 16 de abril de 2011.

ROSA, C. M. Por uma psicoterapia psicanalítica de grupo. **Revista Eletrônica Polem!ca**. UERJ v. X n.4. p. 575-586, set./dez. 2011.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E. M. L.; JABLONSKI, B. **Psicologia Social**. Ed. Vozes: Petrópolis.

SAIDON, D. et al **Práticas grupais**. Rio de Janeiro: Editora Campus. 1983. 171p.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-8. 1996.

SARTRE, J. **Crítica da razão dialética**. São Paulo: DP&A EDITORA. 2002. 900p.

SAURET, M. Psicanálise, psicoterapias, ainda... In: ALBERTI, S. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta** p. 21-40. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2006.

SCHNEIDER, D. Alunos excepcionais: um estudo de caso de desvio. In VELHO, G. (Org.). **Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1977.

SCHNEIDER, K. **Psicopatologia clínica**. São Paulo: Mestre Jou. 1978. 255p.

SIGAL, A. M. Psicanálise, grupos, instituição pública. **Revista Percurso**, v. 2, p. 42-44. 1989.

SILVA, M. B. B. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, p. 303-321. 2005.

SZASZ, T.S. **Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978. 328p.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em 16 de abril de 2011.

VILHENA, J. Apartheid clínico: uma visão violenta e autoritária da prática clínica. **Cadernos do Serviço de Psicologia Aplicada: uma prática em debate**, n. 5. Rio de Janeiro: PUC-Rio. 1993.

VILHENA, J. & SANTOS, A. Clínica psicanalítica com comunidades. Um desafio contemporâneo. **Cadernos do Tempo Psicanalítico**. Rio de Janeiro, SPID n.32 p.09-35. 2000.

VILHENA, J. Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v.15, n.163, 48-54. 2002.

\_\_\_\_\_. Repensando a Família. **Revista Psicologia do Portal do Psicólogo**. 2004. Disponível em <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0229.pdf>>. Acessado em 15 de abril de 2011.

VILHENA, J. & PINHEIRO, N. Nem público, nem privado, muito pelo contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 8, n. 1, p.101-109. 2008.

VILHENA, J. Palavras sufocadas... atos desesperados. Violência, lei e subjetivação. **Latin American Journal of Psychopathology On Line**. v. 5, n. 2. pp 241-252. 2008.

VILHENA, J. & ROSA, C. M. A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS. **Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v.63. n. 11. 2011. Disponível em <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/741/631>> Acessado em 7 de setembro de 2012.

VILHENA, J., ZAMORA, M. H. & ROSA, C. M. Da lei dos homens à lei da selva. Sobre adolescentes em conflito com a lei. **Revista Trivium**. v.2, n.3, p 27-40. 2011. Disponível em <<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iii/artigos-tematicos/da-lei-dos-homens-a-lei-da-selva-sobre-adolescentes-em-conflito-com-a-lei.pdf>> acessado em 19 de julho de 2012.

VILHENA, J. & ROSA, C. M. Na trama da cultura. A psicanálise para além das quatro paredes. In: RUDGE, A. M. & BESSET, V. (org.) **Psicanálise e outros saberes**. p.109-132. Rio de Janeiro: FAPERJ. 2012a. 267p.

VILHENA, J.; ROSA, C. M.; IBRAHIM, E. & ABREU, P.P. Corpos invisíveis. Violência e dor. In: VILHENA, J. & NOVAES, J. (org.). **Corpo para que te quero: usos, abusos e desusos**. p. 157-183. Rio de Janeiro: Appris. 2012b. 334p.

VILHENA, J. & ROSA, C. M. Diagnóstico em Saúde Mental - Por uma concepção não objetivista das representações da loucura. **Contextos Clínicos**. UNISINOS Vol. 5, N. 1 p 26-36. 2012c.

WALLON, H. **Psicologia e Educação na Infância**. Lisboa. Ed. Estampa. 1975. 340p.

WING, J., COOPER, J. e SARTORIUS, N. **The measurement and classification of psychiatry symptoms**. London: Cambridge University Press, 1974.

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: **Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise**. 1945. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

WINNICOTT, D. W. Psicose e cuidados maternos. In: **Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise**. 1952. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago. 1975. 208p.