

4

As Dimensões da Clínica de Família na Avaliação da Saúde

Nos últimos 30 anos, a família tem sido tema de estudos que procuram compreender as diversas modalidades de vinculação e de arranjos, além de observar o efeito destes na relação interna e com outros grupos sociais. Tanto em pesquisas como em psicoterapia e trabalhos na saúde coletiva, a clínica de família avança com a intenção de ampliar os horizontes da prevenção e da intervenção, principalmente com aquelas que se encontram em situação de risco.

O registro de inúmeros trabalhos acadêmicos publicados mostra a história científica da família construída através do tempo, numa perspectiva tanto social como clínica. Recentemente, percebemos crescente preocupação de profissionais e de pesquisadores com a saúde coletiva, formando arcabouços teóricos cada vez mais profícuos e dedicados aos assuntos que visam a amenizar o sofrimento da comunidade, principalmente o da família. É diante deste contexto que relevamos o trabalho do psicólogo com a família na atenção primária, por ser capaz de propiciar uma ação integradora necessária ao atendimento das demandas subjetivas dos sujeitos, amalgamadas às suas doenças físicas. Observa-se que a clínica do sujeito incorpora cada vez mais a sua família, mostrando um novo olhar, diferentemente da perspectiva linear do sujeito do grupo de outrora. Esta clínica abrange cada vez mais as complexas produções do próprio grupo na construção de sua relação com o sujeito.

Com base num olhar “foucaultiano” sobre a concepção clínica (Foucault, 2006), o trabalho com família permite enxergar e sentir o grupo e as formas de subjetivação, de maneira a dar expressão às suas dimensões relacionais. A cada momento, percebemos que uma nova reflexão surge em meio ao antigo, e os estudos sobre a saúde da família se renovam diante destes investimentos. Com base em várias publicações e em nossa experiência, podemos embasar o trabalho do terapeuta de família na atenção primária à saúde.

Mesmo circunscrita em diversos campos de trabalho e áreas do conhecimento, acreditamos que a família, como um tipo de grupo social e com uma organização psíquica interna própria, exigirá constante renovação da clínica e compreensão de novas representações de saúde. A nossa preocupação se estende, também, para a complexa relação entre as formas de prevenção, de promoção e de tratamento do grupo com o contexto público e particular, na qual estão inseridas.

Temas específicos como herança, casamento, conjugalidade, divórcio, relação parental e filial, fratria, as fases do nascimento, da infância, da adolescência, a fase adulta e do envelhecimento estão na interface com as mais variadas discussões sobre adoção, drogradição, sistema legal, educação, violência, questões do gênero e perdas. É um trabalho constante de agregação desses temas a um contexto social e político mais amplo. Pensamos que ainda há fragmentações e descompassos no trabalho de atenção à saúde, que vão desde a exclusão do psicólogo na atenção básica até a aceitação de seu trabalho de maneira mais efetiva. A magnitude desses problemas com a atenção à família deveria servir de justificativa para que o trabalho do psicólogo pudesse ser expandido nas unidades de atenção primária dos municípios e nas unidades de pronto atendimento, saindo da condição restrita de especialidade.

Além das densas discussões e relações que envolvem o tema Família, há uma questão que nos chama atenção e que precisa ser sempre resgatada. A ética da relação terapêutica e a de pesquisa devem perpassar todos os meandros da atuação profissional a fim de que os objetivos de qualquer trabalho possam ser protegidos e alcançados. É de nossa responsabilidade, portanto, darmos direção científica, clínica e até política àquilo que é produzido e usado na relação terapeuta e clientes.

A assistência primária à família mostra uma nova configuração da clínica, em que a linguagem técnica se renova na relação com aquilo que se fala e de que se fala. Inspirada nos primórdios da terapia de família, esta pesquisa é um regresso ao lugar do terapeuta, em que a escuta, a interpretação, o *holding* e as técnicas mediadoras fortalecem o direcionando da demanda daqueles que se desnudam em busca de uma luz para o seu sofrimento. Além de todos os recursos técnicos utilizados na clínica, no trabalho social e no comunitário, apostamos que a escuta interdisciplinar, principalmente, compreende uma das maneiras mais eficazes de

re-direcionamento de tratamentos e uma ação efetiva de trabalho de prevenção de alguns adoecimentos somáticos.

Embora encontremos várias abordagens teóricas que sustentam essas reflexões, selecionamos a contribuição da Psicanálise, enfatizando o entendimento da teoria sobre a organização psíquica da família, na qual é possível a escuta do pré-consciente, compreendendo a sua capacidade de *holding*, como função de continente. Dessa forma, esteja onde estiver, mais especificamente na atenção básica à saúde, o psicólogo terá o compromisso de movimentar o interjogo de necessidades e responsabilidades, recuperando a capacidade do grupo de se sustentar no enfrentamento de suas próprias demandas. A participação do terapeuta e da família no processo de reconstrução de laços e vínculos é um caminho para desatar todos os “nós” dados ao longo da história geracional do grupo.

Por isso, pensamos que o lugar da clínica de família na saúde primária e na saúde coletiva consiste num trabalho de peso a mais na atuação do psicólogo, em vista de possibilitar maiores compreensões acerca da realidade psíquica desse grupo plurimodal.

4.1

A Contribuição da Psicanálise para o Trabalho Clínico com Famílias

A Psicanálise de Família e de Casal compreende importante fundamento teórico para a prática de terapeutas na atualidade e, cada vez mais, vem facilitar diálogos com outras áreas do saber. Atualmente, o trabalho do terapeuta de família e de casal com base analítica possui uma representação internacional através da Associação Internacional de Psicanálise de Casal e de Família que, sediada em Paris, possui a adesão de 20 países e de inúmeras universidades pelo mundo. Na última década, principalmente, no Brasil, psicoterapeutas desenvolvem e publicam trabalhos clínicos e de pesquisa, articulando diversos temas como família e psicossomática, violência, saúde e cultura.

Para situarmos a Psicanálise no contexto da terapia familiar é preciso observar a evolução de sua história em paralelo à abordagem sistêmica. O trabalho

clínico com família (Elkaïm, 1998; Féres-Carneiro, Ponciano; Magalhães, 2008; Gomes & Levy, 2009; Ponciano & Féres-Carneiro, 2006), surge após a 2ª Guerra Mundial num contexto de crise entre os contrastes econômicos e sociais da época, e os efeitos do estresse pós-traumático na vida dos sujeitos. A clínica com famílias, porém, começa antes mesmo da guerra, em 1930, que, cunhado por antropólogos, deu início às novas concepções de inclusão de trabalho com grupos. Neste contexto de pós-guerra, nos anos 50, na Califórnia, Bateson & Ruesch (1965) iniciaram suas pesquisas sobre o processo comunicativo, caracterizando as formas de comunicação como receber e emitir mensagem e obter informação. Sob uma perspectiva funcionalista, estes autores contribuíram para que futuramente os terapeutas de família pudessem incluir em suas avaliações e terapias o contexto e os elementos culturais do grupo.

Dentre vários profissionais, que contribuíram para a terapia de família, elencamos Nathan Ackerman, Harry Stack Sullivan, Norman Paul e Lyman Wynne por apresentarem, também, estudos com outros tipos de pacientes que não fossem somente esquizofrênicos. Nestes casos, houve destaque para estudos sobre o contexto social, o relacionamento interpessoal, a comunicação, a somatização e as situações desestruturantes na clínica de famílias respectivamente.

A contribuição psicanalítica à terapia de família nasce da insatisfação do psicanalista Ackerman com o tratamento de crianças, por existir uma dependência delas com sua família. Um dado importante que queremos chamar atenção está no contexto de seu primeiro trabalho. Em 1932, este psicanalista desenvolve encontros com famílias da área rural do estado de Kansas nos EUA, quando passou a fazer relação entre história e estrutura familiar com a psicopatologia individual e problemas de crianças na pré-escola. Na época, Ackerman fora muito criticado por colegas ao apresentar um modelo de terapia que aproximava não só a família do paciente, mas o enquadre clínico era baseado no contexto social (Ackerman & Sobel, 1950).

Com base nos estudos de Eikaïm (1998), percebemos algumas contribuições importantes para a clínica de família. Sullivan deu ênfase aos padrões observáveis e comportamentais na clínica, classificando o terapeuta como um observador participante. Sua principal contribuição foi dada à relação interpessoal na clínica, apontando os contrastes existentes entre comportamento observável e estrutura psíquica, conforme a metapsicologia freudiana. Já Norman

Paul desenvolve trabalhos sobre sentimentos de dor e perda de memória em situações desestruturantes como suicídio, homicídio e morte prematura. O seu trabalho tinha como objetivo observar como as estruturas familiares eram usadas na defesa contra os sentimentos de dor. Particularmente, acreditamos que esse autor deu partida para os estudos futuros sobre o funcionamento do psiquismo familiar em diagnósticos preliminares.

Diante destas contribuições, reforçamos a ideia de que a saúde mental sempre foi o pano de fundo do cenário clínico de terapêuticas com famílias, tendo a figura do esquizofrênico como seu principal adereço. Esta prerrogativa serviu para que os primeiros recursos técnicos fossem elaborados e servidos aos processos diagnósticos sobre a estrutura e o funcionamento familiares. Tanto que, em 1978, o campo da saúde mental da área de família passou a ser representado por uma organização nos Estados Unidos da América, a chamada American Family Therapy Association, atuando também na formação de terapeutas.

Nesse fluxo de referências sistêmicas para a composição do contexto analítico de trabalho com famílias, ainda inserimos a contribuição da teoria da comunicação e de campo. Watzlawich et al (2007) do Instituto de Pesquisa Mental de Palo Alto, Califórnia, discutem os efeitos comportamentais ou pragmáticos da comunicação humana, dando ênfase especial às desordens do comportamento, cuja linguagem representará a reação comunicativa do grupo diante de uma situação específica. Observamos uma crescente preocupação com a comunicação entre os membros e, por isso, há um resgate desta abordagem pelos estudiosos nos dias de hoje. Esta teoria da comunicação nos serve para a investigação avaliativa do discurso dos membros. Os padrões, as patologias e os paradoxos da comunicação e os tipos de linguagem, que podem ser revelados nas preliminares de um diagnóstico familiar, ajudam a direcionar as intervenções técnicas de trabalho do profissional.

Outro teórico, que julgamos ser importante para a contribuição à clínica de Família e Casal, é Kurt Lewin. Entendemos a teoria de campo de Lewin como ambiente psicológico, no qual há a totalidade da coexistência de fatos, que são concebidos como mutuamente interdependentes. Do ponto de vista familiar, podemos pensar que a contribuição de Lewin (2007) para o comportamento desse grupo específico tem relação com a sua natureza e com fatores que coexistem no seu ambiente, onde os sujeitos desenvolvem atividades, aprendizagens, etc. que

servirão de projeção para outras relações, como no trabalho, na educação, na política e na religião, por exemplo. A definição de campo, mais especificamente de campo psicológico contribui para que possamos compreender a família como organização psíquica atemporal e cronológica ao mesmo tempo, representando o próprio espaço da vida do sujeito em seus variados sentidos e funcionalidade, tal como dissertamos no capítulo 3.

Anzieu (1993) afirma que Kurt Lewin elabora a dinâmica de grupo em 1944 na tentativa de revisar um postulado individualista, quebrando o paradigma da conduta humana como condição individual. Segundo o mesmo autor, Lewin afirma que as atitudes humanas são uma derivação de outros campos psicológicos e não apenas uma resultante de forças psicológicas individuais.

Diante deste cenário histórico, acreditamos que Wilfred Bion foi um dos principais psicanalistas que ajudou na interface entre referências sistêmicas e Psicanálise na prática clínica de família. Inicialmente, a sua visão da Psicologia de grupo como um todo contribuiu, posteriormente, para o avanço da prática matapsicológica com grupos. Mais tarde, Bion ([1965]2004) aponta o grupo, tal qual a Psicanálise de Freud, como lugar de transformações. Para ele, a experiência de analisar sujeitos e grupos é sempre transformada. Assim, a prática analítica pode capacitar o terapeuta a fazer transformações necessárias que dependerão da avaliação do profissional frente às demandas da situação clínica.

De acordo com nossas observações, Bion trouxe para a Psicanálise de Família a possibilidade de articulação das teorias sistêmicas e psicodinâmicas, uma vez que acreditava no constante processo de transformação da relação clínica do terapeuta e dos sujeitos envolvidos. Além dessas ideias, ele apresentou postulados anteriores a sua preocupação com a interação analista e sujeitos. Para o autor, a base do processo grupal está nos atos de dependência, de ataque-fuga e de expectativa. Este último processo pode ser observado na clínica de casal, correspondendo a ideias e novas criações a partir da união simbólica (Bion, [1965]2004).

Em relação ao Brasil, a terapia de família tem diversas origens, mas passa a ter significativa movimentação na década de 70. Um fato marcante está no entendimento da patologia individual, que passou a ser vinculada a causas diferentes da origem intrapsíquica. Anterior a isso, em 1946, a fundação do Centro de Orientação Juvenil, pertencente ao Departamento Nacional da Criança do

Ministério da Saúde foi uma experiência pioneira nos cuidados familiares e das crianças assistidas. Neste trabalho havia um psicólogo e um psicanalista na equipe que, juntamente, com psiquiatras e assistentes sociais se preocupavam com a inclusão da família no tratamento da criança (Hintz; Souza, 2009).

De acordo com Hintz & Souza (2009), alguns psicanalistas contribuíram para este trabalho pioneiro e alavancaram na década de 80, juntamente com os terapeutas sistêmicos, os métodos terapêuticos. Desse modo, a experiência isolada de terapeutas de família pela Brasil ganhou uma representatividade expressiva em determinadas regiões do país, com a adesão de mais profissionais para a prática e maior acesso de famílias aos tratamentos.

As pesquisas de Ponciano & Féres-Carneiro (2006), também apontam dados significativos da história da Terapia Familiar no Brasil. Segundo as autoras, os anos 70 marcam o início da Terapia de Família no Rio de Janeiro com uma distância de 20 anos em relação às origens norte-americanas. No final dos anos 60, havia nos hospitais psiquiátricos uma insatisfação crescente com os métodos tradicionais que não rompiam com o ciclo de altas e internações do sujeito. Este fato ocasionou um aumento no interesse pelos profissionais da condição do paciente, quando este se encontrava fora das instituições, nas relações familiares. Esta situação significou um despertar para o fato de que muitas famílias não queriam cuidar de seus membros doentes, expulsando-os de suas casas e entregando a responsabilidade a instituições e profissionais da saúde. Na mesma direção, estava o contexto institucional que refletia a indiferença da participação da comunidade e da família nos tratamentos. Isso promoveu um crescente isolamento da própria instituição psiquiátrica frente às demandas da sociedade (Féres-Carneiro; Ponciano; Magalhães, 2008).

Diante destes relatos sobre a história, percebemos que a contribuição da Psicanálise para a clínica de família no Brasil começa a sair do trabalho individualizado e passa a considerar, mesmo em atendimentos preliminares, a família e seus aspectos intersubjetivos na formação do sintoma do sujeito. Não há exatamente uma prática que tenhamos estudado que significasse o marco da clínica psicanalítica de família no Brasil, a não ser a praticada em consultórios particulares, de maneira pulverizada, em algumas regiões do país. Acreditamos que o grande avanço dessa prática deu-se pela observância maior de uma ação preocupada cada vez mais com as artimanhas das demandas psicopatológicas.

Mas, afinal, por que a Psicanálise também pode explicar a relação terapêutica familiar, embora o seu objeto de estudos e sua prática seja o inconsciente do sujeito? Qual o objetivo da clínica de família para a Psicanálise?

Nos primórdios da obra freudiana, as observações da família do paciente eram tecidas de acordo com as suas lembranças. Boa parte do percurso das análises dos pacientes de Freud era narrada pelo imaginário dos sujeitos sobre suas famílias, levando-o a compreender muito da dinâmica intrapsíquica. Conceitos como pré-consciente, inconsciente, recalque, mecanismos de defesa tiveram uma visão intrapsíquica, com base no lugar de ocupação do outro no imaginário do sujeito. Na clínica, percebemos que o ato de recordar traz lembranças de um passado muito presente na realidade psíquica do grupo, no qual as circunstâncias significativas se re-atualizam a cada momento de confronto com novas realidades. Essas circunstâncias podem colaborar na formação de parte dos sintomas intersubjetivos do grupo. Os impasses gerados pelo grupo podem significar uma abreação, ou melhor, uma cristalização de uma situação de extrema tensão e conflito, que ficou solta na economia psíquica da família. Observamos em determinado momento na relação terapêutica o resgate das lembranças que ficaram em suspenso, apontando caminhos nunca antes enxergados pelos sujeitos.

A herança freudiana na mão de grupalistas se immortaliza em obras, estudos e pesquisas contemporâneos. Estes grupalistas pós-freudianos se dividiram em escolas teóricas, mostrando as variadas associações analíticas da compreensão do inconsciente no universo familiar. As principais fundamentações nasceram no final da década de 40 e ganharam força na década de 60, e partiram de ilustres figuras como os argentinos Enrique Pichon Rivière e José Bleger; os ingleses Foulkes e Bion e os franceses Didier Anzieu e René Kaës (Ruiz Correa, 2000a).

No final da década de 50, Enrique Pichon-Rivière foi pioneiro na articulação entre grupo e conceitos psicanalíticos. Ele elaborou a Teoria do Vínculo (Pichon-Rivière, 1995) como uma estrutura dinâmica em movimento contínuo, que inclui tanto o sujeito quanto o objeto. O autor prioriza os vínculos intersubjetivos, que podemos pensar como a estrutura familiar inconsciente, e os intrasubjetivos constituídos pelo mundo fantasmático e imaginário de cada sujeito do grupo, que ajuda a compor a malha vincular.

José Bleger (1977) apresenta o conceito de ambiguidade e simbiose na década de 70 e lança mão de reflexões sobre os grupos, as instituições, as psicoses

e as adições, como fontes inesgotáveis de inspiração para a clínica e a teoria. O livro *Simbiose e Ambiguidade*, dentre outras postulações, traz a concepção da simbiose como núcleo aglutinado de um grupo com forte tendência à psicose, que favorece a dependência, como encontramos nos grupos de adictos nos dias de hoje.

Em 1946, surge Siegfried Heinrich Foulkes da escola inglesa, que funda o Grupo Análise como uma forma de psicoterapia de pequenos grupos e de método de grupos de estudo e de comportamento dos sujeitos. Foulkes (1983) argumenta que o grupo pode ser visto como lugar de partilha entre os membros e que lhes outorga uma significação a todos os acontecimentos vivenciados no meio. O lugar do terapeuta é valorizado e se mostra condutor dos envolvidos para que os membros possam se tornar participantes ativos na solução de seus problemas. Ele também contribuiu com o conceito de ressonância, representando um modo como o grupo responde aos diversos acontecimentos originados nele mesmo, de acordo com os diferentes níveis de consciência e de regressão. Mais tarde, Didier Anzieu (1993) eleva o conceito de Foulkes à ideia de ressonância fantasmática, como um meio de representar as repercussões de um grupo sobre um determinado acontecimento, que na verdade são oriundas de fantasias, de projeções e de representação de outros grupos.

Em relação à escola francesa, podemos dizer que Didier Anzieu e René Kaës compreendem os maiores influenciadores para os trabalhos de terapeutas de famílias da atualidade no mundo e no Brasil. Apoiado nos postulados de Bion, no final de 60 e início de 70, Anzieu (1993) trabalha a concepção de grupo como uma realidade imaginária e composto por “envoltórios” ou uma membrana psíquica, como se fosse uma pele, estabelecendo uma fronteira entre a realidade psíquica e a realidade externa do grupo. O grupo ainda compreende um espaço de realização imaginária do desejo e lugar de retorno das angústias primitivas. A partir da concepção de grupo como pele, ele aponta para a existência de uma face interna e mostra organizadores psíquicos internos que gerenciam a vida psíquica dos membros, conforme as fantasias inconscientes, os fantasmas parentais e as fantasias originárias. Além dos organizadores intrapsíquicos, há os socioculturais, muito explorados por René Kaës, aluno de Didier, que inicia suas atividades com a Psicologia Social dos Grupos. Mais tarde, Kaës (1997, 2001a, 2004, 2005a, 2005b) e Kaës et al (2001) contribuem com estudos metapsicológicos, com a

teoria do sonho compartilhado e da transmissão psíquica, representando grande avanço epistemológico na compreensão das dinâmicas pré-consciente e inconsciente do grupo familiar.

Com base nesse cenário teórico, temos a linguagem, o ambiente psicológico e o contexto social e cultural como eixos norteadores do trabalho de análise das diversas e complexas demandas familiares. Como citamos referências da Terapia de Família Psicanalítica, a partir da concepção de relação de objeto dos ingleses, da teoria dos vínculos dos argentinos e da metapsicologia dos grupelistas franceses, fazemos questão de frisar que nada disso poderia acontecer se não fosse pelo retorno que todos fizeram às observações das primeiras análises clínicas de Freud ([1892]1997; [1905]1969).

A singularidade dos primórdios teóricos da obra freudiana nos permite perceber que o sujeito passa pelo outro como um reflexo de vários outros, antes de reconhecer a si mesmo como sujeito. Mesmo diante de uma perspectiva evolutiva, determinista e pragmática ao mesmo tempo, pensamos que a família ou a união de sujeitos ligados ou por laço afetivo ou sanguíneo forma a base da dinâmica psíquica, esteja o sujeito onde estiver, e seja qual for a sua fase de vida no grupo. A família sempre será a instituição psíquica e social de base do sujeito, que se transforma ao longo do tempo apresentando a aliança e o sentimento de pertença como ligações primárias e projetadas, em parte, a outras relações.

A partir da Psicanálise, portanto, compreendemos que a função da família é prover e proteger psiquicamente seus membros, fazendo-se como referência identitária e de continente de apoio psíquico e físico. A família compreende o espaço para que a alteridade seja constituída e reconhecida, para desenvolver a relação de compromisso e de negociação, subsidiada pelo investimento afetivo.

Por apresentarem organizadores sociais e psíquicos específicos (Eiguer, 1985), a família e o casal influenciam o comportamento e o desenvolvimento dos sujeitos ao longo da vida. Com base no processo de transferência e na intervenção técnica específica, o trabalho clínico e social exige compreensão do contexto da demanda e uma visão interdisciplinar, já que o casal e a família estão em constante envolvimento e movimento com outros grupos sociais (Ruiz Correa, 2007).

De acordo com Eiguer (1985, 1995, 1998), a família tem função estruturante para o psiquismo do sujeito e os seus momentos fundadores partem

de três organizadores psíquicos inconscientes e pré-conscientes. O primeiro, a escolha do(a) parceiro(a), dá início a uma nova história, mas nela há o encontro de duas histórias anteriores. O segundo compreende o Eu Familiar, como investimento perceptual de cada membro, permitindo que cada um reconheça a família como sua, respeitando uma continuidade têmporo-espacial. Os três principais componentes do eu familiar se retratam através do sentimento de pertença (filiação), do *habitat* interior e do ideal do ego coletivo. O terceiro e último organizador, a interfantasmática, refere-se ao ponto de encontro da fantasmática e dos fantasmas individuais de cada membro. O fantasma presente na fantasmática da família, ou seja, no campo pré-consciente, indica a presença do recalçado, ligando o que está inconsciente ao pré-consciente.

A psicoterapia com base analítica tem por meio a escuta do pré-consciente e do inconsciente familiar através da análise do que é produzido no interdiscurso e na interpretação dada tanto pelo terapeuta quanto pelos membros. O inconsciente da família funciona de maneira interdependente e configura uma realidade psíquica diferenciada das realidades psíquicas individuais. A escuta clínica baseia-se por um lado no inconsciente do grupo, através das relações econômicas, considerando o destino das quantidades de excitação, dos investimentos e dos contrainvestimentos libidinais, e, por outro lado, no funcionamento pré-consciente, observando a produção fantasmática e o movimento libidinal. A observação do discurso e da linguagem serve para que possam ser analisadas as direções das “coisas” produzidas no grupo, representando em palavras as excitações circundantes na realidade psíquica da família.

O lugar do terapeuta e do coterapeuta no manejo da clínica é de fundamental importância, pois sempre exigirá uma reflexão dos próprios limites do profissional no processo da transferência e da contratransferência. Além disso, o lugar marca o laço de caráter psíquico que, ao mesmo tempo, é estruturante e coercitivo, de proteção e de instauração da lei. Como estranho, familiar ou pai e mãe adotivos, o terapeuta deve devolver a capacidade ao grupo de compreender a sua história, linguagem e humor. Tenta-se reinstaurar a lei, o contorno, o limite, o lugar, para que seja re-estabelecida a convivência do sujeito com o outro. Neste espaço, pensamos que o divã funciona com metáfora, ressignificando o lugar de encontro do eu-familiar.

4.2

A Clínica de Família e o Trabalho de Atenção Primária à Saúde

Pensando acerca das contribuições da tese para a saúde da família, procuramos articular algumas questões da clínica de família com a saúde primária. A nossa intenção, no entanto, não é desconsiderar a importância dos trabalhos de saúde coletiva, mas colaborar com um meio de compreender os diversos problemas que afetam profissionais e usuários do programa de saúde da família.

Com base nas concepções de saúde e de doença, ao longo da história e dos estudos de família, pensamos que a singularidade da doença passa a ser encarada a partir de elementos que circunscrevem a articulação entre o concreto e o subjetivo. Nesta circunscrição, acreditamos que a linguagem e a ação possam produzir a união de palavras e de coisas, cujo espaço da clínica estabeleça uma nova aliança entre o sentir e o dizer.

Diante deste breve retorno à origem da terapia familiar psicanalítica, sustentamos um novo viés de trabalho clínico. De acordo com nossa experiência clínica e de pesquisa, e ainda com base em diversas pesquisas (Cardoso, 2007, 2002; Féres-Carneiro, 1999a; Macedo, 2008; Osório & Valle, 2009), percebemos uma atenção crescente voltada à saúde primária da família. Isso quer dizer que os pesquisadores vêm apontando novas compreensões sobre os cenários de conflitos e de sofrimentos, que minam o bem-estar não só mental, mas somático do grupo em seu lugar de fomento: o domicílio.

Do modelo assistencial à atenção básica, as transformações dos cuidados com a saúde no Brasil possibilitou ampliar práticas de outras áreas da saúde, aproximando mais a atividade clínica ao social. Esta reorganização da saúde no Brasil, porém, compreende ainda um desafio por apresentar alguns processos desarticulados como a construção de redes assistenciais eficazes e resolutivas em atenção básica, integralmente coesa com os níveis de atenção mais complexos, a qual prevê o desenvolvimento de mecanismos para a garantia da qualidade do atendimento aos sujeitos e de propostas que visam melhorar a qualidade de vida.

Reorganizar o modelo assistencial vigente no país não é tarefa fácil, ainda mais quando se trata de mudar o comportamento e a cultura das pessoas ante os

recursos de saúde, bem como o de profissionais, de gestores e de políticos ante a exigência de mudanças comportamentais e culturais em torno do processo saúde-doença e nas formas de enfrentamento dos problemas de saúde. A implementação da atenção básica significa um trabalho constante de substituição de práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução de problemas, a prevenção de doenças, a promoção de saúde e a elevação da qualidade de vida da população. Sendo assim, consideramos a saúde como um tema que exige constante educação, reflexão, acompanhamento longitudinal interdisciplinar, enfim, ações que visem não somente a utilização de instrumentos técnicos de ponta, mas também mudança nos procedimentos enrijecidos pelas especializações conferidas a cada área do conhecimento.

Nesta direção, julgamos existir ainda uma grande carência de ações preventivas de doenças e promocionais de saúde, que estejam ao alcance do profissional em benefício às famílias. Isso se deve ao fato de que ainda o trabalho clínico é visto pela sociedade, restrito aos consultórios, clínicas e hospitais ou próprio da especialidade médica. Acreditamos que a clínica compreende mais uma atitude, que um lugar físico, compreende mais um olhar integrado que um trabalho especializado. A clínica da saúde, por assim dizer, exige cada vez mais ações interligadas e amplas, diferentemente da cultura reducionista atual.

De acordo com a realidade de trabalhos teóricos e clínicos na atenção básica à saúde (Cardoso, 2002; Chazan, 2004; França & Viana, 2006; Souza & Carvalho, 2003), observa-se um movimento crescente de atuação de psicólogos na Estratégia de Saúde da Família pelo Brasil. Esta atuação está associada também a uma crescente exigência de conhecimento sobre a psicodinâmica e a cultura da família no contexto da saúde coletiva.

Assim, pretendemos avançar no trabalho clínico de atenção básica ao alcance de famílias a fim de que as demandas contemporâneas possam ser atendidas de fato, e que a assistência possa ser reconhecida como importante ferramenta na busca de ações efetivas para os cuidados com a saúde. A clínica de famílias deve ser explorada em seu aspecto preventivo e promocional a partir de ações interdisciplinares, cujo trabalho possa colaborar para a compreensão dos sujeitos oriundos das diversas modalidades de intersubjetivação.

Justificamos esta proposição por acreditar que os fundamentos da atenção básica à saúde da família priorizam a vida, pois, seguindo os princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica, (Brasil, 2006a), esta se caracteriza por um conjunto de ações, que atinge principalmente o coletivo. Percebemos que grande parte dos problemas dessa política acontece por não existir ações que conheçam a cultura e a psicodinâmica familiar para que os trabalhos de prevenção, diagnóstico e tratamento sejam realizados continuamente.

A Atenção Básica considera o sujeito na sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, buscando avançar nos cuidados, na prevenção e no tratamento de doenças. Por isso, acreditamos na redução de danos e de sofrimento daqueles que nos procuram no momento em que investimos tecnicamente naquilo que possa comprometer a qualidade da vida do outro.

Baseada em alguns princípios como o da universalidade, do vínculo, da continuidade e da integralidade, a atenção primária está voltada para práticas gerenciais e sanitárias sob a forma de trabalho em equipe. Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família surge como um reorganizador e um meio de atuação dessa prática. A questão do vínculo vem ao encontro de nossas ideias para um trabalho focado no fortalecimento dos laços, como maneira de restabelecer a base estruturante da função familiar na formação do sujeito.

A atenção primária à saúde da família tem como objetivo geral a melhoria no estado de saúde do grupo e da população de um modo geral, com base em um modelo assistencial de atenção alicerçado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se, portanto, de uma nova dinâmica no estabelecimento de bases para os serviços e ações de saúde, reorganizando a prática da atenção com maior integração e racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial para garantir impacto favorável aos indicadores de saúde da população assistida e levar a saúde para mais perto da família (Amarante, 2007). Nessa direção, apostamos que a saúde possa ficar mais perto da família, incluindo o bem-estar psicológico como condição essencial aos avanços da saúde somática.

A atenção psicológica básica à família no Programa Saúde da Família vem crescendo através de práticas e trabalhos acadêmicos produzidos na última década (Cardoso, 2002, 2007; Casanova, 2011; França & Viana, 2006). Percebemos que a

Estratégia de Saúde da Família (ESF) tenta responder sobre as necessidades básicas da comunidade, realizando diagnóstico situacional e ações dirigidas às doenças numa cultura ainda médica. Por outro lado, é cada vez mais comum a ação do psicólogo no programa, cujo trabalho tem contribuído para reflexões e práticas cada vez mais próximas das demandas dos usuários, diminuindo, assim, alguns abismos existentes entre usuário e equipe de saúde.

De acordo com Amarante (2007), a ESF representa um investimento na saúde primária da família, pois é preciso pensar em objetivos em defesa da vida, educando a comunidade a desenvolver práticas de pensar e de lidar com a saúde. Para o mesmo autor, 80% dos casos de doenças poderiam ser resolvidos no âmbito da rede básica, com cuidados mais simples, privilegiando a escuta e o acolhimento dos sujeitos em atividades que aspirem ao reconhecimento da condição de sujeito e cidadão.

Para Caetano e Dain (2002), o princípio operacional da atual Estratégia de Saúde da Família permite estabelecer um vínculo das unidades básicas de saúde da família com a população, possibilitando, em tese, o resgate da relação de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Os mesmos autores afirmam, no entanto, que o cuidado com os indivíduos em relação às suas demandas e formas singulares de adoecimento e sofrimento e, conseqüentemente, a busca de atenção por parte da equipe de saúde são questões ainda pouco aprofundadas e de pouco resultado satisfatório na prática.

Neste caminho, esta tese aponta que uma das principais ações para os cuidados da saúde da família está na prática ampliada do cuidado familiar, com o retorno do psicólogo ao ambiente familiar, ajudando no diagnóstico, na compreensão, no redirecionamento de tratamentos e na implementação de atividades que sigam os critérios de acordo com a psicodinâmica e a cultura do grupo.

A partir da proposta de avaliação de famílias no domicílio e investigando a condição de saúde e de risco de doenças, o Psicólogo de Família viria somar com sua prática especializada, contribuindo para a abordagem integral do tratamento e promovendo uma ação intermediadora dos componentes subjetivos da relação familiar, que ajudaria no fortalecimento do vínculo e da confiança entre família e

profissional de saúde. Esse trabalho visaria à integralização das ações dos profissionais que encontram dificuldades no desenvolvimento de suas tarefas.

Embora a atenção primária de saúde tenha o modelo comunitário de atuação, pensar sobre a ação do Psicólogo na Família é pensar numa promoção terapêutica de saúde, em nível de relação familiar, voltada principalmente para as fases de aquisição, como na união conjugal e na gestação. É ainda proporcionar entendimento das fases de transformação como a 1ª infância, a adolescência e o idoso. Esta visão amplia a teórica dos tratamentos, mostrando as intervenções possíveis na complexa rede relacional dos membros, como maneira de prevenção de doenças. O fato é que a ação com famílias deveria proporcionar mudanças no modo de viver, em que a autoestima e o afeto possam desabrochar e serem um ponto a favor da adesão a tratamentos iniciados pela equipe de saúde. Como relata Chazan (2004), ignorar a interação familiar no processo de saúde-doença é perder recursos humanos e materiais no combate ao sofrimento. Nesse enfoque, podemos dizer que esta ação influenciaria no uso da medicação, na revisão de tratamentos, dentre outros procedimentos. Sabendo-se que a atenção básica está voltada para a prevenção, cabe aqui apontar que a ação do psicólogo pode contribuir para que o risco psíquico e psicossocial de doenças possa ser compreendido e acompanhado, a longo prazo, em seu lugar de fomento.

Além da Atenção Básica à Saúde, a Política Nacional de Promoção à Saúde (Brasil, 2006b) apresenta a concepção de promoção como uma das estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. A promoção contribui para a construção de ações, que possibilitam responder às necessidades sociais de saúde. Sob o ponto de vista clínico, a estratégia de promoção facilitaria a retomada de aspectos que determinam o processo saúde-doença de sujeitos. Com a intenção de ampliar o seu escopo, a saúde caminha com as vicissitudes da sociedade, assim como as escolhas realizadas pelos sujeitos e, ainda, como a família investe neles. (Czeresnia, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde, a promoção realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-doença. A clínica de família seria uma maneira de reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que possam ser produzidos pelo

sujeito em seu contexto relacional. Dessa forma, observamos como desafio a prática clínica com famílias na atenção básica, para além dos tratamentos médicos convencionais. Este trabalho teria suas ações calcadas em novos alicerces políticos e seria um avanço da clínica tradicional já consagrada pela própria política de saúde.

Partindo dessa postulação, o conceito de promoção de saúde possui estreita relação com práticas que possibilitam o grupo familiar, por exemplo, ampliar a sua rede de apoio diante de momentos críticos. Como nos diz Amarante (2007), a promoção é desenvolver pensamentos e ações para a saúde, a partir de práticas que privilegiem a escuta e o acolhimento das demandas dos sujeitos. Estas ações possuem o efeito de fortalecer e de influenciar as pessoas sobre uma determinada questão. A clínica de família representaria, então, um lugar possível de expressão, de transmissão e de comunicação daquilo que dizem, de que pensam e de que são. Sob o ponto de vista social-político, Souza & Carvalho (2003) mostram que uma proposta de elevação da qualidade de vida deve envolver políticas intersetoriais que incentivem e proporcionem condições de bem-estar e desenvolvimento individual e coletivo. Nesse contexto, as ações dirigidas à saúde em escolas, igrejas, associações, justiça e, em particular, às próprias famílias em domicílio, adquirem grande destaque e relevância.

Assim, pensamos que a clínica de família no trabalho de atenção à saúde primária parte de um retorno à base das relações afetivas e constitutivas do sujeito, em que a desinformação e a desorientação como práticas culturais do grupo podem representar dois grandes pilares na fragmentação do vínculo entre os membros e em importantes pontos de origem de patologias somáticas. A atenção à família em sua forma primária seria uma maneira de prevenção contra os condicionantes e os determinantes do processo de adoecimento do grupo.

Adiantar-se ao sofrimento familiar, como profissional da saúde, é desafiar a lógica dos atendimentos convencionais. Promover o acolhimento, a escuta e as intervenções necessárias, sem que a demanda tenha vindo da família, é subverter a lógica da transferência, do desejo, presentes na relação clínica em consultórios e ambulatoriais.

4.3

A Escuta de Famílias em Entrevistas Clínicas: o uso da interpretação e de recursos técnicos mediadores

É de conhecimento dos especialistas de família a existência de recursos técnicos mediadores para intervenções terapêuticas e de procedimentos adotados em coleta de dados aos diversos tipos de pesquisa. Talvez não conheçamos mais amplamente, ou não tenhamos verdadeiramente a consciência dos variados efeitos e das repercussões destas técnicas, durante aplicações numa investigação clínica.

A responsabilidade do pesquisador deve estar voltada à atenção ao risco possível da aplicação de qualquer instrumento que possa mobilizar os membros de tal maneira a inviabilizar os resultados do processo de avaliação. Percebemos dois grandes momentos para que isso aconteça. Primeiramente, a mobilização da família inicia com o pedido de atendimentos em nossos consultórios e se estende a todos os momentos de reconhecimento e de elaboração dos sofrimentos e impasses na terapia. Por outro lado, na pesquisa, esta situação deve ser percebida pelo pesquisador de maneira intensa e de forma perspicaz, devido ao enquadre e ao tempo de trabalho diferente do tempo da transferência. Como terapeutas ou como pesquisadores, adotamos uma conduta ética compromissada com o bem-estar das famílias. Por isso, cremos que é preciso avaliar os riscos e os benefícios de uma pesquisa, assim como a conduta do próprio pesquisador em todo o processo.

Em ambos os trabalhos, percebemos que o acolhimento é a condição de base para uma investigação consistente. Em seguida, acreditamos que a interpretação seja um caminho na busca da compreensão das questões lançadas em nossos objetivos. De acordo com Lito (2007), o valor e o lugar da interpretação acontecem verdadeiramente na clínica, pois compreende o processo de mudança psíquica vivido pelos sujeitos com as inferências necessárias do profissional. Na psicoterapia, pensamos que a interpretação serve para que o campo intersubjetivo familiar seja integralizado e a reconstrução de realidades alternativas apóie as novas representações das famílias com dificuldades de simbolizar e de reconhecer a sua verdade psíquica.

Desse modo, apontamos diferenças básicas entre as entrevistas clínicas da relação terapêutica e do trabalho de pesquisa. Apostamos que os efeitos da interpretação e da avaliação, através de recursos técnicos mediadores, subsidiem a revelação de diferentes elementos. Acreditamos que as diferenças existentes entre a terapêutica e a pesquisa estejam no contrato estabelecido, no ambiente de trabalho, nas disposições de recursos técnicos lançados, nos efeitos e nas movimentações observadas no percurso das ações. Como é dito por Lito (2007), a interpretação representa um enigma a ser desvendado, mostrando as dimensões subjetivas de uma realidade, muitas vezes, incompreensível e ambígua. A interpretação permite que lancemos mão de fantasias, de metáforas, de sentidos figurados, de figuração das realidades trazidas, em busca da incessante tarefa de representar aquilo que está em sua forma mais primitiva de expressão. Mais ainda, o papel dos recursos mediadores serve para facilitar a tomada de consciência da família acerca de um material denso e, às vezes, sem representação. A interpretação preliminar de uma entrevista clínica de base psicanalítica investe nos supostos fantasmas e fantasias inconscientes que possam ser geradores de conflitos. A relação terapêutica permite que a interpretação seja ampliada em suas suposições fantasmagóricas, permitindo que os diversos tipos de interpretação sejam evocados. (Eiguer, 1985).

A escuta de famílias possui objetivos diferentes para cada contexto terapêutico e de pesquisa e, de acordo com estes contextos, obtemos resultados variados de nossa intervenção técnica. Nossa intervenção se configura a partir do momento em que estamos presentes, emprestando a nossa imagem e linguagem para o grupo. Não só pela imagem, mas dois corpos ajudam a definir a expressão da linguagem. Em consequência, esperamos que a interação desta linguagem corresponda a uma continuidade do processo associativo produtivo.

Presumimos que a diferença entre pesquisa e psicoterapia varia, principalmente, em relação ao tempo, ao processo de transferência e à produção associativa. Ambos os enfoques de trabalho podem ter, em comum, a utilização de recursos técnicos mediadores que favoreçam a atividade de associação, sem ter o compromisso, a princípio, de ir ao encontro de algum material inconsciente. Assim, de acordo com Eiguer (1995) a terapia de família com abordagem psicanalítica tem por finalidade desenvolver a atividade fantasmática, enriquecendo a movimentação do pré-consciente familiar com novas fantasias e

mitos a fim de que as projeções constantes e densas sejam amenizadas. Já para a pesquisa clínica de curta duração com famílias não há um trabalho psicoterápico suficiente em si que permita acesso continuado ao mundo pré e inconsciente, a não ser que a pesquisa seja uma intervenção com um tempo razoável de investigação. A atividade de associação e a de representação é limitada pelo tempo da pesquisa e não pelo sujeito. Turato (2003) nos lembra que a pesquisa clínica permite que o pensar aponte o ruído indesejável, para que ele traga algo novo sobre aquilo que ainda não fora pensado.

Tanto na psicoterapia como em uma pesquisa clínica, utilizamos a escuta como a porta de acesso à interpretação e à observação do corpo, da linguagem verbal e não verbal. Na pesquisa clínica de família, postulamos que a aproximação maior se dá com o pré-consciente, daquilo que o grupo gerencia a partir das recordações, expressões não verbais e associações livres. É pela interpretação do pré-consciente que podemos ter alguns *flashes* de elementos inconscientes do grupo.

Os procedimentos da clínica estão embasados pela técnica, que direciona as escolhas das intervenções apropriadas para determinadas situações e circunstâncias. A pesquisa clínica com família vislumbra panoramas psicodinâmicos, histórias geracionais e processos de subjetivação, traçados pelo objetivo técnico-acadêmico. Estes elementos de investigação podem se repetir na psicoterapia no momento das entrevistas preliminares, que compreendem um eixo norteador para a conduta do terapeuta. Desse modo, postulamos que a avaliação familiar está presente tanto na terapêutica quanto na pesquisa, desde que os objetivos sejam claros e estejam bem delimitados. Durante o processo de avaliação ou entrevistas preliminares, tal qual nas entrevistas de pesquisa, os recursos técnicos lançados para a coleta de informações servem para dar prosseguimento às intervenções apropriadas aos respectivos contextos. Além das técnicas, ressaltamos a necessidade contínua de discussão da ética e do lugar a ser oferecido pelo terapeuta e pelo pesquisador aos sujeitos entrevistados (Colombo, 2009; Levy, 2009).

Os recursos técnicos utilizados na clínica de família não são recentes e alguns datam da década de 50 do século passado. Tais recursos são comentados por Féres-Carneiro (1996), que relaciona os variados métodos de avaliação, a partir do olhar diferenciado sobre a estrutura e a dinâmica da família. Dentre

vários métodos de avaliação familiar, acreditamos que os projetivos exigem maior implicação dos sujeitos no processo de elaboração e permite maior exploração dos dados.

Não temos a intenção de aprofundar sobre a caracterização e a diferenciação entre os testes projetivos dos gráficos, mas reconhecemos que os recursos projetivos, como os desenhos, por exemplo, permitem que parte das principais operações psíquicas seja utilizada, espelhando traços da subjetividade de maneira mais intensa. E se este recurso é utilizado em grupo, julgamos no aumento das chances sobre a visualização dos elementos intersubjetivos.

Diferentemente dos testes gráficos psicológicos, os recursos técnicos projetivos, como os desenhos principalmente, têm suas fundamentações na teoria psicanalítica, partindo do conceito de Freud ([1896]1969) sobre o mecanismo de defesa da projeção. A leitura e análise destes testes se baseiam nos pressupostos metapsicológicos freudianos sobre o funcionamento psíquico.

Com o objetivo de apresentar as contribuições da Psicanálise, vários autores apresentam recursos técnicos projetivos, utilizados no trabalho clínico de investigação de elementos inconscientes da família. O Arte-Diagnóstico Familiar, o genograma e o espaçoograma projetivos, o psicodrama adaptado, a escultura (Eiguer, 1998) e a análise dos sonhos (Kaës, 2004) mostram um caminho didático representando alguns dados, indicando a lógica da funcionalidade dessa estrutura psíquica específica. Os recursos projetivos têm por finalidade facilitar aos membros da família a reconstrução dos vínculos e a tomada de consciência da própria dinâmica (Eiguer, 1995; Ruiz Correa, 2000a). As técnicas projetivas como o genograma (Burd & Baptista, 2004; Carter et al, 1995; Cerveny, 1994; Ruiz Correa, 2000a) e o espaçoograma (Eiguer, 2004) facilitam a interpretação e o manejo do trabalho por terapeutas e pesquisadores.

Nesta tese, destacamos o espaçoograma e o genograma por representarem esquemas projetivos que podem fornecer a noção de imagem da família sobre sua história e ambiente, ao mesmo tempo real e imaginada. Essas técnicas projetivas possibilitam que a família recupere o impensável através da lembrança de fatos e da reconstrução dos espaços. Julgamos que estes dois recursos podem ser utilizados na psicoterapia e nas pesquisas clínicas como vias de representação, mesmo que o enquadre de cada caso possua um contexto diferente.

Para pesquisa clínica, podemos utilizar o genograma e o espaçograma na avaliação das dimensões físicas e psíquicas do grupo familiar. Do ponto de vista psíquico, os dois instrumentos apontam variadas projeções e condensações através de elementos pré-conscientes e inconscientes, expressos nas narrativas sobre a história familiar, a representação e a funcionalidade da casa. Tanto um quanto outro podem ser confeccionados pelo pesquisador, facilitando a visão do conjunto de dados fornecidos pelos sujeitos envolvidos. Através do genograma, podemos observar a história geracional da família pela sucessão dos acontecimentos e condutas repetitivas (Burd; Baptista, 2004). Este recurso intergeracional permite visualizar a transmissão também da cultura, identificando padrões, costumes, segredos que determinam e condicionam as relações familiares.

A função do genograma é ampla e, de acordo com Carter et al (1995) este instrumento aponta a dimensão trigeracional de uma família e de seu movimento, através de suas fases de desenvolvimento. As pesquisadoras chamam este recurso de genetrograma e padronizaram em 1985 as legendas que caracterizam as situações intrafamiliares. Desde 2000, as autoras atualizam as legendas do recurso através de um software encontrado no site www.genopro.com. Este recurso compreende retratos gráficos da história familiar, mostrando a estrutura básica ao entendimento de seu funcionamento e relacionamento. Nesta mesma direção, Ruiz Correa (2000a) aponta que o genograma projetivo, construído pelos próprios clientes, permite a visualização do vínculo, estabelece confiança na relação paciente e terapeuta e facilita o manejo do trabalho. De maneira velada, muitas vezes, este retrato do corpo familiar mostra a problemática transgeracional atravessando as gerações, em forma de comportamentos repetitivos e de situações de risco. Acrescentamos ainda que este recurso permite que possamos estabelecer ações eficazes na terapêutica familiar, facilitando a tomada de consciência pelos sujeito diante de um fato significativo da história.

A aplicação dos instrumentos pode ser individual ou coletiva. Podemos solicitar aos sujeitos que desenhem a sua história e casa. Esta última pode ser elaborada como veem por dentro e situá-la em diferentes espaços. Tanto o genograma como o espaçograma podem ser pensados e elaborados em tempos diferentes, representando situações anteriores, atuais e futuras. Além de possuir as mesmas funções e objetivos do genograma, o espaçograma implica uma maneira

lúdica de extravasar as tensões comuns que aparecem no início do relacionamento clínico.

A partir de estudos de Eiguer (2004) sobre o inconsciente da casa, chamamos de espaçograma o recurso gráfico confeccionado pelos profissionais ou pelos clientes sobre o ambiente interno da casa da família. Trata-se de um recurso projetivo mediador de amplo espectro, e de fácil utilização pelos sujeitos. Derivado dos fundamentos da arquitetura sobre espaços, não há registro oficial de sua utilização pelo Conselho Federal de Psicologia. O espaçograma deriva de uma representação do espaço interno, desenhado em papel, usando cores ou lápis preto. Não há um padrão de legendas, traçados, símbolos a seguir, devido à falta de uma regulamentação. Bem diferente dos traçados do desenho da casa no teste HTP (House, Tree, Person) e do Scenotest, o espaçograma compreende um grafismo interno da residência, que pode ser detalhado com a inclusão de móveis, objetos de decoração e a movimentação de pessoas. A visualização do espaço permite ao profissional ter maior aproximação do cotidiano da família e pode ser aplicado em vários momentos da clínica. Através deste recurso, é permitido aos membros terem consciência da funcionalidade e da representação do ambiente. Da mesma forma que o genograma, a função do espaçograma é de facilitar a tomada de consciência dos membros do grupo sobre questões não percebidas do cotidiano. A representação da casa inconsciente reforça a ideia de espaço comum, compartilhado, esquecido, negado, na mesma esfera que operam as lembranças no pré-consciente. De acordo com as contribuições de Berenstein (1988), a casa deveria ser avaliada para que haja um confronto entre o meio físico e o *habitat* interior da realidade psíquica da família. É preciso pensar sobre o reconhecimento possível da família ao se sentir família dentro de seu próprio ambiente. Esta técnica permite que os membros reflitam sobre seus investimentos afetivos e re-integrem o *habitat* interior e o sentimento de pertença.

4.4

Questões da Clínica de Família: a escuta do pré-consciente familiar nas entrevistas de pesquisa

Um das principais heranças deixadas por Freud é a capacidade de discussão e de reflexão sobre as demandas subjetivas, causadoras de sofrimento ao ser humano, que se encontram no consciente, pré-consciente e inconsciente. A teoria psicanalítica impulsiona constantemente a pensar sobre aquilo que nos causa dor e daquilo que atinge a saúde do sujeito e de seu grupo familiar. Neste universo de conceitos psicanalíticos, podemos destacar que os estudos metapsicológicos, a dinâmica edípica, a interpretação do sonho apontam uma grande parte da dimensão de nossa capacidade de operar psiquicamente sob a égide de uma lógica inconsciente. Acreditamos que esta mesma dimensão habita o complexo familiar, mostrando condições e estados que interferem no processo de adoecimento somático dos sujeitos.

A metapsicologia freudiana foi utilizada como base para o desenvolvimento da metapsicologia de grupo por Kaës (1997) em seus estudos sobre grupo, e veio contribuir para uma metapsicologia familiar que tentaremos ensaiar neste espaço. Alertamos, porém, que as postulações a seguir compreendem um esboço a ser ampliado em estudos futuros, pois esta tese não expõe somente uma visão clínica aprofundada da questão e, sim, trata-se de uma visualização ampliada da dinâmica do adoecimento somático diante da história geracional da família. A intenção de propor uma metapsicologia familiar requer maior aprofundamento e articulação dos diversos meandros teóricos sobre a lógica do inconsciente e do trabalho do pré-consciente. Esta proposta deve ser desenvolvida a partir de um estudo clínico com famílias a médio prazo, e não se restringir em avaliações clínicas com quatro ou cinco entrevistas pesquisa. Por outro lado, em poucos encontros clínicos, podemos observar o pré-consciente familiar, através da capacidade do grupo de colocar em palavras as suas lembranças, preocupações e tensões. Resta-nos, assim, reafirmar o compromisso de avançar com estudos futuros sobre recalque, fantasia, sonho, identificação, projeção, pulsão, condensação, deslocamento e repressão no contexto intersubjetivo e compartilhado da família.

O grupo familiar impõe a cada sujeito uma exigência de trabalho psíquico particular, apresentando interdições e obrigações às suas maneiras de relacionar-se. Por ser a base da história social e psíquica do sujeito, há os conteúdos recalcados e negados ao longo de sua vida. Neste espaço psíquico entre o sujeito e vários outros, há sempre um impasse diante dos investimentos narcísicos e

objetais. Além disso, a família lança mão de alguns mecanismos de defesa nem sempre favoráveis à defesa do grupo. Às vezes, os mecanismos operam como tentativa de sufocar algo que ainda não é possível de ser confrontado e dito. O trabalho de exigência de representação do pensamento, sobre aquilo que não se deseja confrontar, tem-nos mostrado uma problemática do grupo na atualidade, vista através de uma distância entre o pensamento e a expressão entre os membros da família. Essas situações geram tensões e impasses entre o que se quer dizer e o que é dito realmente do outro.

Nesta direção, pensamos que na clínica de família devemos examinar as exigências do trabalho psíquico do grupo como um todo, para que ele possa facilitar a transformação de seus processos intersubjetivos em forma de atividades psíquicas mais produtivas. Assim, a família corresponde uma parte significativa da constituição psíquica de seus membros por fazer jus ao seu lugar de transformação de conteúdos geracionais e de processos associativos mais amplos.

A partir dos estudos de Kaës (1997) sobre o processo pré-consciente e inconsciente do grupo, a família pode ser pensada sob três pontos de vista de sua estrutura psíquica. Diferentemente de ser uma soma de seus membros, a família produz uma instância diferenciada da individual e pode operar na mesma dimensão tópica, dinâmica e econômica, e ainda atuar na mesma complexidade das ligações com outros grupos. Estas três esferas podem ser observadas em vários contextos clínicos de investigação, apontando caminhos trilhados na constituição de sua tessitura. Podemos pensar que as principais funções do aparelho psíquico familiar e do continente familiar, como apoio psíquico, se encontram na função do pré-consciente do grupo.

Estudado por Kaës (1997, 2005a, b) e Kaës et al (2001), o grupo apresenta um trabalho psíquico intenso que coloca em movimentação as tensões e o material reprimido. Tal como na família, postulamos que esse trabalho psíquico apresenta uma função influente na saúde dos membros, que tem a função de transformar, ligar, conter, regular, diferenciar, organizar, transmitir, trocar, gerenciar e transferir as condutas de seus membros. O trabalho de transformação na família pode ser pensado, a partir da energia disponível de cada sujeito, para ser investido na vinculação intersubjetiva. A transformação da energia psíquica ocorreria entre os espaços psíquicos compartilhados pelos membros, de maneira a movimentar o

embate entre excitação e acolhimento. A ligação, pois, teria importante papel de atar os aparelhos psíquicos individuais (Kaës, 2005b).

A família compreende um espaço psíquico de regulação das excitações individuais, proporcionando uma contenção. Esta função pode não ser cumprida de maneira satisfatória, devido à ação do recalque, da recusa e da repressão sobre um afeto ou uma representação intolerável, que ameaça a integridade do grupo. A negação de representações ou pulsões operaria de maneira a proteger o grupo contra as próprias lembranças e acontecimentos insustentáveis.

As lembranças e os acontecimentos reais e imaginários de um grupo familiar, por exemplo, podem ser administrados pela sua capacidade de diferenciar e de organizar o material traumático a fim de que ele possa ser elaborado. No entanto, isso nem sempre acontece motivado pelo fato de que o trabalho de diferenciação e de organização no grupo não encontra o seu destino, ao tentar distinguir o que pertence e não pertence ao grupo. De acordo com Kaës (2005a), os conteúdos oriundos da transmissão geracional e da própria produção intersubjetiva devem ser distinguidos em relação à sua condição no grupo. Entendemos que o pré-consciente familiar opera o tempo todo, avistando o que está dentro e fora, o que é bom e mau, e o que pode ser incorporado, rejeitado e projetado no próprio grupo.

O trabalho de transmissão psíquica opera nas passagens dos espaços psíquicos individuais para a realidade psíquica grupal, passando a existir um intercâmbio das esferas intra, inter e transpsíquicas. Nesse sentido, a transmissão psíquica representa uma peça chave no trabalho de passagem e transformação de conteúdos representativos, impondo ao grupo a capacidade de gerenciar os investimentos individuais e transferi-los aos espaços psíquicos compartilhados. (Kaës et al, 2001). Isso mostra que o grupo deve ter condições de gerenciar de um espaço ao outro, as representações e as expressões oriundas das excitações ou do não sentido de alguma situação significativa. Kaës (1997) relata que o grupo é lugar de depósito de representações, das linguagens figuradas e das metáforas utilizadas na expressão do afeto. Assim, a família será o primeiro lugar de fomento e sustentação destas funções.

A família possui uma influência psíquica sobre os sujeitos, uma vez que a sua ação de contenção das excitações pode interferir na orientação da conduta dos membros. Em outros termos, visto do ponto de vista inconsciente, acreditamos

que a movimentação interna do grupo, muitas vezes desarticulada, pode ter origem numa canalização frustrada de um material traumático sem elaboração. O grupo trabalha para se livrar do material, ao mesmo tempo, que pode tentar se defender dele, buscando representações incessantes que terminariam em comportamentos desorganizados e confusos.

Diante destes pressupostos, Kaës (2005b) aponta que a intersubjetividade mostra o trabalho psíquico de um grupo, em que há a presença psíquica do outro ou de mais de um outro na psique do sujeito. Podemos pensar que a dimensão intersubjetiva da família acontece mais no espaço pré-consciente que no inconsciente, uma vez que o primeiro serve de barreira a um fluxo indesejado e de chancela às representações de palavras. Como dizia Freud ([1915]2006), o pré-consciente deve ser compreendido em suas acepções tópicas, sistemáticas e dinâmicas para que possamos entender a censura como um mecanismo de barragem de conteúdos inconscientes, selecionando e deformando os elementos. O pré-consciente comanda o acesso à consciência e à motilidade do sujeito, através do recalque e da repressão.

No trânsito entre pré-consciente e consciente acontece uma segunda censura, ou repressão, na medida em que deforma menos os conteúdos que a primeira. O seu objetivo é evitar que ocorra a vinda de pensamentos, ideias, sentimentos que sejam preocupantes e perturbadores. Existe, então, um esforço maior da atenção e do pacto na exigência de trabalho de censura no grupo familiar.

O pré-consciente tem sua energia, diferentemente do inconsciente, ligada às representações de palavras. A noção de pré-consciente pode ser apresentada através das recordações não atualizadas, mas que o sujeito pode evocar como observamos no trabalho do sonho (Freud, [1900]1969; Kaës, 2004). Para Kaës (2005b), o pré-consciente grupal tem a função de associar e de ligar, tal qual Freud apresenta na interpretação dos sonhos. Porém, o trabalho diferencial dessas associações consiste, de início, nas transformações das representações de coisas em representações de palavras articuladas e endereçadas ao outro. O trabalho da associação é o trabalho de todo o discurso do grupo. O discurso do grupo traz sequências discursivas da memória, das fantasias, da existência de uma vida, da exposição dos sintomas, das expressões emocionais diversas dos sujeitos. Estes

materiais produzidos no discurso servem de produção a outro discurso, com forma e significado próprios.

Em algumas famílias, podemos observar que o interdiscurso pode manter-se inalterado e sem ambiguidades, demonstrando que o trabalho de associação sustenta, supostamente, a transformação das enunciações ligadas às identificações no grupo. Para que este processo seja satisfatório, significa que a transformação é sustentada pelo afeto transferido de um para outro, por operadores psíquicos que realizam este trabalho de ligação e de transformação dos elementos psíquicos individuais. Acreditamos que os principais operadores psíquicos possuem a linguagem e o investimento afetivo como condutores das representações de coisas. A expressão verbal e afetiva assegura a passagem e a transformação entre as psiques individuais e o espaço intersubjetivo, mobilizando, canalizando, desviando, distribuindo e ligando a energia psíquica sem sentido, às identificações e às representações de todos os membros da família.

Estas suposições, no entanto, podem apontar um número crescente de deformações, negações, deslocamentos e condensações, se o trabalho de transformação de um material recalcado não encontrar respaldo no investimento verbal e afetivo do grupo. O que chamamos de processos, atividades ou operadores psíquicos na verdade são recursos psíquicos que atuam na transformação da matéria psíquica recalcada ou reprimida, que circula no pré-consciente da família e mobiliza toda a energia pulsional do grupo. Assim, a palavra e o afeto representam o elo entre o eu-familiar e o isso, lugar de reativação de traumas, de conflitos e de heranças, que exigirão do pré-consciente familiar uma reatualização das excitações conflituosas abreagidas, mantidas em suspense e congeladas pelo trabalho do recalque. A palavra como elo conduz o grupo da condição pré-verbal à linguagem, num entrelaçar de fazer e dizer para escoar a coisa e o gesto sob tensão (Kaës, 2004).

O trabalho psíquico familiar nem sempre caminha conforme especulamos, pois a matéria psíquica reprimida ou recalcada que circula no pré-consciente pode imobilizar a energia pulsional de todos. Em casos de conflitos extremos, o grupo pode se deparar com o próprio medo de se confrontar e, quiçá, falar sobre isso. Antes do reconhecimento das palavras e da expressão, o sonho será um grande veículo das mensagens direcionadas ao grupo (Kaës, 2004). A memória do grupo terá a sua atividade no valor máximo de sua capacidade, pois exigirá dos membros

um confronto com o material indesejado e a condição de se livrar dele. Como nos referimos anteriormente, a chancela do pré-consciente para o consciente ficaria emperrada, dando poucas chances ao grupo de realizar um trabalho de elaboração.

As lembranças servirão como trabalho psíquico integrador das excitações anteriores e atuais, procurando estabelecer conexões associativas para a manutenção das condições necessárias do sujeito no grupo (Kaës, 1997). Este trabalho psíquico da família compreenderia um processo de transformação que visa a um produto específico, o da transformação constante das demandas internas. Quando isso não é possível, as lembranças se tornam um martírio, e de maneira repetitiva, elas apontam a condição patológica do grupo, representada pelo discurso empobrecido e pelo investimento afetivo comprometido. Desse modo, o trabalho psíquico do grupo familiar passaria a se fixar nas experiências sensoriais e perceptivas que engessam o trabalho de transformação e que facilitaria o desenvolvimento de patologias somáticas.

O trabalho do terapeuta de família se direciona para a escuta do pré-consciente do grupo como uma maneira de avaliar os operadores psíquicos em jogo no sofrimento dos membros, cujos estados, tensões e afluxos psíquicos estejam impedidos de seguir com as movimentações necessárias à manutenção da integralidade psíquica.

Acreditamos que tudo o que expomos reflete o trabalho de confronto promovido pela clínica a fim de que as representações psíquicas possam ser retomadas e a história do grupo seja recontada. A associação livre, a elaboração e articulação estão presentes e devem ser ouvidas. Os movimentos criativos, elaborativos e os recursos metafóricos devem acontecer no *setting* analítico, e que estão presentes, tanto no processo terapêutico como nas entrevistas de pesquisa.