

CRISTIANE BACH FRANCHINI

**O Papel de Espelho no Tratamento oferecido
em um Centro de Atenção Psicossocial.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof. Doutora Elisa Maria Parahyba Campos

São Paulo

2006

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cristiane Bach Franchini

O Papel de Espelho no Tratamento oferecido em um Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Às pessoas em tratamento no CAPS-T, por me honrarem com a possibilidade de participar de suas vidas, compartilhando suas experiências comigo e revelando a beleza do simples e genuíno encontro entre os seres humanos.

E ao meu pequeno sobrinho, Henrique, por continuamente virar meu mundo ao avesso, despertando em mim a vontade de repensar a vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. Doutora Elisa Maria Parahyba Campos, por acompanhar-me neste desafio, oferecendo o apoio e as orientações necessários para que esta jornada pudesse ser concluída.

Aos professores convidados a participar da banca desta dissertação, Prof Flávio Del Matto Faria, por suas orientações preciosas sobre a teoria Winnicottiana, e ao Prof Avelino Luiz Rodrigues, por seu detalhamento na leitura do texto e no cuidado com a metodologia.

Ao Prof. Wilson Klain, por sua disponibilidade para ouvir minhas dúvidas, alegrias e sofrimentos diante das experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho, me envolvendo em discussões estimulantes e enriquecedoras a esta dissertação.

Às companheiras de trabalho no CAPS, Yanina Otsuka Stasivkas e Susana Gabriela Carrilo Le Roux, que me ofereceram estímulo e apoio em meu desenvolvimento profissional, além de, em constantes discussões sobre o cotidiano de trabalho e sobre as idéias apresentadas aqui, dividirem comigo suas experiências e reflexões.

Aos colegas de trabalho no CAPS, por seu esforço em, além de tentar formar uma equipe e oferecer um tratamento adequado aos pacientes, mostrarem-se disponíveis para um conviver cuidadoso entre os profissionais, em que está presente o respeito, a ajuda e a compreensão. Trabalhar em um ambiente assim foi fundamental para a construção das experiências refletidas aqui.

Aos meus pais e minha irmã pelo auxílio constante em meu caminhar, me oferecendo: no passado, sustentação; no presente, apoio; no futuro, confiança.

Ao meu marido, por vivenciar comigo, como amigo, namorado, marido e profissional, as alegrias e dores do meu cotidiano, transformadas e “metabolizadas” através das nossas deliciosas reflexões.

E, finalmente, aos meus familiares e amigos, que compreenderam minhas ausências durante este período e me apoiaram, mostrando-se sempre interessados e disponíveis às minhas necessidades durante esta trajetória.

RESUMO

Franchini, C. B. **O Papel de Espelho no Tratamento oferecido em um Centro de Atenção Psicossocial**. São Paulo, 2006. 147p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

O presente trabalho teve como objetivo refletir sobre o papel de espelho no tratamento oferecido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o CAPS-T, utilizando-se, para reflexão, o referencial psicanalítico com abordagem Winnicottina, juntamente com ilustrações clínicas e situações do cotidiano de tratamento. A mãe que funciona como um espelho reflete ao bebê, em seu olhar, algo que se refere a ele. E ser visto é uma das bases fundamentais para o sentimento de existir, de forma que o si mesmo verdadeiro, reconhecido, pode constituir-se. Já quando o papel de espelho está ausente, o bebê não vê a si-mesmo, o que pode levar a uma exclusão de sua espontaneidade, a uma existência reativa. No CAPS, em que há uma alta incidência de pacientes psicóticos, é fundamental o oferecimento de uma provisão ambiental adequada, o que inclui o papel de espelho, criando condições para a continuidade de ser e a retomada, em alguma medida, do processo de amadurecimento. A equipe deve apresentar-se como um espelho único, pois vários espelhos poderiam levar à confusão e a não integração. Além disso, o trabalho deve estender-se ao ambiente social dos pacientes, a fim de possibilitar o surgimento do papel de espelho nas pessoas que convivem com eles e a construção de um ambiente mais adequado às suas necessidades.

Palavras-chave: saúde mental, psicanálise, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), papel de espelho, processos terapêuticos.

ABSTRACT

Franchini, C. B. **The Mirror-Role in the treatment offered at a Psychosocial Care Center.** São Paulo, 2006. 147p. Dissertation (Master Degree). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

The present work aimed at reflecting on the mirror-role in the treatment offered at a Psychosocial Care Center, using, for the reflection, a Winnicottian psychoanalytical framework, together with clinical illustrations and situations from the daily treatment. The mother who functions as a mirror reflects to the baby, in her eyes, something that refers to the baby. And being seen is one of the fundamental bases for the feeling of existing, so that the true, recognized self can be constituted. However, when the mirror-role is absent, the baby does not see itself, which may cause an exclusion of its spontaneity, a reactive existence. At the Psychosocial Care Center, in which there is a high incidence of psychotic patients, an adequate environment must be offered, and this includes the mirror-role, creating conditions for the continuity of the being and the recovery, in some extent, of the maturation process. The team must be a single mirror, as many mirrors could lead to confusion and non-integration. Besides, the team must also act in the patients' social environment, in order to enable the emergence of the mirror-role in the people that are part of their daily routine and the construction of an environment that is more adequate to their needs.

Key-words: mental health, psychoanalysis, Psychosocial Care Center, mirror-role, therapeutic processes.

SUMÁRIO

RESUMO	V
ABSTRACT.....	VI
PALAVRAS INICIAIS.....	VIII
1. INTRODUÇÃO	01
1.1. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	05
1.2. O DIA A DIA EM UM CAPS	09
2. OS PÂRAMETROS UTILIZADOS PARA A CONSTRUÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	22
2.1. OBJETIVO.....	22
2.2. JUSTIFICATIVA.....	24
2.3. MÉTODO	28
2.4. O PERCURSO DA DISSERTAÇÃO	30
3. OS SIGNIFICADOS DO TERMO TERAPÊUTICO.....	33
4. O PAPEL DE ESPELHO DA MÃE	42
4.1. AS CONCEPÇÕES DE WINNICOT	42
4.1.1. O AMADURECIMENTO EMOCIONAL DA PERSONALIDADE.....	42
4.1.2. O PAPEL DE ESPELHO	51
4.1.3. O TRABALHO TERAPÊUTICO.....	53
5. O PAPEL DE ESPELHO: ILUSTRAÇÕES CLÍNICAS	63
5.1. ILUSTRAÇÕES CLÍNICAS	63
5.2. O FUNCIONAMENTO DA OUTRA PESSOA COMO UM ESPELHO X O OFERECIMENTO DE UM OLHAR DE MEDUSA	81
6. AS FACETAS DO PAPEL DE ESPELHO NO COTIDIANO DO TRATAMENTO.....	87
6.1. O PAPEL DE ESPELHO NOS ENCONTROS SOCIAIS	103
6.2. O PAPEL DO PROFISSIONAL.....	117
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139

PALAVRAS INICIAIS

O trabalho de reflexão realizado nesta Dissertação está intrinsecamente ligado à minha experiência profissional dentro do CAPS. Refletir sobre o que vivi neste tempo de trabalho no CAPS foi extremamente gratificante e enriquecedor. Tenho clareza, entretanto, que no futuro muito do que escrevi pode se modificar ou ampliar, em minha compreensão, devido ao amadurecimento proporcionado pelas experiências que a vida proporciona. Por outro lado, me consolo em pensar que tais reflexões foram prodigiosas para meu estruturamento profissional e que podem, então, auxiliar outros profissionais em seu trabalho cotidiano e em seu desenvolvimento profissional.

Apesar de ter entrado no Mestrado com outro tema de pesquisa – a oncologia – quando comecei meu trabalho no CAPS, as idéias, dúvidas, incertezas, descobertas tomavam todos os meus pensamentos, tornando impossível manter-me no tema proposto anteriormente. Então, resolvi mudar meu tema para a saúde mental, o que só foi possível graças a minha orientadora – a quem quero agradecer – que aceitou aventurar-se comigo nesta área que não pertence ao seu encontro cotidiano.

Iniciou-se, então, o processo de tentar definir o tema da Dissertação. Inicialmente, pela insegurança de quem inicia um caminho novo, fiquei muito preocupada com questões concretas: por exemplo, como delinear o projeto terapêutico para cada paciente. E foi neste processo que descobri a importância do encontro com cada paciente, em que era fundamental compreender suas especificidades. Pude, então, perceber a flexibilidade necessária aos tratamentos oferecidos a cada paciente e a ligação intrínseca entre quem estava diante de mim e o projeto terapêutico. Não há projeto terapêutico pronto, portanto, somente seu delineamento, que vai se modificando através dos encontros cotidianos com o paciente.

Trabalhar em um CAPS é um grande desafio, pois nosso trabalho não se circunscreve ao período de psicoterapia, que ocorre em uma sala, ou ao de um grupo ou de uma oficina. Tal trabalho se amplia para o encontro nos corredores do CAPS,

para a conversa com os pacientes, muitas vezes, já durante nossa entrada na Unidade, ainda com a bolsa (sem a chance de guardá-la em um armário) ou durante nossa caminhada até a cozinha a fim de tomar um café ou uma água e descansar por alguns minutos, após um atendimento mais difícil ou desgastante. E, assim, inclui não só o psicólogo, o psicoterapeuta, mas também a pessoa, com seus recursos técnicos, mas também com sua espontaneidade e, simplesmente, com sua humanidade, suas experiências de vida, seus medos e desejos. Com certeza, esse “esparrame” no trabalho com os pacientes torna mais confuso, em muitas situações, compreender o que auxiliou ou prejudicou o paciente em seu sofrimento.

Fica evidente que os bastidores do trabalho são mais importantes do que somos capazes de enxergar em um primeiro momento. Mas entendê-los não é fácil e isto impõe novo desafio, o de observá-los, ou seja, de além da figura, conseguir também perceber o fundo, pelo menos uma parte dele. Neste sentido, os constantes questionamentos, as reflexões sobre os contatos estabelecidos com as pessoas, os olhares de sofrimento e, posteriormente, muitas vezes, de esperança e confiança, presentes nos pacientes, me estimularam a manter a persistência na busca por novos sentidos, ocultos, sobre o fazer cotidiano.

E foi através das experiências vivenciadas, selecionadas sem uma diretividade prévia, que a questão do papel de espelho, como algo integrador ou não integrador, irrompeu e prendeu minha atenção. Compreender a participação do papel de espelho no tratamento oferecido aos pacientes e em sua vida, em geral, tornou-se algo central na Dissertação.

Entretanto, além de ser o conteúdo principal deste trabalho, acredito que o espelhamento permeou também sua construção, já que iniciei meu percurso em um não saber, tomando o cuidado de destruir qualquer olhar previamente pronto que tentasse se impor devido à necessidade que temos, na incerteza que é a vida, de ter respostas, Verdades, e nos acomodarmos, nos assegurarmos nelas. Busquei, então, simplesmente, contemplar ao meu redor e viver o encontro com as pessoas no CAPS. Aos poucos, meus olhos foram captando situações, experiências, alegrias, sofrimentos e, nestas páginas, tento apresentá-los, espero que de forma suficientemente fiel. Ênfase a palavra suficientemente, pois é evidente que tais

percepções estão permeadas por minha subjetividade, seja na hora em que aspectos dos bastidores emergiram à cena, seja na hora em que aspectos puderam ser integrados uns aos outros, que reflexões foram realizadas a partir desses aspectos, ou que houve a possibilidade de se realizar um diálogo com a teoria que contribuiu para a construção da Dissertação.

E, retomando o princípio destas Palavras Iniciais, reafirmo aliviada que tais compreensões efetuadas aqui certamente se ampliarão, se reafirmarão ou se modificarão no futuro. O alívio se deve ao fato de que essa incerteza protege tais conteúdos de se tornarem conceitos a priori, que podem ser usados inadequadamente e bloquear nosso olhar, impedindo que vejamos o que há para ser visto. Ao contrário, a intenção é que tais conteúdos funcionem como uma sustentação para o aparecimento do papel de espelho, fundamental para o reconhecimento da autenticidade do outro, de seu gesto espontâneo, de sua existência. E que essa sustentação inspire a realização de um trabalho terapêutico, no sentido de sua raiz grega¹.

¹ O significado do termo terapêutico, a partir de sua raiz grega, é apresentado no Cap.3 – Os significados do termo Terapêutico.

Mulher ao Espelho

Hoje que seja esta ou aquela,
pouco me importa.
Quero apenas parecer bela,
Pois, seja qual for, estou morta,

Já fui loura, já fui morena,
Já fui Margarida e Beatriz.
Já fui Maria e Madalena.
Só não pude ser como quis.

Que mal faz, esta cor fingida
do meu cabelo, e do meu rosto,
Se tudo é tinta: o mundo, a vida,
o contentamento, o desgosto?

Por fora, serei como queira
a moda, que me vai matando.
Que me levem pele e caveira
ao nada, não me importa quando.

Mas quem viu, tão dilacerados,
olhos, braços e sonhos seus,
e morreu pelos seus pecados,
falará com Deus.

Falará, coberta de luzes,
do alto penteado ao rubro artelho.
Porque uns expiram sobre cruzes,
outros, buscando-se no espelho.

(Maireles, 1945)

1. INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica iniciou-se no Brasil no final da década de 70 e percorreu uma trajetória importante até os dias de hoje, construindo uma nova forma de pensar a loucura e, conseqüentemente, de auxiliar as pessoas com quadros graves de saúde mental. Retomar tal trajetória seria excessivo para as intenções deste trabalho, por isso serão levantadas aqui apenas algumas informações que expressam os pensamentos resultantes desse processo, a fim de possibilitar uma compreensão sobre questões atuais relacionadas aos paradigmas da Reforma.

Inicialmente, é importante destacar que, com a Reforma Psiquiátrica, emergiu uma preocupação, antes centralizada na instituição psiquiátrica, em abranger, no tratamento aos pacientes com quadros psiquiátricos graves, a condição humana, social, política e cultural do indivíduo. Ou seja, percebeu-se que quadros patológicos graves de saúde mental causavam intenso comprometimento da vida social do paciente, de forma que o tratamento deveria ser mais que um manejo dos sintomas da doença, alcançando a função de um suporte existencial eficaz. Sem esta mudança, tais pacientes estariam condenados à hospitalização (quase) permanente.

Conforme explicitado por Diatkine (1993), em relação às mudanças na forma de tratamento destinada aos pacientes, antes internados em Hospitais psiquiátricos,

impunha-se a idéia de que não se faria nenhum progresso em psiquiatria se não se tratasse dos pacientes no espaço onde a vida podia ter um sentido para eles, sem assumir previamente como irreversível a rejeição social, sem ratificá-la sob o peso de uma organização segregativa no seu princípio (p.8).

E, neste sentido, a Reforma Psiquiátrica surgiu como tentativa de dar uma nova resposta social ao tratamento das pessoas com transtornos psiquiátricos graves, reduzindo a internação a um recurso usado apenas quando estritamente necessário e dedicando-se à manutenção destas pessoas na sociedade. Há, portanto, uma preocupação em que o cuidado ao paciente seja, inclusive, uma sustentação cotidiana das situações sociais vivenciadas por ele, visando que participe da vida social e possa exercer-se como sujeito.

É necessário enfatizar que a Reforma Psiquiátrica não se refere a uma mera troca de técnicas, a uma reorganização administrativa de serviços e profissionais ou instalações. Trata-se de uma redefinição profunda do objeto e objetivo dos cuidados oferecidos e de uma discussão sobre os instrumentos que se tornam necessários a partir de tal redefinição. Nesta perspectiva, o objeto ao qual são dirigidos cuidados é o sofrimento psíquico vivido pelo indivíduo em sua relação com o mundo, algo que limita suas possibilidades de ação e sua capacidade de responder criativamente às imposições da vida. Já o objetivo do tratamento é a criação de condições que viabilizem a restauração ou ampliação de seus recursos para enfrentar a vida (Bezerra Jr, 2003).

Tal reformulação tornou necessária também uma reestruturação do tratamento, buscando-se a desospitalização e a criação de ações de reabilitação psicossocial. Além disso, mudar o tratamento significou direcionar-se para duas grandes questões: a primeira refere-se à construção de uma rede de cuidados que ajude o paciente a viver na comunidade e a segunda direciona-se à construção de uma atitude nova da sociedade em relação ao paciente com transtornos psiquiátricos (Tenório, 2002).

Neste mesmo sentido, Amarante (1999) esclarece que a Reforma Psiquiátrica, além do objetivo de humanização das relações entre os pacientes psiquiátricos graves e a sociedade, pretende construir um “outro lugar social” (p.49) para a loucura, diferente do lugar de doença, anormalidade, incompetência e incapacidade.

Isto significa não mais compreender a loucura como um erro, uma incapacidade, inferioridade ou como doença mental e sim como uma forma diferente de relação com o mundo e, portanto, não usar o saber de quem realiza o tratamento como uma técnica normativa. Torna-se necessário auxiliar na produção de autonomia, de cidadania, de modo que o lugar de objeto seja desconstruído, possibilitando o surgimento do sujeito, na medida do possível (Torre; Amarante, 2001).

Assim, o cuidado oferecido deve abranger questões relacionadas ao tratamento dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e também questões sociais, já que a sociedade ainda associa os quadros psiquiátricos à violência e inadequação, o que leva muitas famílias a manterem um membro com quadro grave de saúde mental fechado dentro dos “muros” da casa e a sentir alívio quando esta pessoa prefere manter-se em seu próprio quarto.

A participação, então, de diversos setores da sociedade na luta por uma transformação que abranja desde a construção de novas leis até a conscientização da sociedade como um todo é essencial para que o projeto da Reforma Psiquiátrica possa se efetivar. Com relação a isto, Desviat (1999) considera que no Brasil há uma tentativa de integrar no discurso civil, na consciência social, as atuações necessárias a um programa que envolva a comunidade, além de existir uma invenção constante de novas formas de atendimento, incluindo a participação de diversos setores sociais. Isso aparece através das diferentes práticas construídas em vários estados brasileiros e também na preocupação em que as leis acompanhem tal transformação, garantindo os direitos dos pacientes.

Assim, transformações na lei são fundamentais para que um tratamento digno e humano seja estabelecido como um direito do paciente e um dever do Estado e de instituições particulares que se interessem por realizar o atendimento das pessoas

com transtornos psiquiátricos graves. Entretanto, o fato de existirem leis que fundamentem um tratamento adequado não significa que isto ocorra, de fato, na prática, pois algo fundamental é a existência de uma atuação no cotidiano do trabalho com esta pessoa que corresponda ao ideário de luta antimanicomial, o qual, de acordo com Sigler (2000), engloba

o ideal de estabelecimento de uma relação entre os profissionais e o usuário que supere o caráter fundamentalmente terapêutico desta relação, uma vez que ele encobriria as relações de poder legitimadas pela posse do saber. Nesse sentido, à divisão de funções e ao trabalho técnico dos profissionais é atribuído um outro lugar na relação com o usuário, bem como é valorizado um trabalho de cunho político com vistas à transformação das relações da sociedade com a loucura. Há, então, um processo de desconstrução e reconstrução de lugares, saberes e relações pelo qual deveria atravessar a equipe de trabalhadores cujas práticas sejam pautadas pela crítica ao paradigma psiquiátrico (p.104).

Tais mudanças na concepção dos profissionais em relação aos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e seu tratamento, entretanto, pode se contrapor a preconceitos ou saberes já infiltrados em sua forma de pensar, o que abre espaço para atitudes ambivalentes. Por um lado, intervenções coerentes com o ideário de luta antimanicomial e, por outro, atuações infiltradas por preconceitos e imposição de poder. Assim, apesar das transformações nos locais de tratamento e nas leis ocorrerem, algo pode se manter presente, ou seja, o ideário dos funcionários responsáveis pelo tratamento pode estar permeado por sutis práticas iatrogênicas.

Torna-se necessário, então, um trabalho cotidiano para conscientização, sensibilização e supervisão das pessoas que participam do tratamento aos pacientes com quadros psiquiátricos graves, além de discussões constantes entre os profissionais, a fim de que o ideário de luta antimanicomial não se desvie de seus fundamentos, não se corrompa pela história de marginalização e preconceito em relação à loucura.

1.1. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Destinados a atender estes novos paradigmas de cuidados em saúde mental no Brasil, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que buscam uma nova forma de compreensão sobre a loucura e, portanto, de realizar seu tratamento. É importante destacar que, segundo Tenório (2002), o CAPS não exclui o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas sim seus efeitos de normatização e controle, subordinando-os a uma nova apreensão do que seja a problemática das pessoas com quadros psiquiátricos graves e do que seja o tratamento adequado a elas.

Há, então, mudanças na forma como os conhecimentos psiquiátricos são utilizados nos tratamentos. Se antes, por exemplo, havia um predomínio da descrição da psicopatologia de um modo estático, fechado, percebeu-se que tal procedimento proporcionava estratégias terapêuticas limitadas e, às vezes, insatisfatórias. Isso porque tais classificações descritivas desconsideravam as informações relativas à história do paciente, reduzindo-o ao rótulo de uma categoria diagnóstica e reforçando sua alienação (Diatkine; Quartier-Frings, 1993a). Por outro lado, quando o saber psiquiátrico passa a ser subordinado a uma nova forma de compreensão dos transtornos psiquiátricos, abre-se espaço a uma maior humanização de seus cuidados. De acordo com Diatkine e Quartier-Frings (1993b),

quando a organização psiquiátrica não oferece uma recusa instituída à busca fundamental do paciente, que é aquela mesma comum a qualquer ser humano de ser reconhecido, quando o trabalho das equipes é organizado de maneira a permitir que a posição de cada um possa ser a cada vez modificada pela opinião dos outros, mudanças psíquicas podem surgir. Quando o paciente se sente reconhecido, a troca entre ele e os terapeutas permite-lhe perceber os movimentos destes em relação a ele. Isso pode lhe permitir não mais se fechar no autismo e no universo alucinatório. Esse movimento dinâmico e econômico, por mais breve que seja, tem um efeito tópico: outras representações podem vir à tona (p.197-198).

E é justamente buscando uma relação entre profissionais e pacientes que possibilite o movimento psíquico, o surgimento de novas representações e, ao mesmo tempo, permita a compreensão e o enfrentamento de dificuldades presentes na vida dos pacientes, que o CAPS se estrutura com determinadas características, a partir dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica.

Uma primeira característica refere-se ao CAPS ser um serviço comunitário ambulatorial que atende pessoas que sofrem com quadros psiquiátricos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, quadros limítrofes), em seu território de abrangência. Além disso, ele surge como um instrumento para a realização de um atendimento humano, que busca resgatar uma relação entre sujeitos no processo de tratamento à loucura. Conforme descrito por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), quando investigavam os significados do termo atenção (psicossocial),

dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente, chegam a designar uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em Saúde Mental no contexto brasileiro atual (p.22).

Fica evidente, portanto, que uma das preocupações durante a Reforma Psiquiátrica foi a mudança na forma de compreender e estabelecer as relações com os pacientes. De acordo com Leite, Tiveron e Silva (2003), os conceitos de continência e participação se inscrevem de forma marcante no tratamento a ser oferecido a estas pessoas. Isso porque ser continente implica possibilitar que as diferenças, as singularidades se apresentem, construindo uma nova ordem devido à presença do sujeito. E isto, em si, já se constitui participação, termo que pode ser pensado como um conjunto de ações que produzem um campo em que estão presentes a multiplicidade, a heterogeneidade, a manifestação e escuta de pensamentos, culturas, desejos, os quais podem ser articulados conjuntamente.

A proposta, portanto, é estabelecer uma relação de encontro, em que os indivíduos não estão definidos a priori e, portanto, podem ser criados sentidos, ao invés destes serem reproduzidos.

Baseando-se nesta concepção, o CAPS, além de oferecer tratamento farmacológico e psicoterápico, busca auxiliar a reabilitação psicossocial dos pacientes mais graves e crônicos, promovendo sua reinserção na comunidade. A Secretaria Municipal de Saúde compreende a reabilitação psicossocial como um “conjunto de ações e intervenções produtoras de sentido, de valor social e de trocas afetivas e materiais, envolvendo além dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, a comunidade como um todo” (2002, s.p.). No caso de pacientes com quadros psiquiátricos graves, é importante reforçar a importância de oferecer um cuidado para a pessoa em sua integralidade e complexidade.

Entretanto, é importante destacar que apesar do termo utilizado ser reabilitação, o que significa um retorno a uma condição de habilitação, isto não significa a busca de um retorno a estados anteriores à doença e sim um direcionamento para a reestruturação de funções na comunidade, à possibilidade de se comunicar e de realizar trocas afetivas, nunca esquecendo os limites de cada indivíduo. O objetivo é, segundo Koda (2003), reverter o processo de redução do sujeito ao estatuto de doente mental, de objeto; é romper com o estigma e resgatar a dimensão da cidadania, possibilitando o surgimento da contratualidade diante das situações da vida.

E a reabilitação proposta, conforme explicitado anteriormente, é mais ampla que a reabilitação apenas junto à família e em projetos individuais de reinserção, pois é projetada em parcerias de trabalho com unidades que oferecem serviços diferenciados e complementares, sendo voltada para atividades no espaço público. Para isso, a reabilitação poderá utilizar-se de serviços como os CECCOS (Centros de Convivência e Cooperativa) e de associações com outros recursos da comunidade, como ONGs, Associações de Bairro, e setores públicos, como Escolas, Bibliotecas, Centros Esportivos, Casas de Cultura. Assim, conforme determinado pelo Ministério da Saúde (1992), os CAPS devem integrar-se a uma rede descentralizada e hierarquizada que oferece cuidados em saúde mental.

Nesse sentido, abre-se espaço para diferentes formas de atuação com estes pacientes, já que as intervenções se ampliam para além dos espaços terapêuticos tradicionais, como a psicoterapia, a consulta médica e o uso da medicação, ocupando

espaços inclusive que transcendem os limites da instituição, como passeios, atividades artísticas, corporais e esportivas, oficinas e cursos. O objetivo é reinserir o paciente no âmbito social, priorizando, portanto, a convivência em diferentes espaços sociais (Scarcelli, 1999). Ou seja, são utilizados saberes multiprofissionais para constituir, através de novas formas de abordagem, um projeto terapêutico que auxilie o indivíduo a se apropriar de recursos que possibilitem a compreensão e a administração de sua crise e das situações do dia-a-dia.

Trata-se de oferecer possibilidades propiciadoras de vínculos significativos, através da construção dos projetos terapêuticos, visando ampliar a autonomia, cidadania e inclusão no jogo social das pessoas em tratamento. Os projetos terapêuticos dos CAPS, de acordo com o Ministério da Saúde (2002), devem ser singulares, respeitar as diferenças regionais, as contribuições técnicas dos profissionais de sua equipe, as iniciativas locais de familiares e pessoas que recebem tratamento no CAPS, além de criar articulações intersetoriais que potencializem suas ações. Também se deve criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço, que possa incluir pacientes muito desestruturados e que não consigam participar das atividades da unidade.

Assim, a atenção aos pacientes deve incluir ações dirigidas não apenas a ele, mas também aos familiares e à sociedade e comprometer-se com a construção de projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais. Com isto, busca-se uma minimização do estigma e a promoção de melhor qualidade de vida a estas pessoas.

A atuação dos CAPS direciona-se para a produção de novas formas de relações, de cuidado ao paciente e de um novo lugar social para a experiência da loucura. Isso imprime a necessidade de se construir projetos visando transformar o imaginário social da loucura, possibilitando o rompimento na comunidade da associação loucura, anormalidade, agressividade, incapacidade, e a construção de uma nova forma de conceber quem possui um transtorno psiquiátrico, ultrapassando a “doença”, o que permite que se veja o indivíduo.

1.2. O DIA-A-DIA EM UM CAPS

Apesar de a criação dos CAPS partir de um mesmo processo histórico, embasado nos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e em parâmetros estabelecidos por lei, isso não significa que todos os CAPS trabalham da mesma forma ou oferecem tratamentos idênticos. Se isto ocorresse, os paradigmas da Reforma Psiquiátrica, anteriormente descritos, estariam excluídos do trabalho realizado, já que um de seus fundamentos reside justamente na possibilidade de perceber e valorizar a singularidade de cada pessoa que procura tratamento em um CAPS, adequando os cuidados oferecidos à pessoa. Neste sentido, de acordo com as concepções dos profissionais que formam a equipe do CAPS e as experiências vivenciadas no dia-a-dia com as pessoas tratadas lá, cada CAPS vai se constituindo de uma forma, adquirindo características singulares. Isto enfatiza a necessidade de descrever o CAPS em que a autora desta dissertação atua, já que todas as reflexões realizadas aqui se referem às experiências vivenciadas lá e devem ser compreendidas a partir desse contexto, ou seja, da forma como o trabalho é realizado por esta equipe. A fim de facilitar a referência a este CAPS, durante a trajetória da Dissertação, ele será chamado de CAPS-T.

O CAPS-T atende uma área de abrangência com cerca de 400.000 habitantes. A unidade funciona de 2^a a 6^a feira, atendendo os pacientes no período das 8:00 às 18:00 horas. Inicialmente, todos os pacientes que chegam passam por uma Recepção, encontro no qual dois profissionais de nível superior ouvem a demanda do paciente e identificam se este deve receber tratamento ali ou, se não se constitui um caso grave de saúde mental, deve ser encaminhado a outros serviços, o que é realizado neste mesmo encontro. Os pacientes que se enquadram no tipo de atendimento oferecido pelo serviço são encaminhados para uma triagem no próprio serviço, em que eles serão ouvidos mais detalhadamente por um médico psiquiatra e por outro profissional de nível superior – psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional –, os quais desenharão os contornos iniciais do tratamento. Dois profissionais são

então responsáveis pelo encaminhamento do tratamento desta pessoa: o médico e um profissional de nível superior, chamados de técnicos de referência deste paciente.

O CAPS-T oferece vários tipos de tratamento em seu espaço interno, incluindo a atenção farmacológica, atendimento psicológico individual ou grupal, grupos de terapia ocupacional ou o atendimento individual (quando necessário), grupos de atividades e oficinas. De acordo com a gravidade do caso e das dificuldades/possibilidades do paciente e de sua família são delineados tratamentos diferentes, podendo o paciente realizar mais ou menos atividades na Unidade e permanecer um tempo maior ou menor lá. Os pacientes em crise freqüentam a Unidade diariamente e conforme há um progresso no estado do paciente, seu tempo nela diminui, havendo uma preocupação em auxiliá-lo a reconstruir sua vida nos espaços externos.

Um fator fundamental presente no trabalho com estes pacientes é o cuidado com o momento em que eles chegam ao CAPS, já que em geral não é fácil estar ali, buscar ajuda. Isto porque muitos apresentam sintomas persecutórios, outros estão confusos e outros ainda acreditam que estão bem, que não precisam de tratamento. Alguns autores consideram importante, neste momento, que o paciente receba informação ampla sobre sua doença, seus sintomas e seu tratamento, o que auxilia sua aceitação da doença e aderência ao tratamento, além de incentivar que ele se torne co-responsável pelo tratamento, ou seja, participe ativamente deste (Justo; Calil, 2004; Acarregui, 1998). É importante lembrar, entretanto, que o grupo de pacientes que recebem tratamento no CAPS descrito aqui inclui neuróticos graves, borderlines e psicóticos, de forma que consideramos que, em alguns casos, o oferecimento destas informações pode ser útil e importante, auxiliando muito o tratamento. Em outros casos, entretanto, o importante é conseguir oferecer um acolhimento à sua dor, às suas dificuldades e um ambiente receptivo a ele, o que pode auxiliar sua entrada no CAPS. Por outro lado, oferecer à família informações sobre a doença, os sintomas e o tratamento do paciente é fundamental, pois permite a ampliação de sua compreensão sobre tais questões, o que pode auxiliar o estabelecimento ou a manutenção de uma boa relação com o paciente, além de oferecer mais recursos para o enfrentamento de possíveis situações difíceis com ele.

A equipe busca olhar para cada um dos pacientes como indivíduos totais, objetivando auxiliá-los a resgatar sua identidade, sua auto-estima e autonomia (na medida do possível). Uma preocupação constante é que o paciente descubra-se capaz de ser atuante em sua vida, de ampliar suas vivências na família e na comunidade, de acordo com suas possibilidades. Isso permite o surgimento de condições para mudança, devido ao rompimento com um padrão estereotipado no lugar de objeto, sem recursos ou capacidades, juntamente com a percepção do paciente de que ele pode usar com mais flexibilidade seus recursos.

Neste sentido, nos casos em que o paciente realiza psicoterapia (grupal ou individual), esta não tem por meta apenas aliviar o sofrimento do paciente, mas ampliar sua possibilidade de se ouvir e sua flexibilidade no uso dos próprios recursos ao lidar com as situações do cotidiano, conforme descrito por Iankilevich (2001). Pretende-se auxiliar o paciente a manter sua capacidade de pensar e se relacionar, ampliando sua compreensão sobre o que ocorreu/ocorre consigo e possibilitando novas formas de enfrentar a crise e suas conseqüências.

Além disso, quando as reflexões ocorrem em grupo, outras possibilidades para pensar se apresentam ao paciente e a seus familiares (no caso do grupo de família), seja pela identificação com as vivências de outros pacientes, seja pelo contato com outras opiniões e experiências, promovendo um encontro com a diferença e a descoberta de que ela traz abertura a novos caminhos.

Guanaes e Japur (2001), refletindo sobre o emprego das práticas grupais e de um grupo de apoio em particular, perceberam que o setting grupal favoreceu o desenvolvimento de uma sintonia entre as necessidades do grupo e a disponibilidade do terapeuta em oferecer um espaço para tais necessidades. Além disso, criou-se um espaço de escuta, respeito e apoio mútuo, algo que ia além das intervenções e manejos do terapeuta. As autoras complementam que o entrosamento entre as necessidades dos pacientes e a capacidade do terapeuta de oferecer um espaço a elas é indicativo do valor terapêutico potencial dos trabalhos em grupo.

Surgem, neste contexto, juntamente com os grupos de psicoterapia, os grupos de terapia ocupacional, em que há a possibilidade de os pacientes tratarem suas

dificuldades, dúvidas, alegrias, enfim, o que for significativo para eles. Isto muitas vezes é realizado através de conversas e, em outras ocasiões, através de dinâmicas ou atividades que possibilitem que a questão seja trabalhada indiretamente.

Como já descrito anteriormente, no trabalho realizado com pacientes com quadros psiquiátricos graves, a atenção à família é fundamental para a efetividade do tratamento, por isso, após a triagem, em geral é realizado um convite para que os familiares do paciente participem do Grupo de Família, encontro em que podem esclarecer suas dúvidas, pensar sobre suas dificuldades, desabafar as mágoas. No trabalho de Toledo (2003), que investigava o discurso de famílias de pacientes de um Hospital Dia, muitas famílias associaram loucura e violência, estabelecendo-se por parte da família relações de separação e afastamento com a loucura e a pessoa com transtorno psiquiátrico grave, por medo de serem contagiadas, de adoecerem junto ou verem outro membro da família adoecer. Tais questões podem (e devem) ser trabalhadas durante o tratamento do paciente, o que possibilitará mais flexibilidade e diálogo na relação familiar. E o grupo de família permite justamente desmistificar, esclarecer e ajudar a família a pensar sobre o que ocorre com a pessoa em tratamento no CAPS-T, além de implicá-la no desenrolar das relações familiares.

Contel e Villas-Boas (1999) destacam a importância do grupo de apoio para familiares, o qual tem o objetivo de auxiliar os familiares a colaborar com o tratamento dos pacientes. Entretanto, nem sempre a família consegue participar do tratamento. Em alguns casos, a família não tem disponibilidade para vir ao CAPS-T por trabalhar, cuidar de outro parente ou criança ou por simplesmente estar cansado da pessoa que recebe tratamento e se recusar a participar de qualquer reunião referente a isto. Em outros casos, apesar de a família se interessar em participar do tratamento, falta muitas vezes ou tem dificuldade para ouvir e aceitar suas implicações nas dificuldades com o paciente. Ou seja, muitas vezes, é difícil para os familiares aceitarem a saída do paciente do lugar de “problema” da família, o que possibilitaria a construção de um outro lugar, no mínimo mais humano e com uma participação mais livre de preconceitos para esta pessoa.

Em alguns casos, ao invés (ou juntamente) da participação dos familiares no Grupo de Família, estes são indicados a participar de algumas conversas (semanais,

quinzenais ou mensais, de acordo com o caso) com um profissional, a fim de auxiliar e, em algumas famílias, até viabilizar a relação paciente-família, abrindo ou mediando o diálogo entre eles.

A importância da participação no Grupo de Família ou em conversas com um dos profissionais, entretanto, vai além do auxílio que o CAPS pode oferecer à relação família-paciente. É fundamental também que a família compreenda que ela tem informações muito importantes que podem auxiliar no trabalho com o paciente, ou seja, que ela tem um saber sobre o paciente e sua doença, o que a torna elemento essencial no tratamento. No trabalho em que Toledo (2003) investiga o discurso de familiares de pacientes de um Hospital Dia foi percebido que com frequência os entrevistados desautorizavam os próprios enunciados, definindo-se como alguém que não sabia sobre a doença mental e que precisava pedir orientação, auxílio ou desculpar-se por não saber reproduzir ou por apresentar afirmações diferentes das dos médicos/especialistas.

Assim a família é um elemento do tratamento que pode precisar de ajuda, já que muitas famílias ainda não compreendem as dificuldades pelas quais os pacientes passam, suas atitudes, acabando por apegar-se aos preconceitos históricos sobre a loucura, a fim de ter algum entendimento sobre o que está ocorrendo. Mas, por outro lado, a família tem um saber e este precisa ser preservado e valorizado, sendo necessário reservar um espaço no tratamento para que ele possa ser compartilhado e utilizado.

Além dos grupos expostos anteriormente, outras estratégias de tratamento em grupo são as Oficinas Expressivas: de Pintura, de Argila, de Papel Machê, de Leitura e Escrita, de Vídeo; de Jornal; de Miçangas; e os Grupos de Atividades: de Atividade Física, de Culinária, de Autos-Cuidados, de Atividades para o Fim de Semana. Em geral, as Oficinas e os Grupos de Atividades são abertos, podendo participar qualquer paciente que desejar (a não ser que haja uma indicação para a não participação), enquanto os Grupos de Psicoterapia e de Terapia Ocupacional são fechados, ou seja, só entram pacientes que a equipe considere que tem indicação para o grupo.

As Oficinas Expressivas abrem espaço para que o indivíduo expresse suas emoções, seus pensamentos, sua subjetividade, desenvolvendo sua criatividade. De acordo com Valero (2001), “o trabalho com arte veicula o desejo – possibilidade de vir-a-ser sujeito de sua própria existência” (p.233). Concordamos com tal colocação e enfatizamos que o trabalho com arte auxilia o indivíduo na descoberta de suas possibilidades, de seus recursos, o que abre novos caminhos para ser sujeito.

Já os Grupos de Atividades preocupam-se que o indivíduo desenvolva a capacidade de cuidar mais de si e das situações que vivencia, abrangendo desde questões que se referem a sua higiene, ao cuidado com seu corpo, até questões em que o paciente tenha dificuldades no dia-a-dia, por exemplo, com a família, na rua, em relação ao seu lazer, etc.

Juntamente com as oficinas e os grupos de atividades, um trabalho importante com os pacientes é o da convivência. Isso porque há pacientes que não conseguem participar das atividades, além de haver períodos, entre atividades, em que os pacientes permanecem no interior do CAPS-T, conversando, lendo, vendo TV ou jogando jogos com os outros pacientes. A construção de uma ambiência adequada, capaz de acolher os pacientes que não conseguem participar das atividades e de proporcionar uma convivência enriquecedora a eles é relevante e desafiadora no cotidiano, já que o trabalho dos profissionais se amplia para além das atividades formais (oficinas, atendimentos), alcançando o encontro no jardim, em um jogo ou em uma conversa.

Este contato na convivência é parte importante e difícil do trabalho realizado, pois, conforme explicitado no trabalho de Souza (2003), o contato na ambiência parece colocar os profissionais em uma situação de mistura com os pacientes e de indefinição de papéis e procedimentos, arriscando-se a imprevistos que exigem outros aspectos, além de seu conhecimento técnico. Ou seja, o profissional sente-se “exposto à loucura sem nenhuma mediação evidente dos seus instrumentos profissionais” (Souza, 2003, p.42). Por outro lado, o autor reflete sobre as possibilidades que a presença da ambiência traz, já que esta pode ser compreendida como cenário de múltiplas transferências entre as pessoas que circulam no CAPS, marcada pelos lugares institucionais ocupados por elas a cada momento. Além disso,

os espaços informais podem ser pensados como um recurso terapêutico, como um espaço informal de tratamento, em que o imprevisto se torna algo fundamental da terapêutica.

Apesar da extrema riqueza de vivências presente na ambiência, algumas outras questões podem dificultar sua articulação adequada. No CAPS-T algo que dificulta a atenção necessária à ambiência é a insuficiência de profissionais, associada a uma sobrecarga de demanda da população, de modo que os profissionais encontram-se divididos entre o excesso de atividades formais e a permanência na ambiência, além do fato de que quando estão fora das atividades formais ainda se deparam com a necessidade de realizar as anotações em prontuários ou de realizar algum atendimento de urgência, o que dificulta uma disponibilidade adequada para a ambiência.

Além das atividades internas ao CAPS-T, são realizadas atividades externas com os pacientes, como visitas a Museus, piqueniques, idas ao cinema, além de parcerias com outros setores da região, no sentido de sedimentar espaços para os quais os pacientes possam ser remetidos (fazendo cursos e oficinas). Busca-se com isso a recuperação de sua autonomia, a reinserção no espaço “comum”, a aproximação e o relacionamento com a população em geral. Com tal aproximação, cria-se a possibilidade para a redução do preconceito na população, que tem a oportunidade de relacionar-se com os pacientes com quadros psiquiátricos graves.

Além disso, no momento foi feito um acordo com um curso para Acompanhantes Terapêuticos, em que os alunos deste curso estagiam no CAPS-T, realizando supervisão com os profissionais do curso e recebendo orientação e apoio no CAPS-T. Isto abre o leque de possibilidades para os pacientes que estão sendo acompanhados pelos Acompanhantes Terapêuticos (ATs), já que estes podem auxiliar o contato do paciente (que não está conseguindo realizar isto sozinho) com os espaços externos e, quem sabe, possibilitar que este comece a se apropriar de alguns espaços, ampliando suas vivências.

Além do estímulo para que o paciente reutilize os espaços externos, há também a preocupação em abrir o espaço interno do CAPS-T para a comunidade, em

festas de aniversários dos pacientes, que ocorrem mensalmente, e sessões de cinema, que ocorrem de 3 em 3 meses mais ou menos. Além disso, em situações em que um curso foi desenvolvido com outros setores da sociedade (como um curso de fotografia com o MAM), foram abertas vagas para pessoas da região, através do CECCO.

Nos eventos abertos é estimulada a participação dos familiares, de amigos ou de qualquer pessoa da comunidade, conforme descrito anteriormente. Consideramos que tal participação pode melhorar os laços familiares, aproximando paciente e família, além de possibilitar que essas pessoas da população geral, que participam das atividades no CAPS-T, deparem-se com uma outra visão da loucura, reconstruindo sua forma de compreendê-la. Pretende-se com isto, desmistificar a loucura e o lugar em que o seu tratamento ocorre, revelando à comunidade os indivíduos que estão ali e o encontro que pode se estabelecer com eles.

Saggese (1995) valoriza a participação das crianças no tratamento dos pacientes. A autora relata o “Projeto Brincar”, realizado no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, em que as crianças são convidadas, nos dias de visita aos pacientes, a entrar no pátio do hospital e brincar. Busca-se com isso preservar os laços familiares e comunitários dos pacientes, acreditando-se na efetividade do uso da capacidade lúdica das crianças na promoção da saúde mental e na redução do preconceito. No CAPS-T, quando há a participação de crianças nas festas de aniversário, percebe-se como sua entrada traz alegria, espontaneidade ao grupo. Ao mesmo tempo, elas parecem desenvolver uma maior compreensão sobre a pessoa que faz tratamento, o que diminui o preconceito em relação aos pacientes. E isto é levado para suas vivências posteriores, ou seja, como uma semente, já plantada, que pode dar frutos no futuro.

Todas estas atividades exigem discussões constantes, a fim de que sejam adequadamente estruturadas e posteriormente avaliadas pelos profissionais. Isto, muitas vezes, ocorre nos encontros cotidianos, entretanto, espaços formais de discussão revelam-se necessários. Por isso, com a finalidade de discutir os tratamentos dos pacientes, as atividades desenvolvidas e/ou os problemas que existem no CAPS-T, é realizada uma reunião clínica semanal. Este é um espaço

muito importante, pois é nele que os profissionais podem trocar informações, pensamentos, dificuldades, discordâncias, o que enriquece o trabalho de todos e ajuda no delineamento do tratamento dos pacientes. Nesta reunião não participam todos os profissionais da Unidade e sim a equipe técnica (assistentes sociais, médicos psiquiatras, psicólogas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros) e os auxiliares de enfermagem. Também são realizadas reuniões separadas com os profissionais de empresas terceirizadas (pessoal da limpeza, o vigia e a pessoa responsável pela cozinha), com o pessoal administrativo e com os profissionais do setor de enfermagem. Tais reuniões têm a intenção de tratar das dificuldades cotidianas em organizar o serviço, lidar com os pacientes e, inclusive, falar sobre dificuldades com o resto da equipe.

Ambas as reuniões têm a função de possibilitar que os membros da equipe tratem das dificuldades presentes no trabalho que realizam, o que inclui a particular transferência que quem trabalha em saúde mental estabelece com os indivíduos que recebem tratamento. Conforme descrito por Marazina (s.d.),

cada instituição vai constituindo ao longo de sua história, posições fantasmáticas em relação à população que atende. Nessa relação, a instituição se encontra numa tensão permanente entre a separação e a alienação à imagem que constrói de seus assistidos. (s.p.)

A autora acrescenta que quando o trabalho é realizado com psicóticos, o que se pode observar são identificações maciças entre partes da equipe e pedaços dos pacientes, o que possibilita o aparecimento de produções psicóticas em pensamento e em comportamentos. Assim, as imagens fantasmáticas que a equipe vai constituindo em relação à população que atende, acaba por regular a relação entre a equipe institucional e a clientela, funcionando como impossibilitadores do encontro singular, do encontro com o sujeito.

Além disso, outra questão que se destaca e que pode ser trabalhada nas reuniões é o preconceito que pode estar presente também entre os profissionais da saúde mental, conforme descrito em subitem anterior deste capítulo, de forma que estes apresentem atitudes ambivalentes em relação aos pacientes: “temor exagerado

de sua pretensa periculosidade, subestimação da sua capacidade de comportar-se normalmente em muitas áreas da vida pessoal, negligência das suas necessidades afetivas enquanto pais, mães, avós, etc” (Saggese, 1995, p.186). Tais pré-concepções podem aparecer nas falas dos profissionais e, quando percebidas pelo grupo, permitem que sejam tratadas, não prejudicando o tratamento do paciente.

É importante enfatizar que as identificações com os pacientes, os preconceitos e medos que podem estar presentes nos profissionais, juntamente com a sobrecarga de trabalho e as dificuldades que se apresentam em cada novo caso atendido, exigem cuidados especiais, já que podem trazer enormes prejuízos ao trabalho com os pacientes e à relação entre os profissionais.

Um fator que se destaca no trabalho no CAPS-T é que todos os profissionais que atuam na Unidade participam do tratamento dos pacientes. Isto porque eles, pelas características do tratamento realizado lá, estão o tempo todo em contato direto com os pacientes, algo que nem sempre é fácil. Durante o período em que os pacientes estão lá, muitas vezes eles têm comportamentos que destoam do que foi combinado para seu tratamento ou para sua permanência lá, têm falas que agredem ou desafiam os funcionários, que despertam sentimentos contra-transferenciais difíceis. Lidar com tais sentimentos e situações é bastante complicado em um cotidiano repleto de situações inesperadas. Os funcionários, em um momento ou outro, se vêem com dificuldades para lidar com tais situações, não conseguem compreender um paciente, sua doença e acabam atuando inadequadamente, o que prejudica o tratamento realizado.

Além disso, diante de agressões verbais ou físicas, é fácil se sentir atacado em sua identidade (e não enquanto profissional que lida com um paciente que não está bem), o que pode levar o funcionário a agir impulsivamente respondendo agressivamente ao paciente, rejeitando-o ou criando um sentimento negativo em relação a ele. Conseguir receber as falas e atitudes dos pacientes que nos agridem e compreendê-las, elaborando uma resposta adequada é um trabalho difícil e exaustivo, principalmente quando o contato com eles é contínuo e as demandas se sucedem rapidamente. Muitas vezes, surgem, por parte dos profissionais, respostas inadequadas, que fazem com que os pacientes também se sintam agredidos, havendo

um prejuízo nas relações entre profissionais e pacientes. Para se proteger, muitas vezes, os pacientes se afastam, se fecham ao contato ou criam novas defesas.

Uma dificuldade que agrava essas questões é o fato de que alguns profissionais pertencem a empresas terceirizadas, não recebendo qualquer formação ou preparação para o trabalho com pessoas que apresentam quadros graves de saúde mental. São simplesmente encaminhados para o “posto de serviço”, sendo supervisionado seu trabalho de limpeza ou de vigia, sendo desconsiderada outra parte do trabalho, o contato com os pacientes que freqüentam lá. Com os profissionais concursados, a situação não é muito melhor, já que muitos que chegam ao CAPS nunca trabalharam com saúde mental e de repente se deparam com casos graves. A prefeitura oferece raros cursos direcionados para a ampliação do conhecimento dos funcionários sobre as doenças, o tratamento a ser oferecido, enfim para uma formação adequada ao trabalho. Os profissionais dependem, portanto, dos esforços individuais de cada um no sentido de buscar conhecimentos, terapia ou supervisão e de uma preocupação da chefia em lidar com as dificuldades que se apresentam, procurando auxiliar os funcionários a compreender melhor alguns pacientes, suas dificuldades, de forma que consigam atuar de forma adequada.

Diante destas situações, tornou-se evidente no CAPS-T a necessidade de existir uma reunião em que participem todos os funcionários, ou seja, equipe técnica, auxiliares de enfermagem, pessoal administrativo, pessoal da limpeza e da cozinha, além do vigia. Assim, a criação de uma Reunião Geral, que ocorre uma vez por mês, em que todos os profissionais se encontram e podem discutir desde questões da rotina do CAPS-T, até a forma de tratamento e o que acontece com determinados pacientes, auxilia para que todos no CAPS-T compreendam mais sobre “a loucura” e possam falar sobre seus medos e suas dificuldades em relação aos pacientes. É claro que a criação desta reunião não resolve as questões discutidas anteriormente, entretanto, considerou-se que, além das conversas no dia-a-dia, diante das situações difíceis, ou de conversas individuais sobre as dificuldades de cada profissional, um encontro mensal da equipe poderia auxiliar a construção de sua coesão.

Isto traz a tona uma grande dificuldade a ser enfrentada no CAPS descrito aqui, que é o desafio da transformação de um grupo de profissionais em uma equipe

coesa e com uma concepção norteadora de seu trabalho construída pelo grupo, de forma que a equipe se direcione conjuntamente em um mesmo sentido. É claro que sempre haverá opiniões diferentes, divergências na forma como o trabalho é realizado e isto é ótimo, pois possibilita a presença da alteridade, que impõe o repensar constante por parte dos profissionais. Entretanto, quando isto se refere a questões básicas para a construção do trabalho realizado no CAPS, a situação se complica, pois cada profissional utiliza seus conhecimentos a partir de concepções muito divergentes, podendo provocar confusões no paciente, ao invés de auxiliá-lo.

No dia a dia, a construção de alguns parâmetros, por parte dos profissionais, de forma que haja uma linha utilizada por todos como base para a construção de suas atuações - o que garante que profissionais diferentes respondam semelhantemente a partir de uma concepção conjunta, mas que ao mesmo tempo mantenham abertura para a presença da criatividade e espontaneidade - ainda é algo que vem sendo construído. Portanto, conseguir uma constância neste caminhar conjunto por todos os profissionais, direcionados para os mesmos objetivos, ainda é um desafio. E isto é complicado no cotidiano do tratamento, já que o trabalho revela-se permeado por atitudes contraditórias, de acordo com concepções individuais, o que promove confusão e ausência de continuidade nas atuações recebidas pelo paciente.

Um outro risco a ser enfrentado todos os dias é o do “fazer compulsivo”, devido à grande demanda que bate à porta do CAPS-T, e que tende a distanciar o profissional da possibilidade de pensar sobre seu cotidiano de trabalho, mantendo-o na reprodução do seu fazer. Isso é agravado pelo pouco tempo para discutir os casos, já que o tempo de reunião clínica e geral é insuficiente, e pela ausência de supervisão na instituição, por falta de verbas. Uma tentativa para dar um suporte maior aos profissionais foi a criação de uma espaço semanal para discussão clínica dos casos, em que tem sido possível a participação das psicólogas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais do CAPS-T. Nesta reunião são discutidos aspectos da dinâmica psíquica do paciente, buscando-se compreender mais sobre ele, algo que nem sempre é possível realizar com tal profundidade na reunião clínica, devido à insuficiência de tempo.

Finalizando, vale lembrar que só quando as questões, aqui explicitadas, presentes no cotidiano do trabalho no CAPS-T são pensadas, é possível escapar de aprisionar-se em um “fazer compulsivo”, de forma que transformações possam ser realizadas, abrindo-se novos caminhos. E o grande desafio refere-se justamente à manutenção da incerteza da invenção cotidiana, lugar em que não se sabe exatamente onde está, nem por onde seguir.

Conseguir se flexibilizar em relação aos modelos já existentes é um dos passos fundamentais no desenvolvimento do trabalho no CAPS-T e na descoberta dos caminhos a seguir. Isso porque é evidente que os modelos já existentes trazem experiências e contribuições importantes, entretanto, olhar para o indivíduo percebendo quem ele é, o que pensa, como age no mundo, fornece o verdadeiro alicerce para a construção de um trabalho que o auxilie genuinamente. Um trabalho que se desprende dos modelos e encontra o indivíduo, suas necessidades e sua história.

2. OS PARÂMETROS UTILIZADOS PARA A CONSTRUÇÃO DA DISSERTAÇÃO

2.1. Objetivo

Conforme exposto na Introdução, muitas questões estão envolvidas na forma como se concebe o tratamento dos pacientes em um CAPS, o que exige do profissional capacidade de reflexão, avaliação e articulação de tais fatores. Assim, se por um lado temos as concepções políticas e as determinações governamentais para o tratamento, por outro temos o cotidiano e o singular de cada paciente, que são fundamentais na determinação da construção do tratamento.

É importante não perder de vista que as determinações governamentais a respeito da forma como o tratamento dos pacientes nos CAPS deve ser realizado é dirigida a todos os pacientes, independente do diagnóstico e da história de cada um deles. Isto intensifica a necessidade de compreensão de cada pessoa atendida, já que a forma de estar no mundo é muito diferente em cada ser humano e só com tais dados pode-se realizar a reflexão necessária ao delineamento de um tratamento adequado.

Investigar fatores que influenciam o trabalho realizado no CAPS e reavaliar constantemente os tratamentos oferecidos são, portanto, questões importantes e que permeiam as discussões realizadas no local de trabalho, mas muitas vezes não

encontram espaço para um aprofundamento em sua compreensão. Tais questões, entretanto, se mantêm presentes, instigando o cotidiano do trabalho com perguntas, dúvidas, sensações de confusão e de frustração, além de descobertas e possibilidades de maior entendimento. Isto enfatiza a importância de um investimento, algo que ocorre neste trabalho, para a compreensão de alguns dos muitos aspectos presentes no trabalho cotidiano realizado em um CAPS, o CAPS-T, permitindo, portanto, um aprofundamento em relação ao que se passa nos encontros que se estabelecem lá.

Como já apontado, o encontro com cada paciente, em que é necessário compreender suas angústias e dificuldades, seu modo de ser no mundo, suas alegrias, suas possibilidades e impossibilidades, é fundamental. E revela a flexibilidade necessária à escolha das intervenções em cada caso, de forma que o projeto terapêutico referente a cada paciente é delineado através dos conhecimentos possibilitados pelos encontros iniciais e vai se modificando, se enriquecendo, nos contatos no dia-a-dia.

Conforme o tratamento se realiza, uma questão se apresenta: o que é terapêutico no CAPS-T? Tal colocação a princípio pode parecer estranha, já que é evidente que as intervenções dos profissionais e a formulação do projeto terapêutico são fatores terapêuticos fundamentais. Por outro lado, entretanto, há situações em que o paciente apresenta melhora em seu sofrimento sem que a equipe entenda bem o que ocorreu ou o que o auxiliou. A partir destas situações, torna-se evidente, então, que outros fatores terapêuticos também se apresentam durante o tratamento, mas não é tão fácil detectá-los, pois nem sempre se referem a atitudes ou intervenções intencionais, concretas, de alguém específico do CAPS-T.

A partir de tais considerações, começou a se fortalecer como proposta de investigação para o Mestrado a idéia de tentar compreender alguns aspectos terapêuticos presentes no trabalho realizado no CAPS-T. Sabemos, entretanto, que foi possível apenas refletir sobre algumas vertentes desta questão, já que compreender o fenômeno do que é terapêutico em um CAPS em sua integralidade seria impossível. Neste sentido, durante o decorrer do processo reflexivo deste trabalho, evidenciou-se um aspecto terapêutico importante, que pode ser relacionado ao conceito de papel de espelho, apresentado por Winnicott. Isto possibilitou

circunscrever a intenção deste trabalho: refletir sobre o papel de espelho enquanto um fator terapêutico que permeia o tratamento oferecido cotidianamente no CAPS-T, em que a autora deste trabalho atua.

2.2. JUSTIFICATIVA

Torna-se relevante retomar alguns dos aspectos que são apresentados na Introdução, a fim de fundamentar a importância da investigação do papel de espelho no cotidiano de tratamento realizado em um CAPS, o CAPS-T.

O CAPS, enquanto um recurso criado com a finalidade de atender pessoas com quadros graves de saúde mental a partir dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, se preocupa com a realização de um atendimento humano, que busca auxiliar a sustentação destes indivíduos no cotidiano social e possibilitar sua participação na sociedade. Há uma preocupação com a ampliação de suas condições para enfrentar a vida.

Entretanto, as ações do CAPS não podem estar limitadas apenas ao tratamento do indivíduo que procura o atendimento, devendo estar também voltadas para a sociedade, já que nesta ainda persistem preconceitos, como a compreensão da loucura enquanto anormalidade, incompetência, incapacidade, inferioridade. Esses preconceitos acabam impedindo que as singularidades destes indivíduos sejam percebidas, de forma que o que eles recebem como retorno a um gesto seu é a incompreensão e um olhar preconceituoso.

E quando falamos de sociedade, isto inclui a família da pessoa em tratamento, os amigos e conhecidos e também os profissionais que participam dos tratamentos oferecidos a estas pessoas. Em um estudo realizado com profissionais de Hospitais-Dia sobre a primeira internação de pacientes na instituição, foi percebida a presença, na fala dos entrevistados, de marcas associadas à produção de iatrogenia. Essas marcas se referem à concepção dos profissionais entrevistados de que havia uma

tendência à conservação dos pacientes na patologia e à redução dos pacientes a uma condição de objeto frente ao tratamento. Com isso, favorecia-se a “conservação na condição reconhecida como patológica e naquela de ser usuário de serviços de saúde mental, que propiciaria o processo de exclusão social” (Vechi, 2002, p.156). O autor complementa que a marca associada à iatrogenia refere-se a um lugar atribuído para os pacientes, que os inscreve em uma ordem pré-definida e o efeito iatrogênico estaria relacionado justamente à constituição subjetiva do paciente que pode sofrer marcas resultantes das antecipações.

Corre-se o risco, a partir de atuações como esta, de a Reforma Psiquiátrica, apesar de significar a crise das instituições asilares, representar também o nascimento de outras formas de controle que venham a ocupar o lugar dos antigos hospitais psiquiátricos (Deleuze, 1992), construídas a partir de abusos de poder, de imposições à normatização e da detenção do saber pelos profissionais, excluindo o paciente e impondo-lhe novamente a condição de objeto.

Tal preocupação é compartilhada por Scarcelli (1999), para quem o grande desafio na implantação de práticas substitutivas aos hospitais psiquiátricos é conseguir superar as práticas estabelecidas há várias décadas, sem tornar-se agentes de uma nova ordem de controle.

Fica evidente, portanto, que a realização de um tratamento adequado em um CAPS não se resume a oferecer tratamento medicamentoso adequado, acrescido por um atendimento psicológico e oficinas ou grupos terapêuticos, além do auxílio à reinserção do indivíduo nos espaços sociais. Há um eixo que perpassa todas essas propostas de tratamento e alcança espaços para além delas, como a ambiência, os encontros no jardim, no almoço. Trata-se dos encontros entre as pessoas que, conforme demonstrado pelos parágrafos anteriores, se construídos a partir de preconceitos, medos, podem ser destrutivos à outra pessoa, através de seus efeitos iatrogênicos.

Podemos pensar que esses efeitos iatrogênicos se infiltram no tratamento realizado, minando efeitos positivos resultantes de outras propostas de tratamento. Assim, enquanto, por um lado, aparecem intervenções coerentes com o Paradigma da

Reforma Psiquiátrica, por outro, há atuações permeadas por preconceitos, revelando-se iatrogênicas à pessoa em tratamento.

Uma forma como esses efeitos iatrogênicos podem se estabelecer é através da ausência do papel de espelho no tratamento. O papel de espelho é fundamental na constituição do bebê e revela a importância do olhar da outra pessoa no processo de amadurecimento pessoal de cada um. Quando o papel de espelho se apresenta no encontro com outro indivíduo, as características deste são reconhecidas e lhe são refletidas, o que é uma das bases fundamentais para o surgimento do sentimento de existir. Já quando o papel de espelho está ausente, a pessoa não consegue refletir algo do outro, apenas seus medos e preconceitos, de forma que, ao invés de reconhecer e refletir a expressão espontânea da outra pessoa, a substituí por seu próprio gesto, humor ou rigidez de defesas. Isto abre espaço para o surgimento da submissão, para a utilização da imitação, sem a presença da criatividade. Estabelecem-se formas de ser puramente reativas, que não se referem ao si-mesmo verdadeiro da pessoa. Nestes casos, o externo se apresenta como uma intrusão, propiciando quebras na continuidade de ser.

Podemos pensar que diante de situações em que o indivíduo sente-se extremamente fragilizado emocionalmente, a presença do papel de espelho pode ter grande importância, já que cria condições para o reconhecimento do gesto espontâneo, para a presença da criatividade, para o surgimento do sentimento de existir. Essa fragilidade emocional está presente em muitos pacientes que buscam tratamento em um CAPS.

Além disso, não podemos esquecer que grande parte da população atendida no CAPS apresenta estrutura psicótica, o que significa que não foi alcançada a separação eu/não eu, tendo ocorrido uma paralisação no amadurecimento emocional destes indivíduos antes desta aquisição. Nestes casos, conforme será explicitado no Cap. 4, o papel de espelho, juntamente com os outros cuidados necessários ao oferecimento de uma continuidade de ser, são fundamentais no tratamento a estas pessoas.

Assim, compreender algumas das formas como o papel de espelho se apresenta no tratamento oferecido no CAPS-T e em outros contextos e relacioná-lo aos acontecimentos cotidianos e às vivências psíquicas dos pacientes, pode trazer contribuições importantes, que enriqueçam e ampliem o trabalho terapêutico oferecido em um CAPS e as ações voltadas para a construção de um outro lugar para a loucura na sociedade. Além disso, essa compreensão pode permitir uma análise mais aprofundada do tratamento realizado, o que possibilitaria a percepção de posturas inadequadas por parte dos próprios profissionais - prejudiciais aos pacientes - possibilitando ações no sentido de auxiliar a formação e conscientização deles.

É somente através de uma maior compreensão de aspectos que permeiam o tratamento cotidiano que este pode ser constantemente avaliado, discutido e aperfeiçoado, impedindo-se que novas formas de controle e submissão fortaleçam-se, sabotando os princípios humanos que norteiam o trabalho realizado em um CAPS. E, nesse sentido, Scarcelli (1999) enfatiza a importância do trabalho coletivo, em que às dúvidas, impasses, conflitos e contradições presentes no cotidiano, devem juntar-se a problematização e o ato de interrogar, o que permite que novos conhecimentos mantenham-se em constante construção, sem cristalizar-se em “novas verdades reprodutivas das mesmas estruturas que se tem buscado transformar” (p.205).

Finalizando, é importante destacar que essa dissertação é fruto do constante ato de interrogar e por isso, apesar de a elaboração da dissertação ser de extrema importância na construção do conhecimento, o processo reflexivo, presente durante todo o caminho do Mestrado e da consecução da Dissertação, ultrapassa aquilo que pode ser visto concretamente nas páginas do trabalho, alcançando um intenso enriquecimento no desenvolvimento profissional e pessoal de quem faz este percurso.

Portanto, é evidente a importância do trabalho de pesquisa, seja em instituições acadêmicas, seja no cotidiano, que impede a paralisação do profissional – limitado à reprodução de atuações conhecidas – e possibilita a ampliação e o aprimoramento de seus conhecimentos e conseqüentemente de sua atuação profissional. A postura investigativa promove o desenvolvimento, através do surgimento constante de questões e da necessidade de discussão com outros

profissionais sobre tais questões e suas hipóteses sobre elas. Com isso, escapa-se ao aprisionamento dentro do conhecido, que quando vira a verdade absoluta, leva o profissional a um fazer estereotipado e cronificante para a outra pessoa e para si mesmo.

2.3. MÉTODO

Retomando o objetivo desta dissertação, pretende-se refletir sobre o papel de espelho enquanto um fator terapêutico que permeia o tratamento oferecido em um CAPS. Deve-se destacar que tal reflexão se remete às vivências cotidianas de um CAPS específico, o CAPS-T, em que a autora desta dissertação atua, não podendo ser a priori generalizado para outros CAPS, já que as concepções sobre o trabalho a ser desenvolvido e, portanto, as formas de tratamento e de encontros entre profissionais e pacientes podem ser muito diferentes nos vários CAPS existentes.

Além disso, é importante destacar que não é possível compreender as reflexões realizadas neste trabalho como a Verdade sobre o fenômeno. O progresso da ciência, conforme formulado por Silva (1993a), levando em conta as descobertas da psicanálise, direciona-se para uma renúncia à busca da Verdade, substituindo-a pelo “cuidado responsável na construção de hipóteses e teorias cada vez mais conscientes das distorções que o aparelho mental imprime à percepção” (p. 19). É neste sentido que se dirige este trabalho, buscando aspectos do fenômeno, com a clareza, entretanto, de que tal compreensão está intrinsecamente relacionada à subjetividade do pesquisador. E isto abre espaço para uma reflexão em que observador e observado estão em constante relação, influenciando-se mutuamente.

A Psicanálise permitiu o abandono da relação sujeito-objeto, utilizada pela ciência positivista, em que o sujeito analisava objetivamente o mundo, considerado externo a ele, e instaurou uma aproximação entre o observador e o observado, em que ambos criam-se mutuamente, enquanto relacionam-se. Há uma substituição, então, da relação sujeito-objeto pela relação sujeito-sujeito, “cada um com uma parte consciente comunicando-se ‘oficialmente’ com o consciente do outro, e uma parte

inconsciente de cada um utilizando-se de seu estilo peculiar de interação que passa despercebido” (Silva, 1993a, p.17).

Amatuzzi (1992) complementa que, a partir da instauração da relação sujeito-sujeito, em que o pensador altera o pensado, o observador afeta o observado e o pesquisador modifica o pesquisado, o objeto de investigação passa a ser a relação, de forma que o objeto inclui o sujeito.

E, com base nesta concepção, primeiramente para a emergência do papel de espelho enquanto um fator terapêutico que se apresenta nos encontros que se estabelecem no CAPS-T e, secundariamente, na tentativa de refletir sobre sua participação nos tratamentos, consideramos importante a presença de uma postura de receptividade em relação ao que está sendo investigado, a fim de pensá-lo psicanaliticamente.

Tal postura parece fácil, entretanto, não é bem assim, principalmente quando vem permeada pela cobrança de uma dissertação de Mestrado. Apesar de as idéias brotarem, correm o risco de serem bloqueadas por serem consideradas “óbvias” ou “insuficientes” para a realização de uma dissertação. Ao mesmo tempo, torna-se fundamental o cuidado para não deturpar o que está sendo investigado, de forma que, ao invés de recebê-lo e refletir sobre ele, haja uma indução de sentidos a priori, uma submissão do que é percebido a idéias pré-concebidas. Por isso, é fundamental uma postura de receptividade e valorização de idéias que surgem em processos reflexivos e trocas sobre as vivências no cotidiano do CAPS-T. E, no caso deste trabalho, foi através de reflexões e discussões sobre os tratamentos realizados, sobre as vivências de cada paciente no tratamento, que aspectos ocultos puderam surgir.

Como instrumento de reflexão, foi adotado o referencial psicanalítico com abordagem Winnicottiana, a fim de possibilitar que se destaquem outras significações, antes ocultas, ampliando a compreensão sobre o fenômeno investigado aqui. Conforme exposto por Hermann em uma entrevista (Silva, 1993b), “aplicar o método psicanalítico é fazer brotar, do estudo de algumas relações humanas, as estruturas profundas que as determinam (...) implodir o sistema consensual dessas relações, a forma como habitualmente as lemos, compreendemos, para que aquilo

que está aí, oculto, brote” (p.134/135). Pretende-se, portanto, ultrapassar o que se apresenta no primeiro plano dos encontros que se estabelecem no CAPS-T, aprofundando sua compreensão através de uma reflexão sobre o papel de espelho, que pode ser terapêutico, quando presente nos encontros.

Receber o material que se apresenta no cotidiano de tratamento no CAPS-T e refletir sobre ele, utilizando-se do referencial psicanalítico com abordagem Winnicottiana, abre possibilidades para que outras características que compõem os encontros estabelecidos lá, antes ocultas, se apresentem. E isto permite que tal compreensão possa ser utilizada para um enriquecimento dos tratamentos oferecidos pelos profissionais do CAPS.

2.4. O PERCURSO DA DISSERTAÇÃO

Em relação à construção da dissertação, a trajetória dos capítulos foi definida com o objetivo de remontar o caminho percorrido durante o processo reflexivo realizado. Por isso, inicialmente, há uma apresentação dos paradigmas da reforma psiquiátrica e do trabalho realizado nos Centros de Atenção Psicossocial, além da rotina existente em um CAPS, o CAPS-T, a fim de possibilitar uma maior compreensão sobre os objetivos e o funcionamento de um destes Serviços para tratamento de pacientes que apresentam quadros psiquiátricos graves. Este embasamento é necessário para contextualizar o tratamento dos pacientes e as intervenções terapêuticas que se estabelecem nos CAPS e na Unidade descrita, levando-se em consideração que as reflexões realizadas nesta Dissertação partem das experiências vivenciadas nesta Unidade. Tal apresentação é realizada no capítulo 1.

Já neste segundo capítulo, consideramos importante apresentar os objetivos desta Dissertação, a importância de tal investigação e o método para sua realização. Além disso, também é apresentado o percurso de desenvolvimento no trabalho, através da descrição de seus capítulos.

A seguir, foi realizada uma investigação sobre alguns significados e compreensões a respeito do termo terapêutico. Tal investigação propõe conhecer como alguns autores compreendem os aspectos terapêuticos presentes nas relações e possibilitar um delineamento mais preciso de como o termo terapêutico será compreendido neste trabalho. Isto é apresentado no capítulo 3.

No quarto capítulo, optamos por apresentar as contribuições teóricas de Winnicott a respeito do papel de espelho, a fim de aprofundar o conhecimento sobre tal conceito, considerado o alicerce deste trabalho.

No quinto capítulo, consideramos necessário complementar as contribuições teóricas, apresentando situações da clínica, presentes no dia-a-dia do trabalho com os pacientes. Essa apresentação foi realizada com o objetivo de refletir sobre a presença do papel de espelho nas relações que se estabelecem no CAPS-T, buscando-se compreender sua função terapêutica e relacioná-la às vivências na Unidade. Foram descritos três casos clínicos, a fim de refletir sobre a participação do papel de espelho no tratamento realizado por três pacientes no CAPS-T.

Enfatizando a importância, durante a pesquisa, da articulação entre a teoria e a clínica, Safra (1993) afirma que

Temos na origem e na história do desenvolvimento psicanalítico o modelo de pesquisa em psicanálise: o diálogo permanente entre a teoria e a clínica. A articulação teórica sem referência à clínica corre o risco de aproximar-se das manifestações de pensamento delirante. A clínica sem a conceitualização teórica pode perder-se na indisciplina de uma prática onipotente e sem rigor metodológico (p.120).

É importante esclarecer que a utilização do material clínico foi realizada através de recortes dos casos dos pacientes e seu tratamento, escolhidos, através da subjetividade do pesquisador, no sentido de apreender alguns vértices necessários e/ou interessantes à reflexão realizada aqui. Além disso, os pacientes apresentados receberam nomes fictícios e foram omitidas informações de sua história que

possibilitem sua identificação, a fim de garantir o sigilo necessário a um atendimento ético e profissional por parte do pesquisador.

O processo reflexivo sobre as ilustrações clínicas, como já exposto, permitiu iniciar uma articulação entre a teoria e a prática cotidiana, revelando a importância do olhar das outras pessoas e da presença terapêutica do papel de espelho durante a realização do tratamento. Entretanto, a compreensão do papel de espelho nos casos clínicos apresentados apenas introduziu alguns aspectos do fenômeno, revelando-se necessário ampliar a discussão. Neste sentido, buscou-se, em seguida, articular questões teóricas e outros aspectos presentes no desenvolvimento do trabalho prático no CAPS-T, discutindo as possibilidades de tratamento estabelecidas lá. Tal discussão é apresentada no capítulo 6, sendo seguida pelas considerações finais brotadas durante o processo de articulação entre aspectos teóricos e práticos do trabalho cotidiano, no capítulo 7.

No capítulo 8 são apresentadas as referências bibliográficas que contribuíram para a construção da Dissertação.

3. OS SIGNIFICADOS DO TERMO TERAPÊUTICO

No cotidiano, o termo terapêutico é usado, em geral, para indicar que algo auxiliou, fez bem ao indivíduo. Entretanto, definir o que é terapêutico é algo muito complexo, já que nas situações vivenciadas pelas pessoas estão presentes vários sentimentos, atitudes, falas e cada um pode considerar aspectos diferentes como os responsáveis por fazê-lo sentir-se bem, por ajudá-lo. Isto torna mais importante uma compreensão sobre o significado do termo terapêutico.

Neste capítulo, alguns aspectos relacionados a este tema serão apresentados no sentido de circunscrever com maior precisão o significado do termo terapêutico. Há, entretanto, outras contribuições sobre o tema que não puderam ser abordadas aqui devido à necessidade de uma limitação que possibilitasse algumas compreensões sobre o termo, sem, contudo, se estender excessivamente, para além dos aspectos necessários ao objetivo desta dissertação.

De acordo com a definição do dicionário (Houaiss; Villar, 2001), o termo “terapêutico” pode significar: ter propriedades medicinais, curativas; ou referir-se ao cuidado e tratamento de doenças. Além disso, ele pode estar relacionado à palavra terapêutica, que significa: arte, ciência de cuidar e tratar de doentes ou de doenças; cuidado e tratamento de doenças. Resumindo, as palavras cuidar, tratar e curar aparecem associadas ao termo terapêutico.

Destacam-se, portanto, os significados de curar e cuidar. O termo curar refere-se, entre suas muitas significações, a recuperar a saúde, restabelecer-se, cuidar, tratar, ocupar-se de algo, eliminar uma doença ou ferida, corrigir um comportamento ou vício. Já o termo cuidar refere-se a meditar, prestar atenção em algo ou alguém, realizar algo com atenção, preocupar-se, interessar-se por algo, olhar para algo (Houaiss; Villar, 2001). Assim, pode-se dizer que o termo cuidar envolve estar com algo ou alguém, preocupando-se com ele, prestando atenção nele, enquanto o termo curar direciona-se para um cuidado que provoca mudança, correção, eliminação de algo que não é considerado bom ou adequado. Pode-se dizer que tais sentidos, enquanto terapêuticos ou não, apresentam-se de formas diferentes para cada um, de acordo com sua formação, com sua história.

Para alguns profissionais, voltados para o cuidado com os aspectos psíquicos das pessoas, como os profissionais com referencial psicanalítico, por exemplo, “curar”, neste sentido de corrigir um comportamento ou vício, eliminar uma doença, não é o objetivo do trabalho e, ao contrário, pode não ser terapêutico e prejudicar a outra pessoa, já que a cura pode significar a imposição de algo a ela, a sua submissão aos padrões estipulados como normais pela sociedade. Para estes profissionais, o mais importante parece ser cuidar do sofrimento da pessoa e auxiliar seu movimento psíquico.

Esta preocupação em cuidar da outra pessoa está presente também no significado do termo terapêutico em sua raiz grega, em que THERAPÉU expressa o desejo de servir ou a relação pessoal de quem serve para quem está sendo servido, no caso de respeito a um mestre ou de servir a alguém necessitado (Theological Dictionary of the new testament, 1964-1976², citado por BARTZ, 1996).

Volich (2000a), também investigando a significação do termo terapêutico, derivado do grego therapéuō, o designa como “eu cuido”. Na Grécia Antiga, o thérareutér era alguém que se colocava junto a quem estava sofrendo, compartilhando sua experiência de doença, a fim de compreendê-la e, então, mobilizar seus conhecimentos e seus cuidados, sem saber se realmente conseguiria

² Theological Dictionary of the new testament. Eds. Gerhard Kittel and Gerhard Friedrich, Grand Rapids, Eadmans, 1964-1976, v.3, p.128-132.

curar o doente. Assim, ele interessava-se pela vida total daquela pessoa, ouvindo-a e examinando-a. Enquanto ouvia o paciente, o *thérareutér* inclinava-se sobre ele, o que significava uma reverência, uma posição de respeito com o sofrimento do doente.

Assim, curar pode ser uma das possibilidades diante da pessoa, entretanto, a partir do significado do termo terapêutico, em sua raiz grega, o que se revela como mais importante é a questão do cuidado, que pode trazer conseqüências positivas para ela. E neste cuidado com a outra pessoa, algo que se destaca é o respeito e a disponibilidade para prestar atenção ao que vem dela, para ouvi-la, compreendê-la, o que possibilitará perceber que tipos de cuidado ela necessita e que instrumentos podem auxiliar nisto.

Para Bartz (1996), a qualidade principal do ser terapêutico é a possibilidade de fazer um serviço, trabalhar para ou com alguém, mas no sentido de trabalhar junto com a outra pessoa. Assim, o que é terapêutico é algo extremamente variável e oportuno, possibilitando apropriação de sentido ao outro indivíduo.

A partir das considerações abordadas, destaca-se, então, em ser terapêutico, o estar junto com a outra pessoa, possibilitando que ela encontre novos sentidos diante da situação que a perturba. E é importante perceber que o termo estar junto não se refere apenas a estar fisicamente próximo a alguém ou estar ouvindo essa pessoa por educação, mas sim ao sentido de compartilhar a experiência com ela, tentando compreendê-la e respeitando o que ela está passando, conforme revelado pelo significado do termo terapêutico, em sua raiz grega. É possível verificar que muitas pessoas oferecem este cuidado, ou seja, são terapêuticas em muitas situações. Por outro lado, é importante levar em consideração também que para alguns uma determinada situação ou relação pode ser considerada terapêutica e para outros não, já que o que está presente neste encontro é a subjetividade de cada um.

Apesar de qualquer pessoa poder ser terapêutica, em determinadas situações torna-se necessária a participação de alguém com uma formação adequada, capaz de oferecer o cuidado necessário à pessoa. São, por exemplo, os profissionais da área da saúde, o que inclui os que se especializam em cuidar da parte física (da área médica) e os que procuraram auxiliar os aspectos emocionais da outra pessoa (psicólogos,

psicanalistas). Barros (1999) alerta que quando a questão terapêutica está relacionada à vida emocional, o terapeuta não deve ter um objetivo a ser atingido previamente definido e nem buscar mudanças de comportamento. No caso da situação analítica, é necessária uma neutralidade valorativa, de forma que a pretensão, então, da prática terapêutica psicanalítica é interferir nos fatores que impedem a existência de situações que promovem integração, já que a desintegração prejudica a produção de símbolos e a comunicação entre as instâncias mentais e, portanto, o surgimento de novos significados.

Tal colocação é importante, pois enfatiza o respeito necessário no cuidado com a outra pessoa, quando falamos de um cuidado terapêutico, de forma que é sempre a pessoa que pode escolher caminhos adequados para si e não o outro que está lhe oferecendo cuidados que sabe o que é melhor para ela e, conseqüentemente, lhe impõe o seu saber. Assim, não há um padrão de comportamento a ser alcançado e sim condições internas em que possa ocorrer o enfrentamento das situações da vida.

Volich (2000a) considera que os conhecimentos e as técnicas são essenciais para a realização do cuidado ao paciente, entretanto, a função terapêutica pressupõe, antes de tudo, uma capacidade de entrar em contato com a experiência mais essencial do indivíduo, o desamparo primitivo. E para superar este desamparo, é necessário alguém que realize a função materna, da mesma forma que a mãe cuida do indivíduo, assegurando o que ele necessita, durante o período em que ele não é capaz de assumir a maior parte das funções necessárias à sua sobrevivência.

Durante o cuidar, esta função materna se repete e o cuidador se coloca ao lado do sujeito que sofre, exercendo essa função, ou seja, auxiliando o sujeito perante as situações que este não é capaz de suportar e elaborar em um determinado momento da vida. (Volich, 2000b).

Ampliam-se, então, as questões já abordadas, surgindo a necessidade, em quem vai desempenhar a função terapêutica, de uma capacidade para receber o que vem do outro e ajudá-lo a elaborar tais questões. É necessária uma disponibilidade interna para se deparar com dores primevas, presentes em todos, inclusive em quem desempenha a função terapêutica, oferecendo uma continência a estas dores e a

possibilidade de elaborá-las e de encontrar formas mais satisfatórias de vivenciá-las. E neste sentido, o terapeuta precisará realizar a função materna.

Também, segundo Safra (1995), a função do trabalho psicanalítico é auxiliar o paciente a elaborar os conflitos intrapsíquicos, fornecendo-lhe as funções que o meio ambiente não lhe proporcionou durante seu desenvolvimento. Isto significa permitir que o paciente realize as regressões necessárias para uma posterior elaboração. É fundamental que o analista funcione como um objeto que supra as funções necessárias para que o amadurecimento psíquico do paciente possa ser retomado, ou seja, para que sejam resgatados aspectos do próprio eu que não puderam ser integrados e vivenciados de forma positiva. Assim, novamente aparece a necessidade de realização de uma função materna adequada.

Realizando tal função, de acordo com o autor, apresentam-se dinamismos na relação analista-paciente que parecem ser terapêuticos, ou seja, são capazes de favorecer o aparecimento de uma condição que ajuda o paciente a ter uma experiência simbolizadora, proporcionando mudança em sua visão do mundo e de si mesmo. E algumas das necessidades que o objeto (o analista) precisa satisfazer, quando realiza a “função materna”, a fim de possibilitar o desenvolvimento psíquico, conforme descrito por Safra (1995), são:

- 1- Continência, que se refere à necessidade de encontrar um continente para as vivências psíquicas;
- 2- Holding, que se refere à forma como a mãe segura o bebê e cuja falta leva à vivência de ansiedades terríveis, tais como ser feito em pedaços, cair sempre, morrer. Por outro lado, se a sustentação é encontrada, esses sentimentos angustiantes podem ser transformados em experiências positivas. O holding parece estar ligado à integração do eu e ao início de sua discriminação do meio ambiente. Na clínica, o setting e a atitude não intrusiva do analista representam a função de sustentação.
- 3- Manipulação, que se refere a uma unidade entre a pessoa que cuida do bebê e o bebê. Tal processo possibilita a personalização e relaciona-se à boa

coordenação, ao tônus muscular satisfatório e ao uso da pele como continente de uma personalidade psicossomática.

- 4- Especular, em que a mãe reflete em seu rosto o que sente e vê sobre seu bebê, o que possibilita que este se veja no olhar materno e estabeleça uma imagem do próprio eu. Isto permitirá à criança integrar-se em uma imagem que a represente e levará a valorização narcísica pela imagem do outro. O papel de espelho da mãe permeia todo o processo de amadurecimento do bebê.
- 5- Apresentação de Objeto, em que a mãe fornece ao bebê o objeto necessitado, o que possibilita que o bebê “crie” o que estava ali para ser encontrado e acredite na existência de uma relação viva entre a realidade interna e externa, o que é a base da criatividade. Com a evolução psíquica do bebê, o objeto gradativamente é colocado fora da área de seu controle onipotente, o que possibilita a discriminação eu e não-eu e que o objeto possua características próprias e reais. Quando o objeto é criado, as interdições, descritas a seguir, poderão ser “suportadas”.
- 6- Interdições, que se relacionam à necessidade da criança de encontrar um objeto que interdite a satisfação compulsiva da pulsão pré-genital e que a ajude a dar novo destino a essa pulsão, voltando-a para as trocas afetivas com a outra pessoa e com o mundo à sua volta. São elas: interdição da pulsão oral, ou seja, o desmame; das pulsões anais, ou seja, o controle dos insfincters; e a interdição edípica, ou seja, encontrar nos pais a valorização narcísica de seu sexo e sedução dos pais, com conseqüente interdição do incesto.

O analista auxiliará, então, a prover as condições necessárias para a continuidade do amadurecimento, condições estas que não foram oferecidas pelo ambiente anteriormente. Isto possibilita ao paciente a presença de sua criatividade e a integração de aspectos de seu eu que não puderam ser integrados anteriormente. Assim, o analista suficientemente bom precisa estar atento para não repetir formas de relações objetais que produziram estados psíquicos que não puderam ser elaborados pelo paciente (Safra, 1995).

Tais colocações embasam-se nas concepções de Winnicott sobre a importância da mãe suficientemente boa no desenvolvimento do bebê, em que esta é capaz de adaptar-se às necessidades dele, suprindo-as e fornecendo a ele a experiência da ilusão e onipotência³, ou seja, no momento em que ele sente fome, o seio aparece e o bebê o entende como criação dele. Esta adequação do ambiente às necessidades do bebê possibilita um continuar a ser, o que permitirá ao bebê começar a existir, iniciar sua integração enquanto indivíduo, seu desenvolvimento emocional, possibilitando a presença de espontaneidade e criatividade. Também fará parte da função materna a gradual falha de sua adaptação ao bebê, de acordo com a crescente capacidade deste para suportá-la.

Entretanto, quando o ambiente não consegue ser adequado ao desenvolvimento do bebê, há um excesso de reações às intrusões, que perturba a continuidade de ser necessária ao bebê, o que pode levá-lo a organizar-se patologicamente. O trabalho psicanalítico seria, portanto, permitir a regressão do paciente, possibilitando que as condições necessárias à continuidade de ser sejam agora oferecidas e que o desenvolvimento psíquico não realizado, possa ocorrer.

Tais considerações colocam em destaque o profissional que fornece o cuidado, de forma que, para o efetivo desempenho da função terapêutica, torna-se necessária nele a presença de conhecimentos teóricos sobre o desenvolvimento do ser humano, de uma atitude de respeito e de interesse por conhecer, compreender o que há de singular em quem está diante dele, além de uma disponibilidade psíquica para receber o que vem da outra pessoa e cumprir um papel de analista suficientemente bom, o que inclui ter a consciência de que seu papel não é encontrar soluções para os problemas e dores dela e, sim, auxiliá-la a desenvolver-se psiquicamente e encontrar seus próprios caminhos.

Ainda tentando compreender aspectos necessários a quem oferece o cuidado, Volich (2000a) considera um elemento essencial, para que a pessoa que recebe os cuidados responda ao gesto do cuidar, a presença do desejo de vida e de desenvolvimento do outro na pessoa que desempenha o cuidar. Para o autor, o

³ Para Winnicott (1963b), o termo onipotência se refere a mais do que controle mágico, incluindo o aspecto criativo da experiência.

contato com a experiência individual de cada participante da relação terapêutica é o principal fomentador dos processos de desenvolvimento, enquanto toda exclusão das manifestações subjetivas do paciente, empobrece e distorce a experiência estabelecida entre eles (Volich, 2000b).

No caso do trabalho em um CAPS, pode-se considerar que a qualidade da relação entre os profissionais e os pacientes é um fator importante no processo de tratamento. É que a disponibilidade dos profissionais em realizar encontros autênticos com os pacientes, em estar receptivo ao que vem deles, ao encontro com seus aspectos psíquicos, além do interesse para que eles se desenvolvam e tenham uma vida melhor, são aspectos fundamentais para que esta relação se estabeleça de modo positivo e para que haja o desenvolvimento de um trabalho terapêutico.

Isto coloca em evidência a importância do papel do profissional que trabalha com saúde mental, cuja atuação deve abranger desde uma escuta livre de preconceitos, o que possibilita compreender o indivíduo que está diante dele, até a entrega, em uma determinada medida, de sua própria pessoa, utilizando-a como um dos instrumentos terapêuticos de trabalho. Isto exige uma formação constante, a fim de proporcionar um enriquecimento profissional, além da análise pessoal, em que há um cuidado com os aspectos pessoais desse profissional.

Fica evidente, neste capítulo, a complexidade dos vários aspectos presentes em uma relação terapêutica, de forma que o que se apresenta é uma colaboração de vários fatores que, dependendo da forma como se articulam, possibilitam (ou não) o surgimento de novos sentidos para os envolvidos neste encontro. Isto significa que a compreensão desses fatores, separados ou articulados entre si, como terapêuticos dependerá da forma como cada um os interpreta, o que é influenciado por sua história, suas experiências de vida.

Apesar destas variações, alguns aspectos comuns destacam-se nas contribuições teóricas descritas aqui, revelando-se fundamentais para o estabelecimento de uma relação terapêutica: a importância das condições de respeito, de interesse e atenção no cuidado oferecido à outra pessoa. Trata-se do estabelecimento de um encontro, em que quem oferece o cuidado revela-se

disponível para receber o que vem da outra pessoa, sem pré-concepções, sem a intenção de impor algo a ela. A intenção é simplesmente estar com ela durante a vivência de suas experiências, procurando perceber suas necessidades e oferecer um cuidado a elas, sem a certeza ou um saber a priori que vá “curá-la”. E esta postura pode ser enriquecida por uma formação profissional adequada que possibilite, a quem oferece o auxílio, uma ampliação dos recursos para a realização de um cuidado adequado.

Em relação ao cuidado necessário às pessoas que se tratam em um CAPS, não se trata de encontrar soluções, caminhos e impô-los a elas, mas sim funcionar como alguém que facilita, que auxilia o movimento psíquico do indivíduo, permitindo integrações que o ajudem a construir seus próprios caminhos.

Nesse sentido, pode-se considerar que as concepções teóricas da Reforma Psiquiátrica partem justamente da preocupação em oferecer um cuidado terapêutico, no sentido de sua raiz grega, em que o ser humano possa ser respeitado com suas peculiaridades. Dessa forma, suas características e sofrimento não são entendidos como algo a ser eliminado, desvalorizado, mas sim como uma forma diferente de existir, de viver, que precisa de atenção, de cuidados, de condições facilitadoras para seu processo de amadurecimento.

4. O PAPEL DE ESPELHO DA MÃE

O capítulo anterior revelou a importância da presença de determinados aspectos para que uma relação possa ser terapêutica. Um destes aspectos se refere ao papel de espelho, que perpassa os encontros entre as pessoas e, dependendo da forma como se estabelece, pode ser terapêutico ou não para quem o vivencia. Winnicott procura compreender com maior profundidade os aspectos relacionados ao papel de espelho da mãe para o amadurecimento do bebê, dentro do processo de constituição do ser humano.

4.1. AS CONCEPÇÕES DE WINNICOTT

4.1.1. O Amadurecimento emocional da personalidade

De acordo com Winnicott, o processo de maturação do bebê depende fundamentalmente da tendência inata do bebê ao amadurecimento e da existência contínua de um ambiente facilitador. O bebê possui uma tendência inata à integração em uma unidade e o ambiente, quando suficientemente bom, permite e facilita

gradativamente o amadurecimento emocional, à medida que ocorre integração e acúmulo de experiências de satisfação de suas necessidades.

As condições ambientais suficientemente boas, em que uma “continuidade de ser” é protegida, permitirão ao bebê chegar à integração, que implica no reconhecimento da existência separada do não-eu e do eu, e então ao sentimento de existir, em que o bebê tem o sentimento de ser real e habitar em um mundo real (Dias, 1994). O ambiente facilitador refere-se à adaptação ativa da mãe (ou seu substituto) às necessidades do bebê, através de sua identificação com ele, o que possibilita a percepção e satisfação das necessidades do bebê e não de suas próprias necessidades. Isto exige o apoio do pai e do ambiente social próximo.

A mãe suficientemente boa é uma mãe real, presente e adaptada espontaneamente às necessidades de seu bebê. Ela não é nem boa, nem má, é real. Seu saber está relacionado à sua capacidade de identificar-se com o bebê a partir de sua própria experiência de ter sido cuidada, facilitando o processo de amadurecimento do bebê. Trata-se, portanto, de um saber que não é aprendido em livros, já que seu principal atributo é justamente a presença da personalidade e da espontaneidade da mãe. O que o bebê necessita, portanto, “é da preocupação e dos cuidados efetivos de uma mãe real, que continua sendo consistentemente ela mesma, falível porque humana, mas confiável exatamente por ser falível” (Dias, 2003, p.133).

Inicialmente, o bebê tem dependência absoluta em relação à mãe, existindo uma indiferenciação entre si e o mundo externo. Tal separação entre o eu e o não eu gradativamente irá ocorrendo e seu ritmo dependerá do bebê e do meio ambiente. O amadurecimento parte de uma dependência absoluta do bebê, e, se tudo correr bem, passa por uma dependência relativa e chega às etapas de rumo à independência, até chegar a independência relativa. É importante destacar, entretanto, que as conquistas essenciais do amadurecimento ocorrem na etapa mais primitiva da vida, quando o bebê vive uma dependência absoluta e depois relativa dos cuidados maternos.

Nesta etapa estão sendo constituídas as bases fundamentais da existência, da personalidade e saúde psíquica. Isto se dá por meio da resolução de três tarefas: a

integração no tempo e espaço (integração), o alojamento gradual da psique no corpo (personalização) e o início das relações objetais, ou seja, do contato com a realidade (realização). Ao mesmo tempo que isto ocorre, o si-mesmo começa a se constituir pela contínua repetição de experiências de integração, de forma que o bebê se dirige para a integração em uma unidade (Dias, 2003).

Winnicott (1967) considera que a função ambiental envolve determinados cuidados necessários ao bebê, para que este possa realizar com sucesso suas tarefas: à integração no espaço e no tempo corresponde o segurar ou sustentar (holding); ao alojamento da psique no corpo corresponde o manejar (handling) e ao contato com os objetos corresponde a apresentação de objetos. Se estes cuidados forem suficientemente adequados possibilitarão uma maturação do bebê.

Deve-se salientar que o processo de amadurecimento emocional não é linear, o que significa que, em alguma medida, os estágios se superpõem parcialmente, apesar de a resolução das tarefas de cada estágio dependerem do sucesso na resolução de tarefas de estágios anteriores; e que amadurecimento não é sinônimo de progresso para Winnicott, ou seja, o amadurecimento inclui a possibilidade de regredir quando a vida exige descanso, em momentos de sobrecarga e tensão ou para retomar pontos perdidos. Além disso, nenhuma conquista é garantida, podendo ser perdida e outra vez alcançada.

Inicialmente, o bebê não apresenta um eu constituído, ao contrário há um estado de não integração. Assim, o bebê não é ainda uma unidade, pois os vários aspectos a serem integrados, ainda encontram-se desconectados, reunidos pelo suporte do ambiente. O cuidado adequado permite que pequenas experiências de integração ocorram e que o bebê, para descansar, volte ao estado não-integrado. Aos poucos, o estado de integração torna-se mais estável e consistente, de forma que a partir dessas integrações iniciais, a falha no cuidado leva à desintegração, ao invés de um retorno à não-integração. (Winnicott, 1990)

Quando há uma boa maternagem, o contato com o bebê é feito a partir do gesto espontâneo dele, o que permite que sua existência seja sentida como real. A fonte deste gesto é o si-mesmo verdadeiro e o surgimento deste gesto indica a

existência de um si-mesmo verdadeiro em potencial (Winnicott, 1960b). O acúmulo de experiências pessoais começa a integrar-se na personalidade do bebê.

Quando a mãe responde de forma adaptativa ao gesto espontâneo do bebê, ele pode viver a experiência de criar aquilo que encontra. Por exemplo, o bebê sente uma tensão e cria-se uma expectativa, de maneira que o bebê encontra-se pronto para encontrar algo, mas sem saber o que. Mais ou menos neste momento, a mãe oferece o seio, o que torna possível para o bebê ter a ilusão de que o seio e o que ele significa foram criados pelo impulso originado na necessidade, ou seja, como resultados de seu próprio gesto. Forma-se, para o bebê, a ilusão de que é ele quem cria o mundo de que necessita (Winnicott, 1990). A mãe, por manter o ambiente constante, regular, simples, monótono, previsível e por permitir que o bebê crie o objeto que encontra, possibilita que ele possa viver, durante o tempo necessário, em um mundo subjetivo, que possa viver a experiência legítima da ilusão de onipotência, que é a base da capacidade de acreditar em algo.

É importante destacar que o conjunto dos cuidados maternos constitui o ambiente total do bebê. Seu mundo, neste momento, é um mundo subjetivo, que deve ser previsível e confiável, já que algo inesperado, que surpreende o bebê, interrompe a continuidade de ser. Esta confiabilidade, por parte da mãe, significa que esta deve manter regulares, constantes e consistentes a si mesma e ao ambiente. Com o tempo, pela repetição das experiências que envolvem permanência, consistência, o bebê começa a ser capaz de reconhecer coisas e prever acontecimentos, ou seja, começa a se acumular nele um “conhecimento” não mental, anterior à consciência perceptiva do mundo externo, baseado na familiaridade.

Para que o mundo subjetivo se mantenha vivo, é necessário que alguém apresente continuamente ao bebê amostras do mundo de forma adequada à sua capacidade maturacional do momento, o que lhe permite continuar a criar os objetos de que necessita, vivenciando a experiência de um controle total sobre os objetos. Se a ilusão é bem instalada, gradualmente o mundo será compreendido como algo anterior ao indivíduo, mas o sentimento de que ele foi criado pessoalmente não desaparece. Entretanto, se algo fora do âmbito da onipotência do bebê ocorre antes que ele esteja preparado para isso, há uma intrusão.

O encontro com o objeto subjetivo possibilita “uma experiência de *identificação primária* com o objeto, ou seja, *o bebê torna-se o objeto* (...). Isto constitui uma experiência de *ser* que tem um novo sentido para além daquele da continuidade de ser: *o de ser como identidade*” (Dias, 2003, p.218, grifos da autora). A experiência de ser é a mais importante de todas as experiências, sendo a base para todas as outras, inclusive as posteriores experiências de identificação. É esse sentido de ser que permite ao bebê sentir-se real e integrado em uma identidade incipiente, que é o si-mesmo primário. Assim, ao mesmo tempo que o bebê cria o objeto, ele cria a si mesmo, como identidade, tornando-se, nesta experiência de identificação primária, o próprio objeto.

É necessário proteger a continuidade de ser do bebê, impedindo o surgimento imprevisível, inesperado, de um tipo de realidade (externa do ponto de vista do observador) que é incompreensível para o bebê neste momento. O surgimento da realidade externa deve ocorrer mais tarde, a partir do amadurecimento do bebê, no momento em que ele alcança a capacidade de relacionar-se com esta realidade, sem que ela represente uma ameaça para o si-mesmo pessoal. A totalidade dos cuidados maternos, portanto, possibilita ao bebê viver em um mundo subjetivo, em que ele se encontra protegido da invasão de qualquer amostra da realidade externa.

E é justamente a adaptação da mãe às necessidades do bebê, à medida que se identifica com ele, que possibilita que o ego do bebê ganhe força, através da complementação, por parte dela, das experiências de onipotência. Há espaço, então, para o desenvolvimento do verdadeiro si-mesmo (Mac Fadden, 2000). Cada período de vida em que o si-mesmo verdadeiro não foi seriamente interrompido possibilita o fortalecimento do sentimento de ser real (Winnicott, 1960b).

Por outro lado, quando o bebê faz o gesto e a mãe se encontra ausente, distraída, voltada para si, o gesto ficará parado no vazio, à espera de algo que não ocorre. Neste momento, há uma quebra na continuidade de ser. Além disso, quando a mãe age segundo a sua própria necessidade ou ansiedade, ao invés de segundo as necessidades do bebê, há uma intrusão e o bebê reage à invasão, o que também quebra a continuidade de ser do bebê.

É evidente que não se pode pensar em um indivíduo que não tenha sofrido falhas ambientais, já que a adaptação da mãe, sendo humana, também inclui falhas. Entretanto, a falha traumática não é, em geral, um trauma isolado, mas um padrão de falhas, o que está quase sempre relacionado a um estado psicopatológico da mãe, que impede qualquer comunicação efetiva desta com o bebê. Nestes casos, a mãe, muitas vezes, não percebe o que a criança sente e não corrige a falha, que se repete e acaba por tornar-se um padrão. A mãe que não consegue adaptar-se às necessidades do bebê altera, seguidamente, o clima emocional e as condições ambientais concretas do bebê, impedindo que ele construa a familiaridade e o sentimento de segurança necessários. Já quando as falhas ocorrem ocasionalmente, sem se constituir um padrão, e a mãe está atenta com seu bebê, ela se dá conta das falhas, que podem ser corrigidas e compensadas, através do fornecimento, por um certo tempo, de cuidados mais intensos (Dias, 1998).

É importante enfatizar que quando o movimento parte do bebê, o contato com o ambiente se constitui uma experiência para o indivíduo, enquanto quando o meio repetidamente tem a iniciativa no contato, ao invés das experiências, inicia-se uma série de reações a invasões, interrompendo o ser. Enquanto no primeiro caso, as experiências parecem fazer parte da vida e, portanto, são reais, no segundo caso, a reação à intrusão subtrai algo da sensação de um viver verdadeiro, que é recuperado apenas através do retorno ao isolamento. (Winnicott, 1990)

De acordo com Winnicott (1960a), o si-mesmo verdadeiro pode ser entendido como o potencial herdado que está experimentando a continuidade de ser, o que possibilita o alcance gradual de uma realidade psíquica pessoal e o esquema corporal pessoal. Há, na saúde, um isolamento deste e, neste estágio precoce, ameaças a este isolamento provocam ansiedades mais intensas, o que leva a uma busca de defesas para evitar intrusões que podem perturbar este isolamento. Quando estas intrusões são superiores ao que o bebê pode tolerar, reforça-se o ocultamento do si-mesmo verdadeiro, sendo a melhor defesa para isto a organização de um si-mesmo falso.

Nestes casos, a mãe não é capaz de manter a ilusão de onipotência do bebê, falhando repetidamente em satisfazer o seu gesto. Ela, ao contrário, substitui o gesto do bebê por seu próprio gesto, ao qual o bebê acaba por submeter-se. Esta submissão

é o estágio inicial do si-mesmo falso. O bebê, então, constrói um conjunto de relacionamentos falsos, através da imitação, podendo chegar até a uma aparência de ser real. Com seu crescimento, vai se tornando exatamente como a mãe, a tia, a avó, o irmão, ou quem domine o cenário no momento (Winnicott, 1960b). Formam-se então dois tipos de relacionamento: um relacionamento secreto e silencioso com um mundo interno pessoal e íntimo de fenômenos subjetivos, em que predomina a espontaneidade; e um relacionamento baseado no si-mesmo falso, em que predomina a submissão (Winnicott, 1990).

Considerando tais questões, é fundamental, durante o processo de amadurecimento, que a mãe sustente o bebê nos estados de não integração, ao qual ele retorna pelo tempo necessário, e aguarde seu gesto. E quando o bebê faz um gesto, ela deve lhe apresentar um fragmento do mundo ou um manejo que lhe confirme que o mundo continua presente e vivo (Dias, 2003). Conforme a integração vai se tornando mais consistente, a regressão a não integração deixa de ser possível e estabelece-se a ameaça de desintegração. Se o ambiente fracassa, essa ameaça torna-se permanente.

Posteriormente, quando tudo corre bem, com a crescente capacitação do bebê em tolerar as situações de frustração, devido ao seu amadurecimento mental, a adaptação ativa da mãe às suas necessidades deve diminuir. Isto é fundamental para o amadurecimento do bebê, pois essa desadaptação gradual ajuda o bebê a separar-se da mãe, rompendo com a unidade indiferenciada mãe-bebê, o que o levará à integração em um eu unitário e separado, capaz de estabelecer relações com o não-eu ou o mundo externo. Inicia-se uma dependência relativa, estando o bebê no caminho para a independência. Por outro lado, se a mãe não for capaz de abdicar da adaptação absoluta, isto pode gerar sérias dificuldades para a criança, já que lhe restam duas alternativas: ficar em um estado de permanente regressão, fundida à mãe ou rejeitar a mãe (Winnicott, 1960a).

A desadaptação da mãe propicia o processo de desilusão do bebê, mas esta só pode ocorrer, de forma que leve ao amadurecimento, quando ocorre sobre uma ilusão bem estabelecida. Isso porque o bebê não deixará para trás a ilusão básica, mas sim a ilusão de onipotência. Ou seja, conforme já descrito, ele perceberá que o mundo

sempre existiu, que não foi ele que o criou, mas manterá o sentimento de que o mundo foi criado pessoalmente e que pode continuar a ser criado, retendo, portanto, a capacidade para a ilusão e exercendo sua criatividade. O contato com a realidade depende da criatividade, pois sem ela nenhuma realidade pode ser alcançada ou ter significado.

As falhas maternas impulsionam o uso da mente, pois é através de uma incipiente compreensão intelectual que elas podem se tornar toleráveis e até previsíveis. Entretanto, ao mesmo tempo que o processo de separação vai ocorrendo gradualmente, é fundamental que o ambiente mantenha-se confiável, o que consiste em que sempre exista a possibilidade de retorno a estágios anteriores, de regressão à dependência, uma necessidade que perdura para sempre.

Após ter vivido tempo suficiente no mundo subjetivo, o bebê passa para uma forma intermediária de realidade, o espaço potencial, em que está presente a transicionalidade. Esta forma de realidade encontra-se entre o subjetivo e o objetivo. Em seguida, ele caminha na direção de constituir um eu, como identidade integrada e separada do não eu, o que permite que ele comece a perceber objetivamente o mundo externo.

Conforme já explicitado, é fundamental que a mãe apresente o mundo de tal forma que o bebê não saiba que encontrou um objeto. Ao contrário, para o bebê o objeto foi criado por ele. Isto permite a presença da criatividade e não da submissão. Quando chegar o momento em que o bebê se dirigir para uma existência separada, seu desafio será o de se relacionar com a objetividade do mundo externo, sem perder sua espontaneidade pessoal e criatividade. Os fenômenos transicionais aparecem no meio desse processo, como uma passagem facilitadora.

Com o objeto transicional, algumas características da realidade externa começam a introduzir-se na experiência, pois o objeto transicional se adapta, mas não de modo absoluto. Inicialmente, os objetos transicionais exercem a função de amparo, por substituírem a mãe que se desadapta e desilude o bebê. Começa a se estabelecer, portanto, uma mudança na natureza da relação objetal, dentro do processo de amadurecimento. Mais tarde, esta terceira área, o espaço potencial, ficará

disponível para a criação e o exercício da capacidade de simbolizar e brincar, ampliando-se posteriormente para a arte e a cultura em geral. É fundamental, entretanto, neste processo, que a mãe permaneça sustentando a continuidade do processo (Dias, 2003).

Entretanto, para que o objeto transicional mantenha-se vivo e significativo é necessária uma manutenção ativa, por parte do ambiente, da vivacidade do mundo subjetivo do bebê. Se isto não ocorre, o objeto transicional perde o significado ou torna-se persecutório, o que leva à descrença e desesperança quanto à capacidade de relacionar-se com objetos. Como única possibilidade diante disto, surge a cisão da personalidade, em que uma parte se relaciona com o mundo subjetivo e a outra reage, submete-se ao mundo objetivo. E quando as pontes entre o subjetivo e objetivo são destruídas ou nunca foram construídas, a criança não pode funcionar como um ser humano total. (Dias, 1998)

Quando os objetos começam a ser percebidos como externos, fora do controle onipotente, o bebê pode começar a desenvolver a capacidade de usar objetos. Neste processo há uma destruição do objeto, o que significa que o caráter subjetivo do objeto está sendo destruído. Isso permite, então, a colocação do objeto fora da área de seu controle onipotente. Com isto, o indivíduo está criando um novo sentido de realidade. Entretanto, esta experiência de destruição depende da sobrevivência do objeto, o que significa não haver retaliação, mudança de atitude, permanecer confiavelmente o mesmo. Com a sobrevivência, o impulso de destruição se transforma na capacidade de usar o objeto que sobreviveu (Dias, 2003).

Ao mesmo tempo, vai se estabelecendo a conquista de um eu integrado, estando reunidos nele o verdadeiro e o falso si-mesmos. A integração, contudo, jamais é um estado garantido ou um fim, ao contrário, ela possibilita um novo começo, em que o estado integrado, o sentimento de ser real, de existir como identidade se apresentam como uma posição a partir da qual a vida pode ser vivida. E, não importa o grau de objetividade que o indivíduo alcançou, “o mundo subjetivo continua a ser a fonte de riqueza pessoal e de singularidade inalienável” (Dias, 2003, p.258). É importante que seja possível um trânsito entre os vários sentidos de realidade, de modo que o adulto maduro é capaz de objetividade, faz concessões à

sociedade através de seu falso si-mesmo, mas ao mesmo tempo mantém sua ligação consigo mesmo, sua espontaneidade e criatividade.

4.1.2. O Papel de Espelho

Nas etapas iniciais do processo de amadurecimento emocional, a amamentação é uma situação privilegiada em que, quando tudo corre bem, iniciam-se os primórdios da relação com a realidade externa, da qual a mãe é a representante. Neste momento, a qualidade do contato é fundamental. Para Winnicott (1967), enquanto o bebê está amamentando, ele começa a olhar à sua volta e estabelece sua primeira relação⁴, olhando para o rosto de sua mãe. Entretanto, normalmente o que ele vê não é o rosto da mãe e sim ele mesmo. Isto porque a mãe, quando está olhando para o bebê, reflete algo que se acha relacionado com o que ela vê no bebê. É a autenticidade dos sentimentos da mãe, em relação ao seu bebê, que possibilita que ela reflita o que vê nele.

Assim, no olhar da mãe transparece sua própria visão do bebê e da satisfação ali contida. “Ser visto pelo olhar da mãe é uma das bases fundamentais do sentimento de existir” (Dias, 2003, p.224). Reconhecido pelo olhar da mãe, o potencial inato do bebê pode desenvolver-se em uma existência individual, o si-mesmo do bebê pode constituir-se. O olhar da mãe atesta a existência do bebê como um potencial de autonomia e espontaneidade.

De acordo com Dias (2003), a reunião das partes do bebê, sua coesão psicossomática, depende da participação ativa da mãe, ou de outra pessoa, que segure o bebê e cuide dele, reunindo-o nos braços e no olhar. A mãe se dirige à pessoa total

⁴ É importante salientar que o termo relação só pode ser usado, neste momento, a partir do referencial do observador, já que para o bebê ainda não existe a separação eu e não eu, de forma que não existe objeto e, conseqüentemente, relação. Neste momento, a mãe é sentida como parte do lactente, como objeto subjetivo. Segundo Winnicott (1960a, p.40), “o lactente e o cuidado materno juntos formam uma unidade”.

do bebê, que ele ainda não é, mas virá a ser, ou seja, ela reúne o bebê não só em seus braços, mas em sua concepção de bebê como ser humano total.

Segundo Winnicott (1967), em alguns casos, porém, a mãe não consegue funcionar como um espelho e reflete o próprio humor e/ou a rigidez de suas defesas, de forma que o bebê, quando a olha, não vê a si mesmo. Isto pode levar a um atrofiamento de sua capacidade criativa, além da busca por outros meios de receber do ambiente algo de si. Além disso, se quando o bebê olha, o que ele vê é o rosto da mãe, ou seja, a face da mãe não é um espelho, começa a haver uma mudança, em vez de apercepção (em que está presente um olhar criativo, próprio do mundo subjetivo) há percepção. Ou seja, em vez de um começo de troca significativa com o mundo, em que há mão dupla, predomina a percepção e alguns bebês começam a estudar o rosto da mãe, tentando prever seu humor. Assim, o bebê passa a reagir, examinando o rosto da mãe continuamente, na tentativa de prever o que há nele, a fim de se adaptar. E sua expressão espontânea começa a ser deixada de lado. Em casos mais graves, em que há um direcionamento para a patologia, o bebê começa a retirar seu olhar da mãe, exceto para perceber o humor dela e prever se pode ser espontâneo ou não.

Nos casos em que há saúde, a capacidade de olhar criativamente o mundo (relacionada a apercepção) não desaparece, mesmo diante do relacionamento com o mundo dos objetos percebidos objetivamente. Nestes casos, o olhar nunca será inteiramente submetido, como ocorre com a percepção, aos contornos objetivos da realidade externa. Entretanto, se a mãe não reflete o bebê, e ele vê o rosto da mãe, então um dado da realidade externa viola a experiência de onipotência do bebê (Dias, 2003).

Nestes casos, a mãe não consegue realizar uma maternagem suficientemente boa, sendo incapaz de se identificar com o bebê e refletir o que vê nele. Falha em satisfazer o gesto espontâneo dele, substituindo-o por seu próprio gesto, humor ou rigidez de defesas. Com isso, o bebê não poderá formar o objeto subjetivo.

Isto leva o bebê à submissão, que é a base do falso si-mesmo, em que o bebê procura adequar-se às exigências do meio e constrói falsos relacionamentos,

utilizando-se principalmente da imitação, da identificação e da introjeção, sem a presença de espontaneidade e criatividade. Tais pessoas “Submetem-se, então, para terem um roteiro, ao que eles recortam como expectativas do ambiente externo e deslançam suas *performances* para garantir a sobrevivência da casca, a partir da qual apresentam-se a si mesmos e aos outros” (Dias, 1994, p.73, grifo da autora). E o verdadeiro si-mesmo permanece isolado e protegido, até que encontre uma situação em que possa manifestar-se e desenvolver-se.

Assim, quando o papel de espelho materno falha, ou seja, a mãe não reflete o bebê, mantendo um olhar vazio, parado, que não o remete a si mesmo, que não o reconhece em si mesmo, a percepção torna-se uma defesa, formando-se uma existência que é puramente reativa. Há uma quebra na continuidade de ser.

4.1.3. O trabalho terapêutico

Para que o indivíduo chegue a sentir-se vivo, se aproprie de suas potencialidades, todos os estados de ser (tendências da personalidade; fatos da vida, como o nascimento; a continuidade de ser, os estados de quietude e excitação, as agonias impensáveis, entre outros) precisam ser experienciados. Se isto não ocorre, os estados não experienciados permanecem não integrados na personalidade.

Além disso, quando há fracasso na conquista em uma etapa do amadurecimento, há uma interrupção do processo de amadurecimento pessoal. Tudo que se constrói a partir daí encontra-se distorcido na raiz, adquire caráter defensivo e não tem valor pessoal para aquele indivíduo. Estabelece-se um distúrbio emocional, a partir desse insucesso na resolução da etapa, estando o distúrbio relacionado com este ponto do amadurecimento (Dias, 2003).

Saúde, para Winnicott (1963c), é maturidade emocional, de acordo com a idade, enquanto a patologia está relacionada a uma detenção do processo maturacional, de forma que o distúrbio mental é na verdade uma conciliação entre a

imaturidade do indivíduo e as reações sociais reais, que podem ser apoiadoras ou retaliadoras. Entretanto, a tendência no sentido do amadurecimento persiste, de forma que ao se proporcionar um ambiente facilitador para esta pessoa, pode-se criar condições para que o processo de amadurecimento volte a ocorrer, na medida do possível.

A neurose, para Winnicott (1963c) é o termo que descreve as pessoas que adoecem no estágio de experimentar relacionamentos entre três pessoas totais, no complexo de Édipo. Os conflitos que se apresentam neste período levam a medidas defensivas, que, se organizadas com rigidez, configuram a neurose. Tratam-se de conflitos internos, ou seja, dentro de um si-mesmo integrado, personalizado e relacionado com objetos. Neste estágio, já há repressão e inconsciente reprimido, o qual guarda o que é intolerável e está além da capacidade do indivíduo absorver como parte de sua experiência pessoal e de seu eu. No tratamento pela psicanálise, busca-se a redução da quantidade de repressão, de forma que os relacionamentos interpessoais possam ter uma expressão e experiência mais plena.

Vale a pena destacar, portanto, que o alcance do estado integrado e da separação em relação à mãe, possibilitado pelo atravessamento satisfatório das etapas iniciais, é uma passagem fundamental, que permite que se alcance o patamar da neurose. De acordo com Dias,

Nas neuroses, o engate na vida não está posto em questão. O *não* que concerne às neuroses é um não que se dá no *interior* da vida, sendo parte da história do indivíduo. Nas psicoses, o *não* nega a própria possibilidade de ser; não faz parte, portanto, de uma história, porque esta só se constitui com base no ser. (2003, p.153, grifos da autora)

Assim, a saúde pode ser entendida como uma superação do “não ser” – negatividade que atravessa permanentemente a integração – e um apropriar-se do “ser”, o qual corre-se sempre o risco de perder. Já a psicose ocorre se a tendência à integração não puder seguir seu curso, devido a um fracasso da provisão ambiental. Nos psicóticos há justamente um extravio em algum ponto do caminho do

amadurecimento inicial desta pessoa, de forma que não foi alcançado o final destes estágios iniciais, descritos aqui. Pode-se dizer que há uma equiparação entre as dificuldades vivenciadas pelos bebês e pelos psicóticos, estando elas relacionadas à constituição do si-mesmo como identidade unitária e ao contato com a realidade. Os psicóticos não puderam alcançar a identidade unitária, que implica a separação entre o eu e o não eu (Dias, 2003).

Juntamente com a ausência da experiência de ser na psicose, apresenta-se uma organização defensiva, apoiada no fazer, para substituí-la. Isso porque as intrusões do ambiente, que rompem a continuidade de ser, exacerbam a cisão entre espontaneidade e reatividade ou submissão. Quando este é o padrão do ambiente, o bebê forma uma identidade falsa, artificial, construída defensivamente, visando proteger o si-mesmo verdadeiro e espontâneo. Ele é isolado para não ser traumatizado. Entretanto, quando isso ocorre, há uma privação de oportunidades de experiências reais e o si-mesmo não pode tornar-se uma realidade viva. Sem o ser, a identidade falsa tem que fazer algo, buscando inutilmente encontrar o ser através do fazer.

Assim, nos estágios iniciais, em algum ponto o bebê foi obrigado a reagir a uma intrusão e em seguida ele recorreu a uma organização de defesas para evitar a repetição do colapso da integração, o aniquilamento. Essa defesa consiste

na interrupção do processo de amadurecimento através de uma cisão (splitting) que opera o isolamento do si-mesmo, ou do que resta dele, para que nunca mais volte a ser ferido. Ao invés de prosseguir integrando os vários aspectos do ser, em contato com as experiências da vida, ocorre a cisão que torna o si-mesmo inacessível enquanto a outra parte fica aprisionada na tarefa de manter a defesa armada e impedir a repetição da experiência traumática. (Dias, 1998, p.292)

A psicose, portanto, não é o colapso em si mesmo, mas sim uma organização defensiva contra o retorno da agonia impensável, em que há uma cisão entre o verdadeiro e o falso si-mesmos, de forma que enquanto a raiz do verdadeiro si-mesmo, dotado de espontaneidade, mantém-se relacionada onipotentemente ao

mundo subjetivo, comunicável, o falso si-mesmo, submisso, relaciona-se com a realidade externa. Ou seja, formam-se dois tipos de relação objetal, desconectados um do outro, em graus variados.

Entre a psicose e a neurose, outros distúrbios psíquicos apresentam-se, de acordo com o momento do processo de amadurecimento em que ocorreu um fracasso da provisão ambiental e a conseqüente estagnação do processo. São eles as depressões, que podem ter origem depois de o bebê ter alcançado, mesmo que parcialmente, a unidade ou podem estar no outro extremo, ligadas a patologias psicóticas e a tendência anti-social, que pode estar presente em personalidades com um eu estruturado, neuróticas, depressivas ou psicóticas. Não há, portanto, fronteiras nítidas entre uma doença e outra e superposições podem ser encontradas (Dias, 1998).

Para a realização de um tratamento adequado, é fundamental a discriminação do distúrbio apresentado pelo paciente, o que possibilita que os problemas dominantes, derivados da etapa que não pôde ser atravessada com sucesso durante o processo de amadurecimento, sejam compreendidos e conseqüentemente seja fornecido tratamento adequado às necessidades específicas daquele paciente.

Conforme já exposto, enquanto a repressão faz parte da neurose, o *splitting* da personalidade faz parte da psicose. Em relação ao tratamento destes casos, para Winnicott, 1963c, no caso da neurose, a repressão não é aliviada pela provisão ambiental, sendo necessária a psicanálise. Já no caso das psicoses, presente em grande parte da população atendida em um CAPS, uma nova provisão ambiental, agora adequada, é fundamental no tratamento. De acordo com o autor,

Tem sido sempre nosso objetivo não dirigir a vida ou o desenvolvimento do indivíduo, mas possibilitar às tendências operantes dentro do mesmo indivíduo levar a uma evolução natural baseada no crescimento. É o crescimento emocional que foi adiado e muitas vezes distorcido; sob condições adequadas, as forças que teriam levado ao crescimento agora levam ao desenredar do nó. (Winnicott, 1963c, p.205)

O trabalho terapêutico direciona-se, então, a fornecer condições para que o que não foi experienciado o seja, pela primeira vez, no setting analítico. No tratamento ao paciente, torna-se fundamental poder oferecer os cuidados concernentes à necessidade apresentada por aquela pessoa. E, neste sentido, a mãe suficientemente boa é o paradigma do analista na clínica winnicottiana, de forma que, considerando-se as diferenças, o que vale para ela aplica-se ao analista (Dias, 2003).

É importante considerar que a capacidade terapêutica do analista será formada por um conhecimento teórico sobre aspectos referentes ao amadurecimento emocional da personalidade, juntamente com sua sensibilidade pessoal e sua capacidade para se identificar com o paciente e compreender suas necessidades. Durante o tratamento, Winnicott (1963d) considera que o analista pode satisfazer as necessidades do paciente de várias formas, devido a sua capacidade de identificar-se com ele, de saber mais ou menos o que o paciente está sentindo e de encontrar o equivalente em si. Isto é feito silenciosamente e o paciente não percebe o que é feito de forma adaptada às suas necessidades. Por outro lado, quando há uma falha, ele reage ao imprevisível e sofre uma quebra da continuidade de sua existência.

A provisão ambiental adequada possibilita que o indivíduo retorne à dependência, ou seja, regreda a estágios anteriores. Nestes casos, a regressão tem função importante, pois possibilita que experiências precoces sejam reformuladas, ao mesmo tempo que há algo de repousante na experiência da dependência. Na regressão à dependência o paciente necessita viver a experiência de ser sustentado e, com o surgimento da confiança nesta sustentação, de entregar-se aos cuidados da outra pessoa (Dias, 1998). O estabelecimento de uma experiência de confiabilidade pode levar muito tempo, o que exige, de quem oferece tais cuidados, paciência e constância.

O retorno da regressão dependerá da reconquista da independência. Dentro do tratamento, o paciente, na regressão, deve ser capaz de em algum momento alcançar uma não-consciência do cuidado ambiental e da dependência, o que significa que o terapeuta está oferecendo uma adaptação suficientemente boa às suas necessidades (Winnicott, 1990).

Tal adaptação adequada inclui a confiabilidade e a previsibilidade, fundamentais quando nos referimos aos cuidados suficientemente bons. É através da constância nesses cuidados que pode se estabelecer um padrão de continuidade de ser, em que está excluída a intrusão e, conseqüentemente, a reação a esta, ao imprevisível, que quebra a continuidade de ser. É pela confiabilidade que o paciente é protegido do imprevisível, tanto com relação ao ambiente geral, quanto com relação à consistência de quem oferece cuidados em ser ele mesmo e continuar a sê-lo independente das variações que ocorrem na relação pelo movimento e crescimento do paciente. Além disso, a confiabilidade pede atenção a que toda ação terapêutica seja guiada pela necessidade do paciente e não do analista ou da teoria usada. Tais questões relacionam-se à sobrevivência do analista (Dias, 1998).

Tais condições possibilitam o surgimento de uma apropriação do sentido de previsibilidade, o que leva à possibilidade de enfrentar o imprevisível, tolerá-lo e até criativamente desfrutar dele. Por outro lado, a presença intensa de fatos inesperados, que não possam ser abarcados enquanto experiência por esta pessoa, devido ao seu estágio de amadurecimento emocional, reforça a quebra na continuidade de ser, impede a criação de um mundo subjetivo e mantém a ameaça da imprevisibilidade, o que impede a temporalização.

Dentro das condições necessárias para o oferecimento da confiabilidade e previsibilidade, apresenta-se como um cuidado essencial a ser oferecido o papel de espelho, fundamental para que o gesto espontâneo não seja violado e possa ser reconhecido e refletido. Sua presença auxilia na construção de um ambiente monótono, previsível e confiável, que responde ao gesto do paciente, ao invés de substituí-lo por seu próprio gesto, pensamentos, medos. De acordo com Winnicott (1970, p.210), o si-mesmo “...se reconhece essencialmente nos olhos e na expressão facial da mãe e no espelho que pode vir a representar o rosto da mãe”. Proporcionar o reconhecimento do si-mesmo pelo paciente, de seus gestos autênticos, de sua espontaneidade é algo que deve permear todo o processo do tratamento, auxiliando que o paciente possa entrar em contato com o sentimento de existir.

Por outro lado, a ausência do papel de espelho – em que quem olha para o paciente não consegue refletir o que há para ser visto nele, devolvendo apenas seu

humor, suas defesas, ou seja, algo que não se refere ao paciente – causa uma violação da experiência de onipotência, de forma que o objeto subjetivo não é criado. Ao contrário, o paciente depara-se com algo da realidade externa que não pode ser abarcado por sua capacidade maturacional, o que o leva a uma reação de isolamento de seu si-mesmo verdadeiro, submetendo-se ao que é expresso pelo olhar da outra pessoa, à realidade externa. O que deveria ser um tratamento para ajudá-lo, causa novas quebras na continuidade de ser e reforça uma existência reativa, sem significado.

Quando os cuidados são oferecidos por várias pessoas, a atenção deve ser ainda maior. Isto porque é essencial a presença de uma sintonia entre os cuidados oferecidos, de forma que estas pessoas funcionem como um espelho único. De acordo com Winnicott (1990, p.177), “...a vivência de técnicas variadas leva o bebê a uma situação de confusão; pode-se dizer que a técnica empregada por uma só pessoa é suficientemente variável, quase tanto quanto o bebê é capaz de tolerar sem que se estabeleça a confusão”. Assim, no caso do papel de espelho, é necessário que todos funcionem de um mesmo modo, a fim de evitar a confusão, o ambiente tantalizador, tão ameaçador ao bebê e ao paciente psicótico.

Além disso, Winnicott (1967) argumenta que tal compreensão sobre o rosto da mãe como espelho para o bebê revela que a psicoterapia não se refere a fazer interpretações “argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto” (p.161). E complementa que

o sentimento do eu (*self*) surge na base de um estado não integrado que, contudo, por definição, não é observado e recordado pelo indivíduo, e que se perde, a menos que seja observado e espelhado de volta por alguém em quem se confia, que justifica a confiança e atende à dependência. (Winnicott, 1975, p.88)

O trabalho de refletir o que há para ser visto, quando feito suficientemente bem, possibilita que o paciente tenha suas manifestações espontâneas reconhecidas, criando-se condições para o surgimento do sentimento de existir e sentir-se real.

Winnicott (1967) enfatiza que se sentir real é mais do que existir, é encontrar um jeito de existir como si mesmo, de relacionar-se com os objetos como si mesmo e de ter um si mesmo para o qual retirar-se para relaxar.

Por outro lado, em relação à interpretação, é necessário muito cuidado quando se trata de seu uso. Isso porque, conforme discutido anteriormente, a necessidade do paciente psicótico é totalmente diferente da do neurótico. Enquanto a interpretação é necessária para elucidar elementos reprimidos no neurótico, ela pode ser muito invasiva no caso do psicótico, extrapolando sua capacidade maturacional. Isso proporciona uma repetição do fracasso ambiental, em que há uma falha na comunicação pessoal. No caso da psicose, o tratamento refere-se ao manejo da situação clínica, já que o paciente em regressão à dependência só pode se relacionar com o analista enquanto objeto subjetivo. Assim, a interpretação “se constitui em invasão traumática porque destaca, antes do tempo, a existência externa e separada do analista e remete a um eu que ainda não está lá para ser encontrado” (Dias, 1998, p.348).

Isto levanta outra questão importante, a questão da comunicação. De acordo com Winnicott (1963b), no momento em que o objeto é subjetivo, é desnecessária uma comunicação explícita com ele. Tal comunicação é sutil e talvez ela esteja relacionada às falhas, que perturbam o bebê. Esta perturbação pode ser compreendida pela mãe, quando esta pode se identificar com o bebê. Quando a mãe consegue uma consistência adequada pode-se dizer que o bebê simplesmente continua a existir e continua seu processo de amadurecimento.

Já à medida que o objeto se torna objetivamente percebido, outras formas de comunicação surgem, como o uso da linguagem. A não-comunicação, entretanto, se mantém e pode se estabelecer em duas alternativas: uma não-comunicação simples, que pode ser comparada ao repousar, sendo um estado que passa à comunicação e retorna naturalmente; e a não comunicação que é ativa ou reativa. No caso da patologia, o ambiente falhou em algum grau, de forma que o bebê desenvolveu um split. Em uma metade do split, o bebê se relaciona com o objeto como este se apresenta, desenvolvendo o falso si-mesmo patológico. Com a outra metade do split, o bebê se relaciona com o objeto subjetivo, sem influência do mundo percebido

objetivamente. No último caso, há uma comunicação com o objeto subjetivo e uma não-comunicação ativa com o que é percebido objetivamente, sendo que a comunicação com objetos subjetivos é sentida como real e a comunicação com o mundo, através do falso si-mesmo, não parece ser real, isto porque não envolve o si-mesmo verdadeiro.

No caso da saúde, a não-comunicação também está presente no estabelecimento do sentimento de realidade, o que está relacionado à vida cultural do homem (Winnicott, 1963b). Segundo o autor, no centro de cada pessoa há um elemento não-comunicável e é a ameaça a este núcleo, através das falhas ambientais em experiências muito precoces, que leva à organização de defesas primitivas. Assim,

normalmente há um núcleo da personalidade que corresponde ao eu verdadeiro da personalidade split; sugiro que este núcleo nunca se comunica com o mundo dos objetos, e que a pessoa percebe que não deve nunca se comunicar com, ou ser influenciado pela realidade externa. (...) Embora as pessoas normais se comuniquem e apreciem se comunicar, o outro fato é igualmente verdadeiro, *que cada indivíduo é isolado, permanentemente sem se comunicar, permanentemente desconhecido, na realidade nunca encontrado.* (Winnicott, 1963b, p.170, grifos do autor)

Com o amadurecimento, formam-se três formas de comunicação: aquela que é para sempre silenciosa, com os fenômenos subjetivos, o que possibilita o sentimento de real; aquela que é explícita, indireta; e uma forma de comunicação intermediária que se dirige para a experiência cultural, na qual pode se estabelecer uma conciliação valiosa. No trabalho com os pacientes, algo que aparece como fundamental, é a capacidade de perceber que o paciente, em determinados momentos, se utilizará da não-comunicação, o que permitirá distinguir isto de um fracasso na comunicação.

No caso das neuroses, a verbalização se apresentará de forma marcante no tratamento, mas também a não-comunicação estará presente, o que pede que em alguns momentos o analista espere o que vem do paciente. Nos casos em que os

pacientes atingem camadas mais profundas de sua personalidade e de dependência em relação ao analista, que está na posição de objeto subjetivo, é fundamental que o analista espere que o paciente descubra criativamente, ao invés de interpretar. Ao esperar, o analista se torna percebido objetivamente no devido tempo pelo paciente, enquanto se ele falha, subitamente se torna não-eu para o paciente, o que pode ser sentido como extremamente perigoso ao núcleo isolado do paciente.

Algo fundamental é auxiliar o paciente a manter ou criar a ponte entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo, diminuindo o grau de cisão entre as duas formas de relação objetal. O desafio é auxiliar o paciente a ser capaz de relacionar-se com a sociedade, com a realidade compartilhada, sendo mantida sua espontaneidade pessoal. É fundamental que o mundo exista independente de mim, mas que eu possa vê-lo a partir de meu mundo subjetivo.

Finalizando, vale a pena enfatizar que Winnicott considera que o mais importante não é a ausência de doença e sim a riqueza da personalidade. Neste sentido, “a saúde está relacionada a ser, a sentir-se vivo e real, à vida criativa, à capacidade de revolucionar e de rebelar-se” (Dias, 1998, p.301). E se o trabalho realizado pelo psicoterapeuta ou psicanalista for suficientemente bom, capaz de permitir e suportar as regressões do paciente e sua vivência de aspectos que não puderam ser integrados, além de espelhar o que há para ser visto no paciente, este pode conseguir criar maior contato com seu si-mesmo verdadeiro e com uma existência real.

5. O PAPEL DE ESPELHO: ILUSTRAÇÕES CLÍNICAS

Com a finalidade de ampliar a compreensão proporcionada pelas contribuições teóricas sobre o papel de espelho, serão relatadas três ilustrações clínicas que permitem a reflexão sobre sua participação nos encontros estabelecidos no CAPS-T e sobre sua função terapêutica no tratamento.

É importante reforçar que serão realizados recortes na descrição dos casos, com o intuito de preservar o sigilo do paciente e evidenciar as percepções que a reflexão sobre tais casos propiciou para este trabalho.

5.1. ILUSTRAÇÕES CLÍNICAS

Encontros na Ambiência

Ana Maria iniciou tratamento no CAPS-T no início de 2003, com 41 anos e um histórico de 15 anos tratamento, passando por acompanhamento em vários postos. Passou também por 4 internações. Possui diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia e está aposentada.

Veio ao CAPS-T trazida por um irmão, com o qual mora. Os pais já morreram, sendo que o pai era muito rude, tendo relacionamento difícil com os dois filhos, e a mãe era submissa ao marido, solicitando aos filhos que evitassem brigas com ele. O filho quase não enfrentava o pai, ao invés disso, por vários períodos foi morar com um padrinho ou sozinho (inclusive no período em que Ana Maria foi internada pela 1ª vez). Já Ana Maria enfrentava o pai, havendo várias discordâncias entre ambos. Apesar disso, nunca foi morar fora de casa.

Ela apresentou primeira crise aos 21 anos, quando trabalhava em um banco. Anteriormente sofreu um assalto, em que levaram sua bolsa. Quando se iniciou a crise, Ana Maria apresentou quadro persecutório, com prejuízo do pragmatismo e da crítica, irritação e agressividade. Saía de casa à noite (pulava o muro) e só voltava no dia seguinte, suja, além de ficar pedindo café e cigarro nas casas ao redor. Foi internada pela primeira vez, por dois meses, e lá permaneceu dopada e fez ECT (eletrochoque). Saiu por alta a pedido dos pais e começou a se tratar em um posto de saúde. Apresentou períodos de melhora e piora, sendo internada por mais três vezes antes de chegar ao CAPS-T.

Em início de 2003 começou a sentir-se perseguida e foi internada. Neste período os pais já haviam morrido há alguns anos e ela morava apenas com o irmão, na casa que o pai construiu. Com a alta da internação, seu irmão recebeu a indicação sobre o CAPS-T. Quando chegou, ela apresentava quadro delirante persecutório e rebaixamento cognitivo, além de ansiedade, afeto embotado e prejuízo na crítica. Ana Maria fuma muito, chegou ao CAPS-T sem dentadura e gaguejava muito. Foi combinado que ela iniciasse tratamento, passando todos os dias no CAPS-T e participando das atividades abertas e de um grupo de terapia ocupacional. Além disso, o irmão foi convidado a participar do grupo de família.

Inicialmente, Ana Maria mostrava-se alheia a tudo, falava sozinha, apresentava-se muito suja, descuidada e quando ia comer, pegava a comida com as mãos, misturando todos os alimentos como uma pasta a ser colocada para dentro de si, sem atenção ao que estava comendo ou apreciação do gosto. Colocava, com a mão, punhados de comida seguidos, o que a fazia engasgar várias vezes e vomitar o que comeu. A elaboração da função corporal mostrava-se prejudicada, o que

dificultava a relação com seu próprio corpo. Tal cena parecia difícil para os outros pacientes que se encontravam almoçando no refeitório, criando um clima incômodo em que todos pareciam tentar não olhar para o que estava ocorrendo ao lado. Ainda era difícil fazer qualquer observação a ela sobre sua alimentação, pois ela parecia indisponível naquele momento para a comunicação verbal.

Após algumas semanas, ela começou a entrar e sair das atividades, mas não permanecia nelas. Parecia querer ver o que ocorria no lugar em que estava realizando tratamento. Também começou a tentar estabelecer contatos espontâneos com os demais usuários do Serviço e membros da equipe, mesmo que de forma desorganizada. Mais a diante, começou a tentar organizar o CAPS-T: solicitava calendário, relógio de parede, cartaz com o horário de funcionamento da Unidade. Além disso, sua forma de se alimentar começou a se modificar, de forma que ela passou a usar a colher e depois o garfo, mantendo as comidas separadas, escolhendo o que queria comer do que estava no prato, pedindo para colocar a salada em um determinado local do prato e até enchendo uma garrafa de água para levar a mesa e servir-se quando quisesse (além do suco que já faz parte do almoço).

Ana Maria começou a conseguir falar as palavras com um pouco mais de clareza, diante a solicitação constante dos técnicos para isso, apesar de às vezes irritar-se por não ser entendida na primeira vez em que falava. A guagueira também diminuiu. Outro fator que auxiliou a comunicação foi uma intervenção no sentido de o irmão providenciar sua dentadura. Outras mudanças também apareceram, pois ela passou a preocupar-se mais com sua aparência, quis cortar o cabelo, e mais adiante, quando uma Acompanhante Terapêutica iniciou um trabalho com Ana Maria, esta saiu com ela, algumas vezes, para comprar esmalte e pintar a unha.

É importante destacar que todos estes passos no sentido de uma maior organização interna e externa são de extrema importância, já que se trata de um caso crônico, agravado por internações e muitos anos de tratamento somente medicamentoso, associado ao confinamento aos “muros” de sua casa e, provavelmente, nos períodos piores, aos “muros” de seu quarto.

Durante o tratamento, Ana Maria também apresentou períodos de piora, como quando, alguns meses depois de sua entrada, sentiu bichos no corpo e abandonou o tratamento por achar que comeu algo no CAPS-T que fez mal. Além disso, o irmão disse que ela se queixava por não ter nada para fazer no CAPS-T, mas complementou que em casa ela só ficava no quarto fumando, não fazia quase nada. Após conversa com os técnicos responsáveis, ela retornou à Unidade. Foi se organizando cada vez mais com os contatos estabelecidos lá e, muitas vezes, retornou, após finais de semana ou feriados prolongados, mais desorganizada e irritada (isto ainda ocorre).

É importante destacar que Ana Maria mora em um sobrado, ficando em um quarto na parte de baixo do sobrado, sem acesso ao andar superior, onde dorme o irmão. Percebeu-se, então, que muitas vezes Ana Maria fica confinada no quarto e que às vezes apanha quando “apronta” – arranca a antena da televisão, o fio dos eletrodomésticos da tomada, o que muitas vezes estraga os eletrodomésticos –, quebra algo ou põe em risco a casa ou a si mesma (por exemplo, mexendo com fogo). Por tais acontecimentos, em discussão de equipe, percebeu-se que, apesar de o irmão participar do grupo de família, havia necessidade de iniciar negociações, em conversas pontuais com ele e Ana Maria – apesar de ela ficar entrando e saindo o tempo todo da sala em que está ocorrendo a conversa – almejando melhores relações entre ambos.

Nos últimos tempos, Ana Maria vem repetindo no CAPS-T algumas coisas que faz em casa, como puxar os fios, trocar tudo de lugar, fechar a janela quando pedem para que a deixe aberta, entupir os banheiros com papel. Por outro lado, a comunicação está melhor estabelecida e ela está conseguindo, às vezes, permanecer em alguma oficina, principalmente a de pintura. Em uma discussão da equipe, através da soma de várias situações às opiniões dos técnicos, percebeu-se que Ana Maria pode fazer isso para provocar as outras pessoas – como faz em casa com o irmão e acaba apanhando – pois talvez seja desta forma que as pessoas prestam atenção nela. Será que quando fica quietinha, as pessoas (seu irmão) olham para ela, enxergam-na ou será que isto só ocorre quando “apronta”? Talvez esta tenha sido a forma que descobriu para “existir”. Agora, torna-se fundamental auxiliá-la a encontrar outras formas de existir, que não exclusivamente despertando sentimentos

negativos no outro e ficando no lugar de quem só dá trabalho, irrita os outros, cria confusões. Além disso, é importante que ela perceba que também pode ser amada em sua quietude. Por outro lado, um trabalho com o irmão também é essencial, de forma que o CAPS-T possa auxiliá-lo a encontrar outras formas de lidar com ela, excluindo a forma atual, que é trancá-la ou bater nela.

Refletindo sobre o percurso de Ana Maria, durante seu tratamento no CAPS-T, é possível perceber a marca da ambiência, já que é nela que os acontecimentos fazem sentido para ela, ou seja, nos encontros e desencontros dos jardins e salas da casa. Parece que foi neste espaço que ela pôde encontrar algo novo, que a possibilitou ter ações diferentes e interesse pelo mundo externo. Deve-se destacar o auxílio da medicação neste sentido, já que com a diminuição dos sintomas persecutórios, torna-se possível olhar o mundo externo sem medo e, conseqüentemente, surgir um interesse por desbravá-lo.

Na ambiência, pacientes e técnicos podem se encontrar genuinamente e serem reconhecidos enquanto indivíduos que têm algo a oferecer. Tal condição é fundamental para um reconhecimento de si. Ana Maria pôde, através de seu contato com os pacientes e técnicos, descobrir-se diferente, em outro lugar, o lugar de alguém que recebe atenção, que tem algo importante a dizer e merece ser ouvida. As pessoas não ignoram quando ela fala e não é possível entendê-la, ao contrário insistem para que ela repita e persistem buscando compreendê-la. É interessante que isto ocorre tanto por parte dos técnicos, como por parte dos pacientes, que em geral dão atenção especial para quem acaba de chegar ao CAPS-T ou quem eles percebem que não está bem. Desta forma, foi oferecido a Ana Maria o papel de espelho, em que ela pôde ver algo de si refletido no olhar das outras pessoas, de forma que seus gestos espontâneos e sua autenticidade foram reconhecidos.

Ser vista, neste caso, foi essencial para possibilitar o surgimento do sentimento de existir. Parece que através desse movimento, de ver-se - através do olhar de outra pessoa - em uma condição em que sua existência foi reconhecida, diferente da em que estava petrificada por vários anos, Ana Maria pôde encontrar cuidados necessários para o surgimento da continuidade de ser. É importante ressaltar que algo fundamental no tratamento de Ana Maria foi a possibilidade da

equipe aguardar, continuamente, sem pressa, o seu gesto espontâneo e responder a ele, o que permitiu que a previsibilidade e a confiabilidade pudessem se estabelecer. A monotonia e regularidade no ambiente, em que Ana Maria estava livre para ficar quieta, explorar o ambiente, enfim agir de acordo com suas necessidades, recebendo retornos a seus gestos, permitiram que o objeto subjetivo pudesse ser criado pela paciente. Se, por outro lado, a equipe entendesse que o objetivo ali era curar a paciente, fazer com que ela saísse rapidamente da crise para voltar a sua rotina, e tentasse impor seus gestos, suas ações ou não respondesse aos gestos dela, novas intrusões se estabeleceriam, levando ao fortalecimento das defesas.

Como o movimento partiu de Ana Maria, seus contatos com o ambiente puderam se constituir em experiências, sentidas como reais, o que possibilita o sentimento de sentir-se real e em uma existência real. Levando-se em conta as limitações impostas por tantos anos de cronificação no quadro de esquizofrenia e no “isolamento”, é possível considerar que Ana Maria está podendo viver novas experiências, de forma que o movimento psíquico, que parecia interrompido a algum tempo, foi reiniciado. Isto vem permitindo que aspectos sejam integrados ao si mesmo verdadeiro de Ana Maria, através de suas experiências cotidianas, sustentadas por um continuar a ser.

Encontros no Grupo de Psicoterapia

Maria Paula chegou ao CAPS-T em final de 2003, com 50 anos, encaminhada por um posto de saúde. Sua última internação ocorreu em final de 2002 e desde então não recebeu mais tratamento.

Ela mora com o pai, a madrasta (que é pouco mais velha que ela), com a qual não se entende, e um irmão, que por estar separado da esposa, voltou a viver com eles. Ainda no mesmo terreno, moram outros meio-irmãos (por parte da madrasta). Ela vive em um quarto separado, dormindo sozinha. Estudou até o ginásio e teve alguns trabalhos esporádicos, em que conseguiu permanecer por pouco tempo. Em

casa não ajuda nas tarefas domésticas e quando ajuda diz que a madrasta refaz (por exemplo, quando lava a louça, a madrasta vai lá e lava novamente e se ela comenta o fato de ter lavado, a madrasta diz que não sabia).

Maria Paula viveu 8 internações psiquiátricas, sendo que a primeira internação ocorreu quando tinha entre 16 e 18 anos. Durante as crises, fica nervosa, agressiva, sai andando pelas ruas e acaba sendo internada. Nunca fez acompanhamento sem ser em internações em hospital fechado. Tem diagnóstico psiquiátrico de transtorno afetivo bipolar. Não tem aposentadoria por doença, pois seu diagnóstico não lhe dá direito a isso.

Quando chegou ao CAPS-T, apresentava isolamento, tristeza, apatia e desânimo. Estava sem medicação desde começo de 2003. Juntamente com isso, apresentava insegurança para sair à rua, instabilidade emocional e muita insônia. Não possuía ânimo para fazer atividades em casa, nem para cuidar de si. Ficava apenas no quarto.

Iniciou-se o tratamento, sendo combinado que Maria Paula viesse ao CAPS-T três vezes por semana, participando das atividades oferecidas nesses dias. Além disso, foi indicada sua participação no Grupo de Psicoterapia e ao pai e outros familiares que tivessem disponibilidade foi indicada a participação no Grupo de Família.

A entrada de Maria Paula no Grupo de Psicoterapia, entretanto, se deu somente depois de mais ou menos um ou dois meses, os quais foram marcados por reclamações do pai de que ela estava agressiva e por uma tentativa de internação por parte da família. No Pronto Socorro, Maria Paula informou que fazia tratamento no CAPS-T, o que fez com que a médica decidisse reencaminhá-la ao Serviço, ao invés de interná-la. Depois disso, ela passou uma semana vindo todos os dias e, em seguida, retornou ao contrato anterior. Além disso, houve também um conflito inicial com o CAPS-T por parte do pai, pois ele queria que Maria Paula se aposentasse de qualquer maneira. Quando, entretanto recebeu a informação de que o diagnóstico dela não dá direito à aposentadoria, ficou muito bravo. Mesmo assim, quis tentar dar entrada no INSS e foi orientado sobre como proceder. Quando não conseguiu a

aposentadoria, se desinteressou pelo tratamento da filha e deixou de vir ao Grupo de Família.

No começo do tratamento, Maria Paula só falava sobre seus problemas familiares, principalmente com a madrasta. Falava também, com muita mágoa, que foi molestada por um tio na infância. Os problemas familiares, suas internações, a raiva que sente eram contados e recontados a todos os que cruzavam o seu caminho, principalmente técnicos do serviço. E quando Maria Paula iniciou o grupo de psicoterapia, isso se repetiu, de forma que ela falava as mesmas coisas em todos os encontros. Apareceram sentimentos de inferioridade e dificuldades com a vizinhança pela imagem que as pessoas do bairro têm dela (já a viram saindo de ambulância, fazendo escândalo, muitas vezes). Neste momento, Maria Paula precisava que o ambiente reconhecesse a autenticidade de seus sentimentos, suas dores, seus rancores, enfim, de suas manifestações mais espontâneas, refletindo tal reconhecimento. O papel de espelho realizado pelas outras pessoas possibilitou a ela ver algo de si, reconhecido no olhar oferecido por elas.

Em um primeiro período no grupo de psicoterapia, ao mesmo tempo que só falava mal da madrasta e do pai, tinha muita dificuldade em ouvir qualquer coisa que fosse dita pelo grupo ou pelas psicólogas, em relação às situações que contava. Apresentava muito ressentimento e raiva, principalmente por causa de suas muitas internações, o que não lhe permitiu construir sua vida. Durante este período principalmente e depois esporadicamente repetia no grupo que iria ao juiz para conseguir seus direitos.

Com o desenrolar do tratamento, iniciou-se um período de maior estabilidade no humor de Maria Paula, além de aparecer um cuidado maior consigo (começou a arrumar o cabelo, tingi-lo, fazer as unhas, se arrumar). Ao mesmo tempo, começou a ter mais controle sobre suas emoções, o que modificou o final das situações difíceis em casa. Antes, quando se desentendia com a madrasta, ficava muito irritada, se descontrolava, a agredia e acabava internada, enquanto neste período do tratamento começou a contar situações em que a madrasta a provocava, mas ela se controlava e não revidava fisicamente a provocação. O jeito de contar o que ocorreu também foi

se modificando, tornando-se mais tranqüilo, sem aquele fluxo ininterrupto em que era difícil haver um diálogo com ela.

Maria Paula começou também a ter iniciativas em relação à sua vida. Uma iniciativa importante foi a aquisição de um gatinho, que dorme em seu quarto, lhe fazendo companhia. Outras iniciativas se direcionaram para procurar trabalho, o que foi frustrante, inicialmente, pois se deparou com muitas dificuldades, principalmente devido sua idade. Com isso, tornou-se muito preocupada com a possibilidade de o pai morrer, pois não terá como viver, já que depende dele. Tentou buscar alternativas para sobreviver e começou a lavar roupa para o irmão, ganhando um dinheirinho por seu trabalho. Tentou também vender Avon, sendo que esta última iniciativa não deu certo e foi abandonada logo em seguida. Surgiu uma preocupação com os seus direitos, tanto em relação à sua parte na casa em que mora, como também em relação ao tempo que trabalhou. Assim, ela foi até o banco, levando sua carteira de trabalho, para verificar se tinha algum direito em relação às diferenças referentes ao plano verão e Collor, sobre o Fundo de Garantia. Conseguiu receber o dinheiro e utilizou parte dele para fazer sua dentadura de baixo (estava há um bom tempo sem).

No Grupo de Psicoterapia, além de variar seus assuntos, o que mostra uma ampliação em sua vida, começou a prestar atenção nos assuntos dos outros e se colocar em relação ao que os outros estavam dizendo, fazendo observações a respeito. Fora do grupo, nos corredores do CAPS-T, também já não falava o tempo todo de sua raiva e ressentimento com os familiares, ao contrário, começou a contar novidades que ocorreram em sua vida.

Em determinado período, entretanto, as dificuldades familiares – brigas com o pai e a madrasta – pareceram se agravar, o que promoveu um início de retrocesso em Maria Paula. Isto levou a equipe à iniciativa de chamar o pai para uma conversa. Este referiu muitas dificuldades com a filha e a madrasta, sentindo-se muitas vezes sem saber o que fazer. Durante a conversa, surgiu a situação em que o tio molestou-a. O pai, então, contou que percebia a raiva da filha pelo tio, mas não entendia o motivo. Só mais tarde ela contou o que ocorrera e, então, o pai usou suas economias para levar a filha à médica. Quando esta disse que estava tudo bem, que Maria Paula ainda era virgem e poderia se casar, tudo foi encerrado. O pai entende que este era

seu papel, levar a filha ao médico e ver se ela estava bem fisicamente. Ao mesmo tempo, muitas pessoas da família disseram que devia ser mentira de Maria Paula, de forma que não houve um reconhecimento do que ocorreu com ela e da autenticidade de seus sentimentos. Fica evidente, portanto, que não havia espaço, nem ouvidos para as dores de Maria Paula, sejam as dores por ter sido molestada por um tio, sejam as dores pela morte da mãe ou pela entrada de outra pessoa em seu lugar. Parece que foi no CAPS-T que ela veio desesperadamente procurar esses ouvidos e o reconhecimento de suas dores. Tentou-se construir no pai, através dessa conversa, a possibilidade de ouvi-la um pouco mais, mostrando como era importante o seu reconhecimento dos pensamentos e sentimentos de Maria Paula.

Além do espaço do grupo de Psicoterapia, no começo de 2005, Maria Paula pediu uma conversa em um dia que não estava bem. Passou na Unidade somente para isso. Contou que no fim de semana um tio morreu e foi ao seu enterro. Lá, viu o túmulo da mãe e o do tio que a molestou. Isso mexeu muito com ela, ficou agitada, nervosa, em casa tratou mal uma prima e depois chorou muito. Foi conversado sobre sua necessidade de colocar seu ressentimento em relação ao que ocorreu consigo para fora, de ser ouvida, expressar sua dor, tratar dela, algo que ainda não conseguiu, apesar de ter ocorrido há tantos anos.

Um pouco depois, Maria Paula conseguiu um trabalho, através de outra pessoa do Grupo de Psicoterapia, para cuidar de uma pessoa idosa e de sua casa. Ficou muito feliz! Isso mudou seu contrato no CAPS-T, já que não pôde mais vir às atividades, nem ao Grupo de Psicoterapia. Foi aberta a possibilidade de que ela nos procurasse, ou ligasse, se não fosse possível vir até o CAPS-T, para tratar de qualquer questão que achasse necessário.

É evidente que Maria Paula buscava nos encontros com as pessoas do CAPS-T (sejam técnicos, sejam pacientes), a possibilidade de falar sobre suas dores, suas mágoas, suas dificuldades e de que estas fossem reconhecidas. Ela vem de um relacionamento familiar em que isto não é possível, seja porque o pai considera que o importante é ver se está tudo bem fisicamente com ela (como no caso do tio molestá-la), seja porque a família não leva em consideração o que ela diz, seja porque há uma

disputa entre ela e a madrasta pelo pai, pela casa, pelo direito de viver a vida, o que fecha o diálogo e abre a comunicação através das agressões.

Entretanto, no CAPS-T ela pôde encontrar ouvidos e quando conseguiu que parte do que carrega dentro de si fosse ouvido, reconhecido e recebesse o interesse das pessoas, abriu-se espaço dentro dela para outras experiências, para outros pensamentos. A escuta recebida pode ter permitido que ela criasse sentidos para as experiências que precisava relatar. Além disso, quando as outras pessoas no CAPS-T a olharam como alguém sofrida, reconheceram sua dor, mas a viram como alguém que pode ter mais que isso dentro de si, parece que Maria Paula pôde começar a ver-se de outro modo, reconstruindo-se e a sua vida. Surgiu a possibilidade de refletir (na medida do possível) sobre sua vida e de ouvir os outros, o que promoveu mudanças em seus pensamentos, como quando pareceu repensar o quanto o pai é ruim, diante da situação de outro membro do grupo de psicoterapia que foi expulso de casa. Então, ela disse: “É, meu pai é ruim, mas ele nunca me colocou para fora de casa. O pai dele parece não ter coração!”.

Neste caso, além dos contatos na ambiência, o Grupo de Psicoterapia teve papel fundamental, possibilitando que Maria Paula se sentisse acolhida e reconhecida pelo grupo. Apesar de se tratar de um grupo, a capacidade comum das pessoas de ouvi-la, se importar, refletir para ela algo de si, proporcionando um reconhecimento de suas manifestações espontâneas, fez com que um único espelho se constituísse. Isso é fundamental, pois se cada um funcionasse como um espelho separado, refletindo coisas diversas, o grupo não seria integrador a ela, ao contrário seria confuso, algo que promove quebras na continuidade de ser. Já o grupo funcionando como um espelho único possibilitou uma continuidade nos cuidados necessários a ela, sendo capaz de perceber quando deveria apenas ouvir, já que falar em alguns momentos foi considerado como algo intrusivo a ela, e quando responder ao seu gesto, fazendo alguma observação que atendesse suas necessidades naquele momento. Isso abriu possibilidade para o surgimento da continuidade de ser.

Finalizando, algo que se mostrou fundamental foi o fato de a paciente poder ser olhada de outro modo, sendo refletido algo de si no encontro com as outras pessoas do CAPS-T, e principalmente pelos participantes e coordenadores do Grupo

de Psicoterapia. Em sua vida anterior, o que Maria Paula parece ter encontrado constantemente foram pessoas que não lhe refletiam algo de si, ao contrário, mostravam em seu olhar seus preconceitos, o descrédito em relação ao que ela contava, a desvalorização de seus sentimentos, o que era muito intrusivo. Ou ainda, simplesmente não respondiam ao seu gesto, que ficava parado no vazio, aguardando algo que não ocorria.

O papel de espelho, presente em seu tratamento, possibilitou que Maria Paula, como Ana Maria, visse algo de si no olhar de outra pessoa, de forma que seu si-mesmo verdadeiro, reconhecido, pôde se integrar em alguma medida. A continuidade da presença de um “grupo-rostro” que reflete o que há para ser visto, permitiu em Maria Paula o surgimento do sentimento de existir e sentir-se real, iniciando a construção de um modo de existir como si mesma. Com isso, ela saiu de uma condição estereotipada e paralisada frente à vida.

Um encontro através da tradução por um terceiro⁵.

Roberto chegou ao CAPS-T no meio de 2003, com os pais, possuindo neste momento 26 anos. Ele veio com encaminhamento de um Hospital da Região.

Estava morando há cerca de 3 meses com a avó, no Butantã. Sua mãe e irmãos (1 irmã e 1 irmão mais novos) moram em outra região da cidade. O pai e a mãe estão separados há cerca de 10 anos (em relação a quando chegou ao CAPS-T) e o pai mora no Butantã com sua nova esposa. Roberto não completou o primeiro grau. Quando chegou ao CAPS-T, tinha um filho de cerca de 1 ano, que morava com a mãe (não são casados) em outra região da cidade. Ia ver o filho quando possível.

Fez uso de maconha, cocaína, crack e álcool dos 18 aos 25 anos. Parou primeiro o crack e a cocaína, depois a maconha mais ou menos em meio de 2001. Diz que era muito nervoso quando usava as drogas.

⁵ É importante esclarecer que a palavra “terceiro” não está sendo utilizada aqui no sentido dado pela Psicanálise Lacaniana, de terceiro interditor, mas sim como uma outra pessoa que entra em uma relação entre duas pessoas e passa a participar dela, interferindo já por sua própria presença.

Roberto relatou que cerca de dois anos antes de sua chegada ao CAPS-T começou a perceber que as pessoas ouviam seu pensamento ou sabiam tudo o que ele fazia. Quando iniciou tratamento, achava que os gestos/palavras/movimentos de outras pessoas referiam-se a ele, sendo mensagens, sinais destas outras pessoas para ele. Ele apresentava muita angústia e irritação. Além do discurso psicótico com idéias delirantes, havia também sintomas obsessivos. Apresentava crítica prejudicada e sensações corpóreas de estranhamento. Tentou se matar duas vezes com corte no pulso esquerdo. A hipótese diagnóstica psiquiátrica atual é esquizofrenia paranóide.

Relacionava o que estava ocorrendo com uma inscrição que realizou em 2001 para ganhar um apartamento em um programa do governo. Fez a inscrição na Associação do Bairro, mas depois achou que faziam magia negra lá. Alguns dias depois, começou a ver as coisas diferentes, o tempo parecia diferente e as cores começaram a ser classificadas em cores do bem e do mal. Sentia-se muito ameaçado, achava que todos sabiam o que ocorria em seu pensamento e independente do que pensava era sempre criticado. Além disso, não podia trabalhar com algo que sempre gostou (chegou a iniciar um curso, mas parou por pensamentos de que o invejavam lá por estar indo muito bem no curso), pois se começasse a trabalhar morreria. Por outro lado, se não trabalhasse também podia morrer. Achava que fizeram uma macumba para ele.

Roberto contou que passou uns 6 meses, depois que fizeram macumba para ele, fora do ar. Carregava livros para todos os lados que ia, ficava parado por longos períodos. Sentia muito medo e tentava descobrir o que ocorrera. Depois disso, iniciaram-se momentos de agressividade, onde a família chamava o resgate. Para Roberto, seu nervoso se referia ao fato de os pais cobrarem muito ele e não entenderem o que estava se passando.

No momento em que Roberto iniciou tratamento no CAPS-T, havia uma grande confusão na cabeça dos pais. Para o pai, ele surtara, para a mãe era por causa das drogas. Também surgiu a dúvida se não poderia ter a ver com 3 convulsões que o filho sofrera com 9 anos, mas cujos exames neurológicos, na época, não apresentaram qualquer tipo de seqüela. Por outro lado, os pais tinham dúvidas se isso realmente não poderia ser Magia Negra que alguém fizera para ele.

Inicialmente, foi combinado que Roberto freqüentasse algumas atividades no CAPS-T e começasse uma psicoterapia individual. Aos pais foi indicada a participação no Grupo de Família, mas ambos não puderam comparecer, pois trabalhavam no horário do grupo. A mãe principalmente – mas o pai também sempre que podia – vinha à consulta com o médico.

Neste momento inicial da psicoterapia individual, apareceu muita angústia na fala de Roberto por tudo o que estava ocorrendo. Sentia-se sem saída, paralisado frente à vida, já que, independente do que pensasse, seria julgado, criticado e, independente do que fizesse, ele ou alguém de sua família poderia morrer. As pessoas também “mandavam” mensagens para que ele fizesse algo errado, roubasse e surgiam planos em sua cabeça sobre como fazer tais roubos. Ele entendia situações como se fossem sinais que falavam sobre sua vida. Muitas vezes, não entendia exatamente o que significavam tais sinais, não conseguia explicá-los, mas sabia que se referiam ao que estava passando. Achava que as pessoas tinham inveja dele, pois poderia ter sucesso em sua profissão e por isso fizeram a macumba.

Relatou vários desentendimentos graves com o pai (após discussão, este saiu correndo atrás do filho, atirando nele ou, como ocorreu após outra briga, Roberto jogou uma viga no pai), em que passavam meses sem se falar. Havia muito ressentimento entre os dois. Com a mãe apareceram dificuldades em conversar sobre o que estava ocorrendo consigo. Por exemplo, contou uma situação em que viu pessoas com uma “pá” na rua e achou que isto era um sinal que dizia que ele poderia tomar um tiro (por causa do som da palavra). Quando contou para a mãe, ela disse que não era nada disso. Ele ficou muito nervoso por ela não acreditar nele, não conversar com ele sobre o que ele percebeu e começou a chutar a guia da calçada, machucando os pés.

A possibilidade de pensar sobre suas questões, juntamente com a utilização do Haldol (comprimido), possibilitou que esses pensamentos e sinais se tornassem menos intensos, apesar de permanecerem. Com isso, Roberto criou coragem para tentar um bico. Entretanto, ainda estava muito perseguido e, durante o trabalho, ouviu dois funcionários falarem sobre roubo e achou que estavam dizendo para ele roubar. Ficou nervoso, disse que eles não sabiam o que ele passava. Depois foi

propor para outro funcionário roubarem algo, dizendo que tentava sempre fazer o bem, mas todos o provocam, querendo que fizesse o mal. O rapaz tentou acalmá-lo e aconselhou que ele tirasse essas idéias da cabeça. Roberto só trabalhou este dia no local, pois não o chamaram mais para realizar novos bicos.

A partir de então, iniciou-se um período difícil no tratamento de Roberto, pois ele foi para a casa da mãe (devido às festas de final de ano, ficando algumas semanas sem vir ao CAPS-T), parou de tomar as medicações para beber nas festas de final de ano e entrou em uma fase em que não queria tomar medicação (começou e parou várias vezes). Quando parou de tomar a medicação e bebeu no final do ano teve uma briga séria com o irmão e a polícia acabou sendo chamada. O delegado orientou os pais a interná-lo. Neste momento, o pai veio ao CAPS-T buscar orientação, sendo reforçada a necessidade de Roberto retomar o tratamento. Quando ele retornou, os sintomas haviam piorado: ele sentia-se muito mal, paralisado diante da vida. Nesse período, retomava o uso da medicação, mas depois parava e com conversas voltava a tomar. Entrou em uma fase de “desespero”, em que achava que era melhor sair pelo mundo e começar a roubar para morrer logo de uma vez.

Por outro lado, intensificaram-se os problemas em casa, pois se sentia incompreendido pelos pais, que pensavam em interná-lo e cobravam que ele retomasse sua vida e conseguisse um trabalho. Isso trouxe muita angústia, pois Roberto não conseguia sequer pensar nisso, pois se voltasse a trabalhar ele ou alguém de sua família ou que o ajudasse morreria. Teve uma discussão com a mãe e brigou novamente com o pai. Parece que quando contava sobre seus medos, os sinais que via no mundo, a mãe e o pai tinham muita dificuldade para ouvir, diziam que não era nada disso e que ele deveria tirar essas idéias da cabeça. Por isso, nas conversas com Roberto foi proposto chamar seus pais para auxiliar o diálogo entre eles. Ele concordou e isto foi iniciado, sendo seus pais chamados para uma primeira conversa.

Veio somente a mãe e o pai mandou um recado de que estava muito ocupado no trabalho, por isso não pôde vir. A mãe mostrou-se muito preocupada com o que estava ocorrendo, mas sem entender o que se passava. Revelava cansaço e desânimo. Foi iniciado um trabalho com ela, através de conversas mensais em que havia uma grande preocupação em traduzir para ela o que se passava dentro de Roberto. Isso se

tornou muito importante, pois neste período ele estava muito perturbado com tudo. Foi, inclusive, atropelado, o que intensificou sua sensação de perseguição e a presença de sinais. Além disso, em alguns momentos seu discurso ficava um pouco desorganizado. A indecisão sobre tomar a medicação permanecia, pois como acreditava que o que tinha referia-se a uma macumba, achava que não precisava da medicação e sim ir a Centros de Macumba ou descobrir o que estava ocorrendo através de livros de feitiçaria. Acreditou, em alguns períodos, que era um enviado de Deus para passar uma provação na Terra.

Neste período, ficou mais nervoso e houve momentos em que quebrou alguns objetos na casa da avó. As conversas com a mãe tornam-se ainda mais importantes e ela começou a tomar uma postura diferente, conversando com Roberto sobre o que estava ocorrendo, tentando entender o que se passava com ele. Além disso, ela sempre trazia informações sobre as vivências entre eles ou como Roberto estava em casa, o que auxiliava no tratamento no CAPS-T. Mesmo assim, ainda houve momentos que, juntamente com o pai, pensou em interná-lo. Resolveu-se no CAPS-T inserir na medicação dele o Haldol Decanoato (uma medicação injetável de depósito por 30 dias), o que diminuiu e até eliminou alguns sintomas persecutórios.

Durante este período, foi possível conversar com Roberto sobre as suas dificuldades para lidar com situações-problema, em que só havia duas saídas: partir para cima da pessoa, agredindo-a ou ficar em silêncio, de forma que os dois ficavam sem se falar, se afastavam. Isto ocorria principalmente com o pai e o irmão, que pareciam agir da mesma forma, mas era repetido com outras pessoas na vida dele. Isso abriu espaço para que ele relatasse suas dores em relação ao pai, como expresso em suas falas: “Ele só aparece quando eu faço alguma besteira, pra me internar” ou “eu não existo para ele”. Começou a contar que estava conversando mais com a mãe e que pensaram em fazer algum trabalho juntos.

Um pouco depois, o filhinho de Roberto morreu e ele, apesar de viver um período de muito sofrimento, conseguiu agüentar essa perda. Em uma conversa com a mãe, esta afirmou que os rompantes de agressividade e impulsividade diminuiram. Ele também parara de ler os livros de magia e feitiçaria. Iniciou-se em Roberto um desejo de retomar a vida e de trabalhar. No final de 2004, já não achava mais que as

peessoas estavam falando dele, ouvindo seus pensamentos, entretanto, ainda havia um certo medo de morrer. Foi possível, então, ele ter a dúvida sobre se os acontecimentos que vivenciou se referiam a algo interno, ao invés da certeza anterior de que eram algo externo, ou seja, as pessoas realmente tinham um poder paranormal criado pela macumba. Entretanto, foi difícil para ele pensar isso, pois significava que houve algo errado dentro dele (e não fora).

Em um encontro com a mãe, no início de 2005, esta relatou as mudanças que ocorreram em si, através das conversas realizadas. Disse que desde que Roberto era moleque, não o ouvia e sempre que alguém vinha falar que ele fizera algo errado, já brigava com ele, considerando-o culpado. Não havia espaço para a defesa dele. Isso foi afastando os dois, chegando um momento que ele já não falava sobre suas questões para a mãe. Esta complementou que nesse período do tratamento estava diferente, pois começou a ouvi-lo, prestar atenção no que ele pensa, nas coisas que diz, passaram a planejar coisas juntos e a se apoiar nas situações difíceis.

Fica evidente a proximidade entre o que a mãe diz e o sintoma de Roberto. Da mesma forma que ele nem era ouvido pela mãe e já julgado e condenado, seu sintoma amplia tal questão, de forma que agora o mundo inteiro sabe o que ele pensa, ou seja, ele não precisa, não consegue nem falar, pois já há um conhecimento por parte da outra pessoa a priori, em que ele é condenado, independente do que estiver pensando e do que fizer.

É como se o olhar da mãe, sobre ele, se espalhasse pelo mundo inteiro, de forma que ele se vê cercado por olhares que o condenam a priori. É este o seu lugar no mundo! Aquele que não tem direito a dizer algo, pois carrega a condenação de sempre pensar ou fazer errado. Mas isto se modifica com a entrada de um terceiro que pode olhar para Roberto de outra forma, sem condenação pré-concebida, pronto para receber dele seus pensamentos, suas dores e dificuldades e revelar que tais conteúdos não estão condenados previamente, merecendo respeito e atenção. E é como se esse terceiro guardasse esses conteúdos e os refletisse à mãe, que então descobre que o filho é alguém desconhecido, pois seu olhar não conseguia enxergá-lo, bloqueado por uma pré-concepção, que a impedia de funcionar como um espelho. Ao contrário, quando Roberto olhava para a mãe, o que via em seu rosto eram apenas

seus medos, pré-concepções, rigidez, o que impedia que ele pudesse ver algo de si refletido lá. Roberto parece ter se enrijecido em uma forma de ser reativa ao que a mãe devolvia para ele em seu olhar, até o momento que adoeceu, graças aos seus aspectos sadios que pediam ajuda.

Assim, quando este terceiro pôde funcionar como um espelho, capaz de refletir para ele algo de si e “refletir” para a mãe algo que se referia verdadeiramente a seu filho, esta pôde sair de um olhar rígido, irreal, preso a um rótulo em que o filho foi encaixado, e se abrir para receber dele quem ele é. E é neste momento que ela pôde passar a devolver para ele um olhar em que ele realmente se apresenta. Além disso, o terceiro também teve, neste caso, o papel da função paterna, retirando Roberto do colo da mãe para que ele pudesse fazer uma experiência própria.

É importante lembrar que a maior organização interna de Roberto auxiliou muito na melhora da relação familiar. Entretanto, a possibilidade do surgimento do papel de espelho da mãe (primeiramente na psicoterapeuta e posteriormente na mãe), capaz de refletir a ele algo dele mesmo também foi fundamental, pois possibilitou o reconhecimento de seus gestos espontâneos, abrindo caminho para que alguns nós fossem desfeitos e seu movimento psíquico pudesse ser retomado, agora em um ambiente suficientemente bom.

E pode-se dizer que tal mudança na mãe estendeu-se aos irmãos de Roberto, que, de acordo com a mãe, começaram a ouvir mais o irmão, prestar atenção nele e em suas idéias, canal que antes estava bloqueado. Ainda torna-se necessário auxiliar a relação entre pai e filho, entretanto, é importante conseguir se manter sem um olhar impositivo em relação ao tempo desta família e, ao contrário, estar disposto a receber o que vem dela e, conseqüentemente, perceber que os passos de cada um são diferentes e só podem ser dados um de cada vez.

5.2. O FUNCIONAMENTO DA OUTRA PESSOA COMO UM ESPELHO X O OFERECIMENTO DE UM OLHAR DE MEDUSA

A presença de alguém que oferece um olhar rígido, pronto a priori, ou que funciona como um espelho, refletindo o que vê na outra pessoa, é algo presente nas três ilustrações clínicas, revelando-se invasivo no primeiro caso e integrador, terapêutico no segundo caso. Na primeira ilustração clínica, Ana Maria pôde encontrar na ambiência olhares abertos a perceber aspectos presentes nela e refleti-los, o que permitiu a ela experienciar o reconhecimento de seu si-mesmo verdadeiro, ao invés de uma violação a ele – o que ocorria quando o encontrado no olhar da outra pessoa era algo externo, imposto a ela. Com o reconhecimento de suas manifestações espontâneas, criou-se a oportunidade para outras experiências reais, através das quais aspectos vêm sendo integrados ao si-mesmo verdadeiro e este começou a se tornar uma realidade viva. Ela pôde, então, sair da condição desvitalizada, alheia e cronificada em que se encontrava.

Já na segunda ilustração clínica, além dos encontros na ambiência, Maria Paula encontrou no grupo de psicoterapia o reconhecimento de sua dor, uma escuta adequada, e também o papel de espelho, capaz de refletir aspectos do si-mesmo verdadeiro presentes nela. A continuidade no recebimento dos cuidados necessários pelo ambiente, em que o grupo confiavelmente refletia o que havia para ser visto, permitiu em Maria Paula o surgimento do sentimento de existir e sentir-se real, iniciando a construção de novas formas próprias de ser e viver sua vida, assumindo outros lugares no mundo.

Na terceira ilustração clínica, mãe e filho precisaram de uma outra pessoa que fosse capaz, primeiramente, de refletir ao filho algo dele mesmo, ao invés de um lugar de condenado sempre e a priori e, depois, de refletir à mãe quem o filho é, como se sente, o que pensa. Isto possibilitou que a mãe interrompesse um olhar rígido, que se impunha ao filho, e se tornasse capaz de olhar realmente para ele, percebendo e recebendo o que vinha dele, passando a funcionar como um espelho, em que ele se visse e pudesse sair de um rótulo de condenação “eterna”.

Em relação aos três casos, pode-se dizer que a presença do papel de espelho, em que um encontro com algo de si foi possível, teve efeito terapêutico e possibilitou a ampliação da vida destas pessoas.

O funcionamento da outra pessoa como um espelho já aparece descrito na Antiguidade. Na Grécia Antiga, o homem buscava a si mesmo nos outros, que funcionavam como um espelho. Assim, o indivíduo buscava a si naqueles que funcionavam como um alter ego para ele, ou seja, amigos, parentes, filhos (Vernant, 2002a). Platão, apud Vernant (2002, p.83), descreve no Alcibíades (132e – 133a), este encontro consigo mesmo através de outra pessoa:

Quando olhamos para o olho de alguém que está a nossa frente, nosso rosto se reflete no que chamamos de pupila *ἰκόρε*, a menina? como em um espelho: aquele que se olha vê sua imagem *ἰείδolon*, simulacro, duplo?. – Está certo. – Assim, quando o olho considera outro olho, quando fixa seu olhar na parte deste olho que é a melhor, aquela que vê, ele vê a si mesmo.

Verificando os significados da palavra espelho, um dos seus sentidos se destaca, em função da discussão realizada aqui, e auxilia a precisar melhor o que é um espelho e sua função: um espelho é uma “superfície extremamente polida, localizada na fronteira entre dois meios ópticos e que reflete a luz que sobre ela incide” (Houaiss; Villar, 2001, p.1227). Assim, o espelho reflete algo que ele recebe do outro e não algo de si mesmo.

Tal característica é importante para pensarmos sobre o que se passou nas ilustrações clínicas discutidas, em que o olhar de outra pessoa, funcionando como um espelho, permitiu o encontro do indivíduo com algo de si. Este é um dos aspectos importantes presentes no papel de espelho, descrito por Winnicott e oferecido nos três casos. Entretanto, o papel de espelho não se refere ao oferecimento de um espelho que meramente reflete. Trata-se de um espelho que possibilita a integração, no sentido de constituir junto com. Ou seja, trata-se de uma experiência em que o si-mesmo pode reconhecer-se através do olhar de outra pessoa e, sustentado pela

monotonia do encontro com este espelho - que reflete o que há para ser visto, ao invés de violar a experiência de criação do objeto subjetivo - pode constituir-se.

Por outro lado, a ausência do papel de espelho possibilita a violação do si-mesmo por dados da realidade externa, que se impõem e causam intrusões, às quais o paciente reage com organizações defensivas que protegem o si-mesmo verdadeiro, isolando-o. Isto fortalece o falso si-mesmo patológico e intensifica a cisão entre a parte isolada da pessoa, que se relaciona com o mundo subjetivo e a que se relaciona com o mundo objetivo, através de falsos relacionamentos, sem criatividade ou espontaneidade.

Em muitos casos atendidos no CAPS-T, esse falso si-mesmo inclui vários aspectos de desvalorização, como o sentimento de inferioridade, ausência de possibilidade de ter voz no dia-a-dia, sensação de ser um estorvo, um problema para a família. E apesar destas pessoas não estarem aprisionadas pelos muros dos Hospitais fechados, permanecem aprisionadas às correntes invisíveis dos olhares ausentes, impessoais das outras pessoas, incapazes de funcionar como um espelho. Mantêm-se petrificadas, diante deste olhar de Medusa, sentindo-se sem existência, sem serem reais e viverem em um mundo real.

De acordo com Kury (1992), Medusa é uma das três Gôrgonas, que são irmãs monstruosas. Elas têm uma aparência terrificante: o rosto é emoldurado por serpentes, possuem presas semelhantes às de um javali entre os dentes, suas asas são de ouro e as mãos são de bronze. Além disso, quem é visto de frente por elas se torna petrificado. Enquanto as irmãs de Medusa são imortais, Medusa é mortal.

Perseu, filho de Júpiter e de Dânae, foi encarregado de matar Medusa e depois de muitas aventuras e dificuldades conseguiu achar o esconderijo das Gôrgonas. Então, utilizando-se de suas sandálias aladas e de seu escudo como espelho, além de aproveitar-se de um momento em que Medusa estava dormindo, conseguiu decapitá-la. Mesmo depois de sua morte, seu olhar, embora vindo da cabeça decepada, continuou a paralisar as criaturas sobre as quais incidia.

Quem olha para o olhar da Gôrgona, de acordo com Vernat (1991), deixa de ser quem é, sendo arrancado de si mesmo e invadido, possuído pela figura que o encara, pelo terror que seus traços e seus olhos mobilizam. É como se a face dela fosse uma máscara, em que a pessoa deixa de ser o que é e encarna algo pelo qual foi tomado, ocorrendo uma alienação de si mesmo. Entretanto, tal máscara funciona como uma imagem no olhar de outro indivíduo que se apodera da pessoa, pois ao invés de refletir seu rosto, seu olhar, expressaria o horror de uma alteridade radical, com a qual essa pessoa se identifica, transformando-se em pedra.

Podemos associar o olhar de Medusa à ausência do papel de espelho, em que o olhar da outra pessoa não apresenta um espelhamento das características do indivíduo e sim devolve algo de si. Ao se referir ao amadurecimento emocional do ser humano, Winnicott (1967) diz que quando a mãe não consegue funcionar como um espelho e reflete o próprio humor, suas defesas, isto pode levar a um atrofiamento da capacidade criativa do bebê. Isto porque quando este é o padrão nos cuidados que o bebê recebe há uma falha na provisão ambiental, que impede que o bebê crie ou mantenha vivo o objeto subjetivo. Não há integração de experiências de satisfação de necessidades.

Nestes casos, um dado da realidade externa viola a ilusão de onipotência do bebê e se impõe a ele, substituindo seu gesto. O olhar vazio da mãe, que não remete o bebê a si mesmo, que não o reconhece em si mesmo, leva o bebê a utilizar-se da percepção, criando uma existência puramente reativa. Há uma quebra na continuidade de ser. Ele, então, começa a se submeter ao ambiente, reagindo às intrusões sofridas e buscando adequar-se ao meio, enquanto sua expressão espontânea é deixada de lado. Quando esta maternagem inadequada se mantém, pode ocorrer um fracasso na conquista de uma etapa do amadurecimento, ocorrendo uma interrupção do processo. A partir daí, tudo que é construído está distorcido, possuindo um caráter defensivo e sem valor pessoal para o indivíduo.

As quebras na continuidade de ser, ocasionadas pelo olhar vazio da mãe, incapaz de refletir algo do bebê, referem-se justamente a uma quebra na própria existência do bebê, o que pode ser associado ao significado mítico do olhar de Medusa, que também impede a continuidade da existência, petrificando o indivíduo.

A petrificação ocasionada pelo olhar de Medusa parece ainda mais associada aos casos que se dirigem para a patologia, em que há uma interrupção no processo de amadurecimento, já que após tal interrupção a vida perde seu valor pessoal, deixa de ser sentida como real, a existência parece irreal.

Além disso, da mesma forma que, na petrificação pelo olhar de Medusa, o indivíduo perde seu caráter humano e vira pedra, no olhar da mãe que não reflete, o caráter humano também se perde, já que a humanidade do bebê que ela amamenta não é refletida. Entretanto, uma grande diferença se estabelece: no caso da interrupção do processo de amadurecimento, o si-mesmo verdadeiro continua a existir – isolado, protegido – na pessoa, a tendência no sentido do amadurecimento persiste, de forma que ao se proporcionar um ambiente suficientemente bom para ela, o amadurecimento pode voltar a ocorrer, na medida do possível.

No Mito, apesar de o olhar de Medusa parecer ser invencível, ainda assim foi possível encontrar formas de se desviar deste olhar e posteriormente aniquilá-lo, salvando muitas pessoas da petrificação. Fazendo uma relação com as ilustrações clínicas apresentadas e conseqüentemente com o trabalho no CAPS-T, pode-se verificar a importância de duas ações no trabalho a ser realizado. Em um primeiro momento, o oferecimento de um olhar que não repita as quebras na continuidade de ser das pessoas que estão recebendo o tratamento, ou seja, em que o papel de espelho esteja presente.

Isso porque o oferecimento de um ambiente suficientemente bom, em que estejam presentes cuidados importantes, como o papel de espelho, permite a vivência da monotonia, da previsibilidade, da confiabilidade, em que a um gesto seu, o paciente pode “encontrar” – do ponto de vista do observador – uma resposta adequada ou algo de si no olhar da outra pessoa. À medida que isto responde à sua necessidade, podemos considerar que, nestes momentos, o objeto subjetivo pode ser criado, de forma que o paciente pode viver a ilusão da onipotência.

A constância do mundo subjetivo e a apresentação de objetos de forma adequada podem proporcionar a vivência de experiências em que aspectos possam ser integrados ao si-mesmo verdadeiro. E este, reconhecido e diante da

confiabilidade do ambiente, pode continuar seu processo maturacional, na medida do possível. O reconhecimento através do olhar de outra pessoa, o ser visto, são fundamentais para o surgimento do sentimento de existir, para o desenvolvimento de uma existência de autonomia e espontaneidade. Há espaço, então, para a vitalidade e a personalidade.

Além da presença do papel de espelho no tratamento, também há uma segunda ação necessária: a ampliação do trabalho para o aniquilamento dos “olhares petrificadores” que recaem sobre o paciente e, conseqüentemente, para o surgimento do espelho no olhar de outras pessoas que participam da vida do paciente. Há um trabalho, portanto, que se estende ao ambiente social próximo do paciente, mas que também deve tentar alcançar a sociedade como um todo.

6. AS FACETAS DO PAPEL DE ESPELHO NO COTIDIANO DO TRATAMENTO

Além da fundamental importância do papel de espelho durante a constituição do bebê, sua participação no amadurecimento do indivíduo se mantém por toda a vida. No caso de muitos pacientes que fazem tratamento no CAPS-T, a necessidade do papel de espelho revela-se mais intensa devido à grande fragilização emocional vivenciada e devido ao grande número de pessoas com estrutura psicótica, o que significa que as etapas iniciais do desenvolvimento não puderam ser atravessadas com sucesso. Nestes casos, há a necessidade de uma provisão ambiental adequada, de forma que o que não foi experienciado o possa ser agora, sustentado por um ambiente suficientemente bom.

O papel de espelho entra como um fator fundamental nos cuidados a serem oferecidos. Entretanto, o olhar que as pessoas oferecem a estes indivíduos em tratamento no CAPS-T e, em vários casos, que foi oferecido a eles por longos períodos – no caso dos pacientes que há vários anos passam por crises, internações e tratamentos – pode espelhar algo deles próprios ou ser impositivo, devolvendo um olhar ausente, bloqueado por preconceitos, defesas rígidas, o que provoca intrusões, e reações no sentido de proteger o verdadeiro si-mesmo.

Isto pode ser intensificado pelas dificuldades presentes em um momento de mudança drástica na vida destas pessoas: o adoecimento, em que irrompe a incerteza de quem elas são. Em alguns casos, a outra pessoa consegue refletir para o indivíduo algo dele próprio, auxiliando-o a sentir-se real, a existir e a superar suas dificuldades. Em grande parte dos casos, entretanto, a família, os amigos, os conhecidos e até muitos profissionais, diante de uma pessoa que revela a loucura que pode ocorrer em qualquer um de nós, têm dificuldade para compreender o que está ocorrendo. Sentindo-se assustados, passam a devolver à pessoa seus medos, preconceitos e defesas.

Em outros casos, ao invés de devolver seus medos, acabam por constituir essa pessoa nesse medo, oferecendo um ambiente confuso, tantalizador, que, conforme descrito por Dias (1998), é para Winnicott o pior tipo de provisão ambiental. Isso porque o ambiente tantalizador refere-se à mãe (ou seu substituto) que é capaz de oferecer cuidados suficientemente bons, mas quando o bebê busca esse cuidado, não consegue encontrá-lo. Assim, ele sabe que há algo bom que pode ser alcançado, mas esse algo bom não lhe é acessível sempre que o procura. A decepção é, portanto, permanente e isto provoca o caos, já que o bebê não sabe o que e quando esperar algo, de forma que não é possível o estabelecimento da crença em que algo possa ser encontrado. Esta imprevisibilidade total anula o efeito positivo de qualquer acesso a uma adaptação adequada. O sobressalto do imprevisto domina a cena.

Nestes casos em que o papel de espelho está ausente, a situação, então, se agrava, pois, com a finalidade de proteger seu si-mesmo verdadeiro, constantemente sujeito a traumas, reforça-se a organização defensiva, que exclui qualquer traço de espontaneidade. Não são mais encontrados, nessas pessoas, quaisquer indícios de características pessoais. Isto é comum a muitos casos, em que os indivíduos perdem todas as suas características anteriores, o que sabiam fazer, seus talentos, transformando-se apenas em alguém passivo, que acha que os outros sabem o que é melhor para ele. Muitos passam a perguntar para as outras pessoas, em relação às mínimas coisas do dia-a-dia, como devem fazê-las, qual a melhor forma de resolvê-las, pois só o outro sabe. Não há qualquer sinal de espontaneidade.

Por isto, a iniciativa, existente no CAPS-T, de auxiliar o paciente a resgatar suas possibilidades de participar e negociar sobre seu tratamento com médicos e técnicos, sobre sua vida com os familiares e sobre as possibilidades presentes no mundo com a sociedade é muito importante. Revelar para o paciente que ele é quem mais sabe sobre si, que tem capacidade para discutir seu tratamento e escolher seus caminhos (mesmo que com limitações, em determinados períodos) é espelhar sua condição de sujeito, ao invés de reforçar sua posição de objeto, mantendo-o petrificado nela.

Entretanto, conseguir ser esse espelho não é tão simples. Conforme apontado anteriormente, os medos, os preconceitos e as defesas frente a tais sentimentos dificultam que o papel de espelho possa se constituir. Conforme explicitado por Santa Cruz,

Reconhecer que o “doente mental” é um sujeito que deseja e que “sabe” sobre a verdade de seu desejo e de seu sofrimento, saber possível numa relação de fala/escuta que possa produzir novos sentidos para sua história, que possa criar novos caminhos em seu circuito pulsional, novos territórios existenciais, reconhecer isto é renunciar à onipotência, ainda que ilusória, do lugar do provedor, do são, daquele que sabe. Mas, antes de mais nada, é se confrontar com a própria condição de sujeito cindido, de sujeito confrontado tragicamente com suas próprias experiências da loucura (1992, p.19)

Complementando a argumentação da autora, reconhecer estes aspectos na pessoa atendida, sua singularidade, é renunciar a um olhar determinista e pré-concebido sobre a outra pessoa, em que está ausente o papel de espelho. E reconhecendo e refletindo aspectos do si-mesmo verdadeiro da outra pessoa, juntamente com o oferecimento de outros cuidados necessários para que uma continuidade de ser se estabeleça e o objeto subjetivo possa ser criado, novas experiências podem ser vivenciadas e aspectos podem ser integrados ao si-mesmo verdadeiro, de forma que podem ser construídos novos sentidos, carregados de espontaneidade e personalidade.

Neste sentido, o trabalho com a família, durante a realização do tratamento, é fundamental, já que seu olhar (enquanto espelho ou não) tem grande influência sobre os indivíduos em tratamento. Torna-se necessário, então, que faça parte do tratamento a compreensão do que esta família pensa e um trabalho de desconstrução e reconstrução de seu olhar para o paciente, quando necessário. É importante destacar que este trabalho deve incluir, por parte dos profissionais, a capacidade de, além de perceber as dificuldades da família, as concepções inadequadas, as defesas frente ao paciente, reservar um espaço para receber estratégias e saberes dos familiares do paciente que se revelem positivos diante da situação vivida.

E, neste sentido, um cuidado torna-se importante, o de compreender que quando as pessoas da família não conseguem oferecer o papel de espelho ao paciente, isto não significa que elas sejam “os monstros da história”. É importante enfatizar que quando elas oferecem “olhares de Medusa”, isto não significa que elas são Medusas. Ao contrário, fica evidente que tal olhar refere-se às dificuldades que estas pessoas estão encontrando diante da doença de um de seus membros e que estão precisando de ajuda, pois o único modo que encontraram para lidar com isto foi formar pré-conceitos e deixar que seus olhares fossem impedidos de enxergar quem a outra pessoa é, bloqueados por tais pré-concepções.

Além disso, o medo, muitas vezes, leva a família a compreender a outra pessoa em uma condição bem distante da sua (ou seja, tentando proteger sua sanidade, lucidez e capacidade). E olharmos para ela preconceituosamente, como a que não compreende o paciente, que é responsável por seus prejuízos, é repetirmos o olhar pré-concebido que, ao invés de revelar para esta família algo dela mesma, suas dificuldades e possibilidades, a classifica como alguém danoso ao paciente, sem que outras características possam ser vistas, reconhecidas e refletidas.

Trabalhar com a família, portanto, não é algo fácil, já que implica desestabilizar suas defesas, muitas vezes já enrijecidas, e colocá-la diante de seus medos. Isto, entretanto, abre possibilidades para que ela possa realmente ver o indivíduo em tratamento, compreendê-lo, ao invés de excluí-lo, para proteção da família. Um contato acolhedor, em que os medos e preconceitos da família possam ser ouvidos, ao mesmo tempo que seja possível trabalhá-los, desconstruindo o que é

fantasia e ajudando a família a enfrentar as dificuldades reais, pode auxiliar a mudança, de um olhar rígido, ausente, para o surgimento do papel de espelho. Neste sentido, esclarecer sobre a doença do paciente e possibilitar que o diálogo se estabeleça entre ele e a família também é algo que colabora para que a família seja capaz de remover suas idéias pré-concebidas e ver como ele verdadeiramente é, ou seja, suas características que estão além dos sintomas da doença.

Até aqui, houve uma focalização na importância da outra pessoa conseguir oferecer o papel de espelho, o que é terapêutico para o indivíduo, possibilitando a ele ser reconhecido, enxergar-se, sentir-se real. Entretanto, é evidente que o indivíduo também tem um envolvimento nesta situação, já que as reações às intrusões causadas por olhares em que está ausente o papel de espelho, levam ao fortalecimento de um si-mesmo falso. Quando falamos de casos graves de Saúde Mental, estamos falando, na maior parte dos casos, em psicose, o que intensifica o fortalecimento de um si-mesmo falso patológico, submisso, já que a psicose é justamente uma organização de defesas contra o colapso, em que há uma cisão entre o verdadeiro e o falso si-mesmo.

Para Winnicott, se a mãe é capaz de realizar uma maternagem suficientemente boa, o bebê tem condições de amadurecer. Essa provisão ambiental adequada inclui espelhar ao bebê o que ela vê nele, o que é a base para o sentimento de existir, de sentir-se real. Por outro lado, quando há falhas adaptativas por parte da mãe, acontecem invasões ambientais excessivas, o que leva à perda de continuidade de ser do bebê e a um retorno defensivo a estados não integrados. Isso intensifica as angústias de fragmentação, presentes neste momento, contra as quais o indivíduo vai construir uma personalidade pré-psicoticamente estruturada ao redor do uso de determinadas defesas (Vaisberg; Machado, 1999). Em relação ao papel de espelho, a mãe não consegue espelhar para o bebê as características dele, devolvendo, ao contrário, seu humor, suas defesas, o que o leva ao atrofiamento de sua capacidade criativa, relacionada ao mundo subjetivo. Em seu lugar surge a percepção e uma forma de ser reativa. E essa reação ao ambiente invasivo rompe a continuidade de ser. Há uma submissão e forma-se o falso si-mesmo patológico.

Em muitas pessoas que recebem tratamento no CAPS, o falso si-mesmo está presente, com maior ou menor intensidade, dependendo da fragilidade emocional

deste indivíduo. No caso dos pacientes psicóticos, entretanto, o falso si-mesmo se apresenta fortemente instalado, a fim de proteger o verdadeiro si-mesmo de traumas, de forma que este último permanece isolado, privado de experiências reais e de se tornar uma realidade viva. Isto significa que essas pessoas têm seu gesto espontâneo substituído por uma adequação ao meio e encontram dificuldades, portanto, para sair desta submissão.

Por outro lado, quando nos referimos à Psicose, apesar de a estrutura de personalidade destes indivíduos revelar as dificuldades presentes na busca por uma condição de sujeito, em que sua autenticidade e espontaneidade possam se apresentar, independente do meio e do olhar das outras pessoas, não se deve esquecer que um tratamento adequado pode possibilitar que a estrutura apresente-se compensada, aliviar o sofrimento presente e auxiliar a atualização de potencialidades, permitindo formas de viver melhores. Assim, na prática clínica, as estruturas se mantêm, mas seu funcionamento pode sofrer transformações (Vaisberg; Machado, 1999). E tais transformações permitem maior autonomia ao sujeito.

Nesse sentido, não se pode esquecer que o falso si-mesmo patológico, conforme exposto anteriormente, tem a função de proteger o verdadeiro si-mesmo, o qual mantém-se isolado, aguardando que o ambiente ofereça condições para sua manifestação e amadurecimento. Isto possibilita que, diante de um tratamento que atenda determinadas necessidades do paciente (o que inclui espelhar a ele algo dele mesmo), suporte as regressões e permita as integrações anteriormente não realizadas, o verdadeiro si-mesmo dessa pessoa tenha a oportunidade de seguir o amadurecimento interrompido pela provisão ambiental inadequada. Experiências poderão ser vivenciadas, em um ambiente em que predomine o continuar a ser, propiciando integrações e um sentimento de pessoalidade, já que o mundo subjetivo pode ser criado.

Assim, o oferecimento de um ambiente que finalmente se adapte às necessidades do paciente, possibilitando um continuar a ser, pode proporcionar a confiabilidade e previsibilidade necessárias para a criação do objeto subjetivo, o que possibilita a presença da espontaneidade, da autenticidade, do sentimento de ser real e viver em um mundo real. É fundamental, neste sentido, que o trabalho no CAPS se

direcione para o oferecimento desses cuidados, o que inclui a presença do papel de espelho, em que possa ser refletido ao paciente o que há para ser visto nele. Isso permite que o si-mesmo do paciente possa se reconhecer no espelho apresentado pela equipe.

Além disso, como o paciente com estrutura psicótica é uma pessoa não integrada ainda, ele precisa que a equipe funcione de forma aproximada à mãe suficientemente boa. Esta vê o bebê humanizado e completo, algo que ele ainda não é, mas virá a ser. Ela “informa” ao bebê isto, reunindo-o em seus braços e em seu olhar. Durante o tratamento, é fundamental que a equipe possa ver o paciente psicótico como um ser humano completo, sem, entretanto, deixar que sua ansiedade se coloque, apressando-o neste sentido ou não aceitando suas regressões. Na prática cotidiana, no CAPS-T, considero que há uma constante receptividade ao que vem do paciente, de forma que ele pode ser ver nos olhos da equipe. Ao mesmo tempo, há uma postura de continuidade no atendimento às necessidades do paciente, buscando possibilitar a continuidade de ser.

Mas como será para o paciente sair deste lugar de submissão ao que vem da outra pessoa e reconhecer aspectos de seu si-mesmo verdadeiro, mesmo com o surgimento de um espelho que possibilite esse reconhecimento de algo de si? Um conto de Machado de Assis (1882), “O Espelho”, possibilita reflexões interessantes a este respeito.

O conto inicia com alguns senhores discutindo sobre várias questões, até que um deles resolve contar um caso de sua vida, querendo demonstrar que cada ser humano tem duas almas: uma que olha de dentro para fora, outra que olha de fora para dentro. Quando tinha 25 anos, foi nomeado alferes da guarda nacional, o que foi um “acontecimento” para sua família. Todos ficaram muito orgulhosos e a partir de então chamavam-no de o seu alferes. Uma tia, que morava a muitas léguas da vila, em um sítio solitário, pediu que ele fosse vê-la e levasse a farda. Chegando lá, ela logo escreveu à sua mãe, dizendo que não o soltaria antes de um mês, pelo menos. Ele conta que ela o abraçava muito e chamava-o também o seu alferes. Dizia que ele era um rapagão bonito, que tinha inveja da moça que fosse ser sua mulher e que não havia outro em toda a província que pusesse o pé adiante dele. Chamava-o de alferes

o tempo todo, apesar de, inicialmente, ele pedir que ela o chamasse pelo nome, Joãozinho. Mas ela retrucava que não, que ele era o senhor alferes. Um cunhado da tia, que também morava ali, e todos os escravos do sítio começaram a chamá-lo assim também. Na mesa ele tinha o melhor lugar, era servido primeiro. Para completar, a tia fez questão de colocar um espelho riquíssimo em seu quarto, durante o tempo que ele estivesse ali.

Joãozinho revela, então, que todas essas atenções realizaram nele uma transformação, em que o alferes eliminou o homem, de modo que depois de três semanas ele era exclusivamente alferes. Um dia, a tia recebeu a notícia de que uma de suas filhas estava à morte e, juntamente com seu cunhado, foi vê-la, pedindo ao sobrinho que cuidasse do sítio enquanto ela estivesse fora. Após a saída de ambos, ele conta que se sentiu oprimido, o que relacionou à diminuição das atenções, já que restaram apenas os escravos. Já na primeira noite os escravos fugiram e o alferes viu-se só. Os dias se passaram e começou a surgir nele uma sensação muito ruim, aplacada apenas durante o sono, quando, nos sonhos, fardava-se orgulhosamente no meio da família e amigos, os quais o elogiavam, chamavam de alferes. Com o passar dos dias, a sensação foi piorando e ele, em alguns momentos, ficava nervoso, desesperado.

Até este momento, o alferes ainda não havia olhado uma só vez para o espelho, o que ocorreu ao fim de 8 dias. E ele diz:

Olhei e recuei. O próprio vidro parecia conjurado com o resto do universo; não me estampou a figura nítida e inteira, mas vaga, esfumada, difusa, sombra de sombra. A realidade das leis físicas não permite negar que o espelho reproduziu-me textualmente, com os mesmos contornos e feições; assim devia ter sido. Mas tal não foi a mesma sensação. Então tive medo; atribuí o fenômeno à excitação nervosa em que andava; receei ficar mais tempo e, enlouquecer. (Assis, 1882, p.28)

Resolveu, então, ir embora e foi vestir-se. De vez em quando olhava para o espelho, mas a imagem mantinha-se difusa, decomposta. De repente, por uma

inspiração, um impulso, lembrou-se de vestir a farda de alferes. Vestiu-se, aprontou-se e foi defronte ao espelho. Relatou, então:

levantei os olhos, e... não lhes digo nada; o vidro reproduziu a figura integral; nenhuma linha de menos, nenhum contorno diverso; era eu mesmo, o alferes, que achava, enfim, a alma exterior. Essa alma ausente com a dona do sítio, dispersa e fugida com os escravos, e-la recolhida no espelho. Imaginai um homem que, pouco a pouco, emerge de um letargo, abre os olhos sem ver, depois começa a ver, distingue as pessoas dos objetos (...) Tudo volta ao que era antes do sono. Assim foi comigo. Olhava para o espelho, ia de um lado para outro, recuava, gesticulava, sorria, e o vidro exprimia tudo. Não era mais um autômato, era um ente animado. Daí em diante, fui outro. (Assis, 1882, p.28/29)

Relacionando o conto de Machado de Assis às contribuições de Winnicott sobre o amadurecimento emocional humano, podemos considerar que as duas almas apontadas pelo alferes no conto, uma que olha de dentro para fora, outra que olha de fora para dentro, tratam-se justamente do verdadeiro e falso si-mesmo, respectivamente. No desenvolvimento adequado, ambos coexistem, há uma ponte entre eles, mas o verdadeiro si-mesmo predomina no indivíduo, enquanto o falso si-mesmo corresponde às regras sociais, às quais nos submetemos (menos ou mais) a fim de estabelecer uma boa convivência com as outras pessoas (Winnicott, 1960b). Entretanto, no conto, o que ocorre é que o alferes elimina o homem, ou seja, há uma dominância do falso si-mesmo, patológico, em que os gestos espontâneos, autênticos são substituídos, submetidos ao alferes. Há uma cisão entre o verdadeiro e o falso si-mesmo, de forma que o verdadeiro si-mesmo é isolado, protegido de possíveis traumas, privado de experiências reais.

É interessante notar, entretanto, que a submissão ao alferes se dá com tanta intensidade no conto, apesar de haver passado apenas cerca de um mês, que poderíamos relacioná-la à forma de viver reativa, em que o falso si-mesmo predomina, presente em vários pacientes do CAPS-T. Parece haver a mesma petrificação do indivíduo, através do “olhar de Medusa” que as outras pessoas lhe

oferecem. No conto, quando Joãozinho olha para as pessoas não vê algo de si e sim pré-concepções relacionadas à patente de alferes.

Abrir mão do lugar de alferes, no conto, torna-se enlouquecedor para ele, que se desorganiza internamente. Ele não consegue reconhecer outros aspectos seus, precisa do si-mesmo falso para “sobreviver” psicicamente. Quando se olha no espelho sem a farda, sua imagem lhe parece difusa, decomposta, sem uma configuração nítida e inteira. E o único caminho que encontra é retornar ao falso si-mesmo patológico, o que lhe dá uma sensação de controle onipotente sobre a ameaça de desintegração.

Essa desorganização interna também se apresenta em alguns pacientes, no cotidiano de tratamento do CAPS-T. Duas situações ocorridas ilustram tais questões.

Uma delas refere-se a uma paciente, Priscila, com uma história muito longa de tratamentos e internações. Durante os longos anos de tratamento, Priscila pôde criar condições de manter-se mais estabilizada emocionalmente e começou a romper, nos últimos tempos, com uma postura de objeto, sem capacidade para cuidar de si e das suas atividades cotidianas. Começaram a surgir manifestações mais espontâneas, o que culminou em uma iniciativa de morar sozinha, próxima da família, a fim de ter algum suporte, mas cuidando de sua casa e de sua vida. Além disso, manteve-se sua freqüência ao CAPS-T, com a intenção de ampliar seu suporte. A proximidade da mudança começou a deixá-la nervosa e insegura, mas com o suporte emocional recebido, manteve-se decidida a mudar, o que ocorreu. Após algumas semanas, entretanto, Priscila começou a desorganizar-se internamente e, conseqüentemente, nas tarefas cotidianas, o que se agravou.

Além de retornar a morar com uma irmã, Priscila tornou-se lentificada e retornou à postura de objeto, em que nada sabe, precisando que a outra pessoa lhe instrua sobre tudo. Passou a não se considerar com condições de pensar sobre as situações e nem de assumir tarefas em casa, de forma que qualquer tentativa no sentido de ela perceber-se como alguém que sabe ou que é capaz de fazer algo a angustia muito. Perdeu a alegria de viver e parece sentir-se como um bebê, sem

qualquer condição. Apesar da passagem de meses, poucas manifestações autênticas puderam ser notadas.

É interessante observar que a angústia diante da mudança de uma postura de objeto para uma postura em que há iniciativas próprias, pessoais, em que está presente a capacidade para lidar com as situações do dia-a-dia, foi muito intensa para Priscila, produzindo, em determinado momento, uma desorganização. Pode-se pensar que, apesar de ela ter conseguido ver-se de outro modo, através do espelho oferecido pelas outras pessoas, e ter voltado a manifestar gestos mais espontâneos, vivenciado experiências integradoras, o que abriu caminho para a possibilidade de retomar uma condição de sujeito, vivenciar a situação de morar sozinha foi além de suas possibilidades, foi muito difícil e desorganizador. Tudo também parece ter ficado difuso, sem contorno, como no conto, e a única alternativa encontrada foi retornar à predominância de um falso si-mesmo patológico, isolando seu verdadeiro si-mesmo. A intensidade em manter-se neste lugar, sem se abrir para o que os olhares das outras pessoas podem refletir, revela como foi assustador estar fora dele.

Não podemos esquecer também que, muitas vezes, familiares, conhecidos, incapazes de espelhar algo da outra pessoa e sim somente seus próprios medos e preconceitos, diante de situações como esta – após o retorno do indivíduo à condição submissa de objeto – acabam auxiliando em sua petrificação neste lugar, com falas como: “Eu não disse que ela não ia conseguir” ou “eu sabia que ela não seria capaz”, ou ainda, “ela não é capaz de fazer nada mesmo”.

Infelizmente, no caso descrito acima, a persistência em a equipe se manter como um espelho e a continência às dificuldades de Priscila não foram suficientes para que ela pudesse agüentar uma experiência de tal dimensão. É importante reconhecer, entretanto, que conseguir morar sozinha é uma conquista bastante difícil para todos, e que exige uma grande maturidade emocional e de organização interna e externa.

Outro tratamento, entretanto, revela caminhos mais positivos. Trata-se de um paciente com alguns anos de tratamento, passando por vários locais de atendimento e algumas internações. Marcelo, no início de seu tratamento, em que freqüentava o

CAPS-T todos os dias, ouvia muitas vozes e sentia dores de cabeça, o que o fazia permanecer períodos sem conseguir vir à Unidade, já que as vozes diziam que, se saísse de casa, ele morreria. Com o desenrolar do tratamento, formou-se um vínculo com os profissionais do CAPS-T, de forma que tais sensações, medos, puderam começar a ser divididos com eles. Marcelo também começou a ter conversas individuais com sua técnica de referência, uma psicóloga, nas quais tais assuntos podiam ser tratados.

Depois de um tempo, ele começou a participar de algumas oficinas e grupos. As vozes diminuíram e ele pôde cuidar mais de si, de seu aspecto, de sua higiene. Iniciou-se, então, um interesse dele por coisas novas e a equipe começou a estimulá-lo a isso. Entretanto, apesar de o olhar dos profissionais espelharem aspectos que se apresentavam nele, além de suas capacidades, neste período era difícil para ele se arriscar a fazer algo novo, pois as vozes diziam que ele era ridículo, só faria papel de bobo e que todos ririam dele.

A persistência em espelhar suas capacidades e possibilidades diante do mundo parece ter encorajado Marcelo a se arriscar em uma situação nova, de forma que ele aceitou participar de um grupo no qual haveria uma maior exposição sua. Neste período, as conversas com a técnica de referência foram importantes, pois a cada encontro o paciente chegava perturbado, às vezes até desorganizado, sentindo-se bobo, achando que os outros deviam estar rindo dele, pois não conseguia falar coisas interessantes no grupo. Isto era o que as vozes lhe diziam, juntamente com as ameaças de morte. Diante disto, pensava em abandonar o grupo e, em alguns dias, não conseguia realmente ir ao grupo, ficando na cama, em casa, dominado pelo que as vozes diziam.

Nas conversas com a técnica eram realizadas reflexões sobre o que as vozes diziam e o que Marcelo acreditava. Além disso, era oferecida continência às suas dificuldades e aos seus retrocessos, necessários em alguns momentos, juntamente com outros cuidados adequados, e eram apresentados, para ele, retornos fornecidos por alguns coordenadores do grupo sobre sua participação lá. Além disso, outros profissionais do CAPS-T também desempenhavam, nos encontros do dia-a-dia, o papel de espelho necessário e ofereciam continência nos momentos difíceis e

estímulo para suas conquistas. Parece que tais cuidados possibilitaram que persistisse em Marcelo a confiança em se ver nesse espelhamento, o que possibilitou que ele se mostrasse mais espontâneo e que suas vivências adquirissem um sentido pessoal, autêntico.

Com o passar do tempo, começou a se estabelecer um movimento circular, em que cada vez que Marcelo iniciava algo novo, conseguia ir a um lugar sozinho ou entrava em um curso, as vozes voltavam com toda a força, o que o desnor-teava. Nestes momentos, era muito importante um cuidado especial com sua necessidade de regredir, de receber acolhimento, de aquietar-se. Era fundamental aguardar que novo gesto fosse realizado por ele, de forma que não se estabelecesse uma intrusão, através da imposição, mesmo que sutil, de algo pelo profissional. Quando ele fazia um movimento no sentido de buscar algo, como, por exemplo, retornar ao curso, procurava-se perceber o que era necessário a ele neste momento, a fim de responder ao seu gesto de forma adequada. É interessante observar que, conforme as situações eram enfrentadas, as vozes diminu-íam novamente e, em determinados períodos, sumiam. A postura de Marcelo, então, foi mudando, pois mesmo quando as vozes estavam muito fortes e ameaçadoras, ele não retrocedia para o confinamento em sua cama, como no início. Ao contrário, ia para o CAPS-T e solicitava conversar com sua técnica de referência ou outro profissional. Percebeu que sair de casa, encontrar outras pessoas, fazer coisas que gostava, lhe fazia bem e diminu-ía a força das vozes.

Atualmente, Marcelo fez grandes conquistas, várias ao mesmo tempo, o que produziu novo período em que as vozes se intensificaram. Ele, entretanto, enfrentou este período, não retrocedendo ao falso si-mesmo patológico que se apresentava tão dominante quando chegou ao CAPS-T e com o qual sobrevivera por tantos anos. Parece, cada vez mais, apresentar-se de forma espontânea, criativa, olhando o mundo de uma forma pessoal, vivendo uma existência pessoal. E apesar dos abalos iniciais, diante do contato com algo de si, reconhecido e refletido pelo olhar de outra pessoa, parece ter havido um ambiente suficientemente bom, capaz de oferecer a sustentação necessária para um continuar a ser, para a criação de um mundo subjetivo, em que a criatividade e personalidade têm lugar.

Uma das questões fundamentais, neste caso, foi a continuidade da presença do papel de espelho na equipe, com o oferecimento de um espelho único, mesmo durante os períodos em que Marcelo era dominado pela angústia e precisava regredir, juntamente com a capacidade de oferecer cuidados adequados às suas regressões. Por outro lado, entretanto, Marcelo, durante e após tais regressões, não se bloqueou para o que era espelhado pela outra pessoa. Já no caso de Priscila, após sua desorganização, parece haver se estabelecido uma dificuldade para conseguir ver-se no espelho oferecido pelo olhar de outra pessoa. A angústia sentida foi tão intensa, que ela retornou à organização defensiva que a protege do colapso, ou seja, a um falso si-mesmo patológico, submisso às exigências do meio. Ela parece ter se bloqueado para qualquer espelhamento que alguém tente lhe oferecer.

Esta intensa angústia sentida por Priscila e Marcelo parece estar relacionada ao Medo do Colapso, descrito por Winnicott (1963a) como a angústia diante do colapso da organização do ego. E com o objetivo de se proteger, o ego organiza defesas contra este colapso. Conforme descrito por Winnicott (1965),

Surgiu um estado de coisas a envolver um colapso das defesas, defesas que foram apropriadas na idade e no setting do indivíduo. O apoio do ego por parte de uma figura genitorial tem que ser levado em consideração aqui, com referência a ter sido ele um apoio confiável ou inconfiável. No caso mais simples possível, houve portanto uma fração de segundo em que a ameaça da loucura foi experienciada, mas a ansiedade neste nível é impensável. Sua intensidade acha-se mais além da descrição e novas defesas organizam-se imediatamente, de maneira que a loucura, de fato, não foi experienciada. Por outro lado, contudo, ela foi potencialmente um fato.(p.99/100)

Para o autor, não se deve entender, portanto, a psicose como um colapso e sim como uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva. Podemos, então, pensar na hipótese que Priscila, quando vivenciou a experiência de morar sozinha, viu-se diante das agonias impensáveis de desintegração do ego e o medo do

colapso a fez retornar para a organização defensiva, de forma a proteger seu si-mesmo verdadeiro.

Chama a atenção, nas situações de Marcelo e Priscila, a discrepância de sentimentos, quando submetidos ao falso si-mesmo patológico e quando em contato com suas manifestações mais espontâneas, com a vivência de experiências em que estava presente o sentimento de pessoalidade. Já foi evidenciado que, após o retorno de Priscila à condição de objeto, sem capacidades, sua alegria de viver sumiu, mantendo-se bastante depressiva. Por outro lado, tanto Marcelo, como Priscila, quando viram algo de si, através do papel de espelho que lhe foi oferecido, e, a partir disso, puderam viver experiências novas, demonstraram grande encantamento diante da vida e de suas descobertas em relação a si.

A este respeito, Safra (1999) considera que o reflexo especular fornecido pela outra pessoa possibilita o encontro consigo mesmo e, ao mesmo tempo, com essa pessoa. E este encontro, em geral, vem acompanhado de um encantamento, tanto para o indivíduo como para o analista (no caso do processo psicoterápico). Tal encantamento se justifica já que quando há um reconhecimento da outra pessoa, isto permite sua própria existência enquanto ser e possibilita que o mundo possa ser criado e vir a ser conhecido por ela com satisfação. O autor destaca que este reconhecimento, relacionado à função do espelho realizada inicialmente pela mãe, é um ponto relevante na condução do processo psicoterápico. Podemos, entretanto, ampliar tal colocação, no caso do tratamento oferecido em um CAPS, afirmando que é um ponto relevante para a atuação da equipe que atende os pacientes, em todos os espaços oferecidos a eles (intra e extra muros).

As ilustrações de Marcelo e Priscila revelam, entretanto, que mesmo que o papel de espelho esteja presente entre os cuidados oferecidos pela equipe, isto não é necessariamente condição suficiente para que manifestações espontâneas possam ocorrer, ou para que determinados aspectos possam ser integrados ao si-mesmo. Isso por alguns motivos.

Um deles refere-se ao fato de que a partir do momento que é oferecida uma nova provisão ambiental ao paciente, agora adequada às suas necessidades, inicia-se

um longo processo de construção da confiabilidade e previsibilidade necessárias à continuidade de ser. Quando isto ocorre, o ambiente monótono e previsível responde ao gesto da pessoa de forma adequada, de modo que o objeto subjetivo pode ser criado. Este ambiente deve ser contínuo, a fim de que o mundo subjetivo possa se manter, permitindo que experiências possibilitem a integração de novos aspectos ao si-mesmo verdadeiro. É neste contexto, portanto, que o si-mesmo verdadeiro pode retomar sua tendência inata ao amadurecimento, na medida do possível. Isto se constitui algo demorado e implica, em vários momentos, regressões com a finalidade de reformular experiências, de repousar. Assim, Marcelo e Priscila parecem estar vivenciando este processo, encontrando-se em momentos diferentes, apresentando-se de formas diferentes, regredindo quando necessário, caminhando e retrocedendo, mas buscando, ambos, condições para que seu processo de amadurecimento continue, na medida do possível. E seus retrocessos não devem ser entendidos como fracassos, mas sim como parte do processo, como indicações de algumas necessidades que precisam ser atendidas.

Por outro lado, é necessário que se analise continuamente se outros aspectos dos cuidados necessários aos pacientes vem sendo atendidos, ou seja, se a provisão ambiental vem sendo realizada de forma realmente adequada. Não basta que a equipe consiga funcionar como um espelho único, mas não consiga, por exemplo, dar a sustentação necessária ao paciente durante os períodos mais difíceis, ou se antecipe a um gesto do paciente, substituindo-o por seu próprio gesto.

Fica evidente, portanto, que no trabalho com estes pacientes a persistência no oferecimento de um manejo adequado, o que consiste no fornecimento de um ambiente adaptado (incluindo o papel de espelho), se torna extremamente relevante, pois pode possibilitar a continuidade de ser, sem um excesso de reações às intrusões. Estas reações promovem uma ameaça de aniquilamento (Winnicott, 1956) e a necessidade de isolar, de proteger o verdadeiro si-mesmo. Por outro lado, o fornecimento de um manejo adequado possibilita que o indivíduo viva o continuar a ser, de forma que

O comportamento do analista (...), por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo

paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver (Winnicott, 1955-6, p.395).

O oferecimento de um ambiente humano suficientemente bom no CAPS pode auxiliar o paciente no aparecimento de sua espontaneidade, em sua existência enquanto ser e em sua criação do mundo com pessoalidade - na medida do possível - apesar da vivência de situações adversas no cotidiano. Busca-se a possibilidade de uma integração de aspectos que não puderam ser integrados anteriormente e da retomada, em alguma medida, do processo de amadurecimento do si-mesmo.

6.1. O PAPEL DE ESPELHO NOS ENCONTROS SOCIAIS

Quando um grupo de pessoas se encontra e interage, o papel de espelho pode estar presente nestas pessoas. Nas ilustrações clínicas apresentadas no capítulo 5, foi possível perceber como no caso de Ana Maria, os encontros e desencontros com a equipe, com o grupo de pacientes no espaço do CAPS-T foi fundamental. O grupo de pessoas com o qual ela se encontrava estava disponível para refletir algo dela. Já no caso de Maria Paula, além dos contatos na ambiência, o papel de espelho oferecido pelo grupo de psicoterapia foi de particular importância no reconhecimento da autenticidade de suas manifestações, de seus sentimentos.

Apesar de estarmos falando do papel de espelho em várias pessoas, isto não significa que estejamos falando de múltiplos espelhos, o que poderia ser desorganizador para quem se vê nos vários espelhos. Isso porque uma multiplicidade de espelhos impede a presença da monotonia e previsibilidade necessárias ao continuar a ser. Nos casos de Ana Maria e Maria Paula, pode-se dizer que o efeito terapêutico está relacionado ao fato de que elas puderam identificar, nesta experiência, algum elemento único no grupo – de convivência ou psicoterapêutico.

Desta maneira, constituiu-se um espelho único, constante, confiável, através do qual o si-mesmo pôde ser reconhecido.

Obviamente, entretanto, o papel de espelho pode ou não estar presente nos grupos, dependendo das características pessoais dos participantes do grupo, já que para que o papel de espelho ocorra é necessário que quem funciona como espelho seja capaz de refletir algo da outra pessoa, o que possibilita integrações. Não podemos esquecer, entretanto, que quando chegam ao CAPS-T, em geral as pessoas não estão bem. Isto significa que, muitas vezes, neste momento, tais pessoas não têm condições para enxergar o outro e refletir algo dele, como a mãe com um estado psicopatológico, que tem dificuldade para enxergar o bebê e reflete apenas suas dores, seu humor. Com isso, acaba não percebendo o que a criança sente e falha. No caso da constituição do bebê, a mãe, sendo incapaz de corrigir esta falha, constrói um padrão inadequado, que não favorece o amadurecimento do bebê.

Por outro lado, assim que os pacientes começam a sentir-se melhor, em geral, são muito acolhedores uns com os outros e principalmente com os pacientes que não estão bem. Isto cria a possibilidade de encontros terapêuticos entre os próprios pacientes. Nesse sentido, a utilização de grupos e oficinas grupais possibilita o encontro inter-humano, em que pensamentos e sentimentos podem ser trocados, erros podem ser compreendidos e acolhidos pelo grupo, manifestações espontâneas podem ser reconhecidas, novas experiências podem ser vivenciadas, enfim, mudanças podem ocorrer. E com o desenrolar do tratamento, como aconteceu com Ana Maria, pode criar-se uma confiança na continuidade de ser, promovido pelo ambiente oferecido ali, o que possibilita que os pacientes arrisquem-se ao viver verdadeiro, espontâneo.

Isto é algo muito importante e interessante do trabalho realizado no CAPS-T, já que a formação e manutenção de um ambiente suficientemente bom não se restringem à atuação dos profissionais que trabalham no CAPS-T, contando também com a participação de todos que frequentam lá, envolvendo os encontros do jardim, nos grupos e oficinas, nas festas, nos projetos internos e externos.

E este ambiente pode ser tão significativo para um indivíduo que está em sofrimento que, eventualmente, ocorrem situações em que pessoas que não possuem algum transtorno psiquiátrico, mas possuem sofrimento e vão ao CAPS-T, pedem para freqüentar a Unidade e realizar as atividades com os pacientes. Como um rapaz que foi buscar ajuda por sentir-se nervoso e estar sofrendo, o que se iniciou após um acidente em que teve traumatismo craniano e posteriormente seqüelas físicas – uma diferença entre o tamanho das pernas. Enquanto aguardava o atendimento, conheceu alguns pacientes e quando soube que não receberia tratamento ali, pois não se enquadrava no perfil atendido (foi reforçada a necessidade de psicoterapia, o que ele já estava iniciando no posto de saúde de seu bairro), pediu que pudesse freqüentar ali todos os dias. Quando foi questionado sobre o motivo de querer estar ali, respondeu que se sentia bem entre os pacientes, os quais o haviam recebido com atenção, conversaram com ele, diferentemente do que ocorria com as outras pessoas (fora dali), com as quais sentia-se excluído, diminuído. Parece que ele estava na verdade procurando um espelho, capaz de oferecer um reconhecimento de seus pensamentos e sentimentos, juntamente com outros cuidados adequados às suas necessidades, já que fora do CAPS-T, nos contatos com outras pessoas, isto não ocorria.

Isto remete a duas questões importantes no CAPS-T: uma delas é o fato de muitos pacientes, com a realização do tratamento e recuperação da capacidade de alcançar outros espaços, não quererem sair do CAPS-T e realizar tratamento (ou parte do tratamento) em outros lugares. E a segunda questão refere-se ao contrário, ou seja, ao fato de que algumas pessoas não querem ser atendidas lá. Quando lhes é perguntado o motivo, em geral, explicam que não são como os pacientes atendidos lá ou que tem medo de ficar como alguns pacientes cronicados. Aprofundando a compreensão do que se passa nestas pessoas, evidencia-se o medo diante da loucura apresentada pela outra pessoa, mas também do que está se passando dentro de si, algo desconhecido e que ultrapassa sua capacidade momentânea de entendê-lo e enfrentá-lo. E o único caminho encontrado é afastar-se daquilo que lhe apresenta suas dificuldades, sua confusão interna, a fim de tentar distanciar-se do que se passa dentro de si.

As duas questões encontram-se intrinsecamente relacionadas. Pode-se dizer que uns tem medo do que vão encontrar dentro do CAPS-T – a loucura – e outros do que vão encontrar fora do CAPS-T – o preconceito frente à loucura. No caso da sociedade em geral, há uma grande dificuldade em deparar-se com a loucura, o que é embasado por uma série de preconceitos. Isto faz com que o indivíduo sinta medo daquele que a manifesta, tentando afastar-se. Pode-se dizer que também há medo de se tornar o doente e ser olhado com preconceito, o que acaba reforçando a necessidade de manter a loucura bem longe de si. Isto, muitas vezes, torna difícil o encontro entre os pacientes e as pessoas que eles encontram no dia-a-dia, fora do CAPS-T, o que explica a resistência a fazer algo fora da Unidade.

É fácil compreender essa resistência através de uma situação que ocorreu no próprio CAPS-T. Devido à falta de psiquiatras na rede, por algum tempo, os psiquiatras da Unidade receberam pacientes que não são casos graves de saúde mental e que, portanto, recebem apenas o atendimento psiquiátrico no CAPS-T, realizando qualquer outro tratamento necessário em sua UBS (Unidade Básica de Saúde) de referência. Além disso, existem também pacientes CAPS que estão bem, puderam retomar sua vida na medida do possível e, portanto, recebem apenas tratamento psiquiátrico no CAPS-T, não sendo necessários outros atendimentos ou atividades. Isto significa que, além dos pacientes que freqüentam as atividades na Unidade, cada médico atende também pacientes que passam apenas em sua consulta.

Em uma ocasião, um paciente do CAPS-T, em regime intensivo, ou seja, que freqüentava a Unidade todos os dias, entrou em surto, sentindo-se muito perseguido, achando que todos queriam bater nele, fazer mal a ele. Isto tornou necessário chamar a ambulância para que ele fosse levado ao Pronto Socorro e houve um período de grande agitação, em que se tentava conter seus gestos agressivos, já que para se defender, ele acabava fazendo aproximações no sentido de atacar outras pessoas que estivessem lá. Foi necessário dispensar alguns pacientes mais cedo, a fim de que a situação pudesse ser controlada e não houvesse risco para eles. Por outro lado, havia pessoas que estavam lá apenas para passar com o psiquiatra e, surpreendentemente, um deles saiu revoltado do CAPS-T, dizendo que aquele paciente não deveria estar ali, mas sim internado e que a equipe era irresponsável por estar atendendo-o lá.

Apesar de seu atendimento proporcionar vários encontros (nas diversas vezes que foi atendido pelo médico) com pacientes com quadros graves de saúde mental em tratamento, ou seja, pacientes que, com o tratamento, em geral estão bem, mas que correm o risco de ter um surto, não foi possível para essa pessoa ultrapassar seus medos e preconceitos, a fim de tentar compreender o que é o CAPS, qual o tratamento oferecido e quem são as pessoas que se encontram em tratamento lá. A única coisa que esta pessoa conseguiu, naquele momento, foi sentir medo e ter a certeza de que ele deveria ficar trancado em um Hospital.

Felizmente, o indivíduo que entrou em surto não foi internado, retornando ao CAPS-T no dia seguinte. Com o desenrolar de seu tratamento, foi possível começar a entender alguns aspectos que pareciam impulsionar uma crise, além de formar-se um vínculo, em que ele vinha pedir ajuda, dizer que não estava bem ou mostrar sinais que indicavam que a situação estava muito difícil para ele, o que poderia culminar em um surto. Isso possibilitou que medidas fossem tomadas para ajudá-lo, seja com a utilização de uma medicação, seja com o seu retorno para casa um pouco mais cedo, onde pode ficar só (já que estar no meio de muita gente, em alguns dias, o deixa nervoso) e acalmar-se.

Muitos dos pacientes que são atendidos no CAPS-T vivem em extrema pobreza e estas duas características juntas (loucura e pobreza) parecem catalisar os preconceitos presentes em muitas pessoas. No CAPS-T é realizado um grupo de Fim de Semana, cujo objetivo é auxiliar os pacientes a realizarem atividades de lazer durante o sábado e domingo. No grupo, os pacientes são estimulados a fazer coisas que gostem e são apresentados shows, peças de teatro, exposições, etc., todos gratuitos, a fim de que eles tenham opções de lazer. Em geral, quando os eventos são apresentados, alguns dos pacientes já perguntam: “Mas vocês vão? Alguém do CAPS vai?” (referindo-se aos profissionais). E quando explicamos que não, que naquele passeio eles podem ir com familiares, amigos e até combinando entre eles mesmos, os entusiasmos já diminuem. Em um dos grupos, um paciente disse que isto não era para eles, que estávamos falando de uma outra realidade, a qual eles não pertenciam. Poucos pacientes vão a alguns destes eventos e, em geral, depois de um longo processo de estimulação e de reassuramento de suas possibilidades.

Por outro lado, em geral os pacientes apresentam grande interesse por atividades realizadas fora do CAPS-T: piqueniques, visitas a exposições, idas ao cinema, a parques. Mas, em muitos casos, parece de extrema importância que os profissionais do CAPS-T estejam junto deles, o que lhes dá segurança e possibilidade de se divertir, sem a ameaça de preconceitos. Neste mesmo sentido, quando surge um curso fora, em que há profissionais do CAPS-T que participam, a maior parte dos pacientes quer ir, entretanto, quando o paciente deve ir sozinho ou com outro paciente, muitos já se desinteressam.

Torna-se necessário, então, um trabalho para ajudá-los a vivenciar as situações externas ao CAPS-T e resgatar sua possibilidade de ocupar outros espaços. Entretanto, isto não é fácil, pois sofrer preconceito é algo que causa sofrimento extremo nos pacientes. Nestes casos, a fuga, o isolamento, o medo, diante da sociedade podem se fortalecer, aumentando a resistência do paciente a fazer algo fora do CAPS-T.

Além disso, este trabalho é bem complicado já que, quando os preconceitos e os medos são muito intensos, as pessoas têm dificuldade para funcionar como um espelho, oferecendo olhares impessoais, incapazes de refletir a outra pessoa algo dele próprio, de reconhecer as manifestações autênticas dos pacientes. Nestes casos, o si-mesmo do paciente não encontra condições para se constituir, já que não há experiência em que a realidade é criada e sim apenas uma realidade que se impõe.

A partir de tais considerações, evidencia-se a necessidade de que o trabalho realizado no CAPS se amplie do trabalho individual com o paciente e com sua família, para um trabalho que alcance outras pessoas que participam do ambiente social próximo do paciente e também um trabalho que se volte para sociedade. É evidente que esta é uma tarefa exaustiva e, muitas vezes, maior do que a equipe do CAPS-T pode realizar. Entretanto, ela pode ser realizada em alguma medida, com trabalhos pontuais em que compreensões sobre a loucura possam ser trabalhadas, desde os preconceitos até as fantasias e os medos, o que permite a reconstrução do que é a loucura, surgindo novas formas de se relacionar com quem a apresenta. Este trabalho pode ser extremamente terapêutico quando se trata do ambiente social próximo ao paciente, possibilitando o surgimento do papel de espelho, de forma que

o paciente seja visto, que haja um reconhecimento de suas manifestações espontâneas.

Por outro lado, em relação à sociedade como um todo, algo que poderia ajudar é a veiculação de medidas educativas, em que os preconceitos, as compreensões inadequadas possam ser reveladas e talvez até amenizadas ou reconstruídas. Quanto menor a presença de preconceitos, de medos, maior a possibilidade de que as pessoas consigam enxergar quem está diante delas e que o papel de espelho possa ser oferecido por elas.

Entretanto, em geral, as pessoas têm dificuldades para sair do papel de sã, adequada e superior frente às pessoas com transtorno psiquiátrico grave. Isso porque, em primeiro lugar, conforme já exposto anteriormente, colocar a outra pessoa na condição de inferior, desvalorizado parece preservar tais pessoas do contato com sua própria condição de sujeito em que a loucura pode ocorrer. Para se proteger, torna-se necessário, então, impor à outra pessoa um lugar oposto ou bem distante ao seu.

Além disso, no mundo atual, houve o estabelecimento de um padrão de indivíduo ao qual todos devem submeter-se, de forma que quem não consegue se adequar a ele é desvalorizado e excluído. Há uma “imposição” em relação a como cada um deve ser e se tal condição não for alcançada, há uma desvalorização e exclusão da sociedade. Trata-se da Pós-Modernidade, que apresenta novas formas de sociabilidade entre as pessoas, que dificultam a ocorrência o papel do espelho.

De acordo com Lash (1983), apresenta-se neste período uma Cultura do Narcisismo, em que é formado um consumidor eternamente insatisfeito, ansioso, entediado e que experimenta intensos sentimentos de vazio e inautenticidade. São pessoas que tendem a manter uma superficialidade protetora nas relações sociais, juntamente com fantasias de onipotência e crenças de que podem explorar as outras pessoas e serem gratificados. Formou-se uma sociedade do espetáculo, dominada pelas aparências. Consumir com abundância é igualado a ter sucesso, de forma que são consideradas condições para a felicidade poder possuir e consumir determinados objetos ou adotar certos estilos de vida. Entretanto, os padrões de consumo vão

sempre se modificando e se afastando dos consumidores, enquanto estes tentam alcançá-los incessantemente. Forma-se uma insatisfação crônica.

Neste contexto, a pessoa ideal refere-se a alguém pragmático, rápido, sem limitações, capaz de conquistar fama e poder. Há, portanto, uma valorização da competitividade e da agressividade, de uma boa capacidade de defesa e ataque, o que possibilita que se naturalizem algumas formas de violência cotidiana. Por outro lado, a generosidade, a tolerância e a solidariedade são desvalorizadas, de forma que os vínculos se esvaziam, os laços entre as pessoas se tornam distanciados. As preocupações voltam-se para a beleza, a superficialidade, a tentativa de ser alguém divertido (Rojas; Sternbach, 1997).

A alteridade e a intersubjetividade tendem ao desaparecimento, passando a primeiro plano a imagem, fundamental para o espetáculo que se tornou a vida social e para a sedução das outras pessoas. A mídia tem papel importante na manutenção do espetáculo social e ser e parecer se identificam, de forma que o sujeito se transforma em uma máscara que busca a exibição fascinante e a captura do outro (Birman, 1999a, 1999b).

Na Pós-modernidade predomina, portanto, a desvalorização da identidade, da história individual de cada um, dos seus ideais, enquanto torna-se essencial a flexibilidade a fim de acompanhar o mercado de consumo. É preciso estar constantemente atento às novas imagens e às novas possibilidades, enquanto a imagem de si mesmo, como parte de uma construção identitária, perde lugar. Com isto, torna-se comum o aparecimento nas pessoas de um constante problema de identidade, já que construir uma identidade sólida, duradoura é algo muito difícil (Bauman, 1998).

Tais exigências permeiam também as relações de trabalho. Busca-se formar um indivíduo que não questiona a lógica do mundo atual e que adere ao capitalismo, à sociedade de consumo, participando de sua manutenção. O trabalho tornou-se “a atividade social mais valorizada, quando não a única valorizada. O homem que não trabalhava não podia tornar-se, num tal universo, mais que um desorientado, um marginal ou um louco a prender, a excluir, a destruir” (Enriquez, 1995, p.13). De

acordo com o autor, a vida humana conta cada vez menos e todos vivem o medo de não atuar adequadamente, de deixar de ser bem sucedidos, criativos e, conseqüentemente, virar “resíduos sociais” (p.18) e serem excluídos.

E a impossibilidade de alcançar este lugar de êxito nas relações de trabalho acaba sendo compreendida exclusivamente como um fracasso pessoal e não uma conseqüência das condições sociais atuais. Tal questão apresenta-se de forma marcante no CAPS-T, em que grande parte do sofrimento das pessoas atendidas refere-se à ausência de trabalho ou à incapacidade para voltar a trabalhar no momento em que estão em crise. O fato de não conseguir trabalhar os faz sentir-se “nada”, como se a única condição que lhes preenchesse de valor fosse ser alguém que trabalha. Outras formas de ser produtivo, de ser útil, de viver parecem não ter valor.

Por outro lado, muitos indivíduos relacionam o início de seu quadro psiquiátrico ao stress causado pela ausência de trabalho, além da culpa por não estar conseguindo êxito no provimento à família e, quando empregados, por dificuldades para atingir o padrão exigido no local de trabalho, por não conseguir ser extrovertidos, rápidos, bons vendedores, entre outras características exigidas.

E tanto nas relações de trabalho como nas relações sociais, quem não alcança os padrões exigidos é desvalorizado e tende a ser relegado a um lugar inferior na sociedade. Conforme explicitado por Bauman, quem não se encaixa na pureza ou na ordem estabelecida pela sociedade, torna-se sua sujeita, seus estranhos. Assim,

No mundo pós-moderno de estilos e padrões de vida livremente concorrentes, há ainda um severo teste de pureza que se requer seja transposto por todo aquele que solicite ser ali admitido: tem de mostrar-se capaz de ser seduzido pela infinita possibilidade e constante renovação promovida pelo mercado consumidor, de se regozijar com a sorte de vestir e despir identidades, de passar a vida na caça interminável de cada vez mais intensas sensações e cada vez mais inebriante experiência. Nem todos podem passar nessa prova. Aqueles que não podem são a “sujeira” da pureza pós-moderna. (1998, p.23)

Conseguir atuar da maneira exigida pela sociedade atual, portanto, torna possível conseguir um lugar na Cultura do Narcisismo. Entretanto, mesmo quando este lugar foi conquistado, a angústia diante do momento seguinte, das situações a serem vivenciadas, se mantém presente, pois não há segurança em relação a este lugar. A qualquer momento as pessoas podem não conseguir mais alcançar o que é exigido. E, como já afirmado, os que não conseguem atuar de acordo com os padrões da Pós-modernidade, tornam-se a sujeira do mundo atual e são diminuídos, colocados à parte.

Diante de tais condições, de acordo com Bauman (1998), algo que passa a ser extremamente desejado pelas pessoas é a segurança em sua posição na sociedade, juntamente com a aquisição de um espaço seu, em que possa haver um planejamento para sua vida, sem que repentinamente as regras mudem e sua estabilidade se desfaça. Nesta sociedade, portanto, “o que se coloca em risco quando se priva o humano de parte de suas possibilidades é o sentimento caro a qualquer um de certeza de continuidade da existência” (Maia, 2001, p.72). Há uma imprevisibilidade constante, uma ameaça permanente ao continuar a ser. Isso abre espaço para as reações às intrusões e conseqüentemente para o fortalecimento de um si-mesmo falso patológico, que, quando adequado, proporciona uma vida vazia e sem sentido e, quando inadequado, provoca exclusão e mais sofrimento.

A sociedade pós-moderna é uma sociedade em que muitos estão voltados para si, desvinculados das outras pessoas, mais preocupados com o espetáculo que precisam realizar, a fim de conquistar um lugar na sociedade. Neste contexto, pode-se hipotetizar que haja muitas pessoas que ofereçam às outras pessoas apenas olhares impessoais, vazios, devolvendo seu humor, suas preocupações. Não conseguem refletir o que há para ser visto na outra pessoa e substituem o gesto espontâneo dela por seu próprio gesto. Não há, portanto, no contato com estas pessoas, condição suficiente para a criação do objeto subjetivo, apenas para a submissão a uma realidade imposta e para a confirmação de que é necessário manter o si-mesmo verdadeiro protegido de possíveis traumas, através de um si-mesmo falso patológico, que tenta se adequar ao mundo objetivo.

Para Lasch (1986), o narcisismo presente na sociedade atual refere-se a uma ameaça de desintegração, acompanhada por um vazio interior. Neste sentido, a Cultura do Narcisismo seria melhor caracterizada como Cultura do Sobrevivencialismo. As pessoas tentam criar estratégias de sobrevivência, tentam construir uma “tecnologia do eu, a única alternativa aparente ao colapso pessoal” (p.48). Diante do terror de aniquilamento, a sociedade começa a utilizar defesas esquizóides, como a negação, a cisão e a projeção, havendo uma regressão para relações de objeto parcial, que excluem a empatia, a compaixão e a preocupação pela outra pessoa (Segal, 1987/1998).

Assim, por um lado, o indivíduo se encontra diante de exigências a serem alcançadas e mantidas, sendo obrigado a deixar de lado o que pensa, por outro, está diante de uma condição sem valor e de sua exclusão, caso tais exigências não sejam alcançadas. Esta encruzilhada revela o sofrimento extremo envolvido na “sobrevivência” possível nos dias atuais. E o indivíduo mostra-se passivo diante desta situação, buscando uma sensação de pertencimento, muitas vezes inalcançável, ao que é difundido como algo valorizado. Fromm (1984) afirma que

A passividade do homem é apenas um sintoma numa síndrome total que podemos chamar “síndrome da alienação”, Sendo passivo, ele não se relaciona ativamente com o mundo e é forçado a submeter-se aos seus ídolos e às suas exigências. Por conseguinte, sente-se indefeso, solitário e ansioso. Tem pouco senso de integridade ou de identidade própria. A submissão parece ser a única maneira de evitar a ansiedade intolerável, e mesmo a submissão nem sempre alivia a sua ansiedade. (p.55, grifo do autor)

Muitas das pessoas que recebem tratamento no CAPS encaixam-se perfeitamente em uma condição que não atende o que a sociedade atual exige, fazendo parte do rol dos excluídos da sociedade, representantes do mal do qual todos querem se afastar. Revela-se então que, para que possam viver melhor, um trabalho dirigido à sociedade, auxiliando a construção de um outro lugar social para a loucura,

um outro lugar para estes indivíduos, valorizados em sua singularidade, é de fundamental importância.

É claro que além do cuidado específico com novas possibilidades de encontro entre as pessoas e o indivíduo com quadro grave de saúde mental, outros cuidados com a sociedade tornam-se necessários e podem auxiliar o surgimento de uma capacidade para enxergar as outras pessoas de verdade, havendo a presença do papel de espelho.

Herrmann (1991) explicita a importância de auxiliar o indivíduo diante da fragmentação produzida por uma sociedade que lhe diz que ele pode alcançar tudo o que quiser, pode conseguir qualquer coisa, o que produz no indivíduo uma constante insatisfação, já que isto não é possível.

Na sociedade contemporânea observa-se um movimento ao mesmo tempo excêntrico e fragmentador. Os caminhos da tecnologia afastam o homem de seu centro e o rompem em pedaços, identificados com sempre mutáveis projetos de satisfação, criados pelo próprio sistema de aceleração cultural que adia, a cada momento, a condição de satisfação e repouso que parece estar buscando construir. A Psicanálise pretende curar do descentramento fragmentário, não por restituir ao homem o centro perdido, fantasia religiosa, mas por revelar seu descentramento essencial e a insaciabilidade do desejo. Se nossa cultura espelha material e concretamente essa condição e, portanto, cobre seu homem com a ilusão de resposta, como um véu de esquecimento, a Psicanálise busca levantar esse véu, desvelar o olvidado (aléteia), mostrar o descentramento e a ruptura internos do sujeito, para curá-lo do excesso de fragmentação. (p.14-15)

Apresenta-se, então, a importância de um caminho em que possa ser revelada a condição limitada do ser humano, seu descentramento, algo esquecido nas condições da sociedade atual. Esta revelação traz para primeiro plano os aspectos psíquicos da pessoa, suas características, suas possibilidades e impossibilidades e

questiona esse padrão único, no qual predomina o espetáculo em que todos têm que ter e/ou ser o que a sociedade lhes exige.

É necessário ao indivíduo perceber que ele não é massificado, é alguém que sabe ser frágil, descentrado, com um mundo psíquico que deve ser respeitado. Alguém que constrói uma identidade maleável, sempre inacabada e que se constitui um “criador de história” (Enriquez, 1995, p.21), capaz de imprimir sua marca na vida social. Tais revelações possibilitam que cada indivíduo tenha seu lugar, já que não há um padrão único.

Além disso, o oferecimento de um ambiente suficientemente bom, como proposto por Winnicott, em que a continuidade de ser, tão ameaçada na sociedade atual, possa ser vivida, parece essencial no auxílio ao amadurecimento emocional de cada um, em que a vida possa ser vivida com mais espontaneidade e personalidade. “A cura, deste ponto de vista, é essencialmente cuidado que visa à diminuição do sofrimento, enquanto simultaneamente facilita a busca, sempre presente, da realização do ser e do viver, pois o sofrimento se funda sobre a impossibilidade de ‘acontecer’ criativamente, como singularidade humana, ao longo de algumas décadas de duração da vida”. (Vaisberg, 2001, p.90, grifo da autora)

Nesta sociedade, busca-se, portanto, o retorno das pessoas ao seu interior (quando se trata de neuróticos), de forma que este possa ser compreendido, respeitado, possibilitando um viver mais criativo. Já com relação aos psicóticos, o desafio é, dentro destas condições tão adversas, tentar construir um ambiente suficientemente bom, primeiramente no CAPS-T, e depois no ambiente em que esta pessoa vive, de forma que ela possua a sustentação necessária para um continuar a ser e para um amadurecimento emocional, na medida do possível. Isto é fundamental para que uma vida mais rica de experiências e de manifestações autênticas possa ocorrer.

Oferecer isto, entretanto, muitas vezes é difícil e - adotando uma perspectiva contrária - para quem está sofrendo, encontrar a ajuda necessária também o é. Isto porque no mundo atual, exige-se um ritmo hipomaníaco que se volta para a abolição de todo conflito, em busca de êxito (Rojas; Sternbach, 1997). Assim, procura-se o

prazer imediato, a manutenção da felicidade, enquanto a dor e outros sentimentos são descartados. Ou seja, os sentimentos humanos básicos não têm lugar, sendo banidos através de dispositivos que consigam extirpá-los ou sedá-los (Maia, 2001).

Neste sentido, quando há sofrimento, assume um lugar de destaque o uso de psicofármacos, enquanto a subjetividade do indivíduo (no caso dos neuróticos), seus aspectos psíquicos tornam-se secundários:

O homem contemporâneo quer ser despojado não apenas da angústia de viver, mas também da responsabilidade de arcar com ela; quer delegar à competência médica e às intervenções químicas a questão fundamental dos destinos das pulsões; quer, enfim, eliminar a inquietação que o habita em vez de indagar seu sentido. Mas não percebe que é por isso mesmo que a vida lhe parece cada vez mais vazia, mais insignificante. (Kehl, 2002, p.8-9)

É interessante que na maior parte dos atendimentos realizados no CAPS-T, desde pessoas com quadros graves de saúde mental até pessoas com depressões leves, quadros ansiosos ou outras formas de sofrimento, é muito comum a presença de um discurso que busca um atendimento com o psiquiatra e o alívio rápido dos sintomas, através do uso de medicação. É perceptível, entretanto, que muitas vezes tal concepção sobre o tratamento se formou a partir de um histórico em que essas pessoas passaram apenas por profissionais de saúde que sequer relataram a possibilidade de um atendimento psicológico e, em grande parte dos casos, nem ouviram quais problemas aquela pessoa possuía, limitando-se apenas a solicitar a descrição de seus sintomas. Desta forma, os sintomas, a serem descartados, são colocados em primeiro plano, enquanto os sentimentos do indivíduo, suas dores e medos parecem não existir. E mesmo em atendimentos realizados em postos de saúde em que há psicólogo, muitas vezes, esses profissionais somente encaminham os pacientes para um psiquiatra em outro lugar, excluindo um cuidado com os aspectos psíquicos das pessoas que procuram ajuda.

Isto coloca em evidência a questão do papel do profissional de saúde e, em especial, neste trabalho, do profissional que trabalha em um CAPS, que, se envolvido pelas exigências da Pós-Modernidade, que permeiam muitas vezes as políticas

públicas às quais o profissional está submetido, se torna incapaz de refletir a quem está diante dele, pedindo ajuda, algo próprio desta pessoa. Tal profissional, tomado pelo afã das exigências do poder público, em que o importante é o número de atendimentos ou de altas, pode simplesmente lhe oferecer um olhar vazio, ausente, sem responder às suas necessidades ou pode entender que o necessário é retirar rapidamente a pessoa de seu adoecimento, impondo gestos no sentido de curá-la, de devolvê-la a sua rotina anterior. Não percebe que está repetindo o padrão de falhas ambientais do qual esta pessoa vem protegendo o seu si-mesmo verdadeiro. Com a imposição de seu gesto, que substitui o gesto espontâneo dela, impede mais uma vez que o objeto subjetivo possa ser criado, e impõe uma realidade objetiva. O falso si-mesmo patológico continua sendo fortalecido, enquanto a pessoa se mantém sem um sentimento de existência, sem sentir o mundo como real.

6.2. O PAPEL DO PROFISSIONAL

É fundamental que o profissional que oferece tratamento às pessoas que estão em sofrimento, seja capaz de oferecer o cuidado adequado às suas necessidades e, incluído aí, o papel de espelho. Quando se trata do tratamento oferecido a psicóticos, tal questão adquire uma relevância ainda maior, já que a provisão ambiental adequada, nestes casos, é fundamental para possibilitar àquela pessoa a vivência de experiências que não puderam ser experimentadas anteriormente. O ambiente suficientemente bom possibilita, a quem recebe tal tratamento, vivenciar um continuar a ser e experiências integradoras necessárias ao seu amadurecimento.

O continuar a ser, nestes casos, permite, na medida do possível, a retomada do processo de amadurecimento emocional, em que o objeto subjetivo pode ser criado, estando presente, portanto, a experiência de ilusão. O papel de espelho permeia todo o processo e permite que o si-mesmo seja reconhecido e comece a constituir-se, o que possibilita o sentimento de existir. Surgem oportunidades para

experiências reais, com um sentido pessoal, de forma que o si-mesmo pode tornar-se uma realidade viva, com espontaneidade. A pessoa pode, então, construir uma forma de viver a vida que seja verdadeiramente sua, sem a artificialidade característica da submissão.

Vale lembrar que Winnicott considera que, guardadas as diferenças, a mãe suficientemente boa é o paradigma para o cuidado adequado a ser oferecido por um profissional. E este, como a mãe suficientemente boa, é capaz de se identificar com o paciente, percebendo suas necessidades e respondendo a elas. Por outro lado, são fundamentais sua espontaneidade e pessoalidade no cuidado oferecido, e sua capacidade de acreditar que o ser humano tem uma tendência inata para o amadurecimento emocional, de forma que seu papel é apenas facilitar esse processo ou a retomada dele.

Quando há a presença do papel de espelho, podemos hipotetizar que o profissional funcione como um derivado complexo do rosto da mãe suficientemente boa – capaz de refletir o que há para ser visto (Winnicott, 1967) –, reconhecendo as manifestações espontâneas que se apresentam, em algum momento, no indivíduo. Ser visto pelo profissional auxilia o surgimento no paciente do sentimento de existir e permite que o mundo possa ser criado e conhecido com satisfação.

No caso do CAPS, em que uma equipe fornece o tratamento conjuntamente, esta deve constituir-se um espelho único. Os discursos têm que ser muito próximos, de forma que, em alguma medida, haja uma unidade na forma como o tratamento é concebido e oferecido. Esta é uma questão importante quando nos referimos ao CAPS-T, pois, conforme explicitado na Introdução, a transformação de um grupo de profissionais em uma equipe coesa, com uma aproximação de seus discursos e da forma como é concebido o tratamento, ainda é um desafio que vem sendo enfrentado. Esta construção vem sendo realizada, mas, por outro lado, como ainda não há uma coesão suficiente ou contínua, no cotidiano, os profissionais, em alguns casos, não apresentam discursos suficientemente próximos, o que impede a construção do espelho único e promove confusão e cuidados inadequados ao paciente. Sem a monotonia e a previsibilidade necessária, a ameaça à continuidade de ser se mantém, de forma que o si-mesmo verdadeiro precisa ser protegido e isolado.

Em outros casos, entretanto, considero que a equipe consegue ser um espelho único, de forma que isto, juntamente com o provimento de outras necessidades do paciente, permite que ele viva em um ambiente simples, monótono, previsível, em que um continuar a ser pode ocorrer, já que o paciente está protegido de excessos de imprevistos, sentidos como invasões. Neste ambiente, o gesto espontâneo pode surgir e ser reconhecido. Quando uma resposta adaptada a este gesto pode ser dada, o objeto subjetivo pode ser criado. Começa a se estabelecer um mundo subjetivo que permite a vivência de experiências e de integrações que não puderam ser realizadas anteriormente. Este mundo subjetivo precisa manter-se estável, confiável, já que algo imprevisível, que não possa ser abarcado pela capacidade maturacional do paciente, interrompe a continuidade de ser.

Com as integrações possibilitadas pelas experiências vivenciadas, o indivíduo aumenta seus recursos perante a vida, possuindo mais flexibilidade e espontaneidade diante das situações. Além disso, ele começa a se constituir e saber quem é, ao invés de buscar nas outras pessoas estas respostas. É evidente, entretanto, que isto ocorrerá de formas e em medidas diferentes em cada pessoa, de acordo com suas características e limitações pessoais.

Por outro lado, o fato de o CAPS-T atender muitas pessoas diferentes, com necessidades diferentes, coloca em questão que, ao mesmo tempo que ele se constitui um ambiente capaz de oferecer, na maior parte do tempo, estabilidade, monotonia, previsibilidade, constância, além de um espelho único, necessários ao continuar a ser e à vivência de experiências integradoras, ele também possui limitações. Isso porque o CAPS-T possui uma estrutura de funcionamento oferecida a todos os pacientes, entretanto, as necessidades individuais de cada paciente podem ser muito diferentes e não serem atendidas por esta estrutura já estabelecida.

Neste sentido, por um lado há muitos pacientes que parecem sentir o CAPS-T como um lugar capaz de receber seus movimentos, podendo realizar lá, como o bebê, movimentos que oscilam entre o repouso e as experiências, sustentados pela provisão ambiental adequada. Isto parece proporcionar o surgimento da confiança necessária para que o si-mesmo verdadeiro, reconhecido e refletido pelo papel de espelho – único – presente na equipe, volte a constituir-se, vivenciando experiências sentidas

como reais. Por outro lado, entretanto, para outras pessoas, o fato de o CAPS-T receber muitos pacientes, por si só, já parece ser extremamente perturbador, pois estar próximo às pessoas e à imprevisibilidade de suas ações, o barulho criado por elas, é algo que provoca isolamento, fuga, desconfiança, irritação.

Não podemos esquecer também que, por mais que o CAPS-T tenha um padrão regular, constante, o dia-a-dia impõe, algumas vezes, mudanças, além do fato de que os profissionais do CAPS-T também falham e isto pode ser tolerável e até terapêutico para alguns pacientes, com uma capacidade maturacional capaz de agüentar esta falha, mas pode ser algo muito intrusivo para outros pacientes, promovendo quebras na continuidade de ser. Uma situação no CAPS-T ilustra tais questões.

Na época do Natal, o CAPS-T, como em outras datas comemorativas do ano, realiza alguns eventos, como uma festa junto com um outro recurso da prefeitura e um almoço de Natal. Juntamente com isto, algumas atividades do CAPS-T acabam se voltando para estes eventos, modificando um pouco seu modo de funcionamento ou a atividade realizada no dia. Assim, um grupo de atividades pode fazer enfeites de natal ou outras atividades voltadas para este fim; pode surgir o ensaio de um coral de natal; ou ser conversado em um grupo sobre como fazer um amigo secreto. Em geral, isto é solicitado, esperado e muito bem recebido pelos pacientes, que em sua grande maioria não tem a oportunidade de comemorar o Natal em casa, por dificuldades financeiras ou familiares. Para um paciente, entretanto, tais mudanças foram sentidas como extremamente invasivas, o que lhe significou uma confirmação de que não era possível confiar nas pessoas. A confiabilidade no ambiente, para este paciente, parece ter sido comprometida pelas mudanças, que não se constituíram uma resposta a um movimento seu e sim foram sentidas como algo imprevisível, que se impôs, substituindo seu gesto.

É importante destacar que este paciente, Fernando, já possuía grande dificuldade para estar no CAPS-T, apesar de sua vinda a algumas atividades ter ocorrido após um pedido seu, pois se sentia completamente isolado em casa, apresentando, nos últimos tempos, alguns pensamentos suicidas. No CAPS-T se irritava muito com o barulho e não conversava com quase ninguém, não respondendo

inclusive, muitas vezes, a qualquer pergunta que lhe fosse feita. Em geral permanecia quieto, mas entrava em alguns grupos, em que procurava ouvir o que os outros falavam, sem participar ativamente do que era feito ou conversado. Dizia que queria apenas estar próximo às pessoas. Conversava somente com a psicóloga, com quem fazia psicoterapia individual, com o médico psiquiatra em seus atendimentos e, quando procurado, com sua técnica de referência, uma assistente social.

Outro fator que dificultou a Fernando agüentar as mudanças no período de Natal foi o fato de que a psicóloga iria entrar em férias neste período, o que foi sentido por ele como um abandono. Ele disse sentir-se inseguro com sua ausência, pois quando sabia que ela estava lá, sentia-se melhor, podendo contar com ela diante de qualquer problema. Mas com suas férias, ele não sabia como faria, como seria este período. Ficou nervoso, em alguns momentos foi agressivo verbalmente com a psicóloga e dizia que não podia confiar em ninguém mesmo, pois diziam que iam ajudá-lo, mas depois não cumpriam o prometido – referindo-se às férias e às mudanças nas atividades. Assim, tanto a saída em férias da psicóloga, como as alterações em sua rotina no CAPS-T foram sentidos como imprevistos, que produziram quebras na confiabilidade, na estabilidade que estava se estabelecendo no ambiente de tratamento.

As atividades novas, presentes no CAPS-T no período natalino, foram, por um lado, respostas adequadas aos pedidos, às sugestões, às manifestações espontâneas de muitos pacientes, entretanto fica evidente que foram imprevistos além da possibilidade maturacional de Fernando, que então não puderam ser elaborados, ao contrário, provocaram reações às invasões. A confiabilidade no ambiente foi ameaçada e isto provocou um fortalecimento na desconfiança de Fernando, em seu sentimento de que era melhor isolar-se e não confiar em nada, nem em ninguém. Abandonar-se aos cuidados da outra pessoa se tornou muito difícil.

No CAPS-T, portanto, o oferecimento de experiências integradoras para alguns pode ser inadequado para outros e acabar provocando quebras na continuidade de ser. Podemos associar isto com a apresentação de objetos realizada pela mãe, que deve ocorrer de acordo com o movimento do bebê, ou seja, o gesto espontâneo deve surgir primeiro, ao que a mãe responde de forma adequada. No caso

do CAPS-T, entretanto, uma resposta aos gestos espontâneos de alguns, sentida como uma experiência real por eles, acabou se constituindo uma imposição a Fernando, já que seu gesto pedia outros cuidados e acabou sendo substituído por uma realidade impositiva e imprevisível.

Talvez em um caso como este, o Acompanhamento Terapêutico (AT) poderia oferecer melhores possibilidades, já que permite que a atenção e os cuidados estejam totalmente voltados para a pessoa, facilitando o reconhecimento de suas necessidades e o oferecimento de cuidados adequados. Além disso, talvez não seja integrador para alguns pacientes estar junto com outros mais integrados, ao menos durante um certo tempo, assim como o bebê é preservado do ambiente externo, pela mãe, através da unidade mãe-bebê, até que construa pontes sólidas entre o subjetivo e o objetivo. O tratamento realizado por um AT permitiria justamente a preservação do ambiente suficientemente bom, proporcionado por um profissional que realizaria, durante um período, o papel da mãe suficientemente boa, modulando o impacto do ambiente externo sobre o paciente. A relação dual “mãe-bebê” poderia ser retomada, em alguma medida, criando condições para a vivência em um mundo subjetivo e excluindo variações ou imprevistos excessivos para ele, que não podem ser abarcados por sua maturidade emocional.

Entretanto, infelizmente, não podemos contar com o recurso de Acompanhantes Terapêuticos no sistema público de saúde, o que empobrece os cuidados oferecidos (no CAPS-T temos apenas um convênio com um curso de formação de Acompanhantes Terapêuticos, em que os estagiários passam um período fixo por semana com um paciente, acompanhando-o por 1 ano). Mantém-se, portanto, o desafio de tentar oferecer, sabendo dos limites presentes em nosso tratamento, a melhor provisão ambiental possível.

No caso de Fernando, ficou evidente a necessidade de um extremo cuidado no oferecimento da estabilidade, da confiança, da previsibilidade necessárias para que ele possa se entregar aos cuidados que precisa. Há uma tentativa então de, apesar das falhas anteriores, proporcionar este ambiente, de forma que haja uma continuidade de ser. E isto exigirá paciência e constância, sendo necessário um cuidado maior em relação às necessidades dele e ao que lhe é oferecido. Além disso, torna-se evidente o

cuidado necessário diante de cada novidade ou mudança que se estabelecem no dia-a-dia do CAPS-T, de forma que elas possam ser feitas da forma menos abrupta possível, a fim de amenizar a imprevisibilidade e a invasão que podem ser sentidas por alguns pacientes.

Outra dificuldade também se apresenta no dia-a-dia do CAPS-T. Trata-se do excesso de pessoas a serem atendidas, o que significa que os profissionais, muitas vezes, não conseguem dar a atenção e os cuidados necessários aos pacientes, devido a insuficiência de profissionais. Isto torna mais difícil conseguir manter uma provisão ambiental adequada aos pacientes, já que os profissionais, muitas vezes, têm que dividir seu tempo e seus cuidados de acordo com as possibilidades do Serviço e não de acordo com as necessidades dos pacientes.

Por outro lado, apesar das limitações presentes no tratamento a ser oferecido, o CAPS-T se revela um recurso com muitos benefícios, já que ele tem a possibilidade de criar em seu ambiente interno, na medida do possível, um ambiente suficientemente bom, em muitos aspectos. Há a possibilidade de estruturar em seu interior um lugar em que muitos pacientes possam encontrar o acolhimento, a monotonia, a continuidade na presença dos técnicos, a constância destes independente das situações do dia-a-dia, a presença de um espelho único, a confiabilidade no tratamento. E neste sentido, os pacientes podem encontrar no CAPS um espaço para o seu adoecimento, para sua entrega aos cuidados que necessitam e não encontram em outros lugares. Um ambiente que lhes ofereça a sustentação necessária para sua regressão e para que experiências que não puderam ser vivenciadas anteriormente ocorram agora. Além disso, podem ser tratados por profissionais voltados ao seu cuidado, com muito mais recursos para lhe oferecer uma provisão ambiental adequada. É claro que tudo isto depende de um esforço da equipe para realizar um trabalho neste sentido.

Proporcionar um ambiente adequado às necessidades do paciente, entretanto, não deve se restringir apenas ao ambiente dentro da Unidade. O CAPS tem uma função muito mais ampla, que é de ser uma Instituição mediadora entre os espaços externos e internos ao CAPS. Isto significa que o papel do profissional não se restringe a uma atuação individual com os pacientes, devendo também abranger as

famílias destes e seu ambiente social próximo, auxiliando na construção de um ambiente familiar melhor e de outro lugar social para a loucura, desvinculado dos sentidos de inferioridade, violência, incapacidade e vinculado a novos significados, de acordo com a singularidade das pessoas atendidas e das vivências que se apresentam. Isto possibilita que as pessoas que convivem com os pacientes, sem as pré-concepções anteriores, sejam capazes de ver o que há para ser visto no paciente e refletir isto a ele, além de oferecer uma provisão ambiental mais adequada.

Parte importante do trabalho a ser realizado se refere justamente a proporcionar a outras pessoas, na medida do possível, o que foi conseguido com a mãe de Roberto, na Ilustração clínica apresentada no capítulo 5. Naquele caso, foi possível apresentar quem Roberto realmente era a ela, o que possibilitou que o rosto rígido da mãe pudesse se transformar em um espelho adequado, capaz de receber o que vem dele e lhe refletir isto. Trata-se, portanto, de tentar traduzir, de formas diversas, quem realmente são as pessoas com quadros graves de saúde mental, de forma que as pessoas possam rever suas concepções sobre a loucura e, ao invés de enviar a estes indivíduos olhares bloqueados devido a preconceitos, serem capazes de receber e refletir o que vem deles. Portanto, o trabalho do profissional não pode se restringir ao tratamento do indivíduo que está lá pedindo ajuda, devendo se ampliar para negociações com outras pessoas, com outros espaços, proporcionando e dando sustentação a encontros entre as pessoas com quadros graves de saúde mental e outras pessoas fora do CAPS.

Isto inclui não só um trabalho com as pessoas que já fazem parte do ambiente social do paciente, mas também com outras pessoas, de forma que novos espaços para experiências possam ser conquistados. Tais negociações, entretanto, nem sempre são fáceis. É muito comum, por exemplo, quando há a solicitação, em cursos oferecidos em espaços externos, desvinculados ao CAPS-T (seja privado, seja público), de algumas vagas para pacientes, o surgimento de uma série de empecilhos, com uma negativa no final. Em outras situações, após várias negociações, as pessoas se dispõem a experimentar e muitas vezes se tornam colaboradores fiéis dos projetos no CAPS-T. Tais encontros parecem permitir às pessoas uma redescoberta sobre as

relações que podem se estabelecer entre os indivíduos, independente das peculiaridades que cada um apresenta.

Neste momento, a presença de Acompanhantes Terapêuticos também pode fornecer grande auxílio, funcionando como um recurso auxiliador, capaz de oferecer um suporte importante nos encontros das pessoas com quadros graves de saúde mental com as pessoas que se apresentam nos espaços externos. Assim, para os indivíduos com mais dificuldade para se locomover pelo bairro, com uma insegurança intensa diante deste encontro, ou até para pessoas cronicadas e com impossibilidades de fazer coisas simples do dia-a-dia, o acompanhamento terapêutico pode auxiliar concretamente tais situações, além de oferecer o papel de espelho e outros cuidados necessários ao indivíduo.

A vivência no cotidiano do CAPS-T explicita, portanto, a necessidade de uma ampliação no papel do profissional que trabalha lá, já que seu trabalho se volta para realizar intervenções que auxiliem o si-mesmo verdadeiro do indivíduo a ter experiências reais e integradoras, tornando-se uma realidade viva. Isto significa que o trabalho com estes pacientes implica uma postura mais ativa do profissional, em que este tenta se adequar ao que é necessário para possibilitar ao paciente tais experiências.

Trata-se de um trabalho muito diferente do realizado no período inicial das teorizações psicanalíticas, voltado para a psicose, em que se considerava importante uma postura de abstenção no profissional, com uma predominância da espera, seja pela procura de ajuda pelo indivíduo, seja pelos assuntos que este queria tratar ou que a livre associação trouxesse à tona. E isto acabava, inclusive, restringindo o trabalho psicanalítico aos atendimentos em um consultório. Tal trabalho, entretanto, vem se modificando e alcançando outras áreas de atuação, outras formas de ajudar a população, em que o psicólogo e o psicanalista saem de seus consultórios e de sua postura direcionada a uma espera pela demanda da outra pessoa.

E isto inclui os trabalhos diferenciados realizados com as pessoas com quadros graves de saúde mental. Quando se trata das pessoas atendidas no CAPS, é

necessário possibilitar um ambiente monótono, capaz de acolher seus gestos espontâneos. E as manifestações espontâneas devem ser reconhecidas e receber uma resposta adequada, que atenda a necessidade do paciente. Isso permite a criação do objeto subjetivo, que tem um caráter pessoal, vivo para ele. Vale a pena enfatizar que quando o movimento é realizado pelo paciente e recebe uma resposta que atenda às suas necessidades, constitui-se, neste momento, uma experiência real. No caso do CAPS-T, em muitos momentos, atender a necessidade do paciente pode incluir realizar intervenções concretas em sua vida, como realizar uma conversa com sua família ou possibilitar uma experiência que possa ser integradora.

Em uma determinada ocasião no CAPS-T, houve a divulgação de um encontro gratuito, em um final de semana, que apresentava desenhos japoneses, mangás. Dois pacientes se interessaram e, como um deles tinha mais facilidade para se locomover pelas ruas, enquanto o outro ainda tinha muita insegurança, foi possível combinar que os dois fossem juntos ao encontro. Foram estimulados a ir e na semana seguinte chegaram contando com muita satisfação tudo o que viram lá. Nos dias seguintes, eles começaram a mostrar desenhos que haviam feito e foi ficando evidente o interesse e a aptidão de ambos para desenhar.

Um dos profissionais, percebendo isto, tomou a iniciativa de buscar, em escolas de desenho, duas vagas gratuitas para que eles tivessem a oportunidade de conhecer mais sobre como desenhar e desenvolver-se neste interesse. As vagas foram conseguidas e ambos se interessaram muito pelo curso, iniciando-o. Em diversas situações, ambos trouxeram seus trabalhos e, com muita satisfação, mostravam seu desenvolvimento, suas conquistas no desenho. Após um período, um deles desistiu do curso após ter estado internado e o outro faltou muitas vezes, pois enfrentou um período difícil em que recomeçou a ouvir vozes, sentir-se perseguido na rua, o que dificultava até conseguir permanecer no CAPS-T. Mais adiante, este segundo paciente conseguiu retomar o curso.

Uma questão muito importante que se destaca nesta situação, em relação ao papel do profissional, foi a percepção deste de um gesto, de um interesse espontâneo nos pacientes e a iniciativa de buscar uma oportunidade para que ambos pudessem escolher (ou não) vivenciar com mais profundidade esse interesse, o que considero

que foi uma resposta adequada ao gesto espontâneo de ambos. Entretanto, o principal se refere ao fato de que quando estas vagas no curso foram negociadas e, posteriormente, conseguidas, havia clareza entre os profissionais que ambos os pacientes poderiam não querer participar do curso, desistir, e as vagas seriam oferecidas a outras pessoas.

Esta questão é fundamental, pois o funcionamento enquanto um espelho é um trabalho muito delicado, sendo necessário um cuidado para não se “perder” no processo de auxiliar o indivíduo a ver-se refletido em seu olhar e começar a impor características, interesses para ele. O profissional, muitas vezes, pensando que algo será melhor para o paciente, começa a “direcionar” a vida dele, de forma que o papel de espelho deixa de ocorrer e começam a ser enviados olhares ausentes, bloqueados por estas diretrizes sobre como o paciente deve viver, que falham em satisfazer o gesto espontâneo daquela pessoa, substituindo-o por seu próprio gesto.

É fundamental, então, que se tome o cuidado de respeitar que a direção seja apontada pelo paciente, ou seja, que em primeiro lugar ocorra o surgimento de seus gestos espontâneos, que a seguir são reconhecidos e recebem uma resposta adequada. E respondendo adequadamente ao gesto espontâneo do paciente, o profissional permite que este crie o objeto subjetivo, que viva a ilusão de onipotência. Neste momento, o profissional também é um objeto subjetivo e permite que o paciente viva em um mundo subjetivo. Isto é fundamental para o surgimento de um sentimento de existir no paciente e para que o mundo possa ser criado com um significado pessoal. Destaca-se, portanto, a importância do manejo, enquanto a interpretação, no caso das psicoses, e as falhas que não podem ser abarcadas pela capacidade maturacional do paciente, impõem a realidade prematuramente, já que o profissional deixa de ser o objeto subjetivo e passa a ser algo externo, torna-se não-eu abruptamente. Isto é sentido como muito ameaçador ao si-mesmo verdadeiro do paciente.

O cuidado refere-se, portanto, a ajudar essas pessoas a terem as manifestações espontâneas, autênticas de seu si-mesmo verdadeiro reconhecidas; a oferecer a sustentação necessária para uma continuidade de ser e para um amadurecimento emocional, na medida do possível; a criar condições para que uma vida mais rica de experiências e de manifestações autênticas possa ocorrer. Trata-se de possibilitar a

vivência de uma trajetória própria, em que o mundo possa ser criado, tenha sentido, seja pessoal, em alguma medida. Uma trajetória em que dificuldades certamente estarão presentes, mas em que a autenticidade também estará lá, na medida do possível.

Torna-se evidente, portanto, que o cuidado a ser oferecido é um cuidado terapêutico, no sentido de sua raiz grega. Isto significa que ele não tem qualquer relação com uma adaptação do indivíduo ao que a sociedade considera como o melhor e adequado a ele e sim que se refere a um respeito às manifestações espontâneas daquela pessoa.

E, neste sentido, idéias pré-concebidas, medos, pena são aspectos que podem ter influência negativa sobre o trabalho com tais pacientes, representando marcas de iatrogenia que prejudicam o indivíduo. E isto é um risco constante no tratamento, já que algo que pode ocorrer é o profissional, quando o paciente inicia seu tratamento no CAPS, estar aberto para conhecê-lo, encontrar-se genuinamente com ele, mas depois acabar formando uma pré-concepção sobre ele, ignorando o ser e o viver de cada dia desta pessoa, ou seja, que ela, certamente, se mostra diferente a cada momento, já que estamos em constante transformação. Torna-se ausente o papel de espelho tão necessário a um tratamento adequado.

O cuidado em estar com alguém, percebendo que ele é diferente a cada encontro é essencial, pois isto possibilita o olhar capaz de ver o que há para ser visto. Só assim o si-mesmo do indivíduo pode integrar-se. Reforça-se a percepção de como o trabalho a ser realizado é delicado e difícil, de forma que a capacitação dos profissionais que oferecem cuidados às pessoas com quadros graves de saúde mental revela-se fundamental. E isto inclui, por exemplo, uma formação teórica adequada, já que a aquisição de informações sobre a loucura e suas formas de tratamento pode auxiliar na desarticulação das pré-concepções de cada um. Entretanto, apenas esse tipo de formação não é suficiente para que o profissional possa se libertar de seus preconceitos em relação à loucura, apreendidos, muitas vezes, durante suas experiências de vida e permeados por conteúdos emocionais.

Além disso, muitas vezes, tal capacitação pode funcionar às avessas, servindo como uma pré-concepção que bloqueia a visão do que há para ser visto na outra pessoa, ao invés de servir como um dos norteadores que auxiliam uma maior compreensão do indivíduo. Este uso do saber a priori, muitas vezes, ocorre de forma automatizada no cotidiano.

Uma situação ocorrida no CAPS-T explicita esta automatização do uso do saber a priori, através da mecanização na realização de um diagnóstico, o que ocorreu no encaminhamento feito por um Serviço da região. Em uma triagem realizada por um psiquiatra e uma psicóloga, estes receberam um rapaz que vinha com dois encaminhamentos em que era diagnosticado com CID10 F20, ou seja, um quadro de esquizofrenia. Conforme o rapaz foi contando o que estava ocorrendo, mostrou-se evidente que não apresentava características para tal diagnóstico, já que o rapaz apresentava um primeiro aparecimento de visões e sentimentos de medo há apenas 1 mês, não apresentando sintomas no momento. Bastou ouvi-lo um pouco mais para descobrir um quadro de alcoolismo há vários anos, com piora no último ano, e uma tentativa de parar com a bebida no último mês, quando então começou a ver bichos, pessoas mortas e sentir medo diante destes acontecimentos.

Tal situação, por si, já é bastante séria, entretanto, outro fato agrava o acontecimento. Este rapaz, após a passagem por este Serviço, ainda passou por uma Unidade de Emergência que parece ter repetido o encaminhamento realizado pelo Serviço anterior, enviando-o à nossa Unidade. Ele precisou chegar a uma terceira Unidade para que pudesse ser ouvido, de forma que houvesse uma real compreensão do que estava ocorrendo com ele. O rapaz foi finalmente encaminhado e já agendado para uma recepção em um Serviço especializado para o tratamento à dependência química.

Assim, no cotidiano de trabalho, os profissionais estão sujeitos a iniciar um fazer mecânico, em que o papel de espelho está ausente, devido ao uso inadequado de um saber prévio, que bloqueia seu olhar. E isto pode trazer consequências sérias aos indivíduos em tratamento, ou que buscam tratamento, prejudicando-os, já que o profissional é incapaz de oferecer o papel de espelho, de ver o que há para ser visto no paciente e perceber quais cuidados ele realmente precisa.

Além da capacitação do profissional, através da aquisição do saber teórico e de uma formação para que este saber seja usado adequadamente, há a necessidade de inclusão na formação dos profissionais de saúde e, no caso deste trabalho, dos profissionais que oferecem cuidados em um CAPS, de um conhecimento que ultrapasse a superficialidade dos conhecimentos teóricos sobre a saúde mental e a loucura, permitindo um aprofundamento em relação a tal questão. É importante uma sensibilização destes profissionais em relação aos seus próprios conteúdos psíquicos, seus medos, suas dificuldades, o que pode possibilitar um maior auto-conhecimento, tornando-os capazes de perceber seus limites diante das situações, suas dificuldades perante alguns pacientes e a necessidade de receber ajuda em tais situações, além de possibilitar a desmistificação de algumas idéias inadequadas que cada um carrega consigo.

Como já abordado no início deste trabalho, o contato com a loucura na outra pessoa coloca as pessoas diante de seus medos em relação à loucura, de aspectos primitivos seus, o que, muitas vezes, as leva a proteger sua condição de sanidade e capacidade, através da criação de defesas. E os profissionais não estão livres de tais vivências. Por isso, um espaço para que tais questões possam ser compartilhadas e trabalhadas é fundamental, na medida em que a compreensão sobre tais aspectos permite a utilização de outras formas para lidar com esses medos diante da loucura apresentada pelo indivíduo em tratamento, diferente do uso de defesas em que o papel de espelho fica excluído do olhar destes profissionais.

A sensibilização em relação aos conteúdos psíquicos dos profissionais diante da loucura permite uma discussão sobre tais questões e então o esclarecimento de fantasias que cada um de nós construiu a partir de vivências e aprendizagens anteriores. Uma das formas para isso ser realizado é através das reuniões de equipe. As trocas com os outros profissionais permitem o questionamento contínuo das vivências cotidianas, das crenças sobre a loucura, dos medos, de como lidar com determinadas situações. Cada um pode, então, entrar em contato com seus pensamentos, suas dificuldades, seus medos em relação ao paciente, realizando auto-reflexões e/ou discussões sobre essas questões. Tais vivências possibilitam que idéias

pré-concebidas e medos possam ser eliminados ou, ao menos, amenizados, facilitando a presença do papel de espelho.

Com as discussões, criam-se também condições positivas para o trabalho em equipe, já que todos podem se ajudar nas situações mais difíceis e podem pedir ajuda diante de suas limitações. Isso possibilita a realização de um trabalho mais adequado para o indivíduo em tratamento e também cria um ambiente de trabalho mais adequado para os profissionais, em que estes podem ser compreendidos e ajudados nas situações mais difíceis. As discussões também auxiliam a aproximação dos discursos, a construção de concepções comuns entre os profissionais, o que cria condições para o funcionamento da equipe como um espelho único.

Evidencia-se, portanto, como a relação entre os profissionais que trabalham em um CAPS é importante, já que um ambiente de acolhimento ao que vêm de um outro profissional, com outros conhecimentos e outras vivências, permite a confiança, por parte de cada um, na equipe e na troca que um encontro entre os profissionais pode proporcionar. Tal ambiente auxilia a sensibilização em relação aos conteúdos psíquicos de cada um e cria condições para que os profissionais dividam suas dificuldades e possam se auxiliar, trabalhando juntos nos tratamentos oferecidos.

Por outro lado, quando se estabelecem pré-concepções sobre um outro profissional ou outra área de conhecimento, pode ocorrer um afastamento e isolamento por parte de cada profissional, que deixa de ter disponibilidade para se encontrar com quem está diante de si. Pode iniciar-se, a partir de tais comportamentos, uma desintegração na equipe. E com o isolamento, cada um fica restrito aos seus conhecimentos sobre o indivíduo em tratamento, podendo oferecer tratamentos e discursos diferentes. Começa a constituir-se um ambiente confuso, em que não está presente a monotonia, a previsibilidade, o papel de espelho único, enfim, a provisão ambiental adequada necessária para um continuar a ser do paciente.

Além da formação teórica, da sensibilização por parte de cada profissional em relação aos seus conteúdos psíquicos e do cuidado com as relações estabelecidas

entre os integrantes da equipe, outro fator importante na formação do profissional é o seu interesse em se manter atento ao contexto em que o tratamento é realizado. Esse contexto, entretanto, não se refere simplesmente ao contexto familiar ou da comunidade, mas também da sociedade em que vivemos, o que inclui a forma como as relações se estabelecem na atualidade. Tal compreensão impede que o profissional se transforme em um fantoche que simplesmente reproduz as relações sociais, por estar enredado nelas. Só assim pode haver uma quebra nas reproduções a que a sociedade nos empurra e um direcionamento para um aprofundamento nos encontros entre os indivíduos e para a abertura às transformações.

A reflexão constante sobre a sociedade em que vivemos, sobre as políticas públicas às quais estamos submetidos, sobre o fazer cotidiano, sobre o indivíduo em tratamento que está diante de nós, permite ao profissional escapar de um fazer compulsivo, já pronto, cronificado, que reproduz as práticas asilares, mantendo o indivíduo aprisionado em um lugar social extremamente desvalorizado e excluído. E é justamente no dia-a-dia que as marcas da exclusão podem ser substituídas por oportunidades de existências reais aos indivíduos e de encontros possíveis com outras pessoas e espaços sociais.

Neste sentido, Vaisberg (2002) complementa que medidas políticas, sócio-educativas ou de práticas de cidadania, apesar de indispensáveis, não são suficientes na luta contra a exclusão social. Isto porque é necessário pensar também em marcas sutis que permeiam uma clínica voltada à exclusão, o que inclui a segregação psiquiátrica e a sensação, mais ou menos perceptível, de que a vida é fútil e a própria existência irreal. E, neste sentido,

... cabe ao psicanalista pronunciar-se (...) no sentido de dizer que toda a vez que este mundo se torna dificultoso e inóspito, colocando os seres humanos em condições que os lançam em aflição, agonia e indignidade, estar-se-á aumentando, de modo nefasto, a possibilidade desta despersonalização, que pode ser mais ou menos sutil, mais ou menos psiquiatricamente visível, que leva à auto-exclusão da corrente da coexistência humana. (Vaisberg, 2002, p.14)

O papel do profissional, portanto, é lutar contra as condições não-humanas que, muitas vezes, a sociedade impõe ao indivíduo e oferecer um tratamento terapêutico a ele, em que haja cuidado, atenção e respeito, em que haja disponibilidade para um encontro genuíno, em que possam ser compartilhadas as experiências que ele queira dividir. Um encontro em que seja possível conhecê-lo, sem pré-concepções.

Trata-se de auxiliar o paciente, através do papel de espelho e de outros cuidados que atendam as suas necessidades, na constituição de seu si-mesmo verdadeiro, em alguma medida, o que abrirá espaço para que ele possa construir um caminho próprio, pessoal e em que possam ser respeitadas suas diferenças. A intenção é permitir ao indivíduo existir, com autenticidade, em um mundo sentido como real. E isto inclui trilhar o caminho com ele, em alguma medida, auxiliando-o nos encontros e nas dificuldades que se apresentam durante sua trajetória.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Clínica quer dizer, em primeiro lugar, ‘ao pé do leito’. Assim, uma aproximação clínica é respeitosa com os indivíduos e os grupos (...) deve, se quiser compreender seu doente, estar a sua escuta” (Enriquez, 1995, p.8)

A Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos CAPS, como outra forma de tratamento, em que a família e a sociedade estão implicadas na questão da loucura, por si só inicia uma tentativa de romper com um lugar social de incapacidade, violência, inadequação, em que a loucura é o problema e, portanto, deve ser excluída, através de sua reclusão ao Hospital Psiquiátrico. Ao invés disso, através da implicação da família e da sociedade revela-se que as relações que se estabelecem entre as pessoas em geral e o indivíduo que possui um quadro grave de saúde mental também precisam de cuidados, o que torna necessárias outras formas de tratamento.

Entretanto, apesar do surgimento de paradigmas para a Reforma Psiquiátrica e de Leis que sustentam modificações na forma de tratamento que essas pessoas devem receber, verifica-se que ainda hoje, em muitos locais esta forma de tratamento não foi instituída (não há CAPS no local) ou o CAPS atua, muitas vezes, de formas diferentes e, em alguns casos, até inadequadamente, o que torna necessárias avaliações diferenciadas em relação aos tratamentos oferecidos.

Os Serviços que utilizam, no tratamento oferecido aos pacientes, a medicação, auxiliam o indivíduo em sua forma de estar no mundo, em que se equilibram adequações necessárias à convivência social e formas de ser singulares, próprias do indivíduo, e oferecem sustentação para os encontros sociais, mostram-se mais amplos, com mais recursos para um tratamento humano, em que a loucura possa vir a ser compreendida de outra forma e que o indivíduo possa construir um lugar mais interessante para si no mundo.

Entretanto, é fundamental enfatizar que tal tratamento só será realmente terapêutico se ele for baseado na compreensão dos aspectos psíquicos do paciente, algo que no CAPS-T é considerado fundamental. Isso porque só é possível realizar qualquer intervenção terapêutica para o paciente se, em primeiro lugar, o profissional for capaz de ver o que há para ser visto no paciente, reconhecer seus gestos autênticos, suas manifestações espontâneas, ou seja, se o papel de espelho estiver presente no tratamento.

Quando os aspectos psíquicos são relegados a segundo plano ou ignorados no tratamento há uma suscetibilidade maior para se oferecer ao indivíduo algo que pertence a quem oferece o tratamento, ou seja, de impor a ele vivências, situações sociais, formas de viver com os familiares, consideradas pelos profissionais como adequadas. E o paciente continua enredado em saberes que não pertencem a ele, continua tendo sua experiência de onipotência violada pela realidade externa, seu gesto espontâneo substituído pelo gesto de outrem. Mantém-se a impossibilidade de criar o objeto subjetivo.

Assim, se as medidas interventivas forem baseadas em qualquer outra coisa, que não as necessidades do paciente, elas não se constituirão uma resposta adequada ao gesto do paciente e sim um gesto que se impõe, que é uma intrusão ao paciente e quebra sua continuidade de ser. E o excesso de invasões pode fortalecer o si-mesmo falso patológico, de forma que o paciente parece mais participativo no dia-a-dia, mas, na verdade, sente-se tão vazio e artificial quanto anteriormente. A intenção do tratamento, então, que era auxiliar o indivíduo a construir seu caminho acaba não se realizando. A atuação dos profissionais, nesses casos, tem um caráter de

impedimento para a criatividade e espontaneidade do indivíduo e o que se mantém é uma forma de viver reativa às invasões sofridas.

Neste sentido, a preocupação do trabalho realizado com o paciente não é somente eliminar conflitos, normatizar o indivíduo, suprimir sintomas. Isto ocorre em alguma medida, mas no sentido de oferecer condições ao indivíduo para o trabalho essencial, que é a possibilidade de vivenciar experiências integradoras, que antes não puderam ser experienciadas, proporcionando um sentimento de existir, com conflitos, dificuldades e alegrias, com medos e enfrentamentos, com limitações e descobertas de novos caminhos. Um percurso em que suas singularidades podem estar presentes.

Há uma preocupação em oferecer um ambiente monótono e previsível, que possibilite ao paciente o acolhimento de seus gestos espontâneos, suas manifestações autênticas e suas limitações. E o papel de espelho é um dos elementos fundamentais para a construção deste ambiente suficientemente bom. Sua presença permite que as manifestações espontâneas, autênticas, enfim, que o si-mesmo verdadeiro seja reconhecido, através do olhar de outra pessoa, e encontre condições para voltar a se constituir. E, com isso, possibilita que ele saia de uma existência artificial, sem vida, e que surja o sentimento de existir e um sentido pessoal para o mundo, em alguma medida. Essa mistura é muito mais verdadeira, espontânea e dá mais flexibilidade para o indivíduo lidar com as situações, o que desperta nele mais encanto diante de seu encontro com a vida. Está sendo oferecido, portanto, um cuidado terapêutico, em que a base primordial é o respeito ao indivíduo, às suas escolhas, à sua dinâmica psíquica e social.

Neste sentido, é fundamental que a equipe funcione como um espelho único, previsível, refletindo ao paciente algo que se acha relacionado ao que ela vê no paciente. Ao mesmo tempo, ser visto pela equipe auxilia o surgimento no paciente do sentimento de existir. O si-mesmo verdadeiro, reconhecido pelo olhar da equipe, pode então se integrar, em alguma medida. Já a presença de vários espelhos, ou de cuidados diversos, pode levar a pessoa à confusão e a não integração.

O tratamento oferecido evidentemente não pode seguir um padrão igual para todos, já que é importante reconhecer as necessidades de cada um e atendê-las. Ou seja, deve-se ver o que há para ser visto no paciente, reconhecer e refletir seu gesto espontâneo, compreender o que ocorre em sua realidade psíquica e, a partir disso, responder às suas necessidades. Só assim o manejo mais adequado poderá ser realizado, possibilitando a vivência de experiências reais e integradoras. E não basta que apenas o papel de espelho se apresente no tratamento oferecido, sendo necessário que outras condições também sejam supridas, de forma que o ambiente se torne monótono, confiável e previsível.

Oferecer o papel de espelho no cotidiano de tratamento e suprir os outros cuidados necessários, entretanto, é um trabalho difícil, que muitas vezes esbarra em limitações próprias ao funcionamento da Unidade, em sua estruturação, conforme discutido anteriormente. Isto exige um esforço contínuo da equipe no sentido de descobrir formas para oferecer um ambiente suficientemente bom. E levanta questões importantes, já que é necessário compreender, por exemplo, em que casos o CAPS pode oferecer condições adequadas para o tratamento dos pacientes; como estruturar um ambiente interno integrador a eles; como ajudar as pessoas que parecem não se beneficiar de uma vivência em seu ambiente interno, que não conseguem tolerar as variações (mesmo que minimizadas) presentes em um lugar que atende tantas pessoas diferentes, ao mesmo tempo; enfim, até que ponto é possível oferecer este ambiente adequado. Talvez estas questões possam ser abordadas em trabalhos futuros, possibilitando que sejam realizados passos importantes no sentido de oferecer tratamentos adequados a cada pessoa.

Por outro lado, evidencia-se como o CAPS, apesar de suas limitações e dependendo da forma como for estruturado e realizar seus tratamentos, pode oferecer, em muitos casos, cuidados que se traduzem pelo ambiente monótono, confiável, em que está presente o holding, o papel de espelho, sendo capaz de prover condições adequadas às necessidades do indivíduo em tratamento, constituindo-se um ambiente facilitador ao seu amadurecimento. E pode, além disso, intervir em alguma medida em outros ambientes nos quais o indivíduo vive, possibilitando

cuidados e condições de vida mais adequados neles também, através do trabalho com familiares e com outras pessoas próximas ao paciente.

A partir disso, o CAPS pode, na medida do possível, funcionar como a mãe suficientemente boa, que modula a influência, o impacto do ambiente externo sobre o bebê. Oferecendo os cuidados adequados e intervindo no ambiente social próximo, a equipe pode modular a influência do ambiente vivido pelo paciente, de forma que não haja um impacto excessivo sobre ele. Com isto, a equipe se aproxima deste papel modulador da mãe.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACARREGUI, M. M. *Hospital de dia y rehabilitacion*. Artigo apresentado na IV Jornada AMRP Madrid, 1998. Disponível em: <http://www.hdmadrid.org/ponenciaamrp.htm>. Acessado em: 27 nov. 2004.

AMARANTE, P. Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I.A. (org) *Fim de Século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p.47-53.

AMATUZZI, M. M. A Pesquisa Psicanalítica e a Pesquisa do Humano. *Boletim de Psicologia*, v.42, n.96/97, p.73-78, 1992.

ASSIS, M. de. (1882) O Espelho. In: _____. *Contos Escolhidos*. Coleção Vestibular – O Estado de São Paulo. São Paulo: Klick Editora, 1999. p.21-29.

BARROS, E. M. da R. O Inconsciente e a Constituição de Significados na Vida Mental. *Psicologia USP*, v.10, n.1, p.97-117, 1999.

BARTZ, S. *Ser Terapêutico: uma tentativa de compreensão*. São Paulo, 1996. 144p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

BAUMAN, Z. *O Mal-estar da Pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 272p.

BEZERRA JR, B. Prefácio. In: FERNANDES, M. I. A.; VICENTIN, M. C. G.; VIEIRA, M. C. T. (orgs.) *Tecendo a rede: trajetórias da Saúde Mental em São Paulo 1989-1996*. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003. p.15-25.

BIRMAN, J. A Psicopatologia na Pós-modernidade: as alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, v.2, n.1, p.35-49, março 1999a.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999b. 304p.

CONTEL, J. O. B.; VILLAS-BOAS, M. A. Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.21, n.4, São Paulo, p.225-230, dez. 1999.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p.13-44.

DELEUZE, G. *Conversações, Post-scriptum: sobre as sociedades de controle*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 166p.

DIAS, E. O. A Regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista. *Percurso*. Revista de Psicanálise, ano VII, n.13, p.71-78, São Paulo, 2º semestre de 1994.

DIAS, E. O. *A Teoria das Psicoses em D. W. Winnicott*. São Paulo, 1998. 367p. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

DIAS, E. O. *A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003. 344p.

DIATKINE, R. Um Passado ainda Recente. In: _____ *Psicose e Mudança*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993. p.1-24.

DIATKINE, R.; QUARTIER-FRINGS, F. Prática Psiquiátrica e Mudança. In: DIATKINE, R. *Psicose e Mudança*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993a. p.45-193.

DIATKINE, R.; QUARTIER-FRINGS, F. Um ponto de vista psicanalítico sobre o tratamento dos esquizofrênicos. In: DIATKINE, R. *Psicose e Mudança*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993b. p.195-213.

ENRIQUEZ, E. Prefácio. In: DAVEL, E; VASCONCELLOS, J. (Orgs.) *“Recursos” Humanos e Subjetividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p.7-22.

FROMM, E. *A Revolução da Esperança*. Por uma Tecnologia Humanizada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984. 169p.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Grupo de Apoio com Pacientes Psiquiátricos Ambulatoriais em Contexto Institucional: Análise do Manejo Terapêutico. *Psicologia e Reflexão Crítica*, v.14, n.1, Porto Alegre, 2001.

HERRMANN, F. Introdução. In: ____ *Andaimos do Real*. Livro Primeiro: O Método da Psicanálise. São Paulo, Editora Brasiliense, 1991. p.11-39.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922p.

IANKILEVICH, E. Metas em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v.3, n.3, p.291-297, 2001.

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.31, n.2, São Paulo, p.91-99, 2004.

KEHL, M. R. *Sobre Ética e Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 203p.

KODA, M. Y. A Construção de Sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p.67-87.

KURY, M. da G. *Dicionário de Mitologia – Grega e Romana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992. 405p.

LASCH, C. *A Cultura do Narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1983. 320p.

LASCH, C. *O Mínimo Eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. 286p.

LEITE, M. B. G. D.; TIVERON, R. M; SILVA, S. V. P. Hospital Dia: espaço de continência e de participação. In: FERNANDES, M. I. A.; VICENTIN, M. C. G.; VIEIRA, M. C. T. (orgs.) *Tecendo a rede: trajetórias da Saúde Mental em São Paulo 1989-1996*. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003. p.119-136.

MAC FADDEN, M. A. J. *Psicanálise e Psicossomática*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2000. 145p.

MAIA, M. S. Um tapete vermelho para a angústia: clínica psicanalítica e contemporaneidade. *Percurso*, ano XIV, n.27, São Paulo, p.67-76, 2º semestre de 2001.

MARAZINA, I. *Psicanálise e clínica institucional*. Encontro Latino Americano. Disponível em: http://www.estadosgerais.org/encontro/navegar_e_preciso.shtml. Acesso em: 09 março 2004.

MEIRELES, C. Mulher ao Espelho. In: ____ *Mar Absoluto e Outros Poemas*, Porto Alegre, Globo, 1945.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. In: *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *CAPS – Nova Sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos – Portarias 336/02 e 189/02. Perguntas & Respostas*. Brasília: Área Temática de Saúde Mental, 2002. 5p.

ROJAS, M.C.; STERNBACH, S. Patologias del fin de milenio. In: ____ *Entre dos Siglos: uma leitura psicanalítica de la posmodernidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. Cap. V, p.127-149.

SAFRA, G. O Uso de Material Clínico na Pesquisa Psicanalítica. In: SILVA, M. E. L. da (coord.) *Investigação e Psicanálise*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1993. p.119-132.

SAFRA, G. *Momentos Mutativos em Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. 213p.

SAFRA, G. *A Face Estética do Self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco Editora, 1999. 168p.

SAGGESE, E.G. Projeto Brincar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.44, n.4, p.185-187, 1995.

SANTA CRUZ, M. A. O Sujeito Silenciado: uma crítica às práticas em “Saúde Mental”. *Percurso*. Revista de Psicanálise, ano V, n.9, p.14-21, São Paulo, 2º semestre de 1992.

SCARCELLI, I. R. Trabalhadores em Saúde Mental e a Rede Substitutiva Paulistana: os interstícios da prática. In: FERNANDES, M.I.A. (org) *Fim de Século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p.187-205.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. *Política de Saúde Mental para o Município de São Paulo*. São Paulo: Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest, 2002. 11p.

SEGAL, H. (1987) O Silêncio é o Verdadeiro Crime. In: ____ *Psicanálise, Literatura e Guerra*. Artigos 1972-1995. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1998. p.153-166.

SIGLER, R. *O profissional da saúde mental e o ideário de luta antimanicomial: uma abordagem psicanalítica sobre os entraves na apropriação de ideários sociais*

transformadores. São Paulo, 2000. 163p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SILVA, M. E. L. da. Pensar em Psicanálise. In: SILVA, M. E. L. da (coord.) *Investigação e Psicanálise*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1993a. p.11-25.

SILVA, M. E. L. da. Uma aventura: a tese psicanalítica (Entrevista com Fábio Herrmann). In: SILVA, M. E. L. da (coord.) *Investigação e Psicanálise*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1993b. p.133-158.

SOUZA, A. M. O. *Loucura em cena: a “Ambiência” como espaço informal de tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial*. São Paulo, 2003, 83p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

TENÓRIO, F. A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, jan.-abr. 2002.

TOLEDO, L. C. C. de. *A Loucura na Ordem do Discurso de Familiares de Pacientes de um Hospital-Dia*. São Paulo, 2003. 148p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.73-85, 2001. Disponível na Scielo.

VAISBERG, T. M. J. A. *O Ser e o Fazer na Clínica*. In: Anais do 5º Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica, n.5, São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, 2001. p.82-91.

VAISBERG, T.M.J.A. Sofrimento Humano e Práticas Clínicas Diferenciadas. In: VAISBERG, T.M.J.A.; AMBRÓSIO, F.F. (Org.). *Trajetos do Sofrimento: desenraizamento e exclusão*. Anais do I Seminário Temático Ser e Fazer & Tecer, realizado nos dias 12 e 13 de novembro de 2002. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, 2002. p.6-14.

VAISBERG, T.M.J.A.; MACHADO, M.C.L. Diagnóstico Estrutural de Personalidade em Psicopatologia Psicanalítica. *Psicologia USP*, v.11, n.1, p.29-48, 1999.

VALERO, P.V.B. *‘É preciso levar o delírio à praça pública’*: sofrimento psíquico, artes plásticas e inclusão social. São Paulo, 2001. 244p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

VECHI, L. G. *A Primeira Internação no Discurso de Agentes de Saúde Mental em Hospital-Dia*: uma leitura institucional. 2002. 182p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

VERNANT, J. P. *A Morte nos Olhos*: figurações do outro na Grécia Antiga – Ártemis, Gorgó. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. 120p.

VERNANT, J. P. A Morte nos Olhos: diálogo com Pierre Kahn. In: ____ *Entre Mito e Política*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p.71-85.

VOLICH, R. M. O cuidar e o sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. *O Mundo da Saúde*, ano 24, v.4, p.237-245, jul/ago 2000a.

VOLICH, R. M. *Psicossomática*: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000b. 203p.

WINNICOTT, D. W. (1955-6) Formas Clínicas da Transferência. In: _____. *Da Pediatria à Psicanálise*: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. p.393-398.

WINNICOTT, D. W. (1956) A Preocupação Materna Primária. In: _____. *Da Pediatria à Psicanálise*: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. p.399-405.

WINNICOTT, D.W. (1960a) Teoria do Relacionamento Paterno-infantil. In: WINNICOTT, D. W. *O Ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.38-54.

WINNICOTT, D.W. (1960b) Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: WINNICOTT, D. W. *O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.128-139.

WINNICOTT, D. W. (1963a) O Medo do Colapso (Breakdown). In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.) *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p.70-76.

WINNICOTT, D.W. (1963b) Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: WINNICOTT, D. W. *O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.163-174.

WINNICOTT, D.W. (1963c) Os doentes mentais na prática clínica. In: WINNICOTT, D. W. *O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.196-206.

WINNICOTT, D.W. (1963d) Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: WINNICOTT, D. W. *O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.225-233.

WINNICOTT, D. W. (1965) A Psicologia da Loucura: uma contribuição da Psicanálise. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.) *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p.94-101.

WINNICOTT, D. W. (1967) O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil. In: _____. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. p.153-162.

WINNICOTT, D. W. (1970) Sobre as Bases para o Self no Corpo. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.) *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p.203-218.

WINNICOTT, D. W. O Brincar: a Atividade Criativa e a Busca do Eu (Self). In: _____ . *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. p.79-93.

WINNICOTT, D. W. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990. 222p.