

HAROLDO TUYOSHI SATO

**ENQUADRES CLÍNICOS DIFERENCIADOS NA
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

*Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Doutor em Psicologia*

**São Paulo-SP
2007**

HAROLDO TUYOSHI SATO

ENQUADRES CLÍNICOS DIFERENCIADOS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

*Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Doutor em Psicologia*

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Livre Docente Tânia Maria
José Aiello-Vaisberg

**São Paulo-SP
2007**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Sato, Haroldo Tuyoshi.

Enquadres clínicos diferenciados na reforma psiquiátrica / Haroldo Tuyoshi Sato; orientadora Tânia Maria José Aiello-Vaisberg. -- São Paulo, 2007.

258 p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Reforma psiquiátrica 2. Saúde mental 3. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971 4. Silveira, Nise da, 1905-1999 5. Enquadres diferenciados I. Título.

RA790

FOLHA DE APROVAÇÃO

Haroldo Tuyoshi Sato
Enquadres clínicos diferenciados
na Reforma Psiquiátrica

Tese apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para
a obtenção do título de Doutor
em Psicologia
Área de concentração: Psicologia
Clínica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____
Prof. Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____
Prof. Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____
Prof. Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____
Prof. Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À Cristina, minha esposa, por me fazer redescobrir o amor, a felicidade e o prazer em viver...

Ao meu pai, Américo, sempre amigo e companheiro...

Aos meus sogros, Leônidas e Maria, sempre generosos...

Aos meus irmãos, Auro, Elcio e Gilberto, sempre prontos a me ajudar...

Aos meus filhos Danilo, Edgar, Tiê Marina, André Phelippe, Leticia, Rafaella, que são a razão do meu viver...

Agradecimentos

À minha orientadora Profa. Livre Docente Tânia Aiello-Vaisberg, pelo carinho, cuidado e paciência que teve comigo neste percurso.

Ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pela oportunidade da realização do Curso de Doutorado.

Aos amigos das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer, companheiros nesta aventura do conhecimento.

Aos amigos e diretores da Associação Mokiti Okada, MOA-International, por compartilhar de um ideal de um mundo melhor.

Aos diretores e amigos da Secretaria de Saúde de São Vicente, pelo apoio prestado.

Aos diretores e professores do Curso de Psicologia de Universidade Paulista (UNIP), pelo constante incentivo à pesquisa e aprimoramento intelectual e profissional.

Aos meus pacientes, razão de todo este trabalho.

*Estou esperando com prazer
O dia em que as brancas margaridas
Floresçam plenas em meu jardim...*

Mokiti Okada

Resumo

Enquadres clínicos diferenciados na Reforma Psiquiátrica

O presente trabalho apresenta uma análise crítica, mas comprometida, da desconstrução manicomial e da reforma psiquiátrica brasileira, à luz das contribuições teóricas de Nise da Silveira e D.W. Winnicott. Constata que neste movimento convivem a busca de transformações radicais, em dimensões sociais, e uma relativa pobreza na criação de novos dispositivos de caráter eminentemente clínico, o que permite apontar uma importante limitação, vale dizer, que o reconhecimento da importância da dimensão social não se faz acompanhar da suficiente consideração da subjetividade em termos sensíveis e emocionais. Configura-se, assim, situação problemática, que pode ser superada pela via da proposição de enquadres clínicos diferenciados, desde que estes sejam potencialmente capazes de permitir uma articulação produtiva entre dimensões subjetivas sociais e afetivo-emocionais.

Palavras-chaves: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Winnicott, Donald Woods, 1896-1971; Silveira, Nise da, 1905-1999.; Enquadres diferenciados.

Clinical and differentiated settings in the Brazilian Psychiatric Reform

The present work presents a critical and committed analysis of the psychiatric hospital deconstruction and the Brazilian Psychiatric Reform, in the light of the theoretical contributions of Nise da Silveira and D.W, Winnicott. It is showed through in this movement, the search for extreme transformation in social dimensions coexists with some relative poverty to create new mechanisms of clinical feature, which allows us to point out an important limitation, that social importance recognition is not followed by enough consideration of subjectivity in sensitive and emotional terms. It is then formed a problematic situation that may be overcome by the proposition of differentiated clinical settings, as long as they are potentially facilitate a productive articulation between social, subjective and affective-emotional dimensions.

Key words: Psychiatric Reform; Mental Health; Winnicott, Donald Woods, 1896-1971; Silveira, Nise da, 1905-1999; Differentiated Settings.

Sumário

Prólogo

Capítulo I: Reforma Psiquiátrica e Subjetividade

Capítulo II: Psiquiatria e Psicanálise: Caminhos Divergentes

Capítulo III: Enquadre e Desinstitucionalização

Capítulo IV: Silveira e o Enquadre da Oficina Terapêutica

Capítulo V: Saúde Mental e Arranjos de Flores Vivas

Capítulo VI: Arte e Desinstitucionalização

Capítulo VII: Reforma Psiquiátrica e Universidade: A Criação e a Aplicação dos Enquadres Clínicos Diferenciados

Considerações finais

Anexos

Referências Bibliográficas

Prólogo

Apresento, a seguir, uma tese de doutorado, que escrevi como pesquisador e clínico que estive, durante os últimos treze anos, efetivamente engajado dia após dia no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, nos últimos treze anos. Comecei a trabalhar no Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de São Vicente, em 1994, quando a Reforma ainda engatinhava no Brasil. Prefeituras, como a de São Vicente, que mantinham instituições substitutivas ao manicômio, eram uma exceção. A continuidade do processo era incerta e cada novo passo representava uma grande realização. Restava-nos a luta diária para afirmação de um projeto que contava com a oposição de muitos, dentro e fora do projeto de saúde mental.

Algumas coisas, porém, eram muito prazerosas, neste cotidiano incerto. Uma delas era a Oficina Terapêutica de Ikebana, que passei a desenvolver a partir de proposições da psiquiatra brasileira Nise da Silveira. Desde os tempos da faculdade, tenho sido um apaixonado por este trabalho. Percorri inúmeras vezes seus livros (Silveira, 1982, 1992), bela e significativamente ilustrados por uma série de pinturas, que mostram a evolução criativa de pacientes psicóticos, envolvidos em processos de elaboração de angústias e dramas humanos que, afinal de contas, não são assim tão impossíveis de se entender, como os preconceitos correntes frente à loucura nos fazem pensar.

Outra fonte do meu trabalho com a Ikebana é a filosofia estética de Mokiti Okada. Sua frase “Mazu nerai o tsukette oitte, sutto kitte, sutto sassu”, ou em tradução livre, “Primeiro mire o aspecto mais belo da flor e, num movimento rápido e leve, corte e fixe-o”, descortinava uma forma bastante criativa de abordar as flores. Quando vejo os pacientes pegarem alegremente as flores para fazer os arranjos, sinto muito prazer. A Oficina Terapêutica de Ikebana tem sido um oásis dentro do meu dia-a-dia atarefado. É sempre um momento em que mesmo um paciente endurecido muitas vezes mostra satisfação em fazer um arranjo, brinca com um outro paciente, faz um belo arranjo. Sempre me recordo de Janaína (Sato, 2001), paciente diagnosticada como oligofrênica grave, com psicose paranóica associada, que usualmente apresentava um rosto sombrio e pesado, como uma máscara grega trágica de pedra. Nunca sorria, a não ser quando fitava as flores, participando da Oficina Terapêutica de Ikebana.

As flores encantam-me com seu mistério. Lembro-me de uma amiga, que era professora de Ikebana, e de uma história que me contara. Um dia, tinha resolvido fazer uma Oficina de Ikebana num presídio, no qual havia uma presa furiosa, que os policiais tinham tido dificuldade de conter. A minha amiga, notando que a presa fitava as flores que carregava, resolveu dar-lhe uma flor. A agitação parou imediatamente: deixando de se debater, a moça pegou a flor cuidadosamente, colocando-a junto ao seu peito, como um tesouro que acabara de ganhar. Outras histórias semelhantes, que evocam o poder curativo da flor, retornam-me agora da memória... Contaram-me que, quando houve o grande terremoto na cidade de Kobe, em 1995, no Japão, as pessoas ficaram em abrigos temporários, onde recebiam as refeições e podiam dormir. As equipes voluntárias da Associação Mokiti Okada, ou MOA International¹, associação de fins altruísticos, cujo um dos objetivos é a socialização do belo, lá afluíram para prestar auxílio aos desabrigados. Uma das idéias que tiveram foi fazer arranjos de Ikebana nos refeitórios e nos dormitórios coletivos, para que os desabrigados pudessem ter acesso a algo belo, apesar do ambiente de destruição que os cercava. Assim procederam, fazendo arranjos de Ikebana para cada dormitório e refeitório coletivo. No dia seguinte, a surpresa: todas as flores tinham desaparecido! O fato causou estranheza, ainda maior num contexto cultural que valoriza muito a ordem e a disciplina. Quando procuraram investigar o acontecido, os voluntários acabaram descobrindo que boa parte dos desabrigados pegara flores dos arranjos para poderem dormir abraçados a elas, pois assim se sentiam mais seguros após a catástrofe do terremoto. As flores se tornaram companheiras das horas difíceis, ajudando a mitigar a solidão e sofrimento. Depois desta experiência, os voluntários da MOA International ofertaram arranjos de flores para todos os desabrigados, medida que foi muito bem aceita pelas vítimas daquela tragédia.

Retomando a questão da reforma psiquiátrica, de que tenho ativamente participado, devo dizer que hoje, mais de dez anos passados, a Reforma Psiquiátrica é uma realidade no Brasil. Hospitais psiquiátricos foram fechados, para dar lugar a outras instituições, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), criados com a ajuda de financiamentos do Ministério da Saúde. A mídia defende o processo, a lei federal determina a extinção progressiva dos manicômios. Temos, atualmente, mais unidades que funcionam conforme a Reforma Psiquiátrica, mais colegas, mais recursos, mais estrutura, mais retaguarda. Hoje, ninguém mais duvida que a Reforma Psiquiátrica veio para ficar.

¹ MOA: Mokiti Okada Association, nome internacional da Associação Mokiti Okada.

Entretanto, apesar de todo o avanço, a cada vez que vou coordenar uma Oficina Terapêutica de Ikebana, sinto-me um iniciante. As flores e o que as pessoas fazem com elas sempre serão um mistério para mim, uma fonte de aprendizado e de busca de crescimento pessoal. Esta tese, na qual pretendo tratar do assunto com rigor, certamente também abordará meu percurso e o amadurecimento clínico que me tem sido possível alcançar a partir do momento que passei a coordenar Oficinas Terapêuticas de Ikebana.

O primeiro capítulo coloca a questão principal da tese, que consiste exatamente na seguinte pergunta: o objetivo deste trabalho é pesquisar sobre a necessidade dos enquadres clínicos diferenciados, a partir das posições teóricas-clínicas de Nise da Silveira e da psicanálise de inspiração winnicottiana como fator de impulsionamento da desconstrução manicomial e da reforma psiquiátrica. Para responder esta pergunta, que norteia a tese, começamos contextualizando o estado em que a Reforma Psiquiátrica se encontra no Brasil e na Baixada Santista, onde trabalho, em particular. Enfatizo que a experiência santista de desinstitucionalização segue de perto a experiência do psiquiatra Franco Basaglia em Trieste, experiência que fechou o manicômio e o substituiu por instituições como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs). Coloco que o objetivo da Psiquiatria Democrática Italiana, da qual Basaglia é líder incontestado, tem como objetivo a reabilitação psicossocial, tema que retornaremos ao longo da tese, para considerá-lo à luz do que se pode conceber como cura ou conquista da autonomia. Aqui fica evidente tanto o quanto devemos estudar a experiência italiana, que enfatiza o fator autonomia social do psicótico como devemos estudar as contribuições advindas do campo psicológico e que enfatizam a cura como elaboração das angústias psicóticas.

O segundo capítulo discorre sobre os motivos pelos quais a psicanálise acabou se distanciando da prática psiquiátrica, não conseguindo, assim, criar um corpo de conceitos e práticas que levassem à superação do manicômio. Em contraponto, traçamos uma breve história da prática psiquiátrica, da implantação do manicômio e do surgimento e desenvolvimento dos métodos biológicos de tratamento da loucura, chegando até o surgimento dos psicofármacos. Criticamos então o uso indiscriminado deste recurso terapêutico, e apontamos a prática clínica de Silveira, que evitava crises psicóticas e internações dando oportunidades para seus pacientes elaborarem suas angústias através da pintura e modelagem livres. Por outro lado reconhecemos, neste capítulo, que o uso sistemático de medicação antipsicótica foi uma das estratégias usadas por Basaglia para poder

devolver a liberdade para o paciente psicótico, à medida em que o trazia para um nível de contato humano que lhe permitia viver fora do manicômio.

No terceiro capítulo, traçamos um perfil da contribuição do psicanalista argentino José Bleger, que cunhou o conceito de enquadramento psicanalítico (Bleger, 1968). Procuramos então aplicar este conceito de constantes do tratamento, em termos institucionais, para entender o enquadramento da proposta terapêutica da Psiquiatria Democrática.

No quarto capítulo, discutimos as convergências e divergências entre Basaglia e Silveira, propondo um enquadre específico, o da oficina terapêutica, advindo da experiência terapêutica silveriana, dentro do enquadramento maior das instituições de cunho basagliano. Fazemos também uma primeira aproximação do enquadre silveriano com as propostas de enquadres clínicos diferenciados de Vaisberg, surgidas a partir do pensamento winnicottiano.

Faço, no quinto capítulo, uma contextualização do surgimento da Oficina Terapêutica de Ikebana no NAPS Mater, a partir da experiência santista de desinstitucionalização. Exponho a origem da Oficina Terapêutica de Ikebana, remontando à filosofia estética de Mokiti Okada, que propunha uma Ikebana livre. Detenho-me, também, no movimento de união desta filosofia com a proposta terapêutica de Silveira, que pressupõe a livre exploração do material artístico pelo paciente.

O sexto capítulo traça um paralelo entre uma experiência arteterapêutica nos moldes da experiência santista de desinstitucionalização, e a experiência de Oficina Terapêutica de Ikebana realizada em instituições que seguem a Reforma Psiquiátrica. Percebemos, ao traçar esse paralelo, que a experiência arteterapêutica santista enfatizou a aquisição dos novos papéis sociais que os pacientes psicóticos atingiram desempenhando sua arte, porém sem focar a percepção do que esta experiência significa para os próprios pacientes, enquanto na experiência da Oficina de Ikebana a compreensão da significação do processo arteterapêutico para o paciente está em primeiro plano como estratégia terapêutica. Terminamos o capítulo com a descrição de três vinhetas clínicas acontecidas durante a realização da Oficina Terapêutica de Ikebana em NAPSs e CAPS, nas quais os pacientes sofreram experiências mutativas que melhoraram sua condição psicossocial.

Apontamos, no capítulo sete, para a definição de enquadre clínico diferenciado na visão das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer e relatamos dois casos clínicos atendidos na Oficina de Ikebana deste projeto, procurando ressaltar o potencial mutativo deste tipo de atendimento.

Nas considerações finais, apresento uma síntese do que foi exposto, para retomar a pergunta feita no primeiro capítulo: podem os enquadres clínicos diferenciados auxiliar no avanço e aprofundamento da Reforma Psiquiátrica?

Capítulo I

Reforma psiquiátrica e subjetividade

O objetivo deste trabalho é pesquisar sobre a necessidade dos enquadres clínicos diferenciados, a partir das posições teóricas-clínicas de Nise da Silveira e da psicanálise de inspiração winnicottiana como fator de impulsionamento da desconstrução manicomial e da reforma psiquiátrica. Realizarei esta pesquisa, de caráter crítico e propositivo, a partir de duas posições: a primeira como pesquisador acadêmico, vinculado ao grupo de pesquisa do CNPQ e ao Ser e Fazer: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínico-Social, do Departamento de Psicologia Clínico-Social do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. A segunda posição, a partir da qual pesquisarei este tema, parte da minha experiência como psicólogo clínico, lotado inicialmente no Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) Mater de São Vicente², e atualmente trabalhando no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Saquaré³, participante há treze anos do processo de reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica brasileira tem sido uma das que mais tem avançado, após a constatação, a partir da década de 80, por parte de grande número de trabalhadores de saúde mental, órgãos governamentais e não governamentais e da sociedade em geral, da falência da

² Os NAPS foram criados dentro da experiência da Baixada Santista de desinstitucionalização, com funcionamento 24 horas, dispondo de enfermaria para internações de curta duração, hospital-dia e atendimento ambulatorial. O NAPS Mater é chamado atualmente de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Mater, localizado no município de São Vicente. Trabalhamos por 4 anos neste equipamento.

³ Os CAPS tiveram como modelo o CAPS Prof. Luiz Cerqueira Neto, criado em 1987, oferecendo atendimento em regime de hospital dia e ambulatorial aos usuários. Atualmente, de acordo com a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os antigos NAPS são chamados de CAPS III, e os antigos CAPS de CAPS I e II (Ministério da Saúde, 2002). Localizado no município de São Vicente, o antigo CAPS-Saquaré é atualmente um CAPS II, atendendo uma população de quatro bairros pobres e periféricos: Saquaré, Vila Margarida, México 70 e Esplanada dos Barreiros.

assistência psiquiátrica anterior, centralizada no manicômio (Amarante, 1998). Sobre este assunto, comenta Venturini⁴ (1998, p. 13):

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que o Brasil é o país onde se está realizando o mais importante passo à frente neste quadro de mudanças. Em menos de três anos, o número de hospitais psiquiátricos foi reduzido em 8% enquanto que o número de leitos psiquiátricos foi reduzido em 6%. Foram criados 2.156 leitos para atendimento psiquiátrico em 139 hospitais gerais e 3.500 vagas em hospitais-dias, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. O custo com internações hospitalares baixou e melhoraram as condições de atendimento.

O autor aponta para o fato de o Brasil, em pouco tempo, graças à mobilização dos profissionais de saúde mental e da sociedade como um todo, estar conseguindo rapidamente transformar sua assistência psiquiátrica, que antes se caracterizava pela sua má qualidade e pelo desrespeito aos direitos dos pacientes psiquiátricos. Desviat⁵ (1999, p. 151/152), protagonista e estudioso espanhol da reforma psiquiátrica concorda com esta posição de Venturini:

O Brasil conseguiu, em curto espaço de tempo, tanto a sensibilização da sociedade e de seus líderes culturais, políticos e sociais quanto ao consenso necessário entre os profissionais em torno de uns poucos objetivos claros, o que, em outros países, levou muitos anos (Itália, Espanha, etc.) ou se beneficiou de um contexto de especial sensibilidade social, como no Reino Unido e na França após a Segunda Guerra Mundial - foram lançados cerca de

⁴ Ernesto Venturini, na época Diretor de Saúde Mental de Ímola, na Itália.

⁵ Manuel Desviat, diretor do Serviço de Saúde Mental José Germain, localizado em Madri, Espanha e assessor da OPAS (Organização Panamericana de Saúde) e da OMS (Alves, 1999).

20 livros sobre a reforma por editoras de alcance nacional e, ao que consta, há outros tantos em preparação ou já lançados.

Desviat (1999, p. 152) relata que a mudança em relação à assistência psiquiátrica não se deu apenas na mudança de mentalidade: ela contou também com uma efetiva mudança na implementação de medidas que resultaram no início da transformação do modelo manicomial, no qual vários agentes sociais interagiram em direção ao mesmo objetivo:

(...) A equipe do Ministério da Saúde com a experiência da antiga militância em partidos de esquerda, na luta contra a ditadura, e com uma grande habilidade para conciliar posturas em torno de pontos fundamentais – desinstitucionalização, alternativas, defesa dos direitos dos pacientes, aprimoramento da técnica – além de ter o apoio irrestrito da assessoria da OPAS⁶, conseguiu materializar as bases de uma reforma, apoiando-se em um amplo movimento profissional e civil, no qual convivem manifestos como a carta de Piatã (praia da Bahia onde se realizou o Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em setembro de 1993) intitulada Brasil sem Manicômios no Ano 2000, e portarias interministeriais que regulamentam o pagamento dos serviços de saúde mental (inclusive as atividades comunitárias) e punem a falta de projetos terapêuticos nos centros de atendimento, assim como as medidas que violem os direitos dos pacientes.

⁶ Organização Panamericana de Saúde (OPAS), órgão da Organização dos Estados Americanos (OEA), para a elaboração e a gestão de políticas públicas de saúde continentais. A OPAS, na reunião de Caracas, erigiu um manifesto que conclama os países membros a uma reforma da assistência psiquiátrica urgente, devido à precariedade dos modelos nacionais de saúde mental, todos eles calcados no manicômio (Desviat, 1999).

No Brasil, desde meados da década de 80, a partir de algumas experiências pioneiras⁷, o paradigma manicomial começou a ser contestado. A década de 90 caracterizou-se pela luta dos trabalhadores de saúde mental no sentido de expandir o movimento antimanicomial. No novo milênio, o movimento antimanicomial conseguiu aprovar a Lei Federal (Ministério da Saúde, 2002) no. 10.216, de 06 de abril de 2001⁸, a qual restringe as internações psiquiátricas em hospital psiquiátrico e orienta que a assistência deverá ser feita preferencialmente em instituições extra-hospitalares. A seguir, a Portaria GM no. 336, de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde (2002) classificou e remunerou de forma superior os serviços extra-hospitalares para pacientes, frente aos procedimentos pagos aos hospitais psiquiátricos, estimulando as prefeituras e os estados a abrirem seus CAPS. Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde (2004), há cerca de 450 CAPS envolvidos com a assistência à saúde mental do portador de sofrimento psíquico, além de cerca de 40 CAPS infantis e 60, para dependentes químicos. Hoje a realidade nacional é que os serviços extra-hospitalares estão em franca expansão, enquanto felizmente vemos o declínio e fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos⁹.

Outro vetor do aprofundamento da transformação da assistência psiquiátrica é a criação de oficinas terapêuticas como parte integrante dos serviços oferecidos pelos CAPS, de acordo com a Portaria/GM nº 336 de 19/02/1992 do Ministério da Saúde (2002, p. 112):

⁷ Três experiências públicas pioneiras, abrindo equipamentos de saúde mental substitutivos ao manicômio, deram, nesta década, a partida do processo de reforma psiquiátrica: a abertura do CAPS prof. Luiz Cerqueira Neto (Yasui, 1989), em São Paulo, no ano de 1997, e no ano de 1989, a implementação projetos de reforma da saúde mental da Prefeitura de São Paulo (Scarcelli, 1998) e Santos (Nicácio, 1994).

⁸ A lei foi formulada a partir de um projeto de lei do ex-Deputado Federal Paulo Delgado. Por este motivo, a lei ficou conhecida como Lei Paulo Delgado.

⁹ Em 1996, segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, havia 72.514 leitos psiquiátricos no Brasil. Em 2004, o número havia caído para 48.344 (Campos, 1994).

(...) A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros)

b) atendimentos em grupos (psicoterapia, grupos operativos, atividades de suporte social, entre outras)

c) atendimento em oficinas terapêuticas realizadas por profissionais de nível superior e médio.

d) visitas domiciliares;

e) atendimento à família;

f) atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social. (...)

Através desta portaria, o Ministério da Saúde coloca a importância da oficina terapêutica como uma das formas de assistência ao paciente psicótico, o que faz do estudo desta forma de atendimento algo de vital importância para o aprofundamento da reforma psiquiátrica e superação dos manicômios.

A reforma psiquiátrica brasileira teve como principal modelo a transformação da assistência à saúde mental que ocorreu na Itália, iniciada na década de 60 e que teve como principal articulador o psiquiatra italiano Franco Basaglia (1968). Ele, em duas experiências, deu início ao processo de desconstrução e fechamento do manicômio, alcançando seu intento

em sua segunda experiência¹⁰, quando era responsável pelos serviços psiquiátricos da cidade de Trieste.

Ao fechamento do hospital psiquiátrico San Giovanni, de Trieste, seguiu-se à abertura de uma série de serviços territoriais que prestam assistência psiquiátrica ao paciente psicótico. Os principais serviços deste novo sistema de assistência psicossocial são os Centros de Saúde Mental¹¹ (CSM), que devem, na ausência do manicômio, se responsabilizar integralmente pela saúde mental da população de uma determinada região da cidade. Coloca Barros (1997, p. 106):

A complexidade de situações ou da assistência sociopsiquiátrica desenvolvida faz dos CSM triestinos estruturas que, segundo o momento e a necessidade da pessoa, adquirem um caráter de serviço médico-ambulatorial, enfermaria de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital-dia) ou noturna (hospital-noite), serviço socioassistencial (alimentação, subsídios, administração e facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou intervenções domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para intervenções sociossanitárias, culturais e esportivas do bairro. É ainda o lugar onde se trabalha a crise e onde são geralmente realizados os tratamentos sanitários obrigatórios.

Os CSM triestinos, instituições altamente complexas que têm múltiplas funções, buscam dar uma assistência integral ao paciente psicótico. No paradigma manicomial isto não ocorre: o atendimento é fragmentado, e várias instituições se responsabilizam por parte do tratamento do paciente. A instituição mais importante deste paradigma é o hospital psiquiátrico, espaço para tratar o paciente em crise aguda, e os quadros crônicos que oferecem alguma

¹⁰ A primeira experiência se deu na cidade de Gorizia, entre (1960-1969). Basaglia deu início à desinstitucionalização do manicômio desta cidade, porém foi demitido antes do fim dela.

¹¹ O equivalente brasileiro do CSM são os Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (NAPS) do nível III.

periculosidade ou de difícil tratamento. O hospital psiquiátrico possui como instituição complementar o ambulatório de saúde mental, onde alguns pacientes recebem o tratamento médico fora de crise. Esta forma de assistência gera uma fragmentação do cuidado, pois geralmente não há comunicação alguma entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório, além de uma folha de referência e contra-referência onde se coloca o diagnóstico e a medicação que o paciente faz uso. As informações que poderiam ser importantes para uma compreensão mais aprofundada do paciente e para um tratamento mais resolutivo ficam perdidas.

O CSM também tem outra importante função, além de prestar assistência em situações de crise e outras que são do cotidiano da assistência psiquiátrica. Rotelli¹², Leonardis e Mauri (1986) dizem que o objetivo final do CSM é a reprodução social do psicótico e a invenção da saúde. Por reprodução social do psicótico, os autores indicam que isto se refere à possibilidade do paciente psicótico ter mais papéis sociais do que o tradicionalmente lhe é reservado, que é apenas o de uma pessoa doente, muitas vezes perigosa. Quanto à invenção de saúde, os autores apontam para a descoberta de um sentido de estar saudável que ultrapassa simplesmente a dimensão de estar assintomático, mas que também compreende uma nova relação do paciente com sua vida e com o ambiente social em seu entorno. Colocam Rotelli, Leonardis e Mauri (1986, p. 30):

O problema não é a cura, (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. E por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso a solidariedade e afetividade se tornarão momentos e objetivos centrais da economia terapêutica (que é

¹² Franco Rotelli, discípulo e sucessor de Basaglia como diretor dos Serviços Psiquiátricos de Trieste (Nicácio, 2001).

economia política), que está inevitavelmente na articulação entre a materialidade dos recursos institucionais e a potencialidade dos recursos subjetivos.

É muito interessante esta posição dos autores, pois ela coloca como parâmetros para a saúde mental e para a convivência social não a normatização do paciente psicótico num certo papel social, mas a produção do sentido e de vida a partir das novas relações sociais do paciente. Para que isso, porém, aconteça, atores institucionais deverão fazer vingar a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico. Quem são estes atores? Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 31) argumentam que este papel recai principalmente sobre quem ele nomeou como técnicos¹³:

Os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações sociais exercitando ativamente seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos etc... Sobre esta base também os pacientes se tornam atores e a relação terapêutica torna-se uma fonte de poder que é utilizada para chamar à responsabilidade outros atores institucionais, próximos, ou não, os administradores locais responsáveis pela saúde mental, os técnicos das estruturas sanitárias locais, os políticos, etc... Em outras palavras, os técnicos de saúde mental ativam toda a rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional e dinamizam as competências, os poderes, os interesses, as demandas sociais, etc... (...)

Talvez este trecho traga uma das contradições da visão de Rotelli - a crença de que os técnicos por si só podem realizar transformações que irão afetar toda a sociedade. Não que

¹³ No Brasil, na saúde mental, os técnicos são os profissionais de nível superior. Na Itália, o termo é usado em sentido mais amplo, como trabalhador de saúde mental.

neguemos a importância do trabalho dos trabalhadores de saúde mental, que foi e continua sendo importante no processo de desinstitucionalização italiana. Podemos dizer até que a participação dos técnicos é vital na experiência triestina porque, de uma certa forma estes atores encontraram um amplo espaço institucional, que é fornecido pela direção dos serviços psiquiátricos da cidade. Esta direção, por sua vez, conta com um suporte político da administração local e de um amplo arco de alianças políticas, que envolvia partidos de expressão como o Partido Comunista Italiano (PCI). Berlinguer (1969, p. 91), médico ligado ao PCI, comenta a situação da esquerda italiana em relação à questão da saúde mental, na década de 60:

O vigor e a qualidade das lutas conduzidas pelos trabalhadores italianos, os deslocamentos políticos que estão acontecendo, a nova posição, “esquerda”, de uma parte notável dos estudantes, de muitos cientistas, psiquiatras e psicólogos, permitem hoje olhar os problemas da psiquiatria, da defesa da saúde mental com um *otimismo combativo*. Sem cair em previsões demasiado róseas sem subvalorizar as possibilidades de repressão ou de absorção dos atuais movimentos, é provável contudo que o principal risco seja hoje de frear-lhe o desenvolvimento, recusando-se a propor objetivos mobilizantes, atingíveis e avançados. (...)

Por outro lado, sempre é bom lembrar que o próprio Basaglia e sua equipe tiveram que interromper o processo de desinstitucionalização que se deu em Gorizia pelo fato de terem perdido o apoio político da administração local (Portolese, Figueiredo e Mascarenhas, 1979), e que muitas experiências de transformação dos manicômios foram abortadas por motivos políticos. Berlinguer (1969, p. 91) se refere a algumas experiências interrompidas na Itália:

Até agora as reações do poder diante da “liberação psiquiátrica” foram principalmente de caráter repressivo. No curso de poucos meses (os mesmos meses nos quais a política intervinha com projéteis em Avola e Battipaglia), aconteceram os seguintes episódios: a justiça de Gorizia denunciou por homicídio culposo o diretor do hospital psiquiátrico, prof. Basaglia, tomando como pretexto o crime de sangue realizado por um paciente que obteve alta; o sindicato da Cividade destituiu do cargo o prof. Cotti, por ter introduzido no departamento psiquiátrico do hospital métodos terapêuticos baseados na participação dos pacientes; o presidente do hospital psiquiátrico de Nocera Inferiore, uma das *masmorras* mais pavorosas entre todos os manicômios, removeu do cargo o prof. Piro, acusado de ter tentado uma experiência de comunidade terapêutica. (...)

O psiquiatra italiano coloca como estes retrocessos da reforma psiquiátrica estavam relacionados com uma conjuntura política maior, de uma posição hegemônica de um conjunto de forças políticas de cunho conservador, que exercia pressão sobre os reformadores e suas tentativas de renovação das instituições psiquiátricas. Escreve Berlinguer (1969, p. 93) que as resistências na Itália à Reforma Psiquiátrica na década de 60 eram bastante atuantes: “(...) Cada pequeno passo adiante feito nesta direção mostra quão forte é ainda o espírito medieval na organização assistencial italiana e o apoio que tem no poder público, em alguns setores da justiça, no Ministério da Saúde”.

Por outro lado, um técnico altamente capacitado e com grande motivação para a mudança do modelo institucional pode causar efeitos que caminhem na direção da desinstitucionalização, que todavia serão menores do que se ele tivesse apoio institucional e social. O exemplo clássico disto é o de Nise da Silveira. Esta grande psiquiatra brasileira, uma

simples funcionária pública federal, era lotada no Centro Psiquiátrico Pedro II, um hospital psiquiátrico federal. Como médica deste nosocômio, enfrentou durante toda a sua carreira formidáveis obstáculos para suas propostas terapêuticas e institucionais. Um exemplo disto foi a pouca repercussão de que a sua proposta de montagem de um espaço terapêutico, semelhante ao moderno hospital-dia, que acolhesse e permitisse atividades de terapia ocupacional para pacientes psicóticos que receberam alta do hospital psiquiátrico teve entre os responsáveis do Centro Psiquiátrico Pedro II. Sobre este assunto, relata Melo (2001,p. 89):

A Casa das Palmeiras foi fundada por Nise da Silveira, Maria Stella Braga, Beth Paes Leme e Lígia Loureiro, em dezembro de 1956, com a intenção de superar o recorrente problema das reinternações psiquiátricas que perdura até os dias de hoje na maior parte dos hospitais. Como o projeto não foi aceito pela diretoria do hospital de Engenho de Dentro, as quatro mulheres buscaram um local que pudessem criar uma nova forma de tratamento. (...)

. Silveira almeja, através da criação da Casa, a constituição de um espaço onde o paciente psicótico pudesse elaborar seus conflitos e angústias através de oficinas de terapêutica ocupacional. Isto se daria através de várias oficinas expressivas, como as de pintura, modelagem, ikebana, teatro, entre outras. A autora acredita que através da elaboração dos conflitos e angústias, o paciente conseguiria evitar a sua reinternação no hospital psiquiátrico, um dos grandes problemas da psiquiatria não resolvidos com a chegada dos psicofármacos¹⁴. Através deste método original, que se pretende psicoterapêutico, Silveira (1992, p. 22) atingiu seu objetivo, que era evitar que os pacientes que freqüentavam a Casa retornassem ao hospital psiquiátrico:

¹⁴ Segundo Silveira (1986), em 1986, mesmo com o uso regular dos psicofármacos por parte dos pacientes, para cada 28 internados no Centro Psiquiátrico Pedro II, 16 eram reinternações.

Nos seus trinta e seis anos de existência, a Casa das Palmeiras cumpriu seu objetivo: cortou o inexorável ciclo de internações-reinternações de seus clientes, a maioria dos quais não retornou ao hospital psiquiátrico desde que a frequenta. Frisemos que muitos desses clientes já haviam passado pelo traumatismo da internação dez vezes ou mais.

Através deste trecho, verificamos o grande sucesso da Casa das Palmeiras em desinstitucionalizar o paciente psicótico. Além desse êxito, a Casa das Palmeiras tem outro mérito. Seu método terapêutico é essencialmente psicológico. Silveira (1986, p. 12) quase não utiliza psicofármacos no tratamento de seus pacientes: “É utilizado, quando necessário, e isso é raro, o uso de psicotrópicos em doses reduzidas e individualizadas”. Silveira chega perto do que podemos chamar cura da psicose, pois consegue, através de um método psicoterapêutico, fazer com que o paciente elabore as angústias que o predispõe a ter crises psicóticas. Apesar da originalidade da Casa, uma instituição de portas abertas que evita a institucionalização do paciente através de um método psicoterapêutico, ela é pouco lembrada e não foi utilizada como modelo para implantação de outros serviços. Por este motivo, parece de certa forma ingênuo o que Rotelli, Leonardis e Mauri (1986) falam sobre a responsabilidade dos técnicos em mudar toda a estrutura institucional¹⁵, e a forma que a sociedade encara o louco. Obviamente que o trabalhador de saúde mental terá uma contribuição fundamental nesta mudança, mas ela dependerá, em certa medida, do grau de abertura institucional, social e política em relação a suas propostas. O próprio Basaglia era consciente disto, quando descreve outras experiências de desinstitucionalização. Comentando a experiência ocorrida em Arezzo, Parma e Ferrara, Basaglia e Gallio (1979, p. 41) escrevem:

¹⁵ Devemos lembrar que Basaglia e Rotelli gozaram, em Trieste, de um clima de estabilidade política, com apoio ao seu trabalho por um período de várias décadas.

Quando, na primeira metade da década de 70, outras administrações de esquerda (Arezzo, Parma e Ferrara) escolheram o início da reforma dos hospitais psiquiátricos, não sem resistências e pedidos de controle assíduo do trabalho dos técnicos, será sempre mais claro que, para o movimento psiquiátrico da reforma, o que está em jogo não é a manutenção da autonomia formal de caráter velho, pelos motivos políticos e administrativos: se os técnicos negando o seu papel de puro funcionalismo, expõem-se a um esforço constante de relegitimação, em outras bases, das suas práticas, políticos e administradores devem ser igualmente dispostos à mudança real das regras de mediação de interesses institucionais, e a rever as formas de consenso e os conteúdos de participação.

Os autores colocam neste trecho a dialética que deve ocorrer entre trabalhadores, administradores e políticos para que o processo de desinstitucionalização prossiga de forma contínua. A uma participação efetiva dos trabalhadores de saúde mental no processo de desmonte do hospital psiquiátrico e de construção de serviços substitutivos ao manicômio deve haver uma contrapartida dos administradores e dos políticos, que devem favorecer este movimento. Isto de certa forma ocorreu no Brasil, quando administrações municipais de esquerda, implantaram os serviços substitutivos ao manicômio. Porém o que ocorre quando há a mudança política e essas administrações são substituídas por outras de cunho mais conservador? Um exemplo disto foi o ocorrido na Baixada Santista. Em 1989, por causa de denúncias de mortes de pacientes e de uma péssima assistência prestada, a Casa de Saúde Anchieta, um manicômio privado, sofre intervenção da Prefeitura de Santos¹⁶ (Nicácio, 1994). A prefeita Telma de Souza, à frente de uma coalizão política progressista, dá prosseguimento ao processo

¹⁶ Este processo será narrado com mais detalhes nos próximos capítulos.

de desinstitucionalização abrindo NAPS em quatro regiões da cidade. Seu sucessor, Davi Capistrano, também progressista, mantém a política já implantada, abrindo mais um NAPS, mas com redução de verbas para a saúde mental. Porém a coalizão de forças progressistas é derrotada por ocasião de sua sucessão (1996) e o projeto dos NAPS sofre abalos consideráveis, com redução de verbas, diminuição no quadro de pessoal, mudança da política de saúde mental. No mesmo ano, o prefeito Luis Carlos de Luca Pedro, de São Vicente, que havia implantado um embrião de uma política de desinstitucionalização, fundando um novo NAPS, também é derrotado na sua sucessão. Seu sucessor, não é tão conservador quanto o sucessor de Capistrano. Porém o projeto inicial de São Vicente também sofre mudanças, com um perfil mais conservador na condução do projeto de saúde mental, com redução de verbas e diminuição do quadro funcional. Em São Vicente, apesar dos obstáculos, alguns diretores mais progressistas realizam alianças políticas com trabalhadores e novas unidades são abertas, como dois hospitais-dia - CAPS - nos bairros do Saquaré e do Rio Branco, dando continuidade à expansão da rede de assistência à saúde mental.

Em entrevista com alguns trabalhadores de saúde mental de Santos e São Vicente¹⁷, estes disseram que a mudança nas políticas municipais se refletiu nas políticas de saúde mental. A preocupação inicial dos projetos de desinstitucionalização, que era relacionada com o resgate da subjetividade, a partir da história pessoal do paciente e das necessidades sociais dele, ficou comprometida e retornou-se a um modelo centrado no sintoma e na doença¹⁸. Isto foi acarretado pelo não investimento na formação e capacitação dos profissionais, aliado a um aumento de demanda sem o conseqüente aumento do número de profissionais da saúde¹⁹, o que dificultou

¹⁷ Estes trabalhadores preferiram não ser identificados.

¹⁸ Atualmente, segundo o relato dos profissionais, está se tentando retomar o modelo onde que privilegia a subjetividade do paciente.

¹⁹ Em realidade, houve diminuição dos quadros funcionais nas unidades.

sobremaneira o atendimento mais individualizado da clientela. Houve também uma diminuição das reuniões de equipe, o que também dificultou um atendimento, potencializando os diversos recursos institucionais a favor do paciente, o que trouxe novamente uma nova fragmentação do atendimento ao paciente dentro dos próprios equipamentos de saúde mental. Ou seja, o psiquiatra muitas vezes não discute o caso com a equipe, remetendo-o ao psicólogo, ou ao terapeuta ocupacional, ou ao assistente social, ou à equipe de enfermagem - contrariando o proposto pela psiquiatria democrática, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (1986, p. 46):

Neste ponto age a peculiaridade mais profunda da ação da desinstitucionalização. De fato, em primeiro lugar, os diversos tipos codificados de “terapia” (médica, psicológica, psicoterapêutica, psicofarmacológica, social, etc...) são considerados como *momentos* também importantes, mas redutivos e parciais, sobretudo se isolados e codificados. Por isso trata-se de demolir a compartimentalização entre estas tipologias de intervenção. Além disso, e por essa consequência, a relação terapêutica tende a se ocupar de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, dos níveis de estatutos, da família, do trabalho etc..., sem cindir estas questões, sem confiá-las a profissões separadas.

Mesmo que tenhamos uma proposta de atendimento que tenha como fundamento a colaboração interdisciplinar, que foi um dos modelos adotados pela reforma psiquiátrica brasileira, esta atenção que não fragmenta o paciente só será possível se houver uma comunicação intensa entre os componentes da equipe, o que muitas vezes não ocorre atualmente.

Outro fator importante no modelo dos NAPS implantado no Brasil, o atendimento do paciente pelo técnico de referência²⁰ deste, ficou comprometido. Este importante papel terapêutico, criado para intermediar o contato do paciente com a instituição, favorecendo o tratamento deste, é ponto-chave para o funcionamento dos equipamentos de saúde mental, sejam eles NAPS ou hospitais-dia. Porém esta função só poderá ser exercida pelo técnico de referência se houver verdadeiramente uma dinâmica institucional que o apóie. Infelizmente, porém, muitas vezes a dinâmica institucional não favorece este apoio, por falta de reuniões de equipe, e de discussão de casos. O profissional acaba muitas vezes isolado, tendo que assumir uma responsabilidade muito grande sobre o tratamento do paciente, o que gera uma carga adicional de angústia para ele, ou leva técnicos menos comprometidos com o projeto a não assumir, ou a fazê-lo de forma superficial. Desviat (1999, p. 162) expõe as dificuldades de continuidade do processo de reforma psiquiátrica na Espanha:

Essa sensibilidade social favoreceu um voluntarismo importante nos primeiros anos dessas reformas e agora, estabilizado o processo, volta-se contra seus protagonistas, que não conseguiram encontrar respostas para tantas esperanças nos resultados sempre modestos. Na Espanha, a ausência de uma carreira profissional bem estruturada e de incentivos profissionais e econômicos às diversas áreas de responsabilidade vem ‘queimando’ os antigos líderes e dificultando a sua substituição. A cultura da ‘reforma’ tem que impregnar os profissionais mais jovens, às vezes seduzidos pelo discurso mais fácil e fecundo dos fármacos e do SPECT²¹.

²⁰ O técnico de referência tem como função ser o profissional que é responsável pelo tratamento do paciente na unidade. Ele tem como funções estabelecer um vínculo terapêutico com o paciente, saber de suas necessidades e demandas, para poder formular junto ao paciente e sua família uma estratégia de tratamento (Goldberg, 2001).

²¹ Eletroconvulsoterapia (ECT) ou eletrochoque.

O autor refere-se à condição dos psiquiatras espanhóis, porém o mesmo é válido para outros profissionais de saúde mental, em termos da experiência brasileira. Se não houver uma política consistente de formação de profissionais de saúde, a reforma psiquiátrica estará ameaçada, pois a substituição da primeira geração de líderes e trabalhadores de saúde mental, caracterizada geralmente por uma mentalidade heróica e voluntarista, dar-se-á por uma segunda geração não tão bem preparada para os desafios do processo, o que poderá comprometer o aprofundamento dos avanços e promover o retorno de práticas não-condizentes com estes. Isto é mais verdadeiro se entendermos que a formação universitária dos profissionais de saúde não questiona, muitas vezes, o paradigma manicomial. Esta realidade é apontada por autores, como Kantorski e Silva (2001, p. 218) que pesquisaram a formação de enfermeiros de nível superior no Rio Grande do Sul, apontando para o fato de que:

Os limites da fundamentação teórico-prática oferecida pelos cursos são apontados pelos alunos que avançam para o questionamento do próprio saber psiquiátrico, de seus esquemas classificatórios das doenças e do seu distanciamento com a história de vida do indivíduo. Apontamos como contradição interna a este processo os limites do saber psiquiátrico hegemônico que tem referência na instituição manicomial, mas não tem conseguido dar respostas aos impasses e exigências pertinentes ao sofrimento psíquico.

Segundo trabalhadores do projeto de saúde mental de Santos, na época das administrações progressistas, havia investimento na capacitação de pessoal, pois a Prefeitura desta cidade sabia que este saber que questiona o saber psiquiátrico não estava disponível aos trabalhadores de saúde mental. Isto ocorria mediante cursos e palestras com profissionais que haviam participado do processo de transformação da saúde mental em Trieste, além de

supervisão institucional e clínica. O quadro de pessoal era maior, com a inclusão de profissionais que não eram da área da saúde, como artistas e oficinairos. A gama de atividades também era maior, com oficinas de música, teatro, serigrafia, visitas a exposições, a museus. As reuniões de equipe, com discussões de caso eram freqüentes. Havia todo um clima institucional promovido pelos gestores do serviço de saúde mental, que auxiliava realmente um ambiente de fértil interlocução entre a equipe. Os atendimentos de referência eram priorizados. Apesar de um clima de diálogo, houve alguns pontos negativos, segundo os profissionais que trabalharam nesta época. Um deles diz respeito que o modelo italiano, implantado nos NAPS, tende a abolir as especificidades profissionais. Isto levou a que o técnico de referência muitas vezes tivesse que se responsabilizar por aspectos que muitas vezes não estavam presentes em sua formação profissional. Assim, considerava-se o psicólogo como plenamente capacitado a fazer um atendimento social, como também o mesmo era válido para o psiquiatra, assistente social ou ao terapeuta ocupacional, que deveriam muitas vezes realizar acompanhamentos de caráter psicoterapêutico.

Isto está claro na própria formulação teórica do projeto, que instaura a figura do operador social, que deverá trabalhar em equipe, de forma não específica. Rotelli, Leonardis e Mauri (1986, p. 38/39) descrevem a dinâmica dos operadores sociais em um Centro de Saúde Mental triestino:

(...) O pessoal de cada centro é constituído em média por três psiquiatras, 28 enfermeiros²² e um assistente social. A organização do trabalho nos centros é pouco hierarquizada e com pequena divisão entre os papéis, no sentido de que as responsabilidades de decisão e as competências executivas não são

²² É importante lembrar que, na Itália, o enfermeiro é um profissional de nível médio. (Giorgi, comunicação pessoal)

separadas entre si e são assumidas ao mesmo tempo por mais de um operador. A organização do trabalho do dia não é formalizada em um fichário e, a não ser para uma breve reunião diária (na qual participam também os pacientes que tenham vontade), o trabalho é organizado e distribuído conforme as exigências que se apresentam. A esta elevada flexibilidade da organização do trabalho corresponde a mesma elevada elasticidade e permeabilidade no uso do centro e na relação com os pacientes. (...)

Vemos neste trecho que a Psiquiatria Democrática Italiana²³ tende a quase anular as especificidades profissionais, em prol de uma instituição mais flexível, que se tornaria, em tese, mais permeável aos usuários desta. Cabe também ressaltar a ausência de profissionais que são comuns na Reforma Psiquiátrica Brasileira, ou seja, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Rotelli, Leonardis e Mauri (1986, p. 39) continuam o seu raciocínio em relação à função social do Centro de Saúde Mental:

(...) O centro está aberto e qualquer um pode ter acesso a ele quando quiser. Não existem consultas por agenda e muito menos lista de espera. Por isso os pacientes usam o centro também como espaço de encontro, de socialização e de vida cotidiana. Como não existe qualquer tipo de subdivisão ou seleção de pacientes, no centro convivem figuras sociais de todos os tipos: os velhos e os novos crônicos, as donas-de-casa deprimidas, os jovens marginais, etc...

Fica claro que para a psiquiatria democrática o CSM tem como um dos objetivos principais a reprodução social do paciente, ou seja, a produção de novos papéis a partir da instituição. Ele coloca, inclusive, que boa parte do trabalho se desenvolve fora do centro de saúde mental, “porque tende-se fazer ao encontro dos pacientes em casa, ou, ainda, a fazê-los

²³ Nome dado pelo próprio Basaglia (1979) a seu movimento. Outros autores, como Amarante (1996), designam o movimento como Psiquiatria da Desinstitucionalização.

viver na cidade e com as pessoas” (Rotelli, Leonardis e Mauri, 1986, p. 39). Todo este trabalho do Centro de Saúde Mental favorece, incisivamente, a nosso ver, a reinserção social do paciente.

Este trecho deixa bem claro que o terapêutico está visceralmente relacionado com a questão da reprodução social do paciente e a produção de novos sentidos para a vida de acordo com as relações que estabelece. Não negamos o valor deste novo protagonismo do paciente psicótico na sociedade, nem que a brilhante análise sociológica da situação deste e do manicômio tenha tido como resultado a abolição do último. Aliás, o fechamento dos hospitais psiquiátricos realmente foi uma grande revolução, talvez a maior renovação realizada no âmbito da psiquiatria desde sua origem.

Algumas questões se colocam, porém, quando analisamos o que ocorreu no Brasil. A primeira questão diz respeito que mesmo na Prefeitura de Santos²⁴, onde logo no princípio do projeto atingiu-se a cota de cinco NAPS, a relação de NAPS/população assistida era de um NAPS para cada 90.000 habitantes (Nicácio, 1994). Já em Trieste, com seus sete CSM, a relação era de um CSM para cada 45.000 habitantes (Barros, 1997). Isto gera, por si só, maior pressão da demanda sobre cada unidade de saúde mental e sobre cada profissional de saúde. Isto sem levar em conta que a população brasileira passa por problemas sociais mais graves que a população italiana, e as instituições municipais brasileiras são de maneira geral, mais frágeis que as italianas, o que determina mais trabalho para o profissional de saúde.

Outro aspecto importante é o fato de que a formação do operador social, nos moldes requeridos pela Reforma Psiquiátrica Italiana, requer um grande investimento na formação deste novo profissional. Escrevem Rotelli, Leonardis e Mauri (1986, p. 45/46):

²⁴ A Prefeitura de Santos foi a que mais investiu na montagem de uma rede de assistência ao psicótico em prazo relativamente curto – 4 anos (Nicácio, 2003).

(...) Além da base profissional definida pelo trabalho acadêmico, a formação também é estreitamente ancorada no trabalho operativo dos centros; às vezes são organizados seminários nos centros – por exemplo sobre medicação, sobre “self-help” nas crises do Welfare State; mas a formação se dá principalmente através da inserção dos novos operadores e dos voluntários no trabalho cotidiano. E é no trabalho cotidiano, que se abrem, pouco a pouco, outros campos de intervenção que requerem a aquisição de novas competências (é o caso, por exemplo, das competências em matéria de psiquiatria forense e criminologia que se desenvolveram a partir das relações com o sistema de justiça penal).

No caso da reforma psiquiátrica na Baixada Santista, porém esta reciclagem profissional não se deu de forma tão intensa quanto na experiência italiana. A pressão da demanda, no caso brasileiro, mesmo durante o período em que as administrações progressistas estavam no poder, muitas vezes dificultou este contato que visa à aprendizagem e à ampliação das competências. Isto gerou grandes dificuldades para alguns profissionais. Este processo de formação dos profissionais tornou-se ainda mais precário quando houve a mudança política.

A nosso ver, o técnico de referência é indispensável para facilitar a mediação entre o paciente e a instituição psiquiátrica, criando um vínculo que muitas vezes não se verifica no hospital psiquiátrico. Um autor que parte da visão basagliana de negação da instituição psiquiátrica, mas que a tempera com aportes da psicoterapia institucional de Jean Oury²⁵ é Jairo Goldberg (2001, p.34). Descreve ele sobre a falta de vínculo terapêutico que se verifica no modelo manicomial:

²⁵ Jean Oury, psicanalista, continuador da obra de François Tosquelles, é diretor da Clínica La Borde, que é uma instituição psiquiátrica não tradicional onde se aplica intensivamente a psicanálise e oficinas terapêuticas, dentro de um contexto onde o impacto do institucional sobre o paciente é constantemente analisado e utilizado a favor deste (Silva, 2001).

(...) O tratamento, por sua vez, via-se absorvido no âmbito de uma relação sujeito-objeto, interessada nos efeitos de práticas tidas como científicas, e na confirmação da teoria que as sustenta, o que conduzia a uma preocupação do profissional somente com aquilo que se apresentava sob a autoridade de “ciência” em sua relação com o “objeto”. Desse modo, percebia-se como a “ciência psiquiátrica” tomava como foco sua relação com o sintoma, e despreocupava-se do “resto”: o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura, sua vida cotidiana, elementos que constituem precisamente o campo de inerência de tais sintomas. O tratamento despersonalizado e desinteressado em hospitais e ambulatórios é consequência desta atitude.

Goldberg mostra, neste trecho, que o modelo de assistência anterior, calcado no hospital psiquiátrico e no ambulatório, encara o paciente como um objeto doente, sintomático. Sua preocupação principal é com a resolução do sintoma, e secundariamente com a pessoa do paciente. O resultado desta postura é o distanciamento do paciente, encarado como um doente que não tem uma individualidade. Por este motivo o acompanhamento de referência é muito importante, vital nas novas instituições psiquiátricas. Porém o atendimento de referência ao paciente, no esquema de Goldberg (2001, p.41), tende a respeitar as diferentes profissões, principalmente o atendimento psicológico:

O contrato com o paciente vai modificar-se na medida em que for necessário. Ele é formalizado entre o paciente e sua referência, pessoa da equipe que se ocupará do acompanhamento sem que participe diretamente das atividades de atendimento grupal ou individual, o que permite preservar a transferência nas psicoterapias.

Porque há uma certa diferença entre a proposta original da Psiquiatria Democrática e a proposta de certa maneira híbrida de Goldberg? Uma resposta pode ser buscada na desconfiança dos italianos em relação ao modelo clínico. Um autor importante, o psiquiatra Benedetto Saraceno (2001, p. 150), que defende os paradigmas da Psiquiatria Democrática, critica este modelo:

Eu confesso que tenho uma dificuldade para falar do problema da clínica, porque não tenho muito interesse. Não que eu considere que não é um problema importante, mas que devemos fazer algumas considerações históricas. As práticas terapêuticas que nos últimos 100 anos derivaram dos modelos da clínica são altamente insatisfatórios, por diversas razões.

O psiquiatra italiano, quando fala do modelo clínico se refere tanto ao modelo psicológico quanto ao modelo psiquiátrico, seguindo uma tendência que é uníssona na Psiquiatria Democrática. Na verdade, Saraceno (2001, p. 152) critica a tendência que vem da etimologia da palavra clínica²⁶, e que o modelo médico fez sua:

(...) Mas a clínica é, por definição, uma clínica com leitos, etimologicamente. O paciente está inclinado e o médico está acima. Esta é uma visão hipocrático-médica muito antiga, de que o paciente assistido, o paciente sem poder, doente, inclinado no seu “clinós” com o profissional que o atende (claro que isso é um jogo de palavras, o problema dos leitos, pois se vê que, hoje, quando se fala de clínica não estamos mais pensando em leitos, nem em camas), mas me chama a atenção a necessidade de uma mudança de termos; não me agrada mais a palavra clínica. Precisamos pensar que as complexas e

²⁶ Clínica deriva do termo grego *clinós*, cujo significado é de cama ou leito (Saraceno, 2001).

articuladas práticas, que caracterizaram os últimos 25 anos da psiquiatria inovadora em todo o mundo, necessita urgentemente de referências teóricas.

O psiquiatra italiano afirma que clínica é toda relação em que o curante, qualquer que seja sua profissionalidade tem o poder, enquanto o doente fica passivo, “deitado em seu leito”. Nesse sentido ele explica que este modelo fracassou no sentido de curar seu paciente, pois nos últimos 100 anos, a psiquiatria foi a única área da medicina onde a morbidade não se modificou ao longo do tempo.

Estas conclusões geram uma questão: Por que os avanços da Psicologia e da Psicanálise, nos últimos cem anos, não geraram modificações no campo da psiquiatria e da assistência ao paciente psicótico? Isto aconteceu provavelmente porque a psicanálise e a psicologia se colocaram num gueto, o gueto dos divãs psicanalíticos ou do consultório psicológico. Coloca Rotelli (1988, p. 91):

À doença (diagnóstico, prognóstico e terapia), às suas consubstanciais relações de causa e efeito correspondiam instituições coerentes. À periculosidade era dada o manicômio, à doença como as outras, o hospital geral; ao tema do inconsciente e da consciência, os divãs psicanalíticos.

Psicanalistas mais conscientes do problema reconhecem que a Psicanálise havia se transformado num dispositivo clínico que se limitava a um *locus*, o consultório, e visava apenas ao tratamento de pacientes neuróticos, evitando o contato com problemas sociais emergentes, entre eles a questão da loucura. Escreve Pichón-Rivière (1982, p. 23):

Compreende-se, assim, que a psicanálise, embora sendo o método com maiores possibilidades de investigação profunda, tenha contribuído tão pouco para o trabalho social, por lhe faltar a verificação e a confrontação

necessárias, que, justamente, só um trabalho de investigação social lhe pode proporcionar. A psiquiatria, neste momento, vem sendo ensinada em seus dois aspectos. É impossível realizar um trabalho profundo excluindo o método psicanalítico, bem como é impossível que este método tenha operacionalidade científica definida se não for permanentemente verificado e controlado com um trabalho social paralelo.

Por décadas a Psicanálise furtou-se de confrontar-se com a Psiquiatria, permanecendo no âmbito do tratamento da neurose, delegando à segunda disciplina o lidar com os pacientes psicóticos. Este divórcio entre a psicanálise e a psiquiatria têm raízes profundas, que remontam ao próprio Freud (1915, p. 90), que considera o psicótico como inacessível ao tratamento psicanalítico:

Um motivo premente para nos ocuparmos com a concepção de um narcisismo primário e normal quando se fez a tentativa de incluir o que conhecemos da demência precoce (Kraepelin) ou da esquizofrenia (Bleuler) na hipótese da teoria da libido. Esse tipo de pacientes, que eu propus fossem denominados de parafrênicos, exibem duas características principais: megalomania e desvios de seu interesse do mundo externo – de pessoas e coisas. Em consequência da segunda modificação, tornam-se inacessíveis à influência da psicanálise e não podem ser curados por nossos esforços.

O efeito prático deste divórcio foi a entrega, pela Psicanálise, do campo do tratamento da psicose à tendência dominante da psiquiatria, no caso o positivismo organicista. Esta entrega fez com que a Psiquiatria Democrática criticasse, a nosso ver com razão, a psicanálise como mais uma instituição social que contribuiu, indiretamente, para a segregação do psicótico

nos manicômios, por não conseguir oferecer instituições e tratamentos substitutivos ao asilamento psiquiátrico. Basaglia (1979b, p. 330) polemiza:

(...) A Itália, atrasada no plano cultural frente a outros países, agora está pronta – e demonstram-no as solicitações e as exigências de asseguramento ideológico e científico – para acolher a psicanálise, behaviorismo, terapias relacionais etc., que, no entanto - em outros lugares – deixaram intactos tanto o processo de marginalização social quanto a lógica manicomial que o justifica. (...)

Ao constatar a impotência da Psiquiatria e da Psicanálise em realizar uma reforma radical da instituição psiquiátrica, Basaglia parte, então, da Filosofia Fenomenológica e da Sociologia de inspiração marxista para criticá-la e para transformá-la. Isto leva o autor italiano a buscar a mudança do papel social do louco como principal objetivo da intervenção que as suas novas instituições propõem. Isto se evidencia na afirmação dos autores italianos, já citada nesta tese, que o objetivo principal dos CSM é a invenção de saúde e a reprodução social do paciente. Vemos esta ênfase sociológica da psiquiatria democrática nesta afirmação de Rotelli, Leonardis e Mauri (1986, p. 38):

O trabalho terapêutico usa todos os instrumentos à disposição: medicação, colóquios, subsídios, ocasiões de trabalho, estadias de férias na praia ou na serra etc... *Além disso, exatamente por essa razão, o centro também tem* a responsabilidade de buscar recursos através de contato com outras estruturas institucionais: por exemplo, conseguir na administração local um apartamento para alguns pacientes.

Este trecho aponta para um viés sociológico da intervenção da Psiquiatria Democrática Italiana. A questão que se coloca é, na verdade, se esta revolução sociológica empreendida por

Basaglia é, de certa forma, em termos da Psiquiatria, definitiva, ou se ela poderá ser enriquecida, num segundo momento, com contribuições advindas da Psicanálise, ou da Psicologia Clínica. Um psicanalista da escola argentina, José Bleger (1984, p. 62) coloca que a conduta humana sempre se dá em vários níveis de integração:

Dessa maneira, em qualquer área em que se manifeste, a conduta é sempre um fenômeno psicológico tanto como social, biológico e físico-químico *ao mesmo tempo*. Os distintos níveis de integração podem se observar coexistindo nas distintas qualidades do mesmo fenômeno, como vimos na conduta do ser humano (...)

O autor frisa a complexidade da conduta humana, que deverá ser considerada em vários níveis simultaneamente, para que não haja abstração de alguma, com a conseqüente redução do fenômeno a uma causalidade dominante. Bleger aponta três áreas principais no qual a conduta humana se manifesta: a área do corpo, da mente e do mundo externo. As três áreas poderiam, erroneamente, serem atribuídas a Ciências distintas: o corpo poderia ser objeto de estudo específico da Biologia, como a mente da Psicologia e o mundo externo à Sociologia. Bleger (1984, p. 62) comenta o engano desta postura:

Toda conduta, em qualquer das três áreas, pode ser estudada nos três níveis de integração e, portanto, pelas três áreas, que estão muito correlacionadas entre si. É ainda bastante freqüente encontrar que se discute se uma conduta (um sintoma) é psicológica ou orgânica; não se pode deixar de ser as duas coisas ao mesmo tempo porque tudo que se manifesta no homem não pode deixar de ser psicológico e porque esse nível de integração não pode dar-se jamais sem os níveis precedentes.

Neste parágrafo, o autor explicita claramente o engano tanto daqueles que partilham uma visão organicista da doença mental, como daqueles que consideram a psicose como um fenômeno eminentemente intrapsíquico: a redução de um fenômeno complexo, a conduta, apenas a uma causalidade dominante. Desta forma, tanto o modelo médico como o psicológico da doença mental negaram ou abstraíram o nível social da conduta. Este nível ressurge como dominante na perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana. Esta linha de pensamento, porém, pode cometer um erro semelhante à psiquiatria e a psicologia clássicas: sobrevalorizar demasiadamente um nível de integração, neste caso o sociológico, em detrimento dos outros, o que em alguns momentos, a nosso ver, efetivamente ocorre.

Esta, talvez, não é a perspectiva final de Basaglia (1979b, p. 331), que em um dos seus últimos textos²⁷ não era sectário quanto a esta possibilidade, pois não considerava suas propostas como completas, apenas como um início de um novo caminho:

A necessidade de uma nova “ciência”, e de uma nova “teoria” se insere naquilo que inapropriadamente é definido como o vazio “ideológico” e que na realidade, é o feliz momento em que se poderia começar a enfrentar os problemas de forma diferente. Feliz momento em que, desarmados como estamos, privados de instrumentos que não sejam uma explícita defesa diante da angústia e do sofrimento, somos obrigados a nos relacionar com essa angústia e esse sofrimento, sem objetificá-los automaticamente nos modelos de “doença”, e ainda sem dispor de um novo código interpretativo que recriaria a antiga distância entre quem compreende e quem ignora, entre quem sofre e quem assiste. É somente neste encontro direto, sem a mediação da doença e de sua interpretação, que pode emergir a subjetividade de quem sofre

²⁷ Basaglia faleceu em 1980.

de distúrbios psíquicos: subjetividade que só pode aflorar numa relação, que finalmente saído das categorias objetivantes da psiquiatria positivista, cujo resultado mais concreto foi o manicômio, consiga não encerrar numa ulterior objetificação a experiência abnorme, conservando-a ligada e estreitamente conectada à história individual e social.

Basaglia parte de Husserl (1934) para criticar o saber psiquiátrico²⁸. Ele coloca que a ciência psiquiátrica havia colocado o doente entre parênteses, para poder estudar a doença, realizando uma redução fenomenológica ao contrário. Urge agora, em sua visão, retomar o ponto de vista husserliano, fazer uma redução fenomenológica que realize o retorno à pessoa do doente, colocando a doença entre parênteses. Para que isso possa acontecer, o psiquiatra italiano propõe toda a desmontagem epistemológica da psiquiatria clássica, fundada segundo ele na objetificação da conduta do louco. Para que isso possa ocorrer, é necessária também a desmontagem da aparelhagem institucional e social que esta abordagem epistemológica engendrou: o manicômio. Amarante (2005, p. 9) complementa:

(...) Nesse texto²⁹, pela primeira vez, Basaglia adota o princípio fenomenológico da epoché, introduzido pelo fundador da fenomenologia, Edmund Husserl, sugerindo que a doença psiquiátrica seja colocada entre parênteses. Para Basaglia, a psiquiatria pôs a pessoa entre parênteses para se ocupar de uma doença abstrata, simbólica, e enquanto tal, ideológica. Seria então necessário colocar a doença mental entre parênteses para que possamos

²⁸ Segundo Barros (1997), Basaglia estudou intensamente a fenomenologia e o existencialismo no período compreendido entre 1953-1963. Entre os autores que estudou estavam Husserl, Binswanger, Heidegger, Merleau-Ponty e Sartre. Entre todos estes autores, Basaglia se aproxima mais de Husserl, buscando uma nova fundamentação para a psiquiatria, que não a da psiquiatria clássica, que ele considerava ideológica, mas a partir de uma nova intencionalidade que considerasse em primeiro lugar a pessoa do paciente.

²⁹ O texto é “Um problema de psiquiatria institucional” de Basaglia (1966), escrito em colaboração com Franca Ongaro Basaglia.

nos ocupar da pessoa, do doente real em suas circunstâncias e experiências subjetivas e objetivas.

Vemos neste trecho que Basaglia queria eliminar os preconceitos que a psiquiatria, elegendo a doença como fenômeno principal de sua disciplina, erigiu em torno da pessoa do doente. O desejo de Basaglia é o de zerar os preconceitos existentes contra o doente mental, para a partir daí erigir uma nova ciência psiquiátrica, que parta da pessoa do doente mental e não da doença. Esta nova partida, que o psiquiatra italiano pretende dar à ciência psiquiátrica, é semelhante ao desejo husserliano de construção de uma nova filosofia que parta da suspensão e abolição de todos os juízos não plenamente evidentes. Rovighi³⁰ (1999, p. 375) comenta esta intenção do filósofo alemão:

Para “ir até as coisas”, é preciso eliminar os preconceitos, é preciso suspender o assentimento em torno de tudo que não seja plenamente evidente; ora, a atitude natural do homem inclui muitas convicções necessárias à vida cotidiana, mas não plenamente evidentes, portanto não tais que possam ser estabelecidas como fundamento de uma filosofia que pretenda ser não uma bela construção, mas “ciência rigorosa”.

O filósofo alemão intenciona superar os preconceitos, a estereotipia do que ele chamou de “atitude natural”, ou em outras palavras, o senso comum, para fundamentar sua filosofia. Para isso, ele sugere que o filósofo deva por “entre parênteses” estas aparentes verdades, com o intuito de partir de sua própria consciência, livre de preconceitos, para estabelecer as bases de sua própria filosofia. Aplicando isto à saúde mental, significa esquecer os preconceitos habituais que a própria ciência tem sobre o comportamento psicótico, como a noção de periculosidade e incompreensibilidade atribuídas aos portadores deste mal (Basaglia, 1968). Em relação a esta

³⁰ Filósofa italiana.

disciplina, o preconceito corrente que a ciência psiquiátrica aceitou como verídico deve ser posto entre parênteses, para que a pessoa do psicótico possa emergir e ser conhecida por nós.

Retornando a Husserl (1931), ao ato de “pôr o mundo entre parênteses”, de suspender os valores que consideramos naturais e verdadeiros sem uma crítica efetiva, foi dado o nome de redução ou *epoché* fenomenológica. A redução fenomenológica coloca a consciência filosófica, livre dos preconceitos do senso comum, defronte com o mundo, que aparece num primeiro momento como puro *cogitatum* da subjetividade do filósofo. O mundo, segundo Husserl (1931), é constituído pela consciência intencional do filósofo. Aplicando esta premissa à psiquiatria, entenderemos a loucura e o louco como fenômenos constituídos pela nossa própria consciência intencional. Coloca Rovighi (1999, p. 378):

(...) O mundo é constituído pela consciência. O que significa o termo “constituição” é algo muito discutido entre os estudiosos de Husserl. R. Sokolowski, que dedicou um estudo muito sério sobre o assunto, conclui que “constituir” para Husserl significa *dar significado*. (...) (O grifo é do autor).

Husserl não duvida da existência do mundo, nem das opiniões correntes sobre ele que constituem o senso comum. Ele visa, mediante a redução fenomenológica, a uma nova atribuição de significado ao mundo, livre dos preconceitos do senso comum. A esta atribuição de significados ao mundo, podemos dar o nome de interpretação. Basaglia também visa isto ao dizer que a interpretação da psiquiatria clássica, eivada de preconceitos advindos do senso comum, não era mais válida, devendo surgir uma nova compreensão e interpretação do comportamento do paciente psicótico, a partir da suspensão dos juízos anteriores, como ele coloca no texto acima mencionado.

Nesta linha, Maurice Merleau-Ponty (2006, p. 425), filósofo francês e o mais importante expoente da fenomenologia pós-Husserl, diz que a interpretação foi uma das maneiras que a psicologia moderna encontrou para superar a antinomia entre subjetivo e objetivo:

Os psicólogos mostram que o subjetivo não é necessariamente introspecção; há um autoconhecimento difícil, lento e não imediato que é uma decifração tão complexa quanto é a decifração de outrem. Por que recusar a esse autoconhecimento o valor objetivo que se atribui ao conhecimento de outrem? Objetivo não significa necessariamente exterior; e o conhecimento não é a simples observação de um fato dado: implica sempre uma *interpretação*, introduz noções novas. (O grifo é nosso)

Vemos neste trecho que o autor francês admite que a psicologia contemporânea a ele, principalmente a Psicologia da Gestalt caminhou no sentido de encontrar um meio termo entre a introspecção wundtiana e o objetivismo behaviorista. Merleau-Ponty (2006, p. 325) também enxerga esta possibilidade na psicanálise:

Interessar-se pela psicologia psicanalítica e praticar a análise de um indivíduo que sofre de certos transtornos são duas coisas muito diferentes. *No caso da psicologia*, trata-se de descobrir o significado de certos tipos de conduta: trabalho propriamente intelectual que pode ser feito com a ajuda de livros. *No caso da psicanálise*, trata-se de restituir a história de um indivíduo, de encontrar os acontecimentos essenciais de uma vida, os traumas e os mecanismos de defesa pelos quais o indivíduo se opõe a esses transtornos. É uma verdadeira arte: o psicanalista é um prático. Essa arte não está codificada; só se transmite pela experiência da análise didática. Os estudantes às vezes se fazem de psicanalistas improvisados e querem até praticar a auto-análise. Ora,

a psicanálise sempre se apresentou como uma operação na qual o analista é distinto do analisado. (os grifos são do autor)

Neste trecho, o filósofo francês aponta para o caráter interpretativo da psicanálise, pois ela sempre atribui um significado à conduta humana, seja no plano teórico quanto no plano prático. A diferença essencial é que a prática do tratamento psicanalítico leva ao desvendamento do sujeito, ou seja, à reconstrução de sua história, dos acontecimentos principais que levaram o sujeito ao transtorno psíquico. Para que isso ocorra, Merleau-Ponty aponta para o aspecto intersubjetivo do tratamento psicanalítico, e para os limites da introspecção. O simples fato da pessoa querer se auto-analisar não é suficiente: é necessário a presença de um outro, o analista. Merleau-Ponty (2006, p. 325) continua: “A presença de outra pessoa permite que as palavras do analisando ganhem significação, pois suas perspectivas dissimulam o que há de mais importante nelas”. Por intermédio deste trecho podemos constatar que o fenomenólogo considera a sessão psicanalítica como um encontro em que se produz significação, onde ao dado objetivo, ou seja, à fala do paciente, é dado um novo sentido pela interpretação do analista.

Alguns psicólogos de orientação fenomenológico-existencial reconhecem este *status* da psicanálise, situada a meio termo entre o subjetivismo e o objetivismo e sempre procurando uma significação para o comportamento humano. Neste sentido, estes autores, com Ancona-Lopez (1984, p. 8), situam a psicanálise como linha psicológica próxima a psicologia fenomenológico-existencial:

Decorrente da mesma postura que não considera possível a completa subjetividade, assim como não aceita a completa objetividade e atribui significação particular a todo comportamento humano, desenvolveu-se a Psicanálise. (...)

Autores que partem de um enfoque psicanalítico, como Vaisberg (2002), apontam para o fato da psicanálise assentar-se sobre a busca do sentido da conduta humana, não importando quão louca e incompreensível essa possa parecer. Partindo das concepções de Politzer (1928), Vaisberg (2002, p. 6/7) diz que este fundamento da psicanálise a transforma num método de investigação do fenômeno humano *sui generis*:

(...) Este pressuposto é o que faz da psicanálise um método interpretativo, mesmo quando orienta estratégias clínicas que não se atualizam por meio da enunciação de sentenças interpretativas. Admitir que toda conduta humana tem sentido é algo que nos afasta decididamente dos paradigmas objetivantes, que pensam o paciente como objeto a ser avaliado por um sujeito pensante, como de qualquer prática que se possa aliar a manobras mais ou menos disfarçadas de exclusão social do psiquiatrizado.

A psicanalista coloca que o método interpretativo da psicanálise busca dar um sentido à conduta humana, por mais louca que ela possa parecer, opondo-se a certas posições que colocam a loucura como fenômeno incompreensível. A autora coloca que essas posições que levam o paciente psiquiátrico a ser considerado como objeto a ser avaliado e manipulado pelo sujeito pensante foram reforçadas pelas assertivas de Jaspers, que, em sua *Psicopatologia Geral e Especial*, vai diferenciar duas espécies de condutas humanas: as compreensíveis e as explicáveis. Jaspers (1913, p. 41) coloca:

(...) As etapas de evolução da vida psíquica normal, as fases e os períodos do anormal são estas seqüências temporais incompreensíveis. O corte temporal em longitude do psíquico não se pode compreendê-lo geneticamente, de modo mais completo. Deve ser explicado causalmente, como os objetos das ciências

naturais, que em oposição aos psicológicos, não se consideram “de dentro”, mas simplesmente “de fora”.

Apesar de nomear-se fenomenólogo, Jaspers dividirá as condutas em objetivas e subjetivas. Esta noção ele irá retirar de um filósofo precursor da fenomenologia, Wilhelm Dilthey³¹, que postula que às ciências da natureza cabem explicações e às ciências do homem, que são permeadas pela vida psíquica, o método compreensivo é mais adequado. Ao colocar o comportamento “anormal” como parte das ciências da natureza, Jaspers desumaniza o psicótico, colocando-o como um objeto da ordem do natural. Vaisberg (2002, p. 9) critica a postura de Jaspers:

(...) Neste contexto, tive oportunidade de empreender uma análise que visava demonstrar o quanto as práticas manicomiais se mantinham e se legitimavam a partir de alguns fundamentos teóricos que serviam de base à psicopatologia geral de Jaspers (1913). Nesta obra, considerada como marco inicial da disciplina, Jaspers afirma existirem dois tipos de conduta humana: aquelas passíveis de serem humanamente compreendidas e aquelas que só podem ser explicadas. Estas últimas não pertenceriam, rigorosamente falando, ao acontecer humano, mas consistiriam, antes, na expressão do mau funcionamento neurológico. (...)

Esta forma de encarar o anormal leva, segundo Vaisberg, à objetificação do psicótico, que se torna um corpo doente e que deverá receber intervenções a nível orgânico, além de ser apartado da sociedade humana, por ter um comportamento incompreensível e portanto não-educável, não-produtivo. Neste ponto a psicanalista, aproximando-se de Franco Basaglia e de Franca Ongaro Basaglia (1966, p. 43), coloca:

³¹ Wilhelm Dilthey (1822-1911), filósofo alemão (Rovighi, 1999).

As ciências naturais limitavam-se a considerar o conceito de exclusão como modalidade passiva: o doente mental era excluído por sua periculosidade, dado que seu caráter objetual havia sido confirmado ao ser ele reconhecido como objeto de estudo, que contém e encobre a suposta causa orgânica responsável pelo fenômeno da loucura. De resto, a própria interpretação de Jaspers, com a introdução do conceito de *psicopatologia compreensiva*, ao continuar mantendo o doente mental num âmbito estritamente objetual quando – indefeso último frente a sua ininteligibilidade quanto a entender as modalidades de sua existência – abdica de qualquer aproximação posterior para, então, relegá-lo à fileira de excluídos, objetos aos olhos da ciência.

Os autores colocam claramente que a ciência psiquiátrica, que se fundamentou no positivismo e no organicismo, colocou o louco como objeto de seu estudo. Jaspers, que parte de um ponto teoricamente vinculado à filosofia e à ciência humana, acaba incorrendo num erro semelhante, ao excluir o psicótico do âmbito destas. Basaglia e Basaglia (1966, p. 44) colocam que ao invés da exclusão proposta indiretamente por Jaspers, o novo humanismo psiquiátrico visa ao delírio como intencional e possível de ser tratado.

É, contudo, no novo humanismo psiquiátrico que a pesquisa se orienta para os modos em que a realidade é vivida, aceita, sofrida ou excluída. Isso significa que não poderemos nos limitar a considerar o delírio na escala de um elemento parasita que – como um corpo estranho – corrói a existência do doente. Ao contrário, devemos reconhecê-lo como modalidade significativa do próprio delírio e, como tal, intencional e motivada. Se isto for verdade, o que se vê no delirante é a exclusão geral da realidade que ele não consegue se apropriar, e a escolha intencional de um mundo utópico, onde a disparidade

entre o real e irreal, entre sim e não, não precisa ter a face dramática da dialética, mas a maleabilidade de um mundo que ele consegue manejar.

Neste trecho, o autor contesta as noções positivistas que consideram o delírio como um sintoma que é mero sinal de um desarranjo neurológico, orgânico. Basaglia, a partir de uma perspectiva husserliana, vê o delírio um fenômeno humano intencional, que merecerá então uma nova resposta daquele que estará em contato com ele. O psiquiatra italiano vê que o delírio não deve ser simplesmente suprimido, mas sim deve receber uma resposta maleável daqueles que lidam com ele e da instituição psiquiátrica. Estudar se a oficina terapêutica pode contribuir para a maleabilidade dos recursos institucionais, favorecendo a cura do psicótico, será um dos temas desta tese.

Capítulo II

Psiquiatria e Psicanálise:

Caminhos divergentes

Para entendermos a crítica de Basaglia e da Psiquiatria Democrática Italiana à Psiquiatria Clássica e à Psicologia Clínica, aí incluídas a Psicanálise e a Psicologia Junguiana, devemos entender o surgimento destas disciplinas e seu desenvolvimento histórico.

O ato inaugural da Psiquiatria é a libertação dos loucos das correntes, realizada por Pinel, nos anos de 1793/1794 (Foucault, 1987). O médico³², filósofo e enciclopedista francês fora designado para dirigir Bicêtre, um antigo hospital geral que recolhia desde loucos a mendigos e toda a sorte de marginais que eram reclusos neste tipo de instituição desde a metade do século XVII. O hospital geral tinha a função, de acordo com Foucault, de retirar os improdutivos do espaço urbano e corrigi-los, reinserindo-os no mercado de trabalho, ao mesmo tempo, que servia para a repressão da mendicância e da marginalidade. Misturados a esta população, os loucos, principalmente os furiosos, eram mantidos em celas ou acorrentados às paredes.

Apesar de Pinel ter libertado os loucos das correntes e das celas, ele acabou prendendo-os dentro dos asilos de alienados. Segundo Amarante (1996), Pinel considerava que a psicose era uma deficiência moral, oriunda de uma má relação do paciente com sua família. Para tratá-lo, era mister, então, separá-lo de sua família, pois Pinel a considerava como responsável por sua alienação moral. Isto gerou o princípio de seqüestração dos doentes, pelo qual o paciente psiquiátrico deveria ficar internado no manicômio, para não receber a influência perniciosa de

³² Philippe Pinel (1745-1826), médico, filósofo e enciclopedista francês, considerado o fundador da medicina alienista, ou mais modernamente, medicina psiquiátrica.

sua família e ser recuperado pelo tratamento moral ministrado por um médico atento e consciencioso³³. Assim coloca Pinel (apud Amarante, 1996, p. 50):

Em geral é tão agradável, para um doente, estar no seio de sua família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e isolá-los de seus poderes. As idéias confusas e tumultuosas que os agitam são provocadas por tudo o que os rodeia; sua irritabilidade continuamente provocada por objetos imaginários; gritos, ameaças, cenas de desordem ou atos extravagantes; o emprego judicioso de uma repressão enérgica, uma vigilância rigorosa sobre o pessoal de serviço cuja grosseria e imperícia também se deve temer exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular dessa doença, que só podem ser reunidas num estabelecimento que lhes sejam consagrados.

O autor afirma neste trecho que para a reeducação moral do paciente psicótico, é necessário uma instituição especializada, que não estimule o erro moral e a irritabilidade do paciente. Para isso é necessário, segundo Pinel, um estabelecimento médico especializado, que deve ministrar o tratamento, seja empregando uma repressão enérgica, seja tomando medidas

³³ Pinel acreditava na curabilidade do doente mental, principalmente nos casos de mania e melancolia (Bercherie, 1989)

adequadas à doença. Esquirol³⁴ (apud Amarante, 1996, p. 50), principal discípulo de Pinel, acaba sintetizando as razões e objetivos das internações realizadas nos asilos psiquiátricos da época:

1. garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias;
2. libertá-los de influências externas;
3. vencer suas resistências pessoais;
4. submetê-los a um regime médico;
5. impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.

De forma simples, Esquirol esboça o paradigma psiquiátrico que irá dominar por um século e meio as práticas médicas voltadas ao louco, impondo-lhe sua seqüestração como a primeira condição para seu tratamento. Este se justifica pela periculosidade do louco, que traz a necessidade de dar segurança ao louco e à sua família, como primeiro objetivo do tratamento. Os outros objetivos giram em volta de submeter o louco à ordem médica, que será mais eficiente quanto mais o doente estiver livre de influências externas. Para tanto, o louco deverá ser internado no manicômio, que se torna o lugar do tratamento moral. Ao mesmo tempo, o manicômio é o principal fator desse tratamento, pois segundo as concepções de Esquirol (Amarante, 1996) este atua fariando com que o cérebro do paciente repousasse, afastando-o das sensações irritantes de seu ambiente, ajudando-o a moderar a exaltação das idéias. Desta maneira, o asilo psiquiátrico teria a função de afastar o doente mental de um meio ambiente perturbador, tornando-se, na concepção dos psiquiatras da escola pineliana, no principal instrumento terapêutico à sua disposição. Para Esquirol, segundo Amarante (1996) uma casa de

³⁴Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), médico francês, discípulo de Pinel, substituiu-o na direção de Bicêtre em 1811. Continuou a obra de Pinel, sistematizando-a (Bercherie, 1989)

alienados configura-se como um instrumento de cura; o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais, desde que esteja sendo dirigido por um médico habilidoso.

O tratamento moral fundamenta-se no princípio de que se o médico fizer uma boa observação do caráter e das falhas morais do paciente, poderá realizar uma intervenção que levará à cura do enfermo, retificando seu caráter. Foucault (1987) cita o caso do Soldado Chevigné, um dos doze loucos libertos das correntes por Pinel. Este soldado, que havia se tornado um alcoólatra e desenvolvido um delírio de grandeza, é observado atentamente pelo médico francês, que reconhece uma boa natureza por debaixo da decadência moral de Chevigné. Pinel diz a ele que o libertaria se ele o servisse fielmente. Ao libertá-lo, uma mudança súbita ocorre no soldado, que passa a ser um fiel servidor do médico francês, auxiliando-o nas tarefas dentro do manicômio, inclusive conversando com outros pacientes e exortando-os a ter uma postura mais sã.

Chevigné, segundo Foucault (1987), transformou-se no serviçal dedicado de Pinel, desempenhando seu papel até o fim. Numa ocasião em que Pinel correu risco de morte, por causa de uma tentativa de invasão de Bicêtre por populares furiosos, numa das reviravoltas da Revolução Francesa, o ex-soldado defendeu seu mestre fazendo uma barricada com seu próprio corpo.

Apesar do sucesso inicial na libertação dos pacientes dos grilhões, fato que marcou o início da Psiquiatria, o filósofo francês aponta para o fato de a cura pineliana ter mais a ver com a recuperação de um papel social ou na aquisição de um novo do que com a plena recuperação da razão. Foucault (1987, p. 473/474) assim argumenta:

Portanto, as correntes estão se rompendo, o louco é libertado. E, nesse momento, recupera a razão. Ou melhor, não: não é a razão que reaparece em si

mesma e por si mesma; são as espécies sociais já constituídas que dormitaram durante muito tempo sob a loucura, e que se levantam em bloco, numa conformidade perfeita com aquilo que representam, sem alteração nem caretas. Como se o louco, libertado da animalidade à qual as correntes o obrigavam, só se reunisse à sociedade através do tipo social. (...) Sua saúde só se restaura nesses valores sociais que são ao mesmo tempo seu signo e sua presença concreta. Sua razão não pertence à esfera do conhecimento nem da felicidade; não consiste num bom funcionamento do espírito; aqui razão é honra. Para o soldado, ela será fidelidade e sacrifício; Chevigné não se transforma num homem razoável, mas num servidor. (...)

Por esse trecho vemos que Pinel conseguia a remissão dos sintomas, recuperando em certa medida o papel social do paciente ou oferecendo um novo, que seria desempenhado de forma repetitiva por muito tempo, dentro de uma relação social já estabelecida. Referindo-se ao caso do soldado Chevigné, descrito acima, Foucault (1987, p. 474) coloca:

(...) Os mesmos valores estão presentes no caso do soldado Chevigné: entre ele e Pinel não se trata de duas razões que se reconhecem, mas de duas personagens bem determinadas, que surgem em sua exata adequação a tipos e que organizam um relacionamento segundo estruturas já dadas de antemão. Vê-se assim como a força do mito pôde prevalecer sobre toda verossimilhança psicológica e sobre toda observação rigorosamente médica; está claro, que, se os indivíduos libertados eram realmente loucos, eles não foram curados com aquele ato, e que seus comportamentos devem ter mantido durante muito tempo os traços da alienação. (...) O que constitui a cura do louco, para Pinel, é sua estabilização num tipo social moralmente reconhecido e aprovado.

Vemos, neste ponto, que a cura pineliana na verdade objetiva colocar o louco num papel socialmente aceitável, incluso numa relação submissa para com o médico. Não há a valorização da experiência vivida pelo louco, que continua na posição de objeto de um outro³⁵. Ao contrário, Pinel tem como postura epistemológica básica o empirismo objetivista de John Locke³⁶. O filósofo inglês considerava a mente como uma tabula rasa, dando às vivências subjetivas um valor secundário. Esta postura empirista levou Pinel a seguir o modelo de história natural de Buffon³⁷, biólogo francês que estudava e classificava as plantas pelo tipo de caules, folhas, frutos e raiz. Já o psiquiatra propunha o estudo, separação e classificação dos sintomas exteriores da psicose, tais como os delírios e alucinações, para estabelecer a primeira nosografia psiquiátrica.

Tal procedimento, na prática, teve como resultado a distribuição metódica dos alienados em alas específicas do hospício, de acordo com seus sintomas. Isso serviu para que os primeiros alienistas franceses coletassem informações sobre cada tipo de patologia que eram assim estabelecidas. Nesta linha, estabelecia-se um plano de tratamento para os pacientes portadores de uma patologia específica, de acordo com a lesão do entendimento moral de que o paciente era portador. Por esse motivo, assim como gerou uma terapêutica, o alienismo de Pinel e Esquirol também gerou uma nosografia psiquiátrica, passo importantíssimo para o estabelecimento da psiquiatria como ciência objetificante. Ao mesmo tempo, ao colocar as doenças mentais como entidades abstraídas, Pinel (apud Castel, 1978a, p.84) se afasta da vivência interior da psicose, e parte para uma tentativa de tratamento empírico:

³⁵ Podemos pensar no tratamento moral como uma tentativa de fazer o paciente reconquistar o que na teoria junguiana chamamos de persona, ou seja, o papel ou máscara social, de forma regressiva e defensiva (Jung, 1928). Em termos da psicanálise winnicottiana (Winnicott, 1960b), poderíamos pensar no restabelecimento de um falso self submisso ao meio ambiente, que também teria a função de defender e ocultar o verdadeiro self da pessoa.

³⁶ John Locke, filósofo inglês, empirista, precursor do positivismo acreditava que a mente era uma tabula rasa e que todas as idéias vinham das sensações advindas do exterior, sendo as únicas formas de conhecimento. Procurava combater as concepções cartesianas e leibnizianas de idéias inatas. (Russell, 2001)

³⁷ Georges-Louis Leclerc, Conde Buffon (França, 1707-1788), naturalista francês, de atitude racionalista e positivista, tem como principal obra **Histoire Naturelle** (Amarante, 1986).

Uma distribuição metódica dos alienados no hospício, em diversos departamentos, possibilita a rápida apreensão das respectivas medidas que devem ser tomadas quanto à sua alimentação, limpeza, regime moral e físico. As necessidades entre eles são então calculadas e previstas, as diversas lesões do entendimento são apreendidas através de seus caracteres distintivos, os fatos observados são comparados e reunidos com outros fatos análogos, ou melhor, convertidos em sólidos resultados da experiência; é na mesma fonte que o médico observador pode obter as regras fundamentais do tratamento, aprender a discernir as espécies de alienação que cedem mais ou menos prontamente ao tempo e ao regime, aquelas que opõe os maiores obstáculos à cura, ou que se pode considerar como incuráveis, e enfim as que reclamam imperiosamente o uso de certos medicamentos.

Outra vantagem, claramente colocada aqui, do tratamento empírico, é a possibilidade de uma administração racional dos hospícios, além do acúmulo de dados sobre o tratamento, a otimização das estratégias terapêuticas. Porém todos estes fatores são perturbados por um fato: apesar do tratamento moral ter certa eficácia terapêutica, levando os primeiros psiquiatras a darem altas para alguns pacientes, logo o ritmo das internações superava o ritmo das curas. Segundo Desviat (1999), após 50 anos da introdução do manicômio e do tratamento moral, a proporção média de pacientes internados para médicos era de 400 a 500 para um, o que dificultou sobremaneira o tratamento moral, que dependia de uma atenção individualizada para cada doente. Resende (2001) aponta o inchaço das cidades, fruto do desenvolvimento do capitalismo e de um certo darwinismo social como causadores do ocaso do tratamento moral:

A intensificação dos processos de darwinismo social e conseqüentemente deterioração das condições de vida nas cidades, o afluxo maciço de imigrantes

para os Estados Unidos³⁸ na segunda metade do século XIX e a necessidade de remover da comunidade os elementos perturbadores da ordem e indesejáveis vieram inchar a população internada dos hospitais psiquiátricos e destruir o ambiente quase familiar que facilitava as trocas interpessoais, prováveis responsáveis pelo êxito das pequenas instituições regidas pelos princípios do tratamento moral. Como consequência, as estatísticas de remissão deterioraram paralelamente e, ao otimismo anterior, sucedeu o franco pessimismo quanto à curabilidade da doença mental e a eficiência dos métodos utilizados até então.

O tratamento moral a seguir receberia um outro golpe. Uma nova descoberta médica acabaria por minar a herança pineliana. Pinel nunca chega a aceitar a origem orgânica da doença mental³⁹, a não ser em algumas patologias específicas, como os idiotismos congênitos. Para isso teve que enfrentar a opinião mais corrente na medicina da época, que tendia a atribuir a causas orgânicas a loucura. Como já vimos anteriormente, em contraposição à visão organicista, o psiquiatra francês atribui a causalidade da loucura à distorção do senso moral. Bercherie (1989, p. 43/44) coloca:

Pinel concluiu, portanto, que era provável que, na maioria dos casos (salvo os idiotismos congênitos, em que a malformação crânio-encefálica lhe parecia freqüente) a loucura estava isenta de lesões materiais do cérebro. Essa tomada de posição teve uma primeira consequência: fornecer à idéia da curabilidade da loucura uma base teórica: o cérebro não estava atingido, e apenas a mente estava perturbada em seu funcionamento, donde a ação

³⁸ Apesar de Rezende (2001) estar fazendo uma descrição do que ocorreu nos EUA, na Europa a segunda metade do século XIX foi um período onde houve vertiginoso desenvolvimento do capitalismo industrial, com inchaço das cidades.

³⁹ Um dos motivos que fez Pinel se afastar das concepções organicistas era porque a sangria era uma prática bastante comum no século XIX. A medicina da época considerava que diversas patologias, inclusive as mentais, estavam ligadas a uma má qualidade do sangue. Pinel se defrontou muitas vezes com pacientes psicóticos que lhe eram encaminhados exangues e moribundos (Amarante, 1996)

possível do tratamento moral e a curabilidade potencial da loucura numa proporção que ele calculava ser muito elevada pelo menos no tocante à mania e à melancolia não complicada.

Assumindo uma postura funcionalista Pinel se colocava totalmente contra a tendência dominante da Medicina da época - o grande movimento anátomo-patológico inaugurado por Bichat⁴⁰, o que lhe resultou numa considerável oposição, encabeçada por Broussais⁴¹. Porém este médico não era alienista, e, por esse motivo, a posição de Pinel e de seu discípulo Esquirol permaneceu sólida por cerca de meio século (Bercherie, 1989).

O primeiro oponente de peso de Pinel e Esquirol foi Bayle⁴², contemporâneo do segundo. Ele descobriu que a partir de uma meningite crônica poderia se desenvolver uma síndrome, já descrita por Esquirol e Georget⁴³, chamada de paralisia geral. Os dois estudiosos tinham elaborado a concepção que a paralisia geral era uma complicação da loucura. Bayle se opôs a ela e tentou, a partir de então, desenvolver uma base anátomo-patológica para esta doença. Foi combatido por Esquirol e por seus discípulos, tendo recebido tão forte oposição que abandonou em seguida a psiquiatria (Bercherie, 1989).

Lentamente, essa modalidade patológica descoberta por Bayle foi sendo confirmada por estudos posteriores, o que resultou num grande reforço da posição anátomo-patológica dentro da psiquiatria, levando a um solapamento progressivo da tradição pineliana, no decorrer da segunda

⁴⁰ François-Xavier Bichat (França, 1771-1802), médico e anátomo-patologista francês, renovou os estudos deste campo, sobretudo no campo da anátomo-patologia do coração, tendo descoberto as cardites (Bercherie, 1989).

⁴¹ François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838), médico militar francês, polemista e favorável às sangrias. (Bercherie, 1989)

⁴² Antonie Laurent Bayle (1799-1859): médico francês, publicou em 1822, um tratado que demonstrava que a paralisia geral progressiva, doença orgânica com substrato orgânico, induzia, na sua evolução, o paciente a sintomas psicóticos. Foi o primeiro médico a comprovar as relações de alguns quadros orgânicos com sintomas psicóticos. Sua descoberta embasou as teorias psiquiátricas que consideravam a psicose como uma doença orgânica (Morel, 1997)

⁴³ Étienne-Jean Georget (1795-1828), discípulo de Esquirol, desenvolveu uma posição intermediária entre os médicos funcionalistas, representados por Pinel e Esquirol e os anatomistas como Bichat (Bercherie, 1989).

metade do século XIX. Dois nomes são emblemáticos deste período: Morel⁴⁴ e Emil Kraepelin⁴⁵. O primeiro, psiquiatra francês, vai elaborar a tese da psicose ser fruto de uma degenerescência moral e física herdada pelo indivíduo das gerações anteriores. Apesar do seu caráter moralista, a tese da psicose como degenerescência vai acabar recebendo tintas organicistas com Emil Kraepelin, importante psiquiatra e psicopatólogo alemão, que teve uma importância capital na descrição de quadros psicopatológicos como a demência precoce⁴⁶, a paranóia e a psicose maniaco-depressiva. Apesar de seu rigor observador e descritivo, que o levou a criar entidades nosológicas até hoje válidas, Kraepelin (Amarante, 1996) tinha uma visão da doença mental como fundamentalmente causada por problemas orgânicos, seguindo a tendência da escola psiquiátrica alemã e de seu fundador, Griesinger⁴⁷. Mesmo nas patologias a qual ele não atribuía uma causa orgânica direta, Kraepelin desconfiava de uma predisposição hereditária da doença. Esta visão o levou a um ponto de vista extremamente pessimista em relação à terapia do paciente psicótico, visão essa que levou Kraepelin e as gerações posteriores de psiquiatras a uma valorização do hospital psiquiátrico como lugar de reclusão de doentes incuráveis, considerados indesejáveis pela sociedade. O próprio Kraepelin (apud Cociuffo, 2007, p. 69/70) comenta este fato:

Todo alienado constitui um perigo permanente para aqueles que o cercam e, sobretudo para si mesmo: um terço dos suicídios relaciona-se com as

⁴⁴ Benédicte Augustin Morel (1809-1873) psiquiatra francês, foi o primeiro a descrever a esquizofrenia, a qual ele deu o nome de demência precoce, como entidade nosológica distinta. Cunhou a teoria da degenerescência, considerando a loucura como expressão da decadência moral e física das linhagens familiares humanas (Morel, 1997).

⁴⁵ Emil Kraepelin (1856-1914), psiquiatra alemão, foi um notável psicopatólogo, melhorando descrições e conceitualizações de entidades nosológicas como *dementia praecox* (esquizofrenia), *dementia paranoides* (paranóia) e loucura maniaco-depressiva (transtorno bipolar) (Morel, 1997).

⁴⁶ Atualmente designada como esquizofrenia. Kraepelin utilizava esta denominação não porque os pacientes ficassem dementes no sentido do prejuízo da inteligência, mas pelo fato de apresentarem, segundo sua visão, uma decadência ou deterioração irreversível de sua personalidade (Bercherie, 1989).

⁴⁷ Wilhelm Griesinger (1817-1869) psiquiatra alemão (Beauchesne, 1997).

perturbações mentais; os crimes passionais, os incêndios, mais raramente as agressões, os roubos e estelionatos são cometidos por alienados. São numerosas as famílias onde o membro doente foi causa da ruína, desperdiçando sua fortuna sem reflexão ou vendo-se na impossibilidade de administrar seus negócios e trabalhar, em consequência de prolongada enfermidade. Uma pequena parte desses incuráveis, apenas, tem uma morte rápida. A grande maioria continua a viver durante anos e cria, assim, para a família e o Estado, uma carga cada vez mais pesada, cujas consequências ressoam profundamente sobre nossa vida social. É por isso que se impõe, cada vez mais, ao médico que quer permanecer à altura de sua tarefa, o dever de familiarizar-se, na medida do possível, com as manifestações da loucura, embora os limites de seu poder sejam bastante restritos ante um adversário tão terrível.

A psicose se afigura, para Kraepelin, como uma doença terrível, incurável, que exigirá do Estado e da sociedade um pesado tributo. Para a geração de Kraepelin e Morel, melhor seria evitar esta doença, concepção que gerará uma outra criação, hoje condenada, da psiquiatria clássica: a eugenia, ou melhor, a prevenção da causalidade hereditária da psicose. Esta concepção, que logo engendrará a introdução da noção de melhoramento racial como meio de evitar a doença mental, irá ser uma concepção importante dentro da psiquiatria clássica até a Segunda Guerra Mundial. Seu corolário mais triste foi a morte, por fome e miséria, de 40.000 pacientes franceses internados em hospitais psiquiátricos da França, durante a Segunda Guerra Mundial, pelo abandono dessas instituições pelos nazistas, governantes da França de então (Moura, 2003).

Em relação ao tratamento da psicose, a psiquiatria de cunho organicista criará vários tratamentos com os quais tentará curar a psicose. Um deles foi introduzido por Kraepelin, e

consistia no repouso obrigatório do paciente em seu leito. Este método, chamado de clinoterapia, será um dos chamados tratamentos físicos⁴⁸ desta corrente. Ele será substituído, no início do século XX, por outras formas de tratamento, como a terapia por febre malárica de Julius Wagner Von Jauregg (1917), o choque hipoglicêmico de Sakel (1933), na psicocirurgia ou lobotomia de Egas Moniz (1935), além da eletroconvulsoterapia ou eletrochoque de Ugo Cerletti (1938). Esses tratamentos vão considerar o estado de choque orgânico como fator curativo, pois ele causaria uma intensa regressão psicofisiológica que remitiriam temporariamente a sintomas delirantes e alucinatórios dos pacientes (Silveira, 1992). Mundialmente, estes tratamentos terão aplicação intensiva até a década de 50, quando começam a declinar com a entrada em cena dos psicofármacos. Desde a descoberta, em 1952, da primeira droga antipsicótica, a clorpromazina (Cociuffo, 2007), a psicofarmacologia não deixa de evoluir, tornando-se a vanguarda de um organicismo que continua sendo dominante na psiquiatria. Comenta Silveira (1992, p. 13):

Os tratamentos citados perderam muito de seu prestígio com o advento da quimioterapia a partir do início da década de 50. As pesquisas do cirurgião Laborit o levaram à descoberta de uma substância próxima dos antialérgicos, possuidora de curiosa ação “de desconexão cerebral”, capaz de produzir uma “hibernação artificial”. Laborit apercebeu-se imediatamente do interesse que esta substância “milagrosa” poderia ter para a psiquiatria. Deu-lhe o nome de “chlorpromazina”, logo comercializada em larga escala.

Estes curiosos efeitos de desconexão cerebral geram a diminuição dos sintomas típicos da psicose, como os delírios e alucinações. Junto a esses efeitos positivos, porém somam-se outros extremamente negativos. Ao mesmo tempo que a “hibernação artificial” faz adormecer os

⁴⁸ Os tratamentos físicos envolvem medidas que afetam o organismo do paciente, buscando uma mudança a nível orgânico.

sintomas produtivos da psicose, ela também tem efeitos negativos frente á atividade mental do paciente. Silveira (1992, p. 13) argumenta:

E como se sentem os doentes submetidos a estas drogas? Queixam-se do entorpecimento das funções psíquicas, dificuldade de tomar decisões, sonolência permanente. Verificamos nos doentes submetidos a neurolépticos, nos diferentes setores de atividade da Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR), redução ou perda total da capacidade criativa, como se pode verificar em documentos existentes nos nossos arquivos.

Para a psiquiatria clássica, que pouco dá importância ao mundo interior do paciente, o prejuízo de algumas funções psíquicas do paciente não é essencial. O mais importante é controlar os sintomas, muitas vezes para trazer tranquilidade para os que cuidam do paciente, e para o ambiente manicomial. Silveira (1992, p. 13) comenta:

Essas descobertas químicas de ação sobre o sistema nervoso ocasionaram importantes transformações no tratamento das doenças mentais. O problema agora era reduzir ou anular as manifestações delirantes e as expressões motoras que a acompanhavam. Estavam criadas as camisas de força químicas. Paz nos hospitais psiquiátricos!

A autora expõe neste trecho a ação meramente supressiva que o psicofármaco pode ter, com o intuito de conseguir a pacificação do ambiente hospitalar. Não é segredo que o psicofármaco muitas vezes é utilizado mais como fator de tranquilidade institucional do que propriamente um fator terapêutico, sendo utilizado em altas doses para se conseguir a sedação ou a robotização, via redução dos movimentos musculares que os medicamentos antipsicóticos produzem.

Como comentamos no primeiro capítulo, Silveira, na maioria dos seus acompanhamentos terapêuticos na Casa das Palmeiras, não utilizou os psicofármacos para conseguir a melhoria dos pacientes psicóticos assistidos. Em lugar disto, ela e sua equipe ofereciam aos seus pacientes um espaço terapêutico onde eles podiam elaborar suas angústias, conseguindo através desta estratégia, a melhora psíquica deles. Através desta, ela promovia a desinstitucionalização do paciente e a sua reintegração à sociedade.

Por outro lado, reconhecemos que o uso de psicotrópicos, de forma conscienciosa, é um fator terapêutico que não pode ser simplesmente negado. Seu uso muitas vezes é fundamental para os momentos de crise, onde há perigo imediato para a segurança do próprio paciente ou de sua família. Outra indicação para o uso dos psicofármacos é a melhoria dos sintomas para que um vínculo terapêutico possa ser estabelecido. Sobre este tema, reflete Cociuffo (2007, p. 34):

Todos que trabalham com pacientes psicóticos, com quadros de depressão profunda, ou com momentos de vida críticos, sabem o benefício proporcionado pelo uso adequado de medicação. Como prescindir deste recurso nas manias graves, que deixam as pessoas à mercê de sua instintividade, causando dilacerações psíquicas e materiais? E nos quadros de pacientes extremamente deprimidos, em que o psiquismo se mostra tão inatingível que só vemos diante de nós a negativa da vida, ou os quadros de psicoses que assolam o indivíduo deixando-o à mercê de suas produções delirantes? Negar a pertinência de tal recurso seria obtuso. No entanto, a medicalização da vida de maneira indiscriminada – como temos assistido – traz em seu bojo a concepção de que psiquismo é equivalente a cérebro (...)

Como coloca a autora, a medicalização, em seu aspecto positivo, serve para minorar o sofrimento dos pacientes psicóticos e criar novas possibilidades de criação de um vínculo com os

que cuidam dele, sua família e pessoas da sociedade em geral. Dentro desta perspectiva da melhora do paciente, com a supressão dos sintomas mais espetaculares, com a devolução da fala ao paciente psicótico é que Basaglia (1965, p. 27) vai utilizar a estratégia terapêutica medicamentosa como fator que favorece a desinstitucionalização:

Naturalmente, o problema da liberdade para o doente mental - ou melhor, o problema do doente no hospital – não surgiu de repente, pela súbita revelação de uma realidade desconhecida, mas ressurgiu com uma exigência que já não se pode ignorar, depois da transformação produzida pelos fármacos, na relação entre o doente e sua doença. Se o doente perdeu sua liberdade por causa da doença, a liberdade de recuperar a posse de si mesmo lhe foi dada pelo fármaco. Portanto, se foi possível ignorar o apelo lançado pelas teorias psicodinâmicas, que propunham uma nova abordagem da doença mental, agora que os novos fármacos criaram uma dimensão inédita entre o doente e sua doença, fazendo-o aparecer aos nossos olhos – livre dos velhos esquemas das síndromes clamorosas – numa esfera completamente humana, já não é possível isolá-lo do círculo dos loucos, tampouco deixar de considerá-lo simplesmente um homem doente. É hora, então, de enfrentar o problema do doente mental no hospital, nesse espaço fechado, vedado a qualquer relação que não seja enferma, com vistas a recuperar sua liberdade pessoal, que não lhe pode ser dada pelos fármacos nem pelo médico.

Neste esclarecedor trecho o autor situa precisamente a razão do uso do psicofármaco: para libertar o psicótico dos grilhões manicomiais. O medicamento psiquiátrico ajuda o paciente a recuperar seu estatuto de ser humano, que fora encoberto pelas síndromes trágicas que tragavam o indivíduo em quase toda a sua totalidade, deixando do lado de fora apenas os

sintomas da chamada doença mental. Os sintomas espetaculares, que marcavam o doente mental com uma espécie de estigma (Goffman, 1987), deteriorando ainda mais a sua identidade social, diminuíram sua intensidade ou desapareceram com o uso da medicação. Esta deterioração de sua identidade social, que coloria a sua identidade com os adjetivos de incompreensível, bizarro e perigoso, justificava a internação do paciente psicótico na instituição total⁴⁹, o manicômio (Goffman, 1961). Com o fim dos sintomas bizarros, o psiquiatra italiano percebe que era chegado o momento da reabilitação psicossocial do paciente psicótico. Outro aspecto a ser ressaltado neste trecho é que Basaglia se aproxima de outros autores de orientação fenomenológico-existencial, no que concerne ao conceito de liberdade como saúde, aponta Dalgalarondo (2000, p. 27):

Alguns autores de orientação fenomenológica e existencial propõe conceituar a doença mental como perda da liberdade existencial (Henri Ey, por exemplo). Desta forma, a saúde mental vincular-se-ia às possibilidades de transitar com graus distintos de liberdade sobre o mundo e o próprio destino. A doença mental é constrangimento do ser, é fechamento, fossilização das possibilidades existenciais. (...)

Em face deste conceito, caro aos psiquiatras de inspiração fenomenológica, Basaglia traçou como um objetivo da desinstitucionalização a reprodução social do paciente, pois ela abriria novas possibilidades de interação, e portanto, de liberdade do indivíduo no campo social. A partir desta perspectiva, a reabilitação psicossocial torna-se uma possibilidade de produção de saúde.

⁴⁹ Instituição total: conceito desenvolvido por Goffman, que diz respeito a instituições que tutelam o paciente, englobando a totalidade da vida social do paciente.

Basaglia, no trecho acima citado, também reconhece o fato da psicanálise ter aberto uma possibilidade de uma nova compreensão em relação ao paciente psicótico, possibilidade que não foi aceita pela psiquiatria clássica. Este fato tem raízes históricas, que estão relacionados com o relacionamento conturbado que as duas disciplinas tiveram desde a criação da psicanálise. Freud havia operado, devido a criação da psicanálise, a reintrodução da concepção psicológica da etiologia da doença mental⁵⁰, através da criação de um método de escuta e tratamento das pacientes históricas, como aponta Jaccard (1981, p. 58):

Freud descobriu que os sintomas psiquiátricos possuíam um sentido a ser descoberto. Recolocou o doente como participante de sua doença e ressaltou a importância da fala e da escuta para o tratamento. Considerava os sintomas como mensagens a serem interpretadas, de um indivíduo que não tem outra forma de expressão a não ser a que apresenta. Freud associa a loucura ao destino mesmo do homem e sustenta que existe um contínuo, no qual não se sabe exatamente onde começa e onde acaba a sanidade mental (...).

Freud partiu das concepções fisiológicas de Charcot⁵¹ sobre a histeria, mas acabou por inaugurar a concepção psicológica moderna sobre a etiologia deste transtorno emocional. Ele reformulou, também as concepções psicopatológicas sobre a fobia e a neurose obsessiva, atribuindo, também causas psicológicas às mesmas. Suas concepções desafiam, de forma decidida, a tradição anátomo-patológica então dominante frente a essas patologias. Suas

⁵⁰ Cociuffo (2007) aponta o surgimento da concepção psicológica em relação à etiologia da doença mental na Antiguidade Clássica, com as obras dos dramaturgos gregos clássicos como Ésquilo e Sófocles no qual a loucura é encarada como advinda da luta entre as paixões do homem e as normas sociais. Cociuffo apontam para o fato de que esta concepção ressurgirá em vários períodos, em contraponto com as outras duas grandes concepções etiológicas sobre a origem da doença mental, a organicista e a mítico-religiosa.

⁵¹ A concepção fisiológica, ou orgânica-funcional de Charcot em relação à etiologia da histeria é um avanço em relação à visão anátomo-patológica, que advoga mudanças ou lesões estruturais orgânicas, como a origem desta patologia (Levin, 1980).

concepções acerca da psicopatologia de pacientes neuróticos terão o respaldo de sua própria prática clínica e da de seus numerosos discípulos, o que dará consistência a suas argumentações.

Porém o psicanalista austríaco, apesar de tratar da psicose em seus trabalhos teóricos, tentando compreendê-la teoricamente (Freud, 1895, 1896, 1911, 1914, 1917, 1924,a 1924b) irá ter uma prática muito restrita junto aos pacientes psicóticos⁵². Há uma razão teórica, como vimos no capítulo anterior, ligada ao fato de que Freud (1914) não considerar os psicóticos capazes de estabelecer transferência, sendo por esse motivo inacessíveis ao tratamento psicanalítico. O autor então designa as psicoses como neuroses narcísicas, em que toda a libido fica investida no próprio ego do paciente, não se catexizando com os objetos externos. As neuroses clássicas⁵³, por serem passíveis de tratamento psicanalítico, são chamadas por ele de neuroses de transferência.

Houve, também, uma razão de ordem prática para Freud não se aproximar dos pacientes psicóticos. A psiquiatria de língua alemã na época era dominada por psiquiatras que seguiam a orientação anátomo-patológica. Isso ocorria também em Viena, onde Theodore Meynert⁵⁴, dominava a cátedra de neuropsiquiatria, sendo professor do próprio Freud. Levin (1980, p. 35) afirma:

Nos anos que se seguiram à nomeação de Griesinger para a Universidade de Berlim, cadeiras de Psiquiatria e clínicas escolares psiquiátricas foram

⁵² Há algumas exceções quanto a esse tópico: Entre elas estão o tratamento de Frau P., paciente paranóica descrito por Freud (1896) no ensaio “*Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa*”. Freud relata também o tratamento de duas pacientes com psicose maniaco-depressiva em 1916. Relata um caso de paranóia, que ele citou no rascunho H, dos escritos enviados a Wilhelm Fliess (Freud, 1896), porém teve apenas um encontro com a paciente. Cita mais um caso de psicose maniaco-depressiva, que foi tratado por ele em 1905, porém com insucesso (Rosenfeld, 1998). Uma outra descrição de um encontro com uma mulher paranóica, a pedido do advogado dela foi narrado no artigo de Freud (1915) “*Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença*”. Porém o interesse de Freud no último caso não era terapêutico, mas sim investigativo, tanto que ele nem propõe tratamento para o caso.

⁵³ Histeria, fobia e neurose obsessiva.

⁵⁴ Theodore Meynert (1833-1892), psiquiatra austríaco (Beauchesne, 1994)

fundadas em numerosas universidades de língua alemã; nas últimas décadas do século XIX, essas posições foram dominadas por psiquiatras de orientação patológica-anatômica. Esse padrão é particularmente impressionante nos principais centros de ensino médico. Em Viena, Meynert continuou como professor de Psiquiatria e diretor da clínica psiquiátrica do Hospital Geral de Viena de 1875 a 1892. Em Berlim, após a morte de Griesinger (1869), e em Leipzig, Zurique e Munique, entre outros grandes centros, as funções professorais eram retidas por homens que compartilhavam da abordagem anatômica de Meynert.

Meynert foi sucedido em sua cátedra por Julius Wagner Von Jauregg⁵⁵, que fora colega de classe de Freud e que mantinha uma relação amistosa e respeitosa para com ele. Porém, teoricamente, Wagner era um psiquiatra de orientação organicista que tinha uma posição contrária a Freud. Isto criava uma dificuldade enorme para a penetração das idéias freudianas no meio psiquiátrico austríaco. Roazen (1978, p. 260) descreve a situação da época:

Wagner⁵⁶ mostrava-se mais zombeteiro do que agressivo e hostil para com as idéias de Freud. Era, porém, justo e permitia a seus assistentes plena liberdade de ação com referência a ele. A maioria deles não compartilhava, entretanto, de seu respeito pessoal para com Freud e tendia a adotar posição antagônica ao trabalho analítico. Freud sabia que a clínica da Universidade de Viena estava em mãos inimigas e que, muito provavelmente, nenhum dos que

⁵⁵ Julius Wagner Von Jauregg (1857-1940): psiquiatra austríaco, catedrático da Universidade de Viena. Seu principal interesse na psiquiatria era a terapia das psicoses. Jauregg desenvolveu a malarioterapia, método que tinha como princípio causar febre no paciente, com o objetivo de assim melhorá-lo. Esse método é semelhante à terapia eletroconvulsiva e ao choque insulínico, cujo objetivo é provocar intensa regressão física e psíquica, com a concomitante desativação das funções psíquicas superiores que teoricamente seria seguida de uma reconstrução sadia da personalidade, segundo seus defensores (Silveira, 1992).

⁵⁶ Julius Wagner Von Jauregg.

estudavam sob a orientação de Wagner viria a assumir uma atitude favorável frente a suas próprias inovações.

Na época tanto Freud como outros psicanalistas em vários países sofreram oposições e perseguições (Jones, 1989), o que lhes dificultavam o acesso a várias instituições e por esse motivo ele não teve, durante a sua vida, acesso a muitos pacientes psicóticos. Tanto que um dos fatores que aproximará Freud de Jung será o fato de que o segundo era um psiquiatra com atuação institucional e acadêmica importante, por ser o vice-diretor da Clínica Psiquiátrica Burghölzli⁵⁷, ligada à faculdade de Medicina de Zurique. Jung também era professor na mesma Universidade. Burghölzli era, na época, um importante centro internacional de pesquisas em psiquiatria, do nível da Salpêtrière, ou da pesquisa realizada por Kraepelin em Munique (Blair, 2006). Freud, além disso, acreditava que Jung estava destinado a fazer com que a psicanálise influenciasse a psiquiatria. Isto está relatado numa carta de 1909 que Freud endereçou a seu então discípulo: “Estamos indo adiante, não há dúvida; se sou Moisés, o senhor é Josué e tomará posse da terra prometida da psiquiatria, que só poderei entrever de longe” (Mcguire, 1993, p. 246).

Vemos através deste trecho que Freud tinha uma grande pretensão de aplicar o método e o tratamento psicanalítico à psiquiatria, e considerava seu então discípulo suíço como o mais preparado para tal tarefa. Jung (1961, p. 149) por sua vez, reconhece a importância de Freud em sua obra psiquiátrica, principalmente em relação à introdução do ponto de vista psicológico para

⁵⁷ Asilo cantonal, fundado em 1860, com a incumbência de servir também como clínica psiquiátrica para a Faculdade de Medicina de Zurique. Teve como primeiro diretor August Forel (1848-1931), sendo sucedido posteriormente por Eugen Bleuler (Suíça 1857-1939). O segundo se notabilizou em transformar a categoria nosológica demência precoce, herdada por Kraepelin, em esquizofrenia, demonstrando que a esquizofrênico não trazia a deterioração da personalidade, que aspectos importantes da psique do paciente ficavam preservados (McLynn, 1998).

a compreensão da psicose, até então dominada por uma clínica voltada para a descrição dos sintomas e atribuição de diagnósticos:

Nesta situação Freud foi essencial para mim, principalmente devido às suas pesquisas sobre a psicologia da histeria e do sonho. Suas concepções me mostraram o caminho a seguir para as pesquisas posteriores e para a compreensão dos casos individuais. Freud introduzia a questão psicológica na psiquiatria, se bem que não fosse psiquiatra mas neurologista.

O autor aponta para o fato de que a psicanálise lhe deu as ferramentas iniciais para a compreensão individual dos pacientes psicóticos, apontando para o que Vaisberg (2002) apontou como vocação heurística e metodológica da psicanálise enquanto método de pesquisa do sofrimento humano. Essas ferramentas foram importantes para que o psiquiatra suíço pudesse se contrapor às concepções psiquiátricas da época, dominadas pelo organicismo. Jung (1961, p. 149) escreve sobre a práxis psiquiátrica dominante na época:

Passei meus anos de aprendizagem na clínica psiquiátrica Burghölzli da Universidade de Zurique. O problema que ocupava o primeiro plano de minhas pesquisas era o seguinte: o que se passa no espírito do doente mental? Nesse momento ainda não o sabia, e entre os meus colegas ninguém se interessava por isso. O ensino psiquiátrico procurava, assim por dizer, abstrair-se da personalidade doente e se contentava com diagnósticos, com a descrição de sintomas e com dados estatísticos. Do ponto de vista clínico que então predominava, os médicos não se ocupavam com o doente como ser humano, como individualidade; tratava-se do doente número X, munido com uma longa lista de diagnósticos e sintomas. Uma vez rotulado e carimbado o diagnóstico, o caso era dado por encerrado.

Neste ponto o autor se coloca frontalmente contra a tendência já existente em Pinel, mas que se tornará dominante em Kraepelin, ou seja, a psiquiatria como uma disciplina descritiva e formalista, muito pouco interessada na individualidade do paciente, empenhada apenas na classificação dos doentes, sem uma perspectiva compreensiva e terapêutica para eles. Jung (1961, p. 162) ressalta a importância do ponto de vista compreensivo em relação ao psicótico:

Ao debruçar-me sobre os doentes e seu destino, compreendia que as idéias de perseguição e as alucinações se formam em torno de um núcleo significativo. No fundo, há dramas de uma vida, de uma esperança, de um desejo. **Se não lhe compreendemos o sentido, é uma falha nossa.** Nessas circunstâncias, compreendi pela primeira vez que na psicose jaz e se oculta uma psicologia geral da personalidade e nela se encontram todos os eternos incuráveis, obtusos, apáticos, se agita mais vida e sentido do que pensamos. No fundo, não descobrimos no doente mental nada de novo ou de desconhecido, encontramos nele as bases de nossa própria natureza. (...) (Os grifos são nossos).

O autor irá defender que o fenômeno psicótico é perfeitamente compreensível, e que a incompreensibilidade deste na verdade decorre de nossos preconceitos frente a eles. Neste ponto Jung diverge decisivamente de outros autores, como Jaspers (1913), que defendem o ponto de vista que afirma que a psicose é um fenômeno da ordem do incompreensível.

A psicose terá um papel importante na teoria junguiana. Jung aplicou pesquisas utilizando o método associativo, herdado de Wundt, para a compreensão de pacientes psicóticos. Esse método consistia em pedir para que o sujeito associasse livremente frente a uma palavra-estímulo qualquer, geralmente inclusa numa lista. Jung (1907) utilizou de forma criativa o experimento,

colocando como palavra-estímulo uma verbalização de um delírio do paciente. Em seguida o paciente associava livremente sobre a palavra-estímulo. O psiquiatra suíço acaba descobrindo que as associações realizadas pelo paciente mostravam o sentido do uso daquela palavra delirante. Jung então correlaciona o delírio com conflitos existenciais do paciente, compreendendo mais profundamente a dinâmica psíquica e os conflitos daquela pessoa.

Nesta linha, Jung (1950) também estabeleceu paralelos entre os sintomas produtivos dos psicóticos e as produções culturais de diversas culturas, postulando um fundo comum a ambos, que ele chamou de arquétipos. Neste aspecto, Jung aproximou o psicótico do normal e da produção cultural da humanidade. Além disso, o psiquiatra suíço parte da psicose para estabelecer sua teoria de personalidade, assim como Freud parte da neurose para estabelecer a sua, fato este reconhecido por psicanalistas como Pichón-Rivière (1982b).

O fundador da psicologia analítica também tratou psicoterapeuticamente alguns pacientes psicóticos. Ele acreditava que a psicoterapia é essencialmente um encontro de dois seres humanos, e que não há um método, uma técnica universal para tratamento dos pacientes. Segundo Jung (1961, p. 166), as psicoterapias deveriam ser adequadas para cada indivíduo, de acordo com as necessidades de cada pessoa. Sobre este ponto coloca:

O fato decisivo é que enquanto ser humano, encontro-me diante de outro ser humano. A análise é um diálogo que tem necessidade de dois interlocutores. O analista e o doente se encontram, face a face, olhos nos olhos. O médico tem alguma coisa a dizer, mas o doente também.

Jung coloca que a situação psicoterapêutica é, antes de tudo, um encontro de dois seres humanos, um diálogo vivo que tem dois protagonistas, o terapeuta e o paciente. Em sua atuação como psiquiatra do Burghölzli, Jung (1961) se interessou vivamente pelos seus pacientes.

Duvidou de diagnósticos já estabelecidos, encontrou pacientes neuróticos diagnosticados como psicóticos, tratou-os e lhes deu alta, como no famoso caso de Sabina Spielrein⁵⁸ (Carotenuto, 1984). Também tratou psicoterapeuticamente de pacientes psicóticos, procurando diminuir os seus sofrimentos. Relata (Jung, 1961) um caso de cura de uma psicótica jovem, que havia entrado em surto após ter sofrido um estupro de seu irmão e de ter sido abusada por rapazes na escola. Porém o tempo de atuação de Jung no Burghölzli foi pequeno. Ele atuou nesta clínica de 1900 a 1909. Posteriormente o psiquiatra suíço ocasionalmente trabalhou com alguns pacientes psicóticos compensados em consultório. Porém seu objetivo, nesses casos, será principalmente em não deixar o paciente entrar em crise.

Jung teve também papel importante na formação ou condução de psiquiatras, tais como Eugen Bleuler, Karl Abraham, Sandor Ferenczi, Ernst Jones, Abraham Brill e Max Eitingon ao campo psicanalítico (Roazen, 1978; Jones, 1989). Todos eles passariam períodos no Burghölzli em treinamento. Porém logo Jung como Ferenczi, Brill, Eitingon e Jones abandonaram a psiquiatria para abraçar a clínica psicanalítica, assim como aqueles que continuaram sendo psiquiatras abandonaram em seguida a psicanálise, como é o caso de Bleuler (Jones, 1989). Apenas Abraham conciliou a carreira de psicanalista com a de psiquiatra. Assim, a psicanálise, apesar de sua importância na afirmação do ponto de vista compreensivo e na contestação do paradigma organicista em psiquiatria, não conseguiu transformar o modelo de assistência psiquiátrica dominante. Assim coloca Guattari (apud Silva, 2001, p.88), citando que apenas com a obra de François Tosquelles, psicanalista e psiquiatra catalão, durante e após a Segunda Grande Guerra que a psicanálise irá novamente se aproximar da psiquiatria:

⁵⁸ Sabina Spielrein (1885- 1942), psicanalista russa. Ela teve distúrbios psicológicos que a fizeram ficar internada quando tinha a idade de 20 anos no Hospital Burghölzli, onde foi cuidada por Jung (Carotenuto, 1984).

(...) Pouco a pouco, foi a base inteira da Psiquiatria que cambaleava de tal maneira que podia iniciar-se a reconciliação da prática hospitalar e a Psicanálise, que permitiria fechar uma antiga ferida – a ruptura de Jung, de Bleuler e do grupo de Zurich com Freud – ferida que separaria muito tempo a Psicanálise da Psiquiatria.(...)

A Psicanálise e Psicologia Junguiana ficarão por cerca de três décadas, quase que completamente afastadas do estudo e do tratamento da psicose, a não ser por alguns analistas e psiquiatras, que como Abraham, Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichman e Helen Deustch irão tratar de pacientes psicóticos, internados ou não (Rosenfeld, 1998). Só com o final da Segunda Guerra Mundial a psicanálise se envolverá com a questão da psicose de forma mais substantiva. Mesmo assim, de acordo com Kalina⁵⁹ (1982, p. 41), muitos psicanalistas omitem sua difícil convivência com a psiquiatria quando tratam pacientes psicóticos:

A maior parte dos trabalhos psicanalíticos referentes ao tratamento de pacientes psicóticos, que pretendem estar enfocados como requer um tratamento psicanalítico “oficialmente aceito”, omite todas as outras alternativas, ou melhor dito, as escotomiza. Refiro-me ao que aconteceu comigo escutando analistas ingleses de ideologia kleiniana como H. Rosenfeld, H. Segal e outros, que quando falam de psicanálise de psicóticos, omitem relatar o que ocorre quando o paciente, em certos momentos do processo, necessita de manobras complementares. Por exemplo, se um paciente descompensa-se, passa a ser atendido por um psiquiatra de retaguarda que o medica e se ocupa nos casos em que se faz necessário toda a ajuda que requer uma internação. Quer dizer, são aplicados uma série de tratamentos não-analíticos e isto deve ser levado em conta. Alguns psicanalistas, como é o caso

⁵⁹ Psiquiatra e psicanalista argentino.

de D. Meltzer, por exemplo, relatavam que seguiam o tratamento psicanalítico de seu paciente na clínica, enquanto este estava internado, mas a grande maioria não é assim. Pelo contrário, e especialmente nos Estados Unidos, quando o paciente psicótico em tratamento psicanalítico se descompensa, é hospitalizado, interrompendo-se a análise, enquanto ele recebe o tratamento institucional.

O psiquiatra e psicanalista argentino descreve um fenômeno que, segundo ele, é comum entre os psicanalistas de língua inglesa: o fato de se omitirem informações relacionadas com a necessidade de tratamento psiquiátrico por parte de seus pacientes psicóticos. Afora algumas honrosas exceções, como Meltzer e Winnicott, a não menção do tratamento psiquiátrico compromete o diálogo possível entre as duas disciplinas. Esta omissão mostra a difícil convivência da psicanálise com a psiquiatria, e o quanto a segunda é incômoda para a primeira. Kalina (1982, p. 42) continua:

No entanto, os psicanalistas americanos, assim como o que ocorre com os ingleses com quem discuti amplamente este tema, tampouco levam em conta *expressamente* este fato em seus trabalhos publicados, e a repercussão que ele tem no processo analítico ulterior dos pacientes.

O psiquiatra e psicanalista argentino coloca outro fato que sinaliza um grave problema científico: a repercussão que a hospitalização e a farmacoterapia tem sobre o tratamento psicanalítico e a verdadeira negação que elas sofrem por parte da psicanálise. Talvez isto se explique pela tendência, de algumas linhas psicanalíticas em colocar a psicanálise como o único conhecimento válido em termos psíquicos. Isto, Kalina (1982, p. 42) não se refere apenas ao desprezo da questão farmacológica, mas também se refere à não-inclusão da questão social e familiar:

(...) Bion descreve com seu enfoque estritamente psicanalítico o ataque que o psicótico empreende contra seu próprio aparato receptor e o de seu analista. Pois bem, quando estudamos famílias, vemos que estas têm uma modalidade altamente atacante do aparato receptor do paciente, desde que este nasce, mediante as mensagens contraditórias ou através de outras formas de transmitir a irracionalidade. Como consequência, se não trabalhamos sobre ambos os pólos do fenômeno, família e indivíduo, e somente dizemos: “o paciente ataca o aparato receptor do analista”, estamos enfocando parcialmente o fenômeno, posto que o que o paciente faz conosco é o que sua família fez ou faz com ele.

O autor critica o ponto de vista estritamente psicanalítico de Bion (1967), mostrando que este ponto de vista deixa de considerar a interação social do paciente, que é também um aspecto da vivência do psicótico. Apesar do psicológico ser um fator importantíssimo em termos da psicose, a redução deste fenômeno apenas à sua dimensão psicológica é uma distorção igual à redução do fenômeno psicótico à sua dimensão social. Kalina (1982, p. 42) aponta para a complexidade da subjetividade do paciente psicótico:

Estes pacientes são tão complexos, de nenhuma maneira podemos tratar, exceto em ocasiões muito especiais, com tratamentos baseados em uma sessão diária de 50 minutos, durante 3 ou 4 vezes por semana. Pelo contrário, considero que requerem um modelo complexo de tratamento, *os tratamentos de abordagem múltipla*, que devem ser aplicados e processados através de um trabalho grupal específico para cada paciente. (os grifos são do autor)

O psicanalista e psiquiatra argentino, neste trecho, questiona a tendência da psicanálise a atribuir ao fenômeno psicótico uma causalidade exclusivamente intrapsíquica. Esta atribuição da causalidade do fenômeno psicótico a fatores exclusivamente intrapsíquicos leva a um

reducionismo psicológico tão unilateral como algumas afirmações da Psiquiatria Democrática podem levar a um reducionismo sociológico, como vimos no primeiro capítulo.

Kalina (1982), nesta linha, traz a noção do paciente psicótico como portador de uma subjetividade complexa, que deverá ter uma abordagem epistemológica compatível com tal complexidade para que possamos nos aproximar dele. Outros autores, como Vasconcelos (2002, p. 142) apontam que processos complexos apresentam uma multideterminação, multidimensionalidade e uma interação constante com o contexto que o circunda:

Na perspectiva epistemológica adotada aqui, entendemos os fenômenos humanos, sociais e da saúde (e alguns autores ampliam esse enfoque também para certas categorias de fenômenos naturais) através do paradigma da complexidade, de forma dialética, como processos complexos. Isso significa que constituem fenômenos multideterminados, multidimensionais e com interação com seu contexto, frutos de conflitos e contradições, em processo contínuo de transformação, e sempre articulado a interesses, sentidos e significações múltiplas. (...)

Esta visão do paciente psicótico como um ser complexo, multideterminado, é uma visão que permeia a psicanálise argentina. Esta multideterminação remonta, a nosso ver, a Pichón-Rivière, psicanalista de tendência kleiniana e grande inspirador das pesquisas psicanalíticas da escola argentina, que reconhece a importância dos fatores sociais no processo de adoecimento do paciente psicótico, contrariando a tendência psicanalítica dominante até então, que colocava a psicose como um fenômeno exclusivamente intrapsíquico. Mesmo ao formular a sua definição de mundo interno, conceito este retirado da obra de Melanie Klein, Pichón-Rivière (1982, p. XI) o vê inextricavelmente relacionado com as relações sociais:

O mundo interno se define como um sistema, no qual interatuam relações e objetos, em uma mútua realimentação. Em síntese, a inter-relação intrasistêmica é permanente, enquanto se mantém a interação com o meio. Formularemos os critérios de saúde e doença a partir das qualidades da interação externa e interna.

Vemos neste trecho que Pichón-Rivière não vê o mundo interno como exclusivamente intrapsíquico, mas sim numa dialética onde o interno e o externo estão indissociavelmente unidos. Esta noção, retirada da Teoria Geral dos Sistemas, proposta pelo biólogo e filósofo da ciência Von Bertalanffy (Calil, 1984), aponta para a complexidade de todo objeto, que não é mais a mônada isolada do cosmos, mas um todo complexo, em contínua troca com o meio externo. Mesmo o mundo interno, ícone de uma psicanálise que se pretende exclusivamente intrapsíquica, torna-se um sistema em contínua interação com o mundo externo.

O psicanalista argentino pretende uma unidade das ciências do homem, que focalize o homem-em-situação, não o homem abstrato, passível de ser reduzido a uma de suas dimensões, seja a psicológica, a sociológica ou a antropológica. Com este objetivo, Pichón-Rivière (1983, p. XII) propõe uma epistemologia convergente, interdisciplinar:

A síntese atual desta investigação pode evidenciar-se pela postulação de uma epistemologia convergente, segundo a qual as ciências do homem concernem a um objeto único: “o homem-em-situação” suscetível de uma abordagem pluridimensional. Trata-se de uma interciência, com uma metodologia interdisciplinária que, funcionando como unidade operacional, permite um enriquecimento da compreensão do objeto do conhecimento e uma mútua realimentação das técnicas de abordagem do mesmo.

Estas considerações epistemológicas fecundaram o pensamento psicanalítico argentino por pelo menos uma geração, fazendo surgir investigações sobre o tema da psicose extremamente férteis, como por exemplo, as de Bleger (1985) sobre a simbiose, e as de Moffatt (1984, 1985) e de Kalina (1982) sobre o tratamento da psicose. Estas reflexões também levaram a mudança na abordagem a estes pacientes, levando Kalina (1982, p. 42), por exemplo, a uma prática interdisciplinar, no tratamento de adolescentes em crise psicótica:

Os componentes básicos destes tratamentos são: a terapia individual e familiar, a internação em comunidades terapêuticas onde se trabalha e pensa de acordo com os modelos psicanalítico interacional, além do uso da farmacologia moderna. Utilizamos outros recursos que formam parte do arsenal terapêutico necessário para a reestruturação dessas pessoas. Refiro-me, por exemplo, ao acompanhante terapêutico⁶⁰, praxiterapia, musicoterapia, terapia educacional (...)

Percebemos, através deste trecho, que a Psicanálise argentina caminhou no sentido de uma operacionalização terapêutica desta dimensão plurideterminada do homem-em-situação, lançando mão de vários recursos terapêuticos para este fim. Kalina chegou até a criar novas modalidades de tratamento, como é o caso do acompanhamento terapêutico⁶¹, prática da qual foi um dos iniciadores a nível mundial.

Autores da psiquiatria democrática, como Rotelli, Leonardis e Mauri (1986, p. 21) aponta que os modernos serviços psiquiátricos tenderam a uma especialização e fragmentação, a partir

⁶⁰ Kalina foi um dos criadores do acompanhamento terapêutico, de acordo com Mauer e Resnizky (1983, p. 61)

⁶¹ O acompanhamento terapêutico é uma prática onde confluem, de modo interessante, duas determinações, a psíquica e a social. O objetivo do acompanhamento terapêutico é a ressocialização do paciente, mas com base em sua subjetividade (Mauer e Resnizky, 1983)

de modelos que apontam para uma unideterminação em relação às causas da psicose, o que reflete uma concepção epistemológica também reducionista:

(...) Em geral, na Europa, os serviços psiquiátricos têm utilizado esta lógica para diferenciarem-se em três modelos principais: *o modelo médico*, que tem seu lugar institucional no hospital geral, e sua prestação principal na ministração de fármacos; o modelo de auxílio social, que privilegia as condições materiais de vida da pessoa e oferece assistência social; o *modelo de escuta terapêutica*, que privilegia a vivência subjetiva e oferece psicoterapia. Esta subdivisão macroscópica se concretizou em uma total compartimentalização e ausência de relação entre estes diversos níveis de serviços, que acabaram separando-se um dos outros e articulando-se em uma posterior especialização e fragmentação por tipos singulares de prestação. Este desenvolvimento é particularmente observável nos campo das psicoterapias (Castel, 1981).

Rotelli, Leonardis e Mauri (1986) apontam para a fragmentação do objeto a partir de uma visão epistemológica reducionista, levando o paciente a se tornar num momento o organismo doente para o psiquiatra que receita o remédio, em outro o ser socialmente carente que necessita assistência social, e num terceiro a subjetividade sofredora que necessita de cuidado psicoterápico. Por este motivo vemos que muitos psicanalistas, ao terem uma concepção da psicose como um fenômeno exclusivamente intrapsíquico, acabam por se isolar em serviços psiquiátricos e em seus consultórios, atendendo a uma gama bastante pequena de pacientes, aqueles que possuem “verdadeiramente” uma subjetividade sofredora. Em relação a este ponto de vista, argumentam Rotelli, Leonardis e Mauri (1986, p. 22):

(...) O elevado nível de especialização e de refinamento das técnicas de intervenção tem como conseqüência uma correspondente elevação da seleção dos pacientes assumidos, ou seja, os serviços funcionam segundo uma lógica de empresa: selecionam os problemas com base na própria competência e quanto ao restante podem dizer “não é um problema nosso”. (...)

Este é um dos problemas da psicanálise. Sua crescente sofisticação de conceitos, e de suas técnicas de intervenção, levaram algumas tendências psicanalíticas a fazer uma seleção de seus pacientes, aceitando apenas uma gama específica de pacientes para a terapia. Winnicott (1952, pp. 31/32) em uma carta a Melanie Klein, aponta esta tendência em relação à seleção de pacientes que ela fazia para o treinamento didático, e para o tratamento psicanalítico de modo geral:

O fato é que a compreensão adicional, tal como a que você pode provocar através de seu trabalho, não nos leva a um estreitamento do campo da investigação; como você sabe, qualquer avanço no trabalho científico conquista um ponto de chegada numa nova plataforma, a partir da qual se pode sentir uma porção ainda maior de desconhecido. Seu trabalho nos fez perceber que as insanidades um dia serão compreendidas principalmente em termos psicológicos. Não é nenhuma desonra que a psicanálise, mesmo representada pelo seu principal expoente, que é você, não possa explicar por que uma criança molha a cama ou porque fumamos; que a psicologia da delinquência ainda não tenha sido trabalhada na Sociedade porque faltam as pistas principais, que você escolha pacientes cuidadosamente para fins didáticos e também para o trabalho terapêutico.

O autor reconhece a importância de Klein⁶², mas não deixa de verificar que o aumento do conhecimento proporcionado por ela teve efeitos benéficos e também prejudiciais, como uma certa tendência da psicanalista inglesa a achar que sua teoria estava conseguindo construir um conhecimento definitivo em Psicologia. Isto a levou a desenvolver um proselitismo a favor de sua teoria, que para ser aceita como verdadeira deveria funcionar de forma ótima em relação aos casos analisados. Por este motivo, ela selecionava os casos clínicos, o que demonstra que a colocação de Rotelli, Leonardis e Mauri (1986) sobre a especialização dos serviços e escolha dos pacientes, é, em grande parte, verídica. Kalina (1982, p. 42) também notou esta tendência em Bion, um dos principais discípulos de Klein:

Há alguns anos, por ocasião de um ciclo de seminários que o Dr. Bion estava ditando em Buenos Aires, perguntei a ele se curava psicóticos pela psicanálise e ele me respondeu que “investigava”. Também assinalou que “durante muitos anos, havia tratado somente de um psicótico de cada vez” e acrescentou que “no período em que estava muito interessado no tema, tratava dois casos simultaneamente”. (...)

Eis outro caso em que a sofisticação e a especialização da psicanálise conduziu a uma prática bastante restritiva em relação a acessos de pacientes ao tratamento. Em verdade, o que verificamos é que a prática clínica, no caso de Bion⁶³, estava a reboque da teoria, e não o contrário. Apesar de que inegavelmente o autor inglês faz interessantes reflexões sobre a

⁶² Winnicott (1962) tem um artigo, publicado após a morte de Klein, em que aponta as contribuições positivas da mesma em relação à psicanálise.

⁶³ Bion (1975) é uma figura emblemática da psicanálise. Psiquiatra e psicanalista, suas realizações no início da carreira, quando dirigiu uma unidade com soldados com distúrbios psicossomáticos o fizeram um precursor tanto da psicoterapia de grupo como das comunidades terapêuticas. Porém, ao se aproximar do kleinianismo, abandona totalmente as práticas grupais e institucionais. Segundo Pavlovsky (1984), Bion deixou de atuar como terapeuta de grupo porque Klein considerava este tipo de atuação psicopática.

psicologia da pessoa psicótica, não poderemos partir de suas investigações para estabelecermos um método que possa mudar os rumos da assistência psiquiátrica.

Outros psicanalistas como Maxwell Jones, François Tosquelles e Jean Oury fizeram esforços para a reforma da instituição psiquiátrica, conseguindo um sucesso parcial, reconhecido mundo afora, em termos da humanização e da melhoria dos métodos de tratamento do doente mental. Porém não conseguiram, como coloca Castel (1978, p. 151), superar o manicômio:

Ela se insere, primeiramente, no que poderíamos chamar de “política de vitrine”, que particularmente fez fortuna na psiquiatria. Dingleton⁶⁴ e Maxwell Jones para a Inglaterra, Gorizia e Franco Basaglia para a Itália, Chesnut Lodge⁶⁵ e Woodburry⁶⁶ para os Estados Unidos, “a experiência do treizième arrondissement”⁶⁷ (...) ou Cour-Cheverny⁶⁸ para a França focalizam, numa espécie de internacional da representação psiquiátrica, o interesse e a atenção. Talvez a metade das discussões e da literatura psiquiátrica gire em torno destas “experiências” e algumas outras, como se fossem representativas. Representativas elas são, mas por seu caráter atípico. Arriscam-se, assim, a desempenhar o papel de um véu dinâmico e modernizador estendido diante da realidade das situações nacionais para dissimular seu cotidiano, isto é, sua realidade.

⁶⁴ Hospital psiquiátrico escocês, onde Maxwell Jones desenvolveu a experiência da comunidade terapêutica (Jones, 1972).

⁶⁵ Clínica privada, localizada perto de Washington, que utiliza a psicanálise como método principal de tratamento, atendendo pacientes advindos da alta burguesia americana (Castel, 1978)

⁶⁶ M. Woodburry., estudioso e participante da experiência de Chesnut Lodge (Castel, 1978).

⁶⁷ Treizième arrondissement: dirigido por psiquiatras-psicanalistas da Sociedade Psicanalítica de Paris, desenvolve o modelo da chamada psiquiatria de setor, no qual uma série de serviços psiquiátricos atende toda a demanda psiquiátrica de determinada região. O treizième arrondissement atende uma região parisiense, contando com hospital psiquiátrico, hospital-dia, oficinas protegidas, serviço de pós-cura, serviços de atendimento domiciliar (Castel, 1978)

⁶⁸ Cour-Cheverny: Mais conhecida como Clinique La Borde, instituição privada que acolhe uma clientela de estudantes e intelectuais, que para lá acorrem como visitantes ou pacientes, e é um foco de difusão da psicoterapia institucional (Castel, 1978)

Neste trecho o autor coloca que as experiências transformadoras na psiquiatria, apesar de seu caráter meritório, não conseguiram efetivamente reformular o cotidiano da assistência psiquiátrica, permanecendo como um balão de ensaio brilhante mas sem efetiva continuidade. Mesmo uma experiência como a psicoterapia institucional de Jean Oury (Moura, 1983), não conseguiu a transformação efetiva da instituição psiquiátrica, não conseguindo abolir o manicômio nem o processo de institucionalização do doente mental, como argumenta Castel (1978, p. 151):

Com efeito, à diferença de outras “experiências” (estou sobretudo pensando na de Franco Basaglia), a psicoterapia institucional não me parece introduzir uma ruptura *real*, abrir uma alternativa ao hospital psiquiátrico, nem mesmo revelar suas verdadeiras contradições. Ela opera esta ruptura na ideologia. O *pathos* psicanalítico hipertrofiado abocanha um pouco das práticas institucionais efetivas. Numa certa medida, transforma o vivido na instituição, manipulando por outros meios as relações subjetivas e intersubjetivas (mas em verdade, não mais que em outras iniciativas progressistas em relação à psiquiatria tradicional formuladas em outra linguagem, não analítica ou mesmo antianalítica, como em Basaglia). Seu efeito, contudo, permanece totalmente nulo no que diz respeito a uma transformação dos mecanismos objetivos da institucionalização e das estruturas objetivas da instituição. (...)

Como podemos ver neste trecho, a psicanálise, apesar de ter conseguido trazer um novo olhar à psicose, e de ter exercido certa crítica aos métodos da psiquiatria clássica, reformando algumas estruturas de suas instituições, não conseguiu promover a superação do manicômio nem livrar os pacientes da institucionalização. Basaglia, como coloca Castel, partindo de uma perspectiva não-analítica, conseguiu superar a estrutura manicomial, abolindo-a, e abrindo

possibilidades para a não-institucionalização do paciente psicótico, fato este que estudaremos a partir de uma perspectiva psicanalítica no próximo capítulo.

Capítulo III

Enquadre e desinstitucionalização

Nos capítulos anteriores, aproximamos a psiquiatria democrática italiana de alguns autores da psicanálise, principalmente aqueles que participaram da escola argentina, como Pichón-Rivière, Bleger, Kalina e Moffatt, pois esta, devido ao envolvimento de seus autores com o campo psiquiátrico⁶⁹, procurou estabelecer pontes entre a Psiquiatria, a Psicanálise, e a Sociologia. Essa preocupação inicia-se em Pichon-Rivière, que teve o início de sua carreira vinculado ao trabalho em dois hospitais psiquiátricos: ainda estudante de Medicina, trabalhou alguns anos (iniciando em 1932) num asilo para oligofrênicos, e posteriormente, já formado, trabalhou durante aproximadamente 15 anos (1936-1951), como médico do Hospício de Mercedes. Pichon-Rivière percebe ainda estudante, que alguns oligofrênicos apresentavam um quadro de retardo mental devido ao fato de que a família não lhe oferecia um apoio emocional que os levasse a se desenvolver cognitivamente. A estes oligofrênicos, ele chamou de oligotímicos⁷⁰, e desenvolveu uma estratégia muito interessante de reabilitação: montou um time de futebol para que os assim chamados oligofrênicos disputassem partidas contra times da comunidade que os cercava. Pichon-Rivière notou que a interação social desenvolvida nos jogos auxiliava na reabilitação psicossocial dos oligotímicos. Posteriormente, no Hospício de Mercedes, o psiquiatra argentino percebeu a complexa interação social que existia dentro da instituição, e que envolvia principalmente os trabalhadores da enfermagem e os pacientes

⁶⁹ Pichon Rivière (Lema, 1976) trabalhou em dois hospitais psiquiátricos, o Asilo para oligofrênicos de Torres, e o Hospício das Mercedes, Kalina (1983) durante cinco anos (1968-1973) trabalhou no Departamento de Adolescentes do Centro de Saúde Mental nº1 da Municipalidade de Buenos Aires, além de fundar e dirigir o Centro de Estudo e Tratamento em Abordagem Múltipla em Psiquiatria (CETAMP), enquanto Moffatt (1984) desenvolveu um trabalho em um hospital psiquiátrico público de Buenos Aires. Bleger (1964) atendia pacientes psicóticos em seu consultório, além de ter sido professor do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Letras das Universidades de Buenos Aires e de Rosário, o que talvez explique sua grande preocupação teórica e metodológica.

⁷⁰ Oligotímico: neologismo pichoniano que junta a o radical timia (sentimento) com o radical oligós (pouco), opondo-o ao termo clássico oligofrenia, ou pouca mente (Dalgalarondo, 2000).

psicóticos. Ao mesmo tempo, notava que os trabalhadores da enfermagem eram excluídos do acesso ao conhecimento psiquiátrico, o que os levava a não poderem problematizar a partir do rico conhecimento empírico que tinham em relação aos pacientes. Pichon-Rivière criou grupos de discussão e aprendizagem com os trabalhadores da enfermagem, que potencializaram o conhecimento deste grupo de profissionais, levando-os a uma atuação mais conseqüente dentro da instituição psiquiátrica. Esta experiência no Hospício das Mercedes tornou-se o embrião da prática que posteriormente o psiquiatra argentino instituiu sob o nome de grupo operativo (Lema, 1976).

Percebemos, então, que o psiquiatra argentino, desde o início de sua carreira, apesar de fortemente influenciado pela Psicanálise, campo no qual predominava, hegemonicamente, o dispositivo freudiano padrão, nunca esqueceu da interação social que preside os fenômenos institucionais e humanos. Mais tarde, Pichon-Rivière e Quiroga (1979, p. 1/2) escreveram:

Durante anos, as ciências pretensamente chamadas “do espírito” negaram o *homem total*, fragmentando-o em sua estrutura e destruindo a sua identidade. Assim nasceu uma psicologia dissociante e despersonalizada para a qual a mente se dispersava em compartimentos estanques. Em decorrência desta divisão, o psicólogo não se deu conta de seu problema de ação; trabalhava-se com a imagem de um homem estático e isolado de seu ambiente social. Dessa forma, ficaram à margem da análise seus vínculos com o meio em que vivia submerso. Pesquisadores mais corajosos atreveram-se a romper com as normas vigentes e, tomando como ponto de partida situações concretas e vivenciadas no cotidiano – uma partida de futebol, por exemplo – situaram o acontecer psicológico numa nova dimensão: o social.(...)

O autor aponta para a tendência das ciências do homem, aí incluso a psicologia, de desvincular o homem de seu meio social. Esta tendência leva a Psicologia e a Psiquiatria a terem uma

visão abstraída do ser humano, inclusive fragmentária do mesmo. Bleger (1964, p. 33) também aponta para este movimento da Psicologia, mostrando uma evolução dos conceitos desta ciência:

Pode-se dizer que a psicologia desenvolve-se ganhando terreno da abstração e se afirmando gradual e progressivamente no terreno do concreto; desde uma psicologia inumana do homem até uma psicologia que capte o especificamente humano. Brevemente, podemos expor as seguintes etapas;

- a) Estudo das partes abstraídas e abstratas do ser humano (atenção, memória, juízo, etc.):
- b) Estudo do ser humano como totalidade, mas abstraído de seu contexto social (sistemas mecanicistas, energicistas, organicistas, etc.)
- c) Estudo do ser humano como totalidade nas situações concretas e em seus vínculos interpessoais. (...)

Se retomarmos a história da Psicologia, veremos que o desenvolvimento de nossa ciência realmente seguiu estes passos. A Psicologia começou com Wundt⁷¹ investigando questões relacionadas à sensopercepção humana, mas de forma totalmente desvinculada do seu contexto vivido. Podemos dizer que Wundt investigava uma função psíquica, uma parte abstraída do ser humano, sem estabelecer relações com a realidade social.

Pensando o desenvolvimento da Psiquiatria, principalmente a organicista, podemos constatar um desenvolvimento semelhante: ao considerar o indivíduo apenas como um organismo doente, ela acaba não considerando um aspecto fundamental do ser humano, o seu psiquismo. Então podemos considerar que ela vê o homem como um ser fragmentado, no qual a atenção se volta principalmente para uma parte dele, o corpo, que é abstraído do ser total do paciente.

⁷¹ É interessante ressaltar que Kraepelin foi aluno de Wundt (Beauchesne, 1997).

A psicanálise, no nosso ponto de vista, claramente supera a primeira fase do desenvolvimento da ciência psicológica, na medida em que lança bases teóricas que permitirão a consideração do ser humano como ser total. Mesmo entre os psicanalistas, porém, há diferenças marcantes nas concepções sobre o relacionamento entre o homem e o ambiente. No nosso entender, há psicanalistas que chegaram à terceira fase da evolução da ciência psicológica, como Freud⁷² em sua primeira fase, Ferenczi (1928), Pichon-Rivière, Bleger, Winnicott, Jung⁷³. Outros psicanalistas permaneceram na segunda fase do desenvolvimento da ciência psicológica, pois caminharam para uma visão quase que exclusivamente pulsional e intrapsíquica sobre o ser humano, desvinculando-o do seu meio social, como Freud⁷⁴ em sua segunda fase, Abraham, Melanie Klein e Bion⁷⁵ (Greenberg e Mitchell, 1994, Souza, 2001).

Partiremos, neste estudo, a partir da perspectiva dos autores psicanalíticos que consideram o homem como um ser total e envolvido como uma situação social que o influencia e sobre a qual pode ter uma ação transformadora. Esta é uma posição conceitual e metodológica que acarreta importantes conseqüências em termos do nosso estudo, primordialmente interessado no paciente psicótico. Bleger (1964, p. 33/34) indica:

⁷² Em alguns momentos, como por exemplo nos seus primeiros estudos sobre a histeria e na “Análise de uma fobia de uma criança de cinco anos de idade”, Freud (1895, 1909) está bastante atento aos fatores familiares relacionados com o surgimento das neuroses.

⁷³ É importante ressaltar que a teoria junguiana sempre se pautou pelo estudo da relação do individual com o coletivo. Inclusive um dos conceitos fundamentais da psicoterapia junguiana, o processo de individuação, parte do pressuposto que de início o indivíduo não tem identidade própria, estando identificado com o coletivo. O objetivo da psicoterapia junguiana é o de desidentificar o indivíduo do coletivo, fazendo alcançar uma individualidade que estabeleça uma relação dialética com seu meio social (Progoff, 1953).

⁷⁴ A partir da supressão da teoria do trauma e da emergência da segunda teoria do instinto (Freud, 1923), que os divide em instintos de vida (Eros) e os instintos de morte (Thanatos), a psicanálise freudiana tendeu intensamente a atribuir uma causalidade quase que exclusivamente intrapsíquica em relação à etiologia dos transtornos emocionais.

⁷⁵ Podemos ressaltar que estes psicanalistas (Abraham, 1924; Klein, 1948, Bion 1967) aceitaram e desenvolveram a teoria do instinto de morte de Freud, atribuindo a um quantum elevado deste instinto dentro do indivíduo o aparecimento ou não de distúrbios psíquicos.

(...) A partir deste terceiro enfoque conceitual e metodológico⁷⁶, o desenvolvimento cumpriu-se, ampliando os âmbitos de forma progressiva:

- a) âmbito psicossocial (indivíduos);
- b) âmbito sócio-dinâmico (grupos);
- c) âmbito institucional (instituições)
- d) âmbito comunitário (comunidades)

O psicanalista argentino coloca que estes âmbitos podem ser abordados de duas maneiras opostas: a partir da aplicação dos modelos da psicologia individual aos âmbitos grupal, institucional e comunitário, ou ao contrário, pela aplicação dos modelos da psicologia comunitária aos âmbitos institucionais, grupal e psicossocial. Bleger (1964, p.35) se coloca a favor da segunda forma de abordagem, considerando-a mais fecunda, pois teme que os conceitos da primeira forma de trabalhar, que vê o homem como ser intrapsíquico, contaminem o estudo da interação homem/sociedade:

Quando falo dos modelos da psicologia individual, refiro-me ao fato de que os mesmos caracterizam-se fundamentalmente por partir do indivíduo isolado para explicar as agrupações humanas e aplicam a estas últimas as categorias observáveis e conceituais que correspondem ou se utilizaram do indivíduo isolado (organismo, homeostase, libido, etc.) e, desta maneira, explicam-se os grupos, as instituições e a comunidade, pelas características do indivíduo. Quando me refiro aos modelos da psicologia social tenho em conta o fato de utilizar categorias adequadas ao caráter dos fenômenos da interação humana (comunicação, interação, identificação, etc.) que, em grande parte, têm que ser ainda descobertos e criados.

A partir desta ótica, estudaremos um conceito que este autor retirou da psicanálise, o de enquadramento do tratamento psicanalítico, para aplicá-lo ao campo institucional. Ressaltaremos,

⁷⁶ O enfoque que considera o ser humano como ser total e envolvido em uma situação social concreta e em vínculos interpessoais.

primeiramente, que para nós o tratamento psicanalítico é uma situação concreta que envolve uma relação social onde dois seres humanos estão presentes, não um conceito técnico abstrato.

Bleger (1985) afirma, em seu texto *“Psicanálise do Enquadramento Psicanalítico”*, que o enquadramento, em termos da sessão analítica, caracteriza-se pelas constantes ou marcos dentro dos quais se desenvolve a terapia. A contraparte do enquadramento é, segundo o psicanalista argentino, o processo psicanalítico, ou sejam os fenômenos que ocorrem dentro da sessão terapêutica.

Em termos científicos, coloca o psicanalista argentino, o enquadramento é constituído pelas constantes que possibilitam que o processo possa ser investigado. Entre as constantes do tratamento psicanalítico estão segundo Bleger (1985, p. 311), *“o papel do analista, o conjunto de fatores espaciais (ambiente), e temporais, e parte da técnica⁷⁷ (na qual se inclui o estabelecimento e a manutenção de horários, honorários, interrupções planejadas etc.).”*

Outro fato importante a ser pensado é que o enquadre será a constante a partir da qual se dará o processo psicoterapêutico, que será mais ou menos eficaz de acordo com a pertinência ou não deste enquadre para o paciente ou coletivo atendido (Vaisberg, 2003). Esta autora tende a encarar como parte do enquadre também a estratégia terapêutica, ou seja, a maneira como se realiza a intervenção terapêutica e os objetivos pretendidos por esta.

Nesta linha de pensamento, Bleger (1985, pp. 312/313) afirma que o enquadramento é uma instituição⁷⁸, pois ele constitui-se de uma relação que dura anos, “com a manutenção de um conjunto de normas ou atitudes (...) dentro de cujos parâmetros ou no bojo da qual ocorrem fenômenos a que denominamos comportamentos.”

⁷⁷ Bleger coloca que o termo técnica aqui seja apenas parcialmente adequado, e que o termo estratégia terapêutica talvez traduzisse melhor estas condições. Podemos notar que dentro da questão da estratégia terapêutica está incluso o contrato firmado entre o terapeuta e o paciente.

⁷⁸ Neste sentido, Maud Mannoni (1970), psicanalista belga, partindo dos conceitos de Bleger (1985) sobre o enquadramento (1985), estuda o enquadramento da instituição asilar.

Esta definição, diante da qual o psicanalista argentino atingiu durante suas investigações sobre psicologia institucional, poderá lançar luz não só sobre o tratamento psicanalítico, mas sobre todos os tratamentos psiquiátricos e psicológicos. Todos os tratamentos que pretendem curar o ser humano possuem constantes, regras e atitudes típicas que o caracterizam, além de uma estratégia psicoterapêutica. E podemos falar em um enquadramento bipessoal, como nas psicoterapias individuais, como também num enquadramento coletivo, seja com um terapeuta cuidando de um coletivo de indivíduos, como nas psicoterapias grupais, como também de uma equipe terapêutica ou instituição cuidando de um indivíduo ou de um grupo. Neste sentido podemos falar que toda a instituição psiquiátrica possui seu próprio enquadre, sua própria estratégia terapêutica, e que os trabalhadores que adentrarem nela sofrerão sua influência, assumindo as regras existentes ou tentando modificá-las⁷⁹. O próprio Bleger (1970, p.96) é consciente deste fenômeno, pois afirma:

A sociedade tende a instalar uma clivagem entre o que considera sadio e doente, entre o que considera normal e anormal. Assim estabelece uma clivagem muito profunda entre ela (a sociedade 'sadia') e todos aqueles que, como os loucos, os delinquentes e as prostitutas, são desvios, doenças, que – supõe-se – nada têm a ver com a estrutura social. A sociedade se autodefende, não só dos loucos, dos delinquentes e das prostitutas, mas de sua própria loucura, de sua própria delinquência e de sua própria prostituição, e desta maneira aliena, desconhece e trata como se fossem alheias e não lhe correspondessem. Isto ocorre através de uma profunda clivagem. Esta segregação e esta clivagem se transferem logo para os instrumentos e conhecimentos. Assim, respeitar a clivagem de um grupo terapêutico e não examinar os níveis de sociabilidade sincrética significa admitir essa segregação sancionada pela sociedade, assim como admitir os mecanismos pelos

⁷⁹ Alfredo Moffatt, psiquiatra argentino, cita no livro *Psicoterapia do Oprimido* (1984) várias experiências na Argentina onde houve uma modificação criativa do ambiente hospitalar.

quais determinados sujeitos se tornam doentes e segregados, e também admitir o critério adaptativo de saúde e doença e sua segregação como “cura”.

O psicanalista argentino, neste texto, coloca que o hospital psiquiátrico, com seus mecanismos de segregação do louco, utiliza como base do seu enquadre o mecanismo de clivagem que ela utiliza para exorcizar sua própria loucura. A sociedade deposita a sua própria loucura sobre o doente mental, que é segregado do espaço social e imobilizado no manicômio. Neste ponto, Bleger coloca que o enquadre que o hospital psiquiátrico oferece contém literalmente as partes psicóticas do coletivo social⁸⁰, exercendo a possibilidade de uma sociabilidade sincrética, ou simbiótica, controlada à distância. O psicanalista argentino também afirma a função iatrogênica do hospital psiquiátrico, o que é confirmado em outro pensamento seu (Bleger, 1970, p. 99):

Em síntese, defini o grupo por dois níveis de sociabilidade: um é a chamada sociabilidade de interação, e o outro é a sociabilidade sincrética. Assinalei que o grupo tende a burocratizar-se como organização e a fazer-se antiterapêutico não só por uma reiteração dos níveis de interação, mas, fundamentalmente, pela necessidade da manutenção da clivagem (ou separação) entre ambos os níveis.

Em relação ao hospital psiquiátrico, podemos entender que a necessidade de manutenção da clivagem entre os dois níveis de interação leva-o a burocratizar-se como organização e a se tornar mais rígido como instituição. Todos estes fenômenos ocorrem em detrimento do que deveria ser a função pela qual a instituição foi criada, ou seja, a cura. Bleger (1964) cria um conceito no tocante à psicologia institucional, que traz uma diferenciação entre os objetivos explícitos ou conscientes e os

⁸⁰ Bleger (1985) afirma que mesmo na psicanálise, que visa a cura do paciente, o enquadre tem a função de ser depositário das partes simbióticas e por este motivo, psicóticas da personalidade. O autor argentino postula a existência de uma fase do desenvolvimento do bebê anterior à posição esquizo-paranóide de Melanie Klein (1946), a qual ele denominou de posição gliscro-cárica, no qual o lactente ainda não tem condições de discriminar o próprio ego do ambiente. Esta posição, anterior à posição esquizo-paranóide, seria, com esta, parte do aspecto psicótico da personalidade de todos os seres humanos.

objetivos implícitos ou inconscientes das instituições. Utilizando-os, podemos dizer que o objetivo explícito do hospital psiquiátrico é a cura, enquanto o implícito é a manutenção da profunda clivagem e segregação existente entre a sociedade e o louco através de mecanismos iatrogênicos que o imobilizam. Esta imobilização permite à sociedade o estabelecimento de uma sociabilidade sincrética para com o louco, clivado e controlado pela instituição psiquiátrica, que ganha legitimidade então para continuar existindo.

Concluimos então, que o enquadramento é algo instituído dentro do tratamento psicológico ou psiquiátrico, e que, apesar de explicitamente ele sempre buscar a cura e o bem-estar do paciente, por muitas vezes ele implicitamente traz a imobilização e a cronificação do sofrimento do paciente.

Percorremos este caminho reflexivo para podermos examinar o enquadramento inicial que imprimimos à oficina de arranjos florais na instituição em que ela primeiro foi implantada, ou seja, o NAPS Mater de São Vicente. Primeiramente, devemos dizer que Basaglia e seus colaboradores, como Rotelli, apesar de não usarem o termo enquadre ou enquadramento em termos das constantes do tratamento e da estratégia terapêutica, possuem por outro lado uma viva consciência da influência do fator institucional sobre a assistência psiquiátrica que é fornecida. Esta consciência se dá ao nível de perceber que o enquadre, ou institucionalização que o hospital psiquiátrico exerce sobre o paciente não é terapêutico, mas visa a submissão deste ao poder médico e institucional. Como coloca Basaglia (1968, p. 107), o hospital psiquiátrico estabelece com o doente, através de suas normas e atitudes, uma relação institucional, que se caracteriza pelo aumento vertiginoso do poder do médico em contraposição à diminuição e mesmo anulação do poder do paciente. Este contrato terapêutico perverso reduz o paciente a uma condição de passividade, no caso do paciente que aceita este enquadre, ou a uma revolta que confirma o paciente em sua condição de louco perigoso. Em ambos os casos a solução institucional é a exclusão do paciente da sociedade. Frente a este estado de coisas

Basaglia se insurge, e proclama a necessidade de negar a instituição psiquiátrica, ou seja, de mudar a assistência, ou enquadramento do tratamento do paciente psicótico.

O psiquiatra brasileiro Willians Valentini (2001, p. 11), um autor que compartilha das posições de Basaglia⁸¹, descreve um enquadramento institucional semelhante quando apresenta a situação passada de um manicômio brasileiro, o Sanatório “Dr. Cândido Ferreira”, situado em Campinas, estado de São Paulo:

Há pouco mais de onze anos, o que a situação do Sanatório “Dr. Cândido Ferreira” oferecia aos seus 194 pacientes e 70 trabalhadores não era diferente das situações que oferece até hoje a imensa maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros: projetos de manutenção de imensos jardins de bonsais⁸², onde todos compartilham um pacto que mantém um estado de aqui não se pode crescer”.

Aqui vemos claramente a função iatrogênica do hospital psiquiátrico: o objetivo é a imobilização e a domesticação do paciente psiquiátrico no espaço institucional, não oferecendo condições para o desenvolvimento pessoal ou a cura do paciente. Em relação a questão do espaço em relação ao enquadramento, Bleger (1985, p. 318) coloca:

O enquadramento “é” a parte mais primitiva da personalidade, é a fusão ego-corpo-mundo, de cuja imobilização depende a formação, existência e discriminação (do ego, do objeto, do esquema corporal, do corpo, da mente, etc.). Os pacientes com “*acting-in*” ou os psicóticos trazem também “seu próprio enquadramento”: *a instituição de sua relação simbiótica primitiva*, mas *todos* pacientes também a trazem.

⁸¹ Valentini foi um dos psiquiatras da Prefeitura de Santos, participantes da intervenção da Casa de Saúde Anchieta. Posteriormente ele assumiu a direção do projeto de saúde mental da Prefeitura de Campinas (Robortella, comunicação pessoal, 1986).

⁸² Valentini (2001) coloca a questão do bonsai como metáfora da situação do paciente psicótico no manicômio. Ele considera que no manicômio o paciente não tem espaço para crescimento e tem as suas raízes podadas constantemente.

Bleger, neste trecho, afirma que o paciente deposita no enquadramento sua relação simbiótica primitiva. Em termos da instituição psiquiátrica, o paciente estabelece com o espaço institucional esta simbiose, esta indiferenciação eu-corpo-mundo. Apesar desta indiferenciação estar presente em todo o tratamento, a qualidade do espaço também indicará uma possibilidade ou não de diferenciação futura. Porém o espaço privilegiado do manicômio – o pátio – não traz perspectivas de crescimento pessoal. Coloca Valentini (2001, p. 11) que *“passar o tempo todo no interior do pátio do hospital psiquiátrico pode ser comparado com a situação dos bonsais”*. O pátio do manicômio, com toda a sua inatividade, com a multidão de pacientes indiferenciados, é o local onde muitas contradições do manicômio se tornam evidentes. Moffatt (1984, p. 19), reflete sobre a condição espacial dos manicômios:

O lugar físico dos hospícios, o ambiente, tem como característica básica ser um lugar fechado, isolado do exterior. No caso do hospital de mulheres, vêem-se “pátios-currais” de poucos metros quadrados onde uma pequena porta comunica com esse “mundo de fora”, ao qual nunca se tem acesso. São espaços coletivos, sem possibilidade nenhuma de que uma pessoa internada possa isolar-se ou estabelecer algum tipo de espaço privado onde organizar o espaço do Eu ou o que se chama de sua “bolha pessoal”; isto é absolutamente necessário para a manutenção da identidade pessoal que, nos casos de perturbação mental, encontra-se desorganizada.

Vemos então, que o espaço manicomial, ao invés de auxiliar no restabelecimento de uma simbiose, ou dependência sadia com o espaço externo, acaba por comprometer ainda mais a saúde psíquica de seus pacientes, por não fornecer o espaço para a preservação da identidade individual do paciente.

Podemos dizer algo de semelhante a nível corporal em relação ao enquadramento que ocorre nos hospitais psiquiátricos. Num enquadre que efetivamente pretende curar, o cuidado corporal, ou holding, poderá ser um efetivo meios de facilitar a melhora de um paciente psicótico. Winnicott (1963, p. 216) coloca:

Há ocasiões que você fala e fala a seu filho que ele está com dor de ouvido. Palavras de consolo não adiantam. Há ocasiões, provavelmente, em que um paciente psicótico necessita de holding físico, mas eventualmente compreensão e simpatia é o que será necessário.

Vou tomar a liberdade de contar uma experiência ocorrida comigo, na época que eu trabalhava no NAPS Mater de São Vicente⁸³. Nós tínhamos como paciente uma mulher com uma idade aproximada de cinquenta anos, a quem chamarei de Geralda⁸⁴, que tinha freqüentes crises maníacas e por este motivo era frequentemente internada na enfermaria do NAPS⁸⁵. O fato da família não cuidar com afincos da paciente contribuía para que isso ocorresse. Geralda era uma paciente crônica, com histórico de diversas internações de longa duração em hospitais psiquiátricos de todo o estado de São Paulo. Em uma dessas internações, segundo relato de seu filho, fizeram-lhe uma contenção física ao leito de forma inadequada, que lhe garroteou um braço, causando-lhe uma gangrena e posterior amputação do mesmo. Durante a permanência da paciente, em regime de internação de curta duração no NAPS, era difícil entendê-la, em parte porque estava em crise maníaca, e outra parte porque ela infelizmente não possuía nenhum dente, o que lhe dificultava sobremaneira sua dicção. Sua voz era uma espécie de sussurro

⁸³ Atualmente trabalho num outra instituição de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Saquare, que é um hospital-dia da Prefeitura Municipal de São Vicente

⁸⁴ Nome fictício

⁸⁵ A enfermaria para internações de curta permanência dos NAPS tem como objetivo acolher, em regime de hospitalidade integral, os pacientes psicóticos que estejam em crise. Geralmente o período médio de internação é de uma ou duas semanas, e assim que for possível, o paciente passa para o regime de hospitalidade-dia. O espaço físico é constituído de dois quartos, um para homens e outro para mulheres, com cerca de quatro leitos cada. São permitidas visitas a qualquer hora do dia, e o espaço físico não é separado do resto da instituição (Nicácio, 1994).

rápido. Eu estava na cozinha da unidade, quando Geralda chegou, trazendo em sua única mão uma meia maçã que ela provavelmente havia ganhado de alguém. Ela, num sussurro baixo, falou que queria comê-la. Entendi que ela precisava raspar a maçã para comê-la, pois não tinha dentes, mas que isso era impossível porque ela possuía apenas um braço. Então saí da cozinha, e pedi que ela se sentasse à mesa do refeitório dos pacientes. Raspei então a maçã com uma colher e alimentei-a. Após esse fato, aquela mulher, que costumava perambular inquieta pelo NAPS, conseguiu estabelecer um melhor vínculo terapêutico comigo o que possibilitou uma estadia mais breve na enfermaria nesta internação.

Um célebre exemplo em que o holding envolveu um ato corporal foi o famoso milagre das maçãs, protagonizado por Sécheaye⁸⁶ (1950) no qual a psicanalista francesa, num dado momento do tratamento intuiu que deveria oferecer maçãs a sua paciente Renée, a qual passava por um período em que estava recusando qualquer alimento oferecido por outra pessoa. O oferecimento das maçãs por Sécheaye possibilitou tanto a ingesta de alimentos por Renée, como também favoreceu a saída da paciente do estado alucinatorio em que ela se encontrava, permitindo a ela voltar a se incluir no mundo humano.

Apesar de analistas sensíveis e devotados como Winnicott e Sécheaye usarem a dimensão corporal como fator terapêutico no tratamento de pacientes psicóticos não é isto que ocorre nos manicômios de maneira geral. O que tem lugar, via de regra, no manicômio, é o contrário, como coloca Basaglia (1968, p. 104):

A integração do doente ao corpo médico foi, de parte da ciência, lenta e laboriosa. Em medicina, o encontro médico-paciente ocorre no corpo mesmo do doente, considerado como um objeto de pesquisa em sua pura

⁸⁶ Há uma confusão em relação ao nome da autora, vinculada a duas diferentes versões de seu nome. A mais utilizada é de Sécheaye, mas algumas edições alemãs ou inglesas trazem o nome Sécheraye.

materialidade. Entretanto, quando o discurso é transferido para o plano do encontro psiquiátrico a questão não é tão isenta de conseqüências. Se o encontro com o doente mental ocorre no *corpo*, será necessariamente, um corpo presumidamente enfermo, operando uma ação objetivante de caráter pré-reflexivo, da qual se deduz a natureza da ação a adotar: neste caso impõe-se ao doente o papel objetivo sobre o qual virá fundar-se a instituição que o tutela. O tipo de ação objetivante acaba, pois, por influir no conceito sobre si mesmo do doente, o qual, através de um tal processo, não pode deixar de viver-se como um *corpo doente*, exatamente da mesma maneira como é visto pelo psiquiatra e pela instituição que o trata. (os grifos são do autor)

Constatamos, por intermédio deste trecho, que Basaglia coloca que a Medicina, com sua herança positivista, vai entender o corpo do psicótico como um corpo doente, que deverá ser tutelado. Esta definição influenciará o conceito do paciente sobre o seu próprio corpo, levando a uma identificação com a doença e não com uma possibilidade de melhora. Isto é agravado pelas péssimas condições da tutela psiquiátrica, que oferece ambientes onde o corpo muitas vezes é agredido, seja diretamente por pacientes agitados, seja pelas aplicações de eletroconvulsoterapia, choques insulínicos, hipermedicação, contenções mecânicas ao leito. Moffatt (1984, p. 22) alerta:

Começamos por esta lista de situações de agressão corporal para poder definir o mais íntimo do sentimento de estar internado em um manicômio: é a sensação de “ter o corpo dentro”, de não ter garantias com relação à própria segurança pessoal. Pois ao ser considerada “louca”, a pessoa sequer tem consciência do que podem fazer com ela, o que conduz à sensação desesperante de que não consideram que ela existe. Como conseqüência, a

pessoa não existe. É a “coisificação”, a transformação da pessoa em “coisa”, em objeto.

O modo como o corpo é tratado nos manicômios gera um agravamento da angústia psicótica, num sentido que afeta a própria sensibilidade corporal, que é a base das vivências de continuidade do ser. Em termos winnicottianos, há um incremento das chamadas agonias impensáveis, como a perda da capacidade de relacionar-se com objetos, perda do conluio psicossomático, sensação de queda eterna, o que dificulta as tentativas do paciente sentir-se vivo e real (Winnicott, 1963).

Nos últimos parágrafos detivemos-nos na reflexão de como o manicômio, como instituição, é iatrogênico ao invés de terapêutico. Isso se dá, na verdade, porque seu enquadramento, como coloca Bleger, tende a preservar a clivagem e a segregação que a sociedade efetua sobre o louco. Para que uma instituição psiquiátrica possa ser verdadeiramente terapêutica, dever-se-á, então, partir-se de um novo enquadre e de uma nova instituição. Basaglia parte deste pressuposto e chega à conclusão de que é preciso negar a instituição psiquiátrica. Franco Rotelli (1988, p. 90), seu sucessor na direção dos Serviços Psiquiátricos de Trieste, aponta para o erro epistemológico que funda a institucionalização dos pacientes e a psiquiatria como um todo:

Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade.

Basaglia (1968) já dizia, influenciando Rotelli, que a origem do erro epistemológico da Psiquiatria foi que o doente foi abstraído, desconsiderado por esta ciência para que ela se pudesse ocupar de definições abstratas de uma doença, da classificação dos sintomas e formas patológicas do existir.

Diante do exposto, a Psiquiatria Clássica percorreu o caminho inverso de tendências da moderna filosofia, como a fenomenologia de Husserl (1939), que queria colocar o mundo em parênteses para poder retornar às coisas concretas. A Psiquiatria Clássica coloca o mundo e a pessoa em parênteses para poder concentrar sua atenção numa abstração, a doença mental. Ao fazer, isto, a Psiquiatria Clássica, segundo Galimberti (apud Rotelli, 1988, p.92), não consegue enxergar a pessoa atrás da doença:

O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece através da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática dos sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas.

Adotando outra postura, Basaglia e Rotelli vão colocar a doença mental sobre parênteses, para que a real existência da pessoa se manifeste e possa impressionar os olhos dos que cuidam dos psicóticos, fazendo que possam interagir verdadeiramente com os novos atores assim desvelados. Os psiquiatras italianos não negarão a existência da doença mental, mas acreditarão que ela não seja uma realidade ontológica, mas sim, de acordo com Rotelli (1988, p. 92) “uma realidade inventada, no entanto sempre uma dura e viva realidade”. Isto quer dizer que Basaglia e

Rotelli consideram que a doença mental não é uma entidade natural, mas uma produção ou invenção social, de conseqüências trágicas para aquele que a assume.

Basaglia (1968) e Rotelli (1988) mudam o objeto de conhecimento e o objeto de intervenção, o que obviamente, terá efeitos sobre o enquadre e as instituições que assistem o doente mental. Ao colocarem a doença em segundo plano, e a existência-sofrimento do paciente e sua relação com o corpo social, em primeiro plano, os psiquiatras italianos negaram a pretensa naturalidade da instituição psiquiátrica clássica, o manicômio, para inventarem novas instituições que fossem capazes, segundo Rotelli (1998, p. 90) de “retomar contato com a existência dos pacientes enquanto ‘existência-doente’.”

A guinada epistemológica fez com que Rotelli e Basaglia rompessem com o enquadre e instituições antigas, criando as novas instituições causou uma mudança de paradigma. Escreve Rotelli (1988, p. 90):

A ruptura do paradigma fundante dessas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização: e a ruptura de paradigma se fundamentava também na ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura.

Devemos apontar que neste trecho Rotelli refere-se à ruptura do paradigma clínico psiquiátrico que fundou o alienismo. Este paradigma clínico inicialmente foi o estabelecido pelo primeiro médico alienista, Philippe Pinel, que apontava uma causalidade moral para o surgimento da doença. Pinel e seu mais importante discípulo, Esquirol, pensavam que a loucura era um erro do julgamento moral do doente, adquirido por este quando estava no seio de sua família. Portanto, a internação do doente mental se fazia necessária para que o médico pudesse reformar o senso moral do paciente, motivo que justificou a criação dos primeiros manicômios. Inicialmente dominante, este paradigma iria cair por terra quando Bayle descobriu que alguns transtornos

psicóticos tinham origem em quadros orgânicos. Esta argumentação, contestada pelos psiquiatras da escola de Esquirol, veio a prevalecer amplamente na psiquiatria durante a segunda metade do século XIX, através das obras de Morel e Kraepelin, que aventaram que a psicose estava relacionado com uma degeneração orgânica. A partir deste momento a escola organicista dominou amplamente a psiquiatria, aventando que os transtornos mentais teriam uma causa fundamentalmente biológica. O manicômio tornou-se não mais o local apropriado onde levar a cabo tentativas de reformar o senso moral, mas sim um depósito de doentes incuráveis que deveriam ser segregados para o bem deles próprios e da sociedade.

Contra este paradigma Basaglia e Rotelli se insurgem, postulando ao invés de uma doença abstrata, o que existe é um objeto complexo: a existência-sofrimento do paciente e seu relacionamento com o corpo social. Assim coloca Rotelli (1998, pp. 90/91):

Negação da instituição, bem mais que o desmantelamento do manicômio, foi e é a desmontagem desta causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade; como toda ciência moderna nos ensina diante de objetos complexos. O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que usaram da violência para conseguí-lo). Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição, (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não-equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada).

Basaglia (1968) considerou o manicômio como uma instituição da violência, cuja finalidade seria submeter o corpo doente do paciente aos desígnios institucionais, segregando-o

da sociedade. Se partirmos de Bleger (1970), poderemos pensar que a instituição psiquiátrica tradicional serve para o controle da loucura social, clivada e depositada sobre os loucos internados. Estes teriam a curiosa função de manter a loucura viva, para que sempre possamos nos manter inconscientemente fundidos a ela, mesmo que à distância. Como um zoológico das possibilidades humanas, que deverá ser preservado para todo o sempre, o manicômio será uma instituição que ganha foros de eternidade e que deverá ser existir para todo o sempre. Neste ponto, o pensamento de Bleger e Rotelli apresentam convergências: o manicômio é uma instituição dada, já desde sempre onipresente, que devemos aceitar sem questionar para que ela possa sempre existir mantendo clivada e distante a loucura. Bleger coloca (1970, p. 95):

A função iatrogênica e de garantia de doenças que desempenham nossos hospitais psiquiátricos não precisa ser comentada aqui, já que é conhecida de todos, e constitui um aspecto sobre o qual se insiste muito na atualidade; mas nos esquecemos de outros tantos aspectos que têm o mesmo efeito burocrático iatrogênico e igual função latente: a de manter a clivagem controlando a sociabilidade sincrética.

Contra as instituições dadas, Rotelli opõe as instituições inventadas: aqueles que as criaram sabem que elas não são naturais nem eternas. Estas têm como característica a flexibilidade, pois estarão em constante processo prático-crítico em relação a este objeto complexo e mutável, a existência-sofrimento do paciente que tem relação com o corpo social. Neste processo as próprias instituições inventadas devem estar sempre reorientando seus saberes, suas estratégias e intervenções. O objetivo destas intervenções da Psiquiatria Democrática não será a cura como remissão dos sintomas, efeito pretendido pela Psiquiatria Clássica. Também não será a elaboração das angústias que segundo a Psicanálise causam a psicose. O objetivo principal será a busca da complexidade do sujeitos, sua emancipação dentro de um processo de

singularização ou ressingularização. O objetivo deixa de ser o da normatização do paciente, que corresponderia à cura na psiquiatria clássica e passa a ser a produção de vida e da reconstrução das pessoas como atores sociais. De acordo com Rotelli (1981, p. 86):

Tratar? Talvez apenas mover-se cotidianamente com o usuário ao longo de um percurso que não vise um valor, mas que reconstitua ou crie a complexidade e lhe restitua um sentido. Curar? Talvez apenas reconstituir sua identidade inteira, complexa e concreta do indivíduo, o seu poder de sujeito social; também e sobretudo impossível de se controlar; ampliar aquele resíduo irreduzível e ameaçador para o sistema; manter em aberto o suspeito, evitar que o estado agudo se pacifique em cronicidade.

Rotelli aqui se coloca descrente de uma cura como elaboração das angústias, como o ponto de vista psicológico sobre a psicose, defendido por autores como Sécheaye (1951), Silveira (1982), Winnicott (1954a), Jung (1961). Estes autores, que reconhecem a importância do social entre as causas da psicose, não descuidaram do psicológico como fator etiológico deste tipo de síndrome. Por este motivo, apesar de apontarmos a reforma basagliana como o mais importante movimento de superação do manicômio, acreditamos que ele subestima o psíquico em suas formulações. Esta tese defenderá, então, a importância do aspecto psíquico como complemento a visão um tanto unilateral de Basaglia e Rotelli, através das proposições de Silveira e de autores winicottianos.

Apesar das críticas feitas ao ponto de vista da Psiquiatria Democrática frente a sua forma de pensar a cura, estamos conscientes de que eles efetivamente cuidam do paciente. Este cuidado leva à criação de uma nova forma de atuar, um novo enquadre que visa transformar o sofrimento, dentro de um parâmetro institucional. Relatam Rotelli, Leonardis e Mauri (1986, p. 29):

Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais

entendida como a perseguição a uma solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

Neste texto notamos que os enquadres dentro das instituições inventadas são flexíveis, contemplando a possibilidade de uma crítica constante a seus próprios procedimentos.

A instituição negada – o manicômio – desaparece. O paciente está em frente a seu território social, sem proteção. Basaglia então cria os centros territoriais, os CSM⁸⁷, onde os operadores sociais⁸⁸ usam o poder institucional para transformar o sofrimento do paciente. Rotelli (1988, p. 95/96) frisa em relação à atuação dos operadores sociais dos NAPS, que lidam com este objeto complexo, a existência-sofrimento do paciente:

(...) Aquela lição filosófica se encontra hoje com todos os alcances das ciências avançadas; a complexidade do objeto implica não análise, mas projetos, projetos de transformação através dos quais é possível obter conhecimento. Estes projetos (a invenção e os seus resultados cognitivos) devem considerar contemporaneamente o universo das instituições e as particularidades singulares dos indivíduos que chegam ao serviço.

O paciente psicótico, como objeto complexo, existência-sofrimento, poderá ser melhor conhecido se ao invés de análises intermináveis podermos com ele estabelecer projetos de intervenção, novos enquadres que poderão trazer transformação para a vida do paciente. Nesse sentido, no próximo capítulo, abordaremos um projeto de intervenção, um novo enquadre que foi aplicado num NAPS, ou seja, a oficina de arranjos florais.

⁸⁷ No Brasil esta unidade é chamada de NAPS, ou atualmente de CAPS III.

⁸⁸ Na terminologia de Basaglia e Rotelli, todos os trabalhadores que lidam com o paciente são operadores sociais.

Capítulo IV

Silveira e o enquadre da Oficina terapêutica

Como vimos no capítulo anterior, o psiquiatra italiano Franco Rotelli contrapõe ao que ele chamou de instituição dada - o manicômio, que se arvora naturalmente o direito a assistir o doente mental - à instituição inventada, que é conscientemente criada pelos diretores, trabalhadores e pacientes, com base em uma relação contratual.

Podemos notar que os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS - possuem características que nos fazem incluí-los no segundo grupo. Esses Núcleos são uma instituição inventada, pois possuem um quadro que poderá ser sempre flexibilizado, adaptando-se, então, às necessidades e desejos de seus protagonistas numa relação contratual que sempre poderá ser revista.

O surgimento da oficina terapêutica de arranjos florais deu-se nesta instituição, pois ela se caracterizou por ser um enquadre de características coletivas dentro de uma instituição, ou um enquadramento maior, que seguia a proposta terapêutica de Basaglia. E que enquadre foi utilizado primeiramente nesta oficina de arranjos florais? O da psiquiatra alagoana Nise da Silveira. Ela possuía uma aguda consciência do enquadre de sua proposta terapêutica, apesar de não utilizar, como Basaglia, este termo:

Para possibilitar ao leitor uma visão mais nítida vou analisar, neste capítulo, as convergências e divergências no tocante ao enquadre entre Silveira e Basaglia. Inicialmente, partiremos das convergências entre os dois autores. Como primeiro dado, sabemos que a própria Silveira (1992, p. 15) tinha conhecimento da obra do psiquiatra italiano, a qual se refere direta e elogiosamente:

O mais forte empreendimento de mutação na área da psiquiatria ocorreu na Itália, com a negação da instituição por Franco Basaglia. Diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Basaglia inicia, em 1961, uma verdadeira revolução, promovendo encontros entre médicos e internados, dando oportunidades para que estes últimos relatassem violências sofridas e influenciassem o sistema institucional em que viviam. Acaba com as medidas habituais de contenção. No ano de 1968, por falta de apoio, encerra-se o trabalho em curso na cidade de Gorizia.

Neste trecho, Silveira coloca sua admiração por Basaglia, chamando-o de principal articulador de uma mudança na assistência psiquiátrica, no sentido da melhora e humanização desta. Em outro trecho, ela deixa mais claro o que esta mutação significa (Silveira, 1992, p. 14):

Aquilo que se impõe é uma verdadeira mutação, tendo por princípio a abolição total dos métodos agressivos, do regime carcerário, e a mudança de atitude face ao indivíduo, que deixará de ser o *paciente* para adquirir a condição de pessoa. (os grifos são da autora)

A autora começa este parágrafo frisando que duas questões são importantes em relação a esta mutação pretendida por ela: a abolição de métodos agressivos como a eletroconvulsoterapia, a lobotomia e o choque insulínico⁸⁹, assim como a mudança no regime carcerário que caracterizava a maior parte dos manicômios. Podemos dizer que esta indignação da autora deve estar relacionada com sua própria experiência de vida, pois Silveira foi presa

⁸⁹ Silveira (1992) considera a aplicação de eletroconvulsoterapia muito semelhante à tortura, e a lobotomia como uma mutilação, um atentado à integridade corporal do paciente. Neste ponto, ela se aproxima de Basaglia.

política durante o Estado Novo⁹⁰, e presenciou torturas de condenados que eram seus amigos, como Elise Berger⁹¹. Silveira relata, em entrevista, a Gullar (1996, p.42):

Nise: Ela também foi muito torturada, sofreu muito. Foi muito queimada. A cama dela era junto da minha. Eu que sempre dormi bem, tinha bom sono, àquela hora acordava, não conseguia dormir.

Gullar: Qual hora?

Nise: Na hora da tortura. Eles tinham uma hora certa para torturar. Vinham e a levavam. Depois, ela me mostrava as queimaduras nos seios... Eu ficava nervosíssima, vendo aquilo. Assim nasceu uma relação de amizade entre nós duas. Tanto que ela, pensando que eu sentia frio de noite, por ser eu magrinha, me cobria com o cobertor. Aquele cobertor de soldado, horrível, que me espetava a pele. Ela puxava o cobertor e me cobria até o pescoço, dizia: ‘Você pode ficar doente’.

A psiquiatra alagoana com certeza deve ter acompanhado também o destino de Harry Berger⁹², marido de Elise, comunista americano encarregado de fazer a ligação entre o Partido Comunista Brasileiro e a Internacional Comunista. Harry Berger ficou preso em condições

⁹⁰ Silveira participava do movimento estudantil de esquerda que existia no Rio e estava lendo livros de orientação socialista quando foi presa pela polícia política de Getúlio Vargas (Gullar, 1996)

⁹¹ Elise Berger era o pseudônimo de Elise Ewert, que era natural da Alemanha e viera ao Brasil como parte da equipe montada pela Internacional Comunista para ajudar Luís Carlos Prestes, na época presidente do Partido Comunista Brasileiro (PCB) a realizar a revolução proletária. O Partido Comunista Brasileiro deflagra, em 1935, a Intentona Comunista (Morais, 1994). O golpe fracassa, sendo que os principais líderes do movimento são presos, entre eles Prestes e sua mulher Olga Benário, além da equipe de apoio a Prestes, constituída de Harry Berger e sua mulher. Elisa Berger posteriormente será entregue, juntamente com Olga Benário, pela polícia getulista para a Gestapo. As duas foram enviadas pela polícia hitlerista para campos de concentração, onde foram assassinadas (Ramos, 2006)

⁹² Na verdade o nome de verdadeiro de Harry Berger era Arthur Ewert. Como sua esposa Elise, ele era um quadro da Internacional Comunista, e era um assessor político para a realização da Intentona Comunista (Morais, 1994).

precárias por vários meses⁹³, além de ter sido torturado. Berger será mantido por muitos meses num espaço exíguo, debaixo de uma escadaria do quartel da Polícia Especial, sem condições de se movimentar, sem cama ou instalações sanitárias (Dulles, 2001). Submetido a torturas impiedosas (Morais, 1994), enlouquecerá, apesar de ter sido salvo da morte pelo advogado Sobral Pinto⁹⁴. Este, num processo célebre, conseguiu defender seu cliente, invocando a lei de defesa dos animais. Porém na ocasião de sua libertação Harry Berger já havia enlouquecido.

Constatamos por esses dados biográficos de Silveira que ela presenciou diretamente situações de tortura, como o acontecido com a sua amiga Elise Berger, assim como teve conhecimento do enlouquecimento de Harry Berger. O destino trágico do casal alemão mostrou a Silveira toda a injustiça e violência do regime carcerário, produtores de loucura e morte⁹⁵.

Basaglia também se defrontou com a experiência do aprisionamento, durante a Segunda Guerra Mundial⁹⁶. Ele foi preso pelo regime fascista por ser militante da Resistência Italiana. Este episódio foi decisivo em sua vida, pois motivou sua luta para fechar o hospital psiquiátrico. Relata Basaglia (1979, p. 44/45):

⁹³ Berger será mantido por muitos meses num espaço exíguo debaixo de uma escadaria do quartel da Polícia Especial, sem condições de se movimentar, nem cama ou instalações sanitárias (Dulles, 2001). Submetido a cruéis torturas (Morais, 1994), enlouquecerá apesar de ter sido salvo da morte por Sobral Pinto.

⁹⁴ Heráclito Fontoura Sobral Pinto, (1893-1991), advogado católico mineiro, que se notabilizou na defesas de Luis Carlos Prestes, Harry Berger e Graciliano Ramos, na época da ditadura varguista. Enquanto Sobral Pinto será por muitos anos, presidente da Ordem dos Advogados do Brasil, tendo realizado importante papel de defensor dos direitos da Sociedade Civil durante a ditadura militar (Dulles, 2001)

⁹⁵ Talvez possa parecer exagero vincular o regime manicomial com mortes, porém exemplos históricos mostram o contrário, como, por exemplo, as mortes de pacientes na Casa de Saúde Anchieta (Nicácio, 1994), que acarretaram em sua intervenção, e denúncias de mortes de pacientes ocorridas em hospitais psiquiátricos do Brasil na última década, que estão sendo investigadas pelo Conselho Federal de Psicologia.

⁹⁶ Outros grandes reformadores da instituição psiquiátrica também passaram ou pela experiência de encarceramento ou pelo contato com ex-prisioneiros de guerra, durante as décadas de 30 e 40, o que mostra como a experiência pessoal influenciou a tomada de consciência do caráter prisional do hospital psiquiátrico. Tosquelles, fundador da psicoterapia institucional, fora preso pela ditadura franquista. Ele fugiu da Espanha e tornou-se diretor de um hospital psiquiátrico localizado na França não-ocupada, que era refúgio de artistas e membros da Resistência Francesa (Silva, 2001). Maxwell Jones (1972) foi diretor de um serviço de reabilitação para ex-prisioneiros de guerra ingleses. O único grande expoente da Reforma Psiquiátrica que não teve contato direto com a experiência do aprisionamento foi Ronald Laing (1982), que era adolescente no período da guerra. Sua antipsiquiatria estava relacionada à crítica contracultural às instituições.

Quando entrei pela primeira vez numa prisão, eu era estudante de medicina. Lutava contra o fascismo e fui preso. Lembro-me da situação alucinante em que me encontrei quando entrei na prisão. Era a hora de jogar fora o pinico de várias celas. Havia um cheiro horrível, um odor de morte. Eu me lembro de ter tido a sensação de estar numa sala de anatomia onde se dissecam cadáveres. Quatro ou cinco anos depois de formado, tornei-me diretor de um manicômio e, quando entrei lá pela primeira vez, senti aquela mesma sensação. Não havia o cheiro da merda, mas havia o odor simbólico da merda. Encontrei-me numa situação análoga, uma intenção firme de destruir aquela instituição. Mas era um problema pessoal, era a certeza de que aquela instituição era completamente absurda, que servia somente para o psiquiatra que ali trabalhava ganhar seu salário no fim do mês. Eu não vejo outra finalidade no manicômio senão a de internar uma pessoa para garantir a segurança da sociedade. (...)

Diante desse relato autobiográfico, comprovamos que a experiência do aprisionamento foi extremamente significativa para o psiquiatra italiano, pois o colocou na situação da pessoa que é presa dentro da instituição total, como o paciente psiquiátrico. A vivência da situação injusta e desumanizante da prisão o fez enxergar o quanto a experiência manicomial pode engendrar os mesmos efeitos. Isso o motivou a lutar pelo fechamento dos manicômios e pela melhora da condição de vida dos internados. Frustrado em sua primeira tentativa, em Gorizia, por uma administração municipal que barrou o processo de transformação lá iniciado, Basaglia consegue seu intento ao assumir o hospital psiquiátrico de Trieste. Silveira (1992, p. 15) relata:

Três anos depois (da experiência de Gorizia), Basaglia e sua equipe assumem o Hospital Regional de Trieste, onde realizam verdadeira mutação,

iniciando o processo de desativação da instituição psiquiátrica fechada.

Paralelamente, criam centros externos para dar suporte aos ex-internados.

Ante o exposto, verificamos que a psiquiatra brasileira considera que Basaglia realizou uma mudança duradoura, ao abolir definitivamente o manicômio, destruindo o regime carcerário nele implícito. Ela admira a permanência da mudança, pois sabe da dificuldade de manutenção destas experiências que pretendem ser alternativas ao manicômio⁹⁷. Referindo-se a elas, Silveira (1992, p. 14) nota que “chamam desde logo a atenção os obstáculos que encontraram e a curta existência que lograram manter⁹⁸”. A autora, de modo semelhante a Basaglia (1968), acredita que um dos fatores que impedem a proliferação de outras experiências e a manutenção de manicômios é o fato que a loucura é uma doença lucrativa, tornando-se uma mercadoria para o capitalismo avançado. Aponta Silveira (1992, p. 14):

Não será difícil detectá-las: a indústria da loucura é uma lucrativa aplicação de capital. As poderosas multinacionais produtoras de psicofármacos bem o demonstram. É suficiente ressaltar que no Brasil 78 por cento dos estabelecimentos psiquiátricos são de propriedade particular, enquanto o número de seus ambulatórios, que poderiam contribuir para manter pelo menos por algum tempo o paciente fora da instituição, é apenas 27,6% por cento. O que interessa, portanto, é o lucro proporcionado pelo paciente reinternado. Quanto mais, melhor.

Silveira, talvez devido a seu passado de militante política de esquerda, denuncia neste trecho o que Amarante chamou de indústria da loucura: a expansão exagerada do parque manicomial privado brasileiro durante a década de 60/70, período da ditadura militar. Ela não

⁹⁷ A própria Silveira (1986) manteve, a duras penas, junto com um grupo de colaboradores, uma experiência filantrópica alternativa ao manicômio, a Casa das Palmeiras, desde o ano de 1956 até sua morte.

⁹⁸ Silveira (1992) relata, com tristeza, as dificuldades que as experiências, principalmente as antipsiquiátricas, tiveram para se manter atuantes, a maioria delas tendo um fim precoce.

tem uma visão ingênua das determinantes sócio-econômicas que fazem do manicômio uma instituição difícil de ser abolida. Neste ponto, ela se aproxima dos autores italianos que têm uma aguda consciência da relação entre a permanência do manicômio e o capital. Basaglia, (1968, p. 105), comentando a manutenção do sistema manicomial de assistência ao doente, nos faz refletir:

A situação, ou seja (a possibilidade de uma abordagem terapêutica do doente mental), se revela, assim intimamente ligada e dependente do sistema, donde toda a relação está rigidamente determinada por leis econômicas.

A Psiquiatria Democrática Italiana, devido a sua militância comunista, tinha uma profunda consciência da vinculação do capitalismo com o manicômio, mesmo em se tratando do capitalismo avançado europeu do Welfare⁹⁹. O manicômio aparece como mais um serviço prestado pelo Estado de Bem-Estar Social: ao mesmo tempo que presta “assistência” aos loucos pobres, dando-lhes teto, comida e remédios, livra a sociedade produtiva dos imprestáveis que não produzem. Rotelli, Leonardis e Mauri (1982, p. 76) comentam a vinculação do manicômio ao Welfare:

A psiquiatria, depois do manicômio, não mais excluída, vem assim fazer parte totalmente do sistema de Welfare. E descobre uma existência trespassada/entrelaçada de uma rede de serviços, prestações, direitos e vínculos normativos: é este universo institucional que, como já suspeitava, funciona como um circuito de produção daquela privação/cronicidade que encontra posteriormente seu término, sua sanção, na segregação manicomial.

⁹⁹ Welfare, ou estado de bem-estar social, foi adotado pelos países da Europa Ocidental do pós-guerra. Ele visa à distribuição de benefícios à classe operária, com medo de que esta aderisse aos partidos comunistas da época.

De acordo com este trecho, o manicômio, dentro do Estado de Bem-Estar Social, entrelaça-se com outros serviços, demandas sociais, estatutos jurídicos que o fazem complementar a eles, dando-lhe certa operatividade e legitimando, assim, sua existência. Porém o resultado, para o paciente internado no manicômio, é o mesmo: a exclusão, a privação e a cronificação.

Outro fator que aponta para convergências entre Silveira e os autores italianos versa sobre a crítica ao objeto da psiquiatria clássica. Basaglia e Ongaro Basaglia (1966, p. 35) colocam que a divisão dualística cartesiana¹⁰⁰ entre mente – *res cogitans* – substância pensante, e corpo – *res extensa* – substância extensa, fizeram a medicina ser uma disciplina do corpo doente, dos sintomas que apontam para um tipo de doença incurável e não como uma ciência que trata da vivência do psicótico na sociedade:

A psiquiatria se vê confrontada com uma realidade que foi posta em discussão a partir do momento em que – superado o impasse da dualidade cartesiana – o homem se revela como objeto dentro de um mundo objetal, mas simultaneamente sujeito de todas as suas possibilidades. Somente a compreensão desta premissa pode explicar a crise de uma ciência que, em vez de ocupar-se do doente mental na sociedade em que este vive, construiu gradativamente um castelo de cartas, de modo a garantir a validade científica do castelo de entidades mórbidas no qual havia encerrado os respectivos sintomas. (...)

Neste trecho Basaglia e Ongaro Basaglia reafirmam o que em outros pontos da tese já tínhamos discutido: a divisão dualística – mente/corpo - leva a Psiquiatria Clássica ser uma ciência do corpo doente, dos sintomas que este organismo morbidamente afetado apresenta. E como também já foi comentado em trecho anterior, a redução ou mesmo supressão dos

¹⁰⁰ Vaisberg (2002) coloca que esta dualidade mente-corpo, ou alma-corpo, havia surgido primeiramente em Platão.

sintomas por via medicamentosa abriu as portas para a superação desta dicotomia mente-corpo: não mais atrelado ao seu sintoma, o paciente se mostra sujeito de um novo mundo que se abre, mundo no qual ele poderá ser protagonista, ao invés de apenas vítima. De modo semelhante à Psiquiatria Democrática Italiana, Silveira (1992, p. 11) também aponta no cartesianismo, e principalmente na divisão corpo-mente que o filósofo francês propõe em sua doutrina - uma intensa influência sobre a formação dos conceitos e intervenções da Medicina Moderna:

É impressionante a persistência da influência de Descartes, dominante desde o século XVII, no que se refere ao conceito de relações corpo-psique sobre a medicina científica.

O corpo seria uma complexa máquina e, conseqüentemente, as doenças resultariam de perturbações do funcionamento desta grande máquina. A função do médico seria, portanto, atuar por meio físicos ou químicos para consertar enguiços mecânicos.

À noção cartesiana do corpo como máquina, sem relação com a mente, deriva o conceito da doença como enguiço da máquina. A intervenção médica, a partir desta perspectiva, incentiva unicamente a recuperação desta máquina, por uma intervenção por meios físicos – cirurgias, ou químicos – drogas farmacológicas. Dentro do racionalismo cartesiano, a Razão não teria nenhuma relação com os problemas da máquina, pois ela é superior em relação ao corpo, não tendo nada a ver com seu funcionamento mecânico. Mas se o homem não domina a razão? A falta de uma visão de um relacionamento integrado entre psique e soma leva os partidários da medicina dualística a colocar a causa da doença mental no corpo. Afirma Silveira (1992, p. 11):

A Razão, privilégio do homem, estaria muito acima hierarquicamente, funcionando independentemente do corpo e comandando emoções e sentimentos. O médico pouco teria que se ocupar desses fenômenos. Foi sobre esta estrutura básica que se construiu o modelo médico. Entretanto, acontecia muitas vezes que a Razão se desvairava, o homem a perdia. Era a loucura. Surgiram médicos especialistas nesses fenômenos. Apressaram-se eles a submeterem-se aos princípios do modelo médico. A Razão, agora psique, passava a ser vista como mero epifenômeno da máquina cerebral. Cabia-lhes, bem ou mal, consertar os descarrilhamentos dessa máquina que saíra dos trilhos da Razão.

O modelo médico que se impôs, a partir do advento do cartesianismo, atribuiu exclusivamente ao corpo doente a causa da psicose. Isto fez com que a psiquiatria clássica tentasse intervir materialmente sobre o organismo de diversas formas, pelos chamados métodos físicos, desprezando os tratamentos psicológicos. Outra faceta da dominância do modelo cartesiano é a institucionalização daqueles que não melhoram a despeito dos métodos de cura empregados pela Medicina de cunho organicista.

Apesar de ambos os autores apontarem para o cartesianismo como fonte da cisão - corpo e mente - e para a valorização da mente são contra o corpo doente, a meu ver, Basaglia preocupa-se principalmente com a condição institucional e social do paciente psicótico, enquanto Silveira, apesar de ser consciente da importância do fator instituição, terá como objetivo primeiro a crítica aos chamados tratamentos físicos e psicofarmacológicos, e a implementação de métodos de intervenção não-agressivos, com forte componente psicológico. Silveira (1992, p. 15) aponta para esta diferença, quando, apesar de valorizar a reforma

institucional que seu colega italiano realizou, aponta para uma certa desvalorização do psicológico por parte dele:

A proposta de Basaglia continua atualmente atraindo a maioria dos espíritos renovadores da área da psiquiatria, embora ainda nos pareça incompleta, por conceder pouca atenção aos fenômenos em desdobramento no espaço interno.

Como aponta a psiquiatra brasileira e como vimos em capítulos anteriores, a preocupação básica de Basaglia foi a mudança da condição institucional e social do paciente psicótico. Para isso ele denunciou, a partir do marxismo, a exclusão e a institucionalização do louco pobre não produtivo, no contexto de uma sociedade competitiva. A partir da fenomenologia, denunciou a falácia de uma psiquiatria calcada em preconceitos que serviam aos propósitos da exclusão social do louco pelos donos do poder. O psiquiatra italiano parte de uma crítica implacável da instituição manicomial, braço concreto da exclusão social e de uma psiquiatria que abandona o louco à sua própria sorte. Baseando-se em Husserl, Basaglia (1967, p. 87) pretende a abolição do manicômio e a criação de uma comunidade indiferenciada original, para que o louco e o normal possam se encontrar de forma livre e espontânea:

A intuição para uma terapia psiquiátrica comunitária nasce, portanto, de um ambiente pragmático em que a *epoché* da doença é necessariamente efetuada, se quisermos reconstituir uma base de homogeneidade – que precede qualquer classificação – a partir da qual seja possível começarmos a enxergar o doente e seu modo de agir. A ausência voluntária de uma hierarquia (na medida em que isto for possível, numa sociedade altamente hierarquizada) pretende apontar para a homogeneização de todos os membros da comunidade. Homogeneização que poderia corresponder à

comunidade indiferenciada original que precede a comunicação (de que fala Husserl) e da qual poderá emergir o corpo próprio de cada membro da comunidade. (...)

Neste texto, escrito dentro do espírito da comunidade terapêutica que envolvia a experiência em Gorizia¹⁰¹, o psiquiatra italiano pretende a abolição de toda a diferenciação que em nossa sociedade de classes se manifesta a partir dos papéis sociais – médico, enfermeiro, doente - assumidos pelos protagonistas da cena psiquiátrica. A partir da recriação de uma comunidade indiferenciada, por meio da *epoché* da doença, coloca os atores sociais – pacientes e trabalhadores de saúde mental - em outro nível de interação, não aquela contaminada pelos esteriótipos de doente e médico. A partir desta indiferenciação e homogeneização originais, poderá surgir o corpo próprio de cada integrante da comunidade, com um novo perfil social. Por este motivo a Psiquiatria Democrática frisa tão insistentemente a reprodução social do paciente psicótico como objetivo de sua intervenção. Ela acredita que por esta nova relação, entre o psicótico e sua comunidade, poderá haver produção de novos sentidos e de saúde.

Silveira não era alheia ao ponto de vista basagliano de criação de uma comunidade indiferenciada. Ela chega a citar, em seu livro “Mundo das Imagens” uma declaração de Basaglia (apud Silveira, 1992, p. 15), na qual ele diz: “Hoje em dia não se sabe bem quem é o psiquiatra. Se alguém que deve regular a ordem pública, ou alguém que tem o dever de atender às necessidades, aos desejos do indivíduos”. Neste trecho, a psiquiatra brasileira percebe que seu colega italiano visa à mudança do papel social do psiquiatra, tradicionalmente

¹⁰¹ Basaglia passou por dois períodos em sua trajetória como artífice da transformação do manicômio: no primeiro (1961-1968), quando diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, lutou para abrir e democratizar a instituição, a partir dos moldes da Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones. No segundo (1971-1980), já em Trieste, caracterizou-se pelo fechamento do manicômio e pela criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio.

a autoridade que protege a ordem pública, para alguém que está primordialmente interessado no sofrimento dos outros.

Silveira (1986, p. 12) também mantinha, na Casa das Palmeiras, uma convivência que visava à maior proximidade possível com seus pacientes, ao ponto de chegar perto da descrição da comunidade indiferenciada proposta por Basaglia:

Portas e janelas estão sempre abertas na Casa das Palmeiras. Os médicos não usam jaleco branco, não há enfermeiras e os demais membros da equipe técnica não portam uniformes ou crachás. Todos participam ao lado dos clientes, das atividades ocupacionais, apenas orientando-os quando necessário. E também todos fazem em conjunto o lanche, que é servido no meio da tarde, sem discriminação de lugares especiais.

Percebemos pelo trecho acima que a psiquiatra brasileira busca um ambiente o menos formal possível, para que se possa se formar uma comunidade onde a proximidade seja a regra. Nesse ambiente informal, as relações interpessoais são favorecidas e o paciente – a quem Silveira (1986, p. 12) nomeia cliente – tem amplas possibilidades de efetivá-las:

As relações interpessoais formam-se de forma espontânea entre uns e outros. Distinguir médicos, psicólogos, monitores, estagiários, clientes, torna-se tarefa ingrata. A autoridade da equipe técnica estabelece-se de forma natural, pela atitude serena de compreensão em face à problemática do cliente, pela evidência do desejo de ajudá-lo e por um profundo respeito à pessoa de cada indivíduo.

Pela descrição de Silveira, deduzimos que ela se aproxima do objetivo de Basaglia de formar uma comunidade indiferenciada, onde a partir da maleabilidade dos papéis, o cliente pode desenvolver novas relações com as pessoas que convivem com ele. Já a atitude da equipe

técnica, que prima pelo não-autoritarismo, pode ser ilustrada por um caso citado por Melo¹⁰² (2001, pp. 132/133):

Esta mutabilidade emocional foi vivida por Eneida, uma das frequentadoras da Casa das Palmeiras. A moça ateou fogo no cômodo da casa que funcionava como almoxarifado. Pulou, então pela janela deste cômodo e, de maneira sorrateira, entrou pela janela do cômodo ao lado e sentou-se tranqüilamente no sofá. Quando o fogo foi debelado, ao contrário do que aconteceria em grande parte das clínicas psiquiátricas, não foi utilizado nenhum método coercitivo, dado que Nise se aproximou de Eneida e lhe disse que ela parecia a Sekhmet¹⁰³, que se transforma na gata Bastet.
(...)

Notamos neste trecho como a grande psiquiatra brasileira era avessa à coerção. Dentro de sua visão, toda a conduta humana, por mais destrutiva que ela parecesse ser, tinha um sentido humano oculto por trás, como considera Vaisberg (2002). Por este motivo, ela aponta para Eneida um correlato cultural, antropológico: a semelhança de seu comportamento com o das deusas egípcias. Segundo Melo (2001, p. 133), essa correlação feita por Silveira sensibilizou profundamente Eneida:

(...) Eneida ficou intrigada com as palavras de Nise e quis saber o que significavam. Nise, então, lhe narrou o mito. Eneida, profundamente atingida pela história, pede para que Nise a conte de novo. Ao reunir um grupo de frequentadores da *Casa*, Nise narrou novamente o mito, e ficou decidido que seria apresentada uma peça. O título seria *A Incendiária*, e Eneida atuaria em dois papéis: de Bastet e de Sekhmet. Com a intenção de

¹⁰² Walter Melo, mestre em Psicologia pela PUC-Rio, foi voluntário na Casa das Palmeiras por cinco anos.

¹⁰³ Sekhmet é uma deusa-leoa do antigo Egito, que se metamorfoseia em Bastet, deusa benévola com cabeça de gato e corpo de mulher (Melo, 2001).

interpretar seu papel da melhor forma possível, Eneida visitou o zoológico várias vezes para estudar os movimentos da leoa (...).

Diante da sensibilidade de Silveira e do seu pronto desejo de ajudar sua cliente a encontrar um sentido para sua conduta, ela conseguiu atingi-la de forma profunda e transformadora. Vemos pelo exemplo que a psiquiatra brasileira consegue atingir seu intuito terapêutico e, ao mesmo tempo, passa a ter uma autoridade natural sobre sua cliente, sempre num ambiente livre de coerção. Silveira (1986, pp. 12/13) coloca que “a Casa das Palmeiras é um *pequeno território livre*, onde não há pressões geradoras de angústia, nem exigências superiores às possibilidades de resposta de seus freqüentadores” (os grifos são do autor). Esta ambiência livre, que é característica da Casa, somada à facilitação dos relacionamentos pela informalidade das relações possibilitam que seus clientes estabeleçam um relacionamento confiante com a equipe da Casa. Comenta Silveira (1986, p. 11):

Convivendo com o cliente durante várias horas por dia, vendo-o exprimir-se verbal ou não verbalmente em ocasiões diferentes, seja no exercício de atividades individuais ou de grupo, a equipe logo chegará a um conhecimento bastante profundo de seu cliente. E a aproximação que nasce entre eles, tão importante no tratamento, é muito mais genuína que a habitual relação de consultório entre médico e cliente. A experiência demonstra que a volta à realidade depende um primeiro lugar de relacionamento confiante com alguém, relacionamento que se estenderá aos poucos a contatos com outras pessoas e com o ambiente. O ambiente que reina na Casa, é por si próprio, um importante agente terapêutico.

Este trecho mostra como a psiquiatra brasileira utiliza o ambiente da Casa como fator terapêutico. A informalidade do ambiente leva os membros da equipe da Casa a estarem muito próximos de seus clientes, o que gera um relacionamento estreito com eles. Este

relacionamento geralmente adquire a qualidade da confiabilidade, o que permite que o cliente da Casa, que é uma pessoa portadora de sofrimento de tipo psicótico, possa expandir gradualmente este relacionamento a outras pessoas e ao ambiente que o cerca.

Vaisberg argumenta que a psicose aliena àquele que sofre do mundo humano. Ela aprofunda a noção de exclusão do paciente psicótico do mundo social, formulada por Basaglia, para uma noção de exclusão como a retirada da pessoa do mundo humano. Vaisberg (2002, pp. 13/14) coloca:

Finalizo reiterando que a exclusão social não pode ser combatida apenas por meio de medidas políticas, sócio-educativas ou de práticas de cidadania, ainda que estas sejam, evidentemente, indispensáveis. Há que pensar, também, detidamente, nas sutilezas implicadas numa clínica voltada à exclusão, considerando aí contidas problemáticas que vão desde a segregação psiquiátrica até a morte antecipada dos pacientes portadores de doenças incuráveis, passando por todos aqueles estados, mais ou menos perceptíveis, nos quais a vida é sentida como futilidade e a própria existência como irreal. Em termos mais abrangentes, cabe ao psicanalista pronunciar-se, a partir do conhecimento que vem acumulando ao longo das últimas décadas, no sentido de dizer que toda vez que este mundo se torna dificultoso e inóspito, colocando os seres humanos em condições que os lançam em aflição, agonia ou 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 existência humana.

A psicanalista brasileira aponta neste trecho que além da exclusão social que o manicômio realiza sobre o paciente, há também aqueles estados em que o próprio paciente se

sente ele mesmo excluído do mundo humano, por sentir-se irreal. Vaisberg cita o exemplo de René, a paciente de Sécheaye (1950, p. 32), que em seu relato autobiográfico faz um pungente relato do sentimento de irrealidade que lhe acometia:

(...) Uma vez, estava no Patronato, vi de repente a sala se tornar imensa e como iluminada por uma luz terrível, elétrica, que não dava sombra nenhuma. Tudo era nítido, polido, artificial, extremamente tenso; as cadeiras e as mesas me pareceram maquetas pousadas a esmo. Alunas, professoras, mamulengos que evoluíam sem nexos, sem finalidade. Não reconhecia nada mais, nem ninguém. É como se a realidade tivesse se diluído, evadido de todos os objetos e pessoas. Uma horrível angústia me invadia, procurava perdidamente um socorro qualquer. Escutava as conversas, mas não aprendia o significado das palavras. As vozes me pareciam metálicas, sem timbre nem calor. Às vezes, uma palavra salientava-se do conjunto. Repetia-se no meu cérebro, como cortada à faca, absurda. E quando uma das colegas se aproximava de mim, eu a via aumentar, aumentar, como a meda de feno. Então fui à monitora da classe e disse: “Tenho medo, porque todo mundo tem uma cabeça de corvo pequenina, pousada na cabeça”. Ela me sorriu, bondosa, e me respondeu algo que não me lembro. Mas o seu sorriso em vez de me tranquilizar ainda aumentou minha angústia e a minha confusão, pois me fixei nos seus dentes, alvos e regulares. Os dentes cintilavam sob o brilho de luz e fogo, embora sempre parecidos com eles mesmos, ocuparam toda a minha visão, como se a sala toda fosse só dentes, sob uma luz implacável. Invadia-me um medo insuportável (...).

Neste revelador trecho, René relata como um episódio psicótico, ao mesmo tempo em que faz a pessoa se sentir irreal, aparta desta a possibilidade dela se comunicar com os outros

humanos, mesmo que deseje isto, pois o outro humano também lhe parece totalmente bizarro, inumano. O resultado deste fenômeno é que o psicótico passa a viver num mundo exclusivamente seu, irreal, de forma totalmente solitária e angustiante.

Vaisberg então argumenta, seguindo Winnicott (1988), que o mais importante, em termos da terapia da psicose, é o paciente conseguir se sentir mais real, ao contrário do que acontece na terapia de neuróticos, que visam a um maior autoconhecimento. Neste sentido, uma clínica psicanalítica da psicose, segundo a psicanalista brasileira, deve utilizar como intervenção primordial o holding, não a enunciação de sentenças interpretativas. Isto é, em primeiro lugar, está o entendimento empático das necessidades e angústias do paciente psicótico, conforme Winnicott (1963, p. 216) coloca:

Ver-se-á que o analista está *sustendo* o paciente e isto muitas vezes toma a forma de transmitir em palavras, no momento apropriado, algo que revele que o analista dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando. Ocasionalmente o holding pode tomar a forma física, mas acho que é somente porque houve uma demora na compreensão do analista do que ele deve usar para verbalizar o que está ocorrendo.

O psicanalista inglês atribui uma importância muito grande ao holding nos casos em que as ansiedades são muito intensas e dominam a cena analítica. Como em relação aos pacientes psicóticos predominam as agonias impensáveis, sofrimentos disruptivos que ameaçam o sentimento de continuidade do ser, o acolhimento e compreensão destas agonias ganham um papel importantíssimo em relação à terapia da psicose, pois permitem que o paciente possa ter este sofrimento aliviado, preservando assim a possibilidade de uma

continuidade existencial. Winnicott (1963, p. 216) discorre sobre a importância da compreensão empática do paciente e do holding físico no caso do paciente psicótico:

Há ocasiões em que você fala e fala a seu filho que está com dor de dente. Palavras de consolo não adiantam. Há ocasiões, provavelmente, em que um paciente psicótico necessita do *holding* físico, mas eventualmente compreensão e simpatia é o que será necessário.

Constatamos neste trecho que o psicanalista inglês realmente não trabalhava com sentenças interpretativas quando analisava pacientes psicóticos, dando ênfase ao holding como intervenção principal nestes casos. Em outro trecho, Winnicott (1954, p. 375) reafirma este princípio:

No *terceiro* grupo incluo todos aqueles pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, remota e imediatamente anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade, e anteriores à aquisição do *status* de unidade em termos de espaço-tempo. A estrutura pessoal não está ainda suficientemente integrada. A respeito desse terceiro grupo, a ênfase recai mais freqüentemente sobre o manejo, e por vezes se passa longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, o manejo ocupando a totalidade do espaço.
(os grifos são do autor)

A esses pacientes, que são psicóticos por não formarem uma personalidade integrada, Winnicott claramente coloca que o trabalho a ser feito é principalmente de manejo ou holding, sendo que a intervenção psicanalítica clássica, que visa à enunciação de sentenças interpretativas, deve ser suspensa por longo período de tempo.

Silveira (1982, 1992) também não trabalha interpretando diretamente com seus pacientes psicóticos as pinturas e modelagens feitas por eles. Ao contrário, procura, antes de

tudo, compreender as angústias e ansiedades vividas por eles, e ter uma atitude acolhedora frente ao paciente. Podemos dizer que, na proposta terapêutica da psiquiatra brasileira, isto está presente, tanto conceitualmente como vivencialmente. Conceitualmente, Silveira (1992, p. 16) descreve o método de terapêutica ocupacional que utiliza com seus pacientes:

...Era um método que deveria, como condição preliminar, desenvolver-se num ambiente cordial, centrado na personalidade de um monitor sensível, que funcionaria como uma espécie de catalisador. Nesse clima, sem quaisquer coações, através de várias atividades verbais ou não verbais, os sintomas encontravam oportunidade para se exprimirem livremente. O tumulto emocional tomava forma, despotencializava-se.

Neste trecho notável, a psiquiatra brasileira fala tanto do holding, como também especifica o enquadre que utiliza em seu trabalho com pacientes psicóticos. No tocante ao holding, Winnicott (1963) define que ele é essencialmente a compreensão da angústia do paciente. Para que isso ocorra, em primeiro lugar o terapeuta deve ser uma pessoa sensível e devotada ao paciente. Podemos dizer que na proposta terapêutica de Silveira, isto está presente, tanto conceitualmente como vivencialmente. Conceitualmente, quando ela fala que o monitor deve ser uma pessoa sensível que compreenda as angústias e necessidades do paciente. Mediante esta postura, ele poderá estabelecer um ambiente cordial e ter um efeito catalisador frente ao paciente, ou melhor, poderá estabelecer um relacionamento afetivo que facilite ao paciente a expressão e elaboração de sua angústia, colocando o paciente na direção de sua cura.

Exemplificando como Silveira faz o holding com o paciente, citaremos o caso de Fernando Diniz, paciente da mesma na Seção de Terapêutica Ocupacional (STOR) do Pedro II. Ele freqüentava o STOR já há algum tempo e, segundo Silveira (1982, p. 49), apresentava

certa melhora em seu quadro psicopatológico, com “melhor relacionamento interpessoal, interesse pelos estudos” ao realizar uma série de pinturas cujo tema era a sua casa. De acordo com a grande psiquiatra, Fernando Diniz nunca tivera uma casa própria, pois sempre morara em cortiços ou em quartos em casa de patrões. O tema da casa, segundo Silveira, dizia respeito a uma casa onírica, que nunca ele chegou a possuir. Porém a construção imaginária do espaço cotidiano lhe fez bem. Porém, no meio da série de pinturas sobre a sua casa, algo trágico acontece: o falecimento de sua mãe. Silveira (1982, p. 69) relata o estado em que Fernando ficou:

Mergulha no *espaço escuro*. Durante longo período suas pinturas foram garatujas caóticas. Dificilmente ele escaparia dos sub-rótulos de “estado de deterioração” ou de “demenciação” que viriam a acompanhar o diagnóstico de esquizofrenia, tanto mais que esta regressão aconteceu quando Fernando já tinha mais de quinze anos de internamento. Sem tratava-se de um crônico, na terminologia tradicional

Mas a sensibilidade da psiquiatra alagoana não se deixa enganar. Ela percebe que as faces de Fernando estão crispadas de angústia. Silveira (1982, p. 70) realiza então um esforço terapêutico extra e disponibiliza uma monitora para acompanhar exclusivamente Fernando:

Tentei então a experiência de colocar uma monitora com a função exclusiva de permanecer ao seu lado no atelier. A monitora não intervinha, não opinava sobre as pinturas. Apenas ficava ali, silenciosa, numa atitude de interesse e simpatia por qualquer coisa que ele fizesse, mesmo suas espessas garatujas.

Um mês de acompanhamento da monitora foi o suficiente para que surgissem as primeiras mudanças. Aos poucos, Fernando começa a desenhar outros motivos que não as

garatuja. Os primeiros motivos são cerejas. Logo depois, ele começa a desenhar uma série com temas japoneses, com objetos de lá, mas principalmente com mulheres japonesas. Silveira fica intrigada com o fato, e acaba descobrindo que Fernando um dia disse à monitora que ela parecia uma japonesa.

O fato de Silveira ter compreendido a angústia de Fernando e designado a monitora para estar ao seu lado, como uma mãe devotada, fez com que a necessidade afetiva do paciente fosse satisfeita, abrindo a possibilidade dele sair novamente do caos da desintegração e da melancolia. Este episódio mostra o agudo senso clínico da psiquiatra alagoana, que percebeu a necessidade do fornecimento de um ambiente de holding para Fernando. Silveira (1982, p. 75) faz suas últimas observações sobre este caso:

O relacionamento com a monitora levou Fernando a contato muito melhor com o ambiente. Não só catalisou a coordenação das funções psíquicas e construção de sínteses em torno do tema da japonesa, como religou-o ao mundo externo. Nesse período pintou uma série de paisagens ao ar livre, que refletem bem de perto o mundo real. (...)

A volta à realidade depende em primeiro lugar de um relacionamento confiante com alguém, relacionamento que se estenderá aos poucos a contatos com pessoas e com o meio ambiente.

Podemos dizer que o holding que a monitora forneceu a Fernando tirou-o do estado de retraimento em que ele não conseguia manter contato com ninguém, para outro em que ele, confiando primeiramente na monitora, conseguiu sair novamente da desintegração e voltar a reconquistar seu espaço cotidiano, tornando-se habilitado para estabelecer melhor contato com a realidade.

Após este relato, que mostra de modo vívido o holding que Silveira realizava com seus pacientes, voltaremos nossa atenção à questão do enquadre. Confrontaremos esta concepção em Silveira, com as concepções de Bleger (1985) sobre o enquadramento, com as de Winnicott sobre setting terapêutico (1954a) e com a proposta dos enquadres diferenciados das Oficinas de Criação Ser e Fazer, segundo Vaisberg (2003).

Retornando a Bleger (1985, p. 311), veremos que este autor coloca que no enquadramento psicanalítico está incluído “o papel do analista, o conjunto de fatores espaciais (ambiente), e temporais, e parte da técnica (na qual se incluem o estabelecimento e a manutenção de horários, honorários, interrupções planejadas etc.)”.

Pensando a proposta de Silveira a partir das proposições do psicanalista argentino, podemos dizer que ela deixa bem claro o papel do terapeuta e o ambiente desejado: ser uma pessoa sensível e acolhedora, capaz de fornecer um ambiente de oficina cordial para seus pacientes. Este é um ponto fundamental de sua proposta, e o não cumprimento desta condição pode levar ao fracasso da oficina. Silveira (1982, p. 69) relata o declínio de uma oficina, a partir da mudança de um monitor:

Um estudo sobre a capacidade de aprendizagem do esquizofrênico crônico teve de ser interrompido quando o monitor da oficina de encadernação, onde estava sendo feita a pesquisa, entrou em licença prolongada por motivo de saúde. A encadernação pareceu-me adequada para a investigação da capacidade de aprendizagem num nível bastante alto. Com efeito, a encadernação de um livro requer compreensão de diversas etapas que devem ser seguidas em seqüência ordenada para chegar-se ao resultado final, bem como exige concentração e atenção ao trabalho. Três esquizofrênicos internados há mais de vinte anos e quatro outros, com mais

de cinco anos de doença, aprenderam facilmente a técnica de encadernar. O afastamento do monitor perturbou a experiência. O excelente relacionamento existente entre os doentes e o monitor antigo não se estabeleceu com seu substituto. Todos se desinteressaram daquela atividade, exceção de um deles, que depois da alta continuou trabalhando no ofício aprendido no hospital. (...)

De acordo com esta narrativa, a psiquiatra brasileira conta o ocorrido com a oficina de encadernação, que era coordenada por um monitor sensível, que conseguia fazer do espaço terapêutico um lugar cálido, cordial. Durante o período de trabalho do monitor, este conseguiu fazer com que esquizofrênicos crônicos aprendessem uma arte que exige atenção e concentração no trabalho, algo que por si só é digno de nota. Porém esta experiência fracassa quando ele é substituído por outro monitor, com certeza menos sensível, menos caloroso e que não consegue fazer da oficina um ambiente cordial. Por considerar fundamental a qualidade do monitor para o sucesso das oficinas, Silveira (1982, p. 67) dá muita importância na formação de monitores de terapia ocupacional:

Um passo indispensável para sairmos do nível empírico de trabalho seria cuidar da formação de monitores. Organizei alguns cursos de terapêutica ocupacional, cursos de emergência, que correspondessem a nossas necessidades imediatas. E, sobretudo, regularmente eram feitas com os monitores reuniões destinadas à avaliação psicológica das atividades e seu papel terapêutico em cada caso clínico.

Para conseguir manter seu enquadre, a psiquiatra brasileira cuidou da formação de monitores, pois eles são parte fundamental deste. Ela teve sucesso neste quesito, conseguindo que vários monitores – em sua maioria pessoas sem nível de instrução universitário – se

dispusessem a usar de sua sensibilidade e intuição em prol dos pacientes psicóticos. Silveira (1982, p.67) comenta o caso do monitor Hernani Loback:

Em fins de 1947, o monitor Hernani Loback, que tinha a seu cargo a oficina de encadernação, trouxe do Hospital Gustavo Riedel um doente sem autorização escrita do psiquiatra que o tinha a seus cuidados. Repreendi Hernani. E ele me respondeu que há vários dias vinha notando no **canto dos olhos** daquele doente o desejo de o acompanhar, quando trazia do pátio outros internados providos de autorização médica para freqüentarem a terapêutica ocupacional. Naturalmente esse doente foi aceito. A sensibilidade para captar desejos no **canto dos olhos** de esquizofrênicos é muito mais importante que conhecimentos técnicos. Se as duas coisas estiverem juntas evidentemente será o ideal. (os grifos são do autor)

Neste trecho, a autora mostra a importância da sensibilidade em seu enquadre, sendo às vezes mais importante que conhecimentos técnicos. Hernani pôde ajudar, por meio de sua sensibilidade, quando o paciente Emygdio, após ter participado da oficina de encadernação, tornou-se freqüentador do atelier de pintura e modelagem de Silveira, tendo pintado, segundo Silveira (1982, p. 67) “telas que ultrapassaram o âmbito da psiquiatria e constituem hoje reconhecido patrimônio artístico nacional¹⁰⁴”. Em termos de sua evolução psicopatológica, ele, que havia sido internado por vinte anos por causa de um transtorno paranóico, teve melhora de seus sintomas, voltando inclusive a morar com familiares, por vários anos. Apesar de ser acompanhado por um psiquiatra, Emygdio foi mais ajudado por um monitor de oficina terapêutica, sem o grau universitário, graças à sua sensibilidade.

¹⁰⁴ Emygdio é admirado por críticos de arte do porte de Mario Pedrosa e Ferreira Gullar (Silveira, 1992).

Podemos então dizer que o holding, ou seja, a intuição e a compreensão do paciente pelos monitores de oficina terapêutica, faz parte do enquadre de Silveira (1992), pois é parte da técnica interventiva da psiquiatra brasileira. De forma semelhante, Vaisberg (2003, p. 26) pensando o enquadre diferenciado das oficinas terapêuticas de inspiração winnicottiana¹⁰⁵ afirma:

Os enquadres psicanalíticos diferenciados que propomos baseiam-se na observância rigorosa do método psicanalítico e se caracterizam:

- pela **disponibilização de materialidades expressivas**, que são usadas como mediação da comunicação emocional, condição facilitadora da presentificação do “si mesmo” do paciente, ou seja, da expressão de seu *gesto espontâneo*.

- pelo uso de um tipo específico de intervenção terapêutica, do tipo não interpretativo, conhecida como **holding** ou **manejo do setting**, que visa **sustentação** emocional responsável pela ruptura de campos agônicos, favorecendo, deste modo, a ocorrência de experiências mutativas.

- pelo fato de se realizarem **enquanto psicoterapia psicanalítica não-interpretativa em grupo**, sempre que possível.

Do texto denota-se que há vários pontos de aproximação entre a proposta de Vaisberg e a de Silveira. Como já discutimos, fica claro que Silveira utiliza, no manejo de seus pacientes, um tipo de intervenção que é muito próximo do holding winnicottiano, pois atenta fundamentalmente para a angústia do paciente, procurando dar-lhe suporte emocional. Quanto ao terceiro item, levantado por Vaisberg, Silveira (1986) trabalhava em grupo muitas vezes.

¹⁰⁵ O enquadre diferenciado foi desenvolvido por Vaisberg e colaboradores nas Oficinas de Criação Ser e Fazer, vinculadas ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínico-Social, do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Vaisberg (2003) desenvolveu este enquadre, que difere do enquadramento do dispositivo psicanalítico padrão, a partir das consultas terapêuticas de Winnicott (1971), onde este aplicava o jogo de rabisco como materialidade mediadora, com o objetivo que o paciente expressasse seu self através dele.

Na Casa das Palmeiras, o grupo era a forma primordial das atividades terapêuticas. No STOR, além das atividades grupais, como a oficina de encadernação, o atelier de pintura e modelagem se situava num espaço coletivo. Apesar do paciente poder pintar sua tela de forma individual, ele pintava sua tela convivendo com outros pacientes.

Deter-nos-emos agora com mais vagar na primeira proposição de Vaisberg. O oferecimento de materialidades mediadoras, por parte do enquadre clínico diferenciado, tem origem nas Consultas Terapêuticas de Winnicott (1971), nas quais o psicanalista inglês utiliza o jogo do rabisco¹⁰⁶ como materialidade mediadora que facilita a expressão emocional (Vaisberg e Vitali, 2003). Vaisberg e colaboradores utilizavam, a partir da sugestão de Winnicott, outras formas de materialidades mediadoras como flores (Sato, 2001; Vitali, 2003), papel reciclado (Ambrosio, 2005), teatro (Camps, 2003), velas (Mencarelli, 2003).

Assim como Vaisberg propõe o uso de materialidades mediadoras como facilitadoras da expressão emocional, Silveira também visa à expressão emocional quando oferece materiais, que podemos chamar de mediadores. Apesar de ter iniciado seu trabalho a partir de teóricos que trabalhavam com conceitos de terapêutica ocupacional, a psiquiatra brasileira não gosta deste nome para designar seu trabalho. Ela prefere o nome - emoção de lidar - que para ela designa de forma muito mais próxima a qualidade de sua intervenção. Relata Silveira (1986, p. 12/13):

Há várias linhas de pensamento que, apesar do descaso reinante, insistem em procurar fundamentação teórica para interpretar o método ocupacional. E várias denominações para designá-lo – laborterapia, praxiterapia, método hiperativo, método reeducativo, ergoterapia e,

¹⁰⁶ O jogo do rabisco foi utilizado por Winnicott (1971) como forma de ajudar a criança expressar sua problemática, no contexto de suas consultas terapêuticas, onde o psicanalista inglês, além do diagnóstico, já estabelecia um vínculo terapêutico com o paciente.

finalmente, terapêutica ocupacional, termo preferido por ingleses e americanos. A expressão terapêutica ocupacional generalizou-se, embora seja pesada como um paralelepípedo. Preferimos dizer *emoção de lidar*, expressão usada por um dos clientes da Casa das Palmeiras, pois sugere a emoção provocada pela manipulação dos materiais de trabalho, uma das condições essenciais para a eficácia do tratamento.

A partir da nova nomenclatura proposta pela psiquiatra brasileira¹⁰⁷ para a terapêutica ou terapia ocupacional - *emoção de lidar* - vemos a centralidade da emoção em suas concepções sobre oficina expressiva. O objetivo da oficina terapêutica é que o tumulto emocional tome forma, pela emoção de lidar com os mais variados materiais. De acordo com a expressão do emocional, o ser do paciente se manifesta, em seus sintomas, mas também nas riquezas de seu mundo interno (Silveira, 1992).

Retomando Vaisberg, ela considera que a materialidade mediadora facilita a presentificação de si-mesmo pelo gesto espontâneo. Ao se apresentar a materialidade mediadora num ambiente de sustentação emocional, a expressão do verdadeiro *self*¹⁰⁸ fica facilitada, favorecendo o aparecimento do gesto espontâneo, o que favorece a continuidade do ser do paciente e o rompimento das vivências agônicas.

Para entendermos se Silveira (1982) aproxima-se das proposições de Vaisberg, apresentaremos um caso clínico, já citado no estudo: o de Fernando Diniz. Negro pobre, filho único de mãe solteira, ele nunca tivera uma casa só sua para morar. Vivia em cortiços com a mãe, ou em casas de patrões dela. Para poder conseguir emprego e moradia, a mãe o

¹⁰⁷ Silveira é considerada uma das pioneiras da terapia ocupacional no Brasil.

¹⁰⁸ Segundo Winnicott (1960b), o verdadeiro self é uma organização do self, que é instalada quando uma mãe suficientemente boa consegue cuidar e gratificar as necessidades do bebê, abrindo perspectivas para que o self do bebê não tenha que se defender de vivências agônicas. A partir do reconhecimento das próprias necessidades como legítimas, o verdadeiro self pode se expressar de forma autêntica, sendo a origem do gesto espontâneo, das idéias pessoais, da criatividade e do sentimento de se sentir real.

fazia como muito pequeno, mais novo que sua idade real. Mais crescido, sua mãe sempre lhe dizia para não perturbar seus patrões, porque senão não teriam onde morar. Na adolescência, apaixona-se pela filha de uma patroa, Violeta. Deseja casar-se com ela. Inteligente, freqüentando um colégio devido à influência social de seus patrões, ele é o melhor da classe. Ele objetiva ser engenheiro, para poder casar com sua amada. Um dia Fernando fica sabendo que Violeta se casou. Ele começa a perambular nas ruas sem destino, agressivo. É levado pela polícia para o Centro Psiquiátrico Pedro II, onde é internado para nunca mais sair.

Quando ele começa a freqüentar o atelier de pintura, ele é considerado um esquizofrênico crônico, com poucas possibilidades de uma melhora. Silveira (1982) começa a investigar o que ocorre com este paciente, que se envolvia intensamente com a pintura. Acaba descobrindo, conversando com ele, que, antes de ser internado, Fernando tinha a impressão de que na rua os edifícios curvavam-se sobre si.

Silveira (1982) tem uma preocupação especial com a questão do espaço vivido, existencial do paciente. Ela sabe que a estruturação do espaço vivido é uma das garantias da saúde psíquica. A autora cita Merleau-Ponty (apud Silveira, 1982, p. 33):

O que garante o homem sadio contra o delírio e a alucinação não é sua crítica, mas a estruturação de seu espaço (...) O que leva à alucinação é o estreitamento do espaço vivido, o enraizamento das coisas no nosso corpo, a vertiginosa proximidade do objeto.

Bleger (1985) afirma que há uma simbiose ego-corpo-mundo, que nos fornece, quando estável, as condições para que possamos discriminar nossa mente, nosso esquema corporal e os objetos do mundo. Quando esta simbiose é abalada, os objetos começam a fazer parte do nosso esquema corporal, a mente não tem mais espaço para se movimentar, a sensação de irrealdade invade o ser, a pessoa se sente louca.

Silveira (1982, p. 33) também tinha conhecimento das experiências espaciais de Renée, paciente psicótica que fora curada pela psicanalista francesa Séchehaye (1951) e que posteriormente relatou em um livro sua experiência com a psicose e seu tratamento:

Renée, depois de curada, conta no *Diário de uma Esquizofrênica* que um dos principais elementos, sempre presentes nas suas vivências de irrealidade é a de espaço imenso, sem limites. De súbito um campo de trigo parecia-lhe estender infinitamente numa luz branca, cintilante, ou seu próprio pequeno quarto tornava-se às vezes enorme e cada canto de uma claridade ofuscante.

A autora aponta para a sensação de irrealidade que o espaço subvertido traz para Renée. Vaisberg (2002), referindo-se à experiência de Renée, aponta que a irrealidade, o sentimento da ausência de si, da exclusão da convivência verdadeira, exclui a pessoa do mundo humano e impede o sentimento de continuidade do ser, que é continuamente ameaçado pelas vivências agônicas.

Bleger (1985) coloca que o ambiente psicanalítico fornece uma constante de espaço que é imprescindível para a constituição do enquadramento, e é importante na constituição ou reconstituição do espaço do paciente. Winnicott (1954a, p. 382/383) fala das condições de um bom espaço analítico:

Este trabalho deveria ser feito dentro de um quarto e não em um corredor, um quarto silencioso e não sujeito a barulhos repentinos e imprevisíveis, mas não absolutamente silencioso nem imune aos ruídos domésticos normais. O quarto estaria adequadamente iluminado, mas nunca por uma luz direta no rosto e nem por uma luz variável. O quarto certamente não seria escuro, e estaria agradavelmente aquecido. O paciente deitaria

num divã, ou seja, estaria confortável (caso isto lhe fosse possível), e haveria provavelmente um cobertor e um jarro de água.

Vemos, neste trecho, que o psicanalista inglês se preocupa em tornar o setting psicanalítico o mais humano possível, com uma calidez cordial, como se fosse um ambiente de holding. Tudo é pensado para que o paciente se sinta agradavelmente acolhido por outro ser humano. Obviamente, Winnicott (1954a) sabe que este ambiente é terapêutico, permitindo que o paciente possa desenvolver uma confiança para com o ambiente, o que lhe proporcionará a possibilidade de expressar suas angústias e, eventualmente, até entrar em processo de regressão¹⁰⁹.

Silveira (1982) também se preocupou com o espaço terapêutico do atelier de pintura. Ele não se localiza nos prédios principais, que são os hospitais psiquiátricos dentro do imenso terreno onde fica o Centro Psiquiátrico Pedro II. Ele é um edifício de um andar, parecido com uma casa, localizado perto de um bosque, retirado dos prédios principais. Silveira (1982, p. 37) descreve o espaço do atelier:

O atelier era lugar agradável, amplo espaço com janelas sempre abertas, deixando ver velhas árvores. O recinto do atelier foi muitas vezes espontaneamente escolhido como motivo para pinturas, o que indica o quanto este lugar era significativo para seus frequentadores. Ali o mundo externo era ameno. Num ambiente de aceitação e simpatia a livre produção de formas podia desdobrar-se sem a interferência de quem quer que fosse, médico ou pintor.

Silveira também se preocupa com o fornecimento de um espaço agradável, onde o paciente possa se sentir confortável e seguro o suficiente para realizar suas produções. Ela

¹⁰⁹ Na clínica winnicottiana, a regressão é um importante fator terapêutico, pois leva o paciente a voltar ao momento em que a falha ambiental ocorreu, podendo aí ser revivida com o terapeuta, que lhe tentará fornecer o holding suficiente para que ele possa superá-la (Winnicott, 1954c).

rejeita o frio espaço psiquiátrico, despersonalizador. Aliás, esta é uma tendência dentro da reforma psiquiátrica, ou seja, a produção de um ambiente o mais humano possível. Nicácio (1994) relata que, apesar dos primeiros NAPS terem sido alojados em prédios públicos, logo se procurou o aluguel de casas para que fossem criados Núcleos em ambiente mais humano.

Retornando ao caso de Fernando, Silveira (1982, p. 42) narra que, ao começar freqüentar o atelier, ele, por intermédio de suas pinturas, deixa entrever uma estruturação caótica de seu espaço:

(...) Na sua pintura, objetos diversos acham-se muito próximos um dos outros, sem espaço livre entre si. Desfilam em atropelo recordações de infância, imagens de experiências internas e externas intrincadas uma às outras. Foi comovedor acompanhar Fernando nos seus esforços de sair dessa condição opressora. Ele utiliza a pintura como instrumento de trabalho a fim de retirar as coisas daquela visão turbilhonante. (...)

Aos poucos, Fernando tenta ordenar as vivências caóticas e vertiginosas que com certeza o deixavam transtornado. O ambiente calmo do atelier de pintura, que havia proporcionado a ele a expressão de vivências regressivas, começa a permitir-lhe que alguma reestruturação pudesse ser feita. Conta Silveira (1982, p. 44):

Fernando recorre ao enquadramento dos objetos para retê-los e retirá-los do fluxo perturbador de sensações e imagens. Mas para que conseguisse reestruturar o espaço, seria necessário que um tema carregado de afeto polarizasse sua atividade psíquica dissociada.

Este tema foi a *casa*. Menino pobre, criado junto a sua mãe, modesta costureira, em promíscuos casarões de cômodos, aspirava habitar numa casa somente dele, lugar íntimo e seguro. Esta casa jamais existiu. A casa de

Fernando foi uma *casa onírica*. Ele não a sonhou vista de fora. Imaginou-a no interior, onde pudesse levar uma vida aconchegante e secreta.

Fernando passa, então, a pintar uma série de produções onde ele elabora esta casa onírica, verdadeiro objeto transicional que o ajudará a sair do caos da desintegração psíquica. Em relação ao objeto transicional, podemos dizer que Winnicott (1951) o define como um objeto que é oferecido de fora, mas que ao mesmo tempo vem de dentro. No caso da terapêutica ocupacional de Silveira, podemos dizer que as tintas e pincéis oferecidos vêm de fora e encontram a fantasia criadora do paciente. Podemos dizer que as tintas e pincéis são apresentados pelo monitor, como a mãe oferece o seio ou outro objeto para o bebê, num fenômeno que Winnicott (1951) chamou de apresentação do objeto.

Podemos dizer que, neste momento, Fernando presentificou aspectos do seu verdadeiro *self*, no sentido que pôde esboçar necessidades intensas, que contrariavam tendências de adaptação ou pertencentes ao falso *self*, como a submissão aos padrões, para poder ter aonde morar. Desta forma, realizou um gesto espontâneo, de acordo com as postulações winnicottianas.

Voltando às pinturas de Fernando, num primeiro momento ele produz quadros com inúmeros objetos da casa misturados, justapostos sem ordenação pragmática nenhuma. Num segundo momento, ele consegue pintar telas onde ele consegue traçar uma linha de base, um assoalho, rodapés, a partir dos quais o espaço e os objetos da casa vão se ordenar. Ele pinta quadros com cantos da casa, cada um com um objeto. Por fim ele realiza uma pintura onde uma sala completa se apresenta com os objetos ordenados. O próprio Fernando, em depoimento a Silveira (1982, p. 45), fala de sua produção:

Fernando diz que essa pintura é seu trabalho mais “importante”. E acrescenta: “eu primeiro fiz um pedaço de cada canto e depois juntei tudo

num quadro só (...). É como as letras a e i o u. A gente aprende uma por uma para depois juntar e fazer uma palavra. As letras são mais fáceis de juntar do que as imagens. As figuras são mais difíceis para ligar. As letras a gente sabe logo, as figuras nunca se sabe totalmente”.

O processo de construção de um espaço transicional dá a Fernando uma possibilidade de recuperação do espaço cotidiano, o que gera efeitos mutativos. Conclui Silveira (1982, p. 48):

Paralelas modificações clínicas, melhor relacionamento interpessoal, interesse pelos estudos, foram verificados.

Paradoxalmente, Fernando reencontra o espaço da vida diária numa casa sonhada, donde se conclui que o espaço imaginário e o espaço da realidade estão estreitamente ligados. A reconstrução do espaço cotidiano acompanha a reconstrução do ego.

Apesar de Silveira (1982) não utilizar o conceito de espaço transicional¹¹⁰, o processo terapêutico de Fernando aponta para esta direção, no sentido de que no atelier de pintura o objeto tinta se transforma numa casa e isso faz com que o espaço externo deixe de ser opressor, porque foi reencontrado/recriado por Fernando. Ao fazer o espaço não ser só invasivo, a experiência de Fernando no atelier fez com que seu ego se livrasse de uma experiência agônica, permitindo uma continuidade de ser e uma melhor sanidade mental.

Vemos que Silveira (1982), apesar de não usar os mesmos termos teóricos que os winnicottianos, em sua prática aproxima-se muito das proposições que foram colocadas por Vaisberg (2003), pois sua forma de atuar permite a emergência da criatividade do paciente,

¹¹⁰ Dentro da psicologia junguiana, Fordham (1972), coloca que o material artístico utilizado em psicoterapia pode ser considerado como de natureza transicional.

com o surgimento de gestos espontâneos, rompendo vivências agônicas como as suas vivências desestruturantes do espaço.

Neste capítulo, estudamos detidamente o enquadre de Silveira, aproximando-o dos enquadre basagliano e dos enquadres diferenciados propostos por Vaisberg. No próximo capítulo, falaremos da aplicação prática de uma oficina terapêutica de arranjos florais que tem um enquadre fundamentado em Silveira e Winnicott e sua contribuição para o processo de reforma psiquiátrica.

Capítulo V

Saúde Mental e arranjos de flores vivas

A idéia de realizar uma oficina de arranjos florais surgiu quando escolhi trabalhar, em 1994, no Núcleo de Atenção Psicossocial Mater de São Vicente (NAPS). Eu era, na época, um psicólogo recém-formado¹¹¹, sem praticamente nenhuma experiência de trabalho, e havia passado num concurso público da Prefeitura de São Vicente. Aquele concurso oferecia três opções de escolha em termos de instituição. Um seria trabalhar no Centro de Especialidades do Município, atendendo uma demanda variada de adultos, predominantemente neuróticos ou pessoas com problemas de ajustamento. A segunda opção seria trabalhar numa unidade de reabilitação para pessoas portadoras de deficiência física e mental. A terceira era trabalhar no NAPS do município.

Durante o curso de Psicopatologia, na época da graduação da faculdade, visitei um manicômio tradicional. Neste, pude constatar o pouco trabalho feito em prol dos pacientes internados. Em contraste, ao visitar uma instituição privada, que era um hospital-dia e ao mesmo tempo uma enfermaria para internações de curta duração, pude constatar que ela possuía uma forma de atender o paciente bastante próxima ao que Kalina (1982), no capítulo II, chamou de tratamentos de abordagem múltipla, utilizando várias estratégias terapêuticas, como terapia familiar, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, acompanhamento terapêutico e oficinas terapêuticas, além de atendimento

¹¹¹ Gostaria de mencionar o motivo da minha escolha por psicologia. O meu professor de filosofia do colegial, Flavio di Giorgi, que, ao me apresentar as obras de Piaget, Freud, Laing, fez com que me tornasse um apaixonado pela obra do último autor – Laing (1975), em face da ousada tentativa de contestar a psiquiatria clássica. Quando cursei a faculdade de psicologia, tinha interesse muito grande em todos autores que tratavam o problema da psicose em suas obras. Interesse-me, em particular, por Jung e Nise da Silveira, pois são dois autores que efetivamente lidaram com pacientes psicóticos, e têm um ponto vista compreensivo em termos do fenômeno psicótico, como vimos no capítulo II.

psiquiátrico. Achei este trabalho muito interessante e tive a intenção de, algum dia, trabalhar numa instituição com essa estrutura.

No último ano da faculdade, soube que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, o primeiro hospital-dia estatal do Brasil, localizado na Capital, iria fazer um concurso para seleção de estagiários. Infelizmente não pude me inscrever para o concurso, pois o prazo havia expirado. Soube, porém, por intermédio do concurso, que a instituição seguia a filosofia de Franco Basaglia e interessei-me em conhecer a obra do psiquiatra italiano. Tive, logo em seguida, a informação que na Baixada Santista haviam sido criadas instituições de assistência à saúde mental em moldes basaglianos. Ao terminar a faculdade, prestei um concurso público para preenchimento de vagas na Prefeitura de São Vicente, já predisposto a assumir vaga no Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS.

Quando surgiu, então, a possibilidade de assumir um posto no NAPS, não vacilei. Achei que poderia aprender muito com a experiência e, o ano de 1994, comecei a trabalhar neste equipamento. O NAPS Mater havia sido criado em 1993, idealizado pela psiquiatra Suzana Robortella, que havia participado da intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em 1989, e do projeto de desmonte deste manicômio, bem como da implantação de equipamentos humanizados de assistência à saúde mental no município vizinho de Santos. Esta intervenção foi uma das experiências inovadoras em saúde mental na década de 80, após a queda do regime militar, as quais coroaram a luta de trabalhadores de saúde mental por uma década, visando à abertura de serviços alternativos na área (Amarante, 1998). Entre os eventos históricos desta época, podemos enumerar a inauguração do primeiro hospital-dia público do Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – Professor Luís da Rocha Cerqueira, em São Paulo, ocorrida em 1987 (Yasui, 1989), a implantação do projeto de saúde mental em São Paulo, em 1989,

durante a gestão da prefeita Luíza Erundina (Scarcelli, 1998) e, no mesmo ano, a intervenção da Casa de Saúde Anchieta em Santos (Nicácio, 1994).

O fechamento da Casa de Saúde Anchieta foi um grande avanço na transformação da assistência à saúde mental na região da Baixada Santista e Vale do Ribeira. Na década de 80, este hospital funcionava como manicômio regional que atendia a esta região. Construído na década de 50, para funcionar como moderno centro de assistência psiquiátrica (Nicácio, 1994), ele se tornara, durante o regime militar, numa instituição conveniada com o INPS, que naquela época assumiu a assistência à saúde no Brasil. Sobre este período, Amarante (1994, p. 75) escreve:

Na década de 60, com a unificação dos institutos de Aposentadorias e Pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. (...)

A Casa de Saúde Anchieta, no transcorrer dos anos, perdeu sua aura de instituição psiquiátrica com ares de modernidade e tornou-se uma empresa meramente lucrativa. Como consequência dessa mudança, a qualidade de sua assistência declinou grandemente, a ponto da violência imperar na instituição. Segundo Nicácio¹¹² (1994, p. 57), fatos graves aconteceram em 1989:

(...) Este manicômio, conhecido como “Casa dos Horrores”, vinha sendo denunciado pela imprensa local pelas situações de maus-tratos, desrespeito aos

¹¹² Nicácio, MF: Terapeuta ocupacional, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas, docente da Universidade de São Paulo, primeira diretora do NAPS 1 de Santos, localizado na Zona Noroeste da cidade.

direitos humanos e mortes de pacientes: em fevereiro, um paciente morreu por espancamento, em março, um jovem de 22 anos se suicidou e, em abril, também por suicídio, morreu outro jovem.

Por causa destas denúncias, o Governo do Estado realizou uma série de vistorias em março e abril na Casa de Saúde Anchieta, constatando superlotação, insuficiência de pessoal técnico, ausência de recursos adequados para higiene e alimentação, existência de celas fortes e falta de rotina apropriada ao uso de medicamentos (Nicácio, 1994).

Em 3 de março de 1989, após uma vistoria da Prefeitura de Santos e de vários órgãos da sociedade civil, comprovou-se que a situação continuava grave. A própria prefeita, Telma de Souza e seu secretário municipal de saúde, David Capistrano, participaram da visita, e horrorizados com o que encontraram na Casa de Saúde Anchieta, decretaram a intervenção desta instituição., de acordo com Nicácio (1994, p. 62):

Com o desenrolar da intervenção, um cotidiano intenso começou a se desenrolar logo nos primeiros dias, através de um conjunto de medidas imediatas: proibição de qualquer ato de violência, de agressão verbal e física, desativação de celas fortes e grades, liberdade de entrada de visitas aos internos e à instituição, proibição da eletroconvulsoterapia, suspensão da laborterapia¹¹³, estabelecimento de padrões humanos de higiene e alimentação. Ao lado da proposta da eliminação da violência como prática institucional e dos primeiros respiros de liberdade estavam as ações de reconstituição da individualidade, algumas simples, como o uso do próprio nome, a identificação de uma cama e de um quarto para dormir, outras complexas como a

¹¹³ A laborterapia era exercida, na Casa de Saúde Anchieta, como uma prática destinada a render mais lucros para o hospital, em troca de favores para os pacientes (Nicácio, 1994).

compreensão da história de cada um, a escuta da fala do sujeito “para além de sua doença”. (...)

A intervenção, num primeiro momento, teve um caráter humanizador do ambiente hospitalar, proibindo práticas cruéis que haviam se tornado rotineiras: desde péssimas condições de higiene a isolamento em solitárias, a uso do eletrochoque como punição e a violência física e moral contra o internado. Ao mesmo tempo, segundo Nicácio (1994, 65/66) estabeleceu-se um projeto terapêutico que visava à reconstituição da individualidade do paciente e à reabilitação psicossocial do paciente:

O modelo de gestão se diferenciava bastante do planejamento técnico tradicional, pois a questão fundamental se colocava em “*mobilizar todos em torno da questão da cidadania e da dignidade que os pacientes haviam perdido*” (Tykanori, 1989, p. 4). Neste sentido, a orientação se dava segundo objetivos e estratégias e não a partir de um organograma formal de competência e funções. A construção de um objetivo comum, de transformar a existência objetivada de cada sujeito internado se baseava essencialmente na autonomia, liberdade e responsabilidade.

Visando a reabilitação social do internado, a intervenção buscou devolver ao psicótico seus direitos de cidadão, mediante a mobilização dos operadores sociais, seguindo de perto o itinerário traçado pela Reforma Psiquiátrica Italiana. Com este objetivo, a intervenção visou à reinserção do paciente ao seu ambiente de origem, segundo Nicácio (1994, p. 86):

O incessante trabalho de transformação das pessoas ao mesmo tempo que das estruturas prosseguia na experiência do Anchieta: a família, a moradia, o lugar de trabalho, a vizinhança tornavam-se novos espaços de intervenção. Novos atores eram envolvidos no processo, de criar e inventar meios, instrumentos e instituições capazes de mediar e sustentar o *espaço entre o hospital e a sociedade*. Uma dimensão desse

novo agir se materializava na nova estruturação do Anchieta. As enfermarias passaram a ser divididas em regiões correspondentes às da cidade e dos outros municípios; dessa forma possibilitou-se que as equipes pudessem conhecer o lugar de vida dos pacientes, iniciando outra forma de olhar que se dirigia ao território. (os grifos são do autor)

De forma revolucionária, a equipe terapêutica do Anchieta se aproximou do *locus* social de onde o paciente se originou. Ao mesmo tempo, ela tentou dar sustentação para que os pacientes possam ter suas necessidades satisfeitas não mais no hospital, mas sim no próprio território de origem. Isso facilitou o retorno do paciente a um ambiente de trocas sociais, onde tinha mais alternativas vitais do que permanecer no espaço excludente e totalitário do manicômio. Afirmo Nicácio (1994, p. 87):

A nova divisão das enfermarias possibilitava a compreensão da região não como espaço administrativo, mas sim como território, como espaço onde as relações se estabelecem, onde se entrecruzam diferentes alternativas. Nesta perspectiva, buscava-se que as trocas e relações pudessem ser sempre menos mediadas pela proteção do manicômio, ao mesmo tempo que sua desmontagem era seu maior propulsor.

O objetivo foi devolver o paciente à sua comunidade de origem, desmontando a lógica hospitalocêntrica do manicômio e, com isso, a própria instituição manicomial. Em seu lugar, buscou-se construir novas instituições que pudessem reinserir as pessoas no seu tecido social de origem, recusando a segregação do manicômio. Nicácio (2003, p. 159):

As novas instituições e ações produzidas no território foram criadas e projetadas a partir das questões abertas no processo de transformação, criticando os saberes e valores que as legitimavam, reconvertendo recursos antes depositados na instituição asilar, recusando a segregação e inventando recursos dentro-fora. Instituições

construídas em diálogo com a exigência e a urgência de produzir novas respostas às necessidades das pessoas internadas em seus contextos de vida.

Ao desmonte do manicômio, seguiu-se a construção de novas instituições que pudessem substituir a cultura hospitalocêntrica, que submete e conserva o psicótico dentro do asilo. Estas novas instituições, que foram criadas a partir da intervenção do Anchieta, compunham uma rede de serviços que buscavam dar um suporte a este retorno do paciente à sua comunidade de origem. Coloca Nicácio (2003, p. 160):

Partindo do laboratório do “Anchieta sob intervenção” foram articulados e projetados cinco Núcleos de Atenção Psicossocial, a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência Tam-Tam, o atendimento psiquiátrico no Pronto-Socorro Central, e a República “Manoel da Silva Neto”.

Desta rica rede de serviços, construída a partir da desconstrução laboratorial do Anchieta, nos interessam particularmente as experiências do Centro de Convivência Tam-Tam e dos NAPSs. Para entender como os últimos se constituíram, vamos focalizar aspectos históricos relacionados com a construção do primeiro NAPS, localizado na Zona Noroeste de Santos¹¹⁴ conforme nos narra Nicácio (2003, p. 164):

O NAPS foi produzido no movimento de negação do manicômio e de acompanhar, de perto, cada um dos usuários, moradores da Zona Noroeste que estavam internados no Anchieta. Processos que buscaram aproximar-se de cada uma das pessoas, entrar em relação, compreender suas histórias, algumas delas narradas a partir de fragmentos, lembranças. Encontrar os familiares de alguns usuários

¹¹⁴ Zona que corresponde à região mais afastada da praia, e que foi ocupada por uma população de trabalhadores com baixa renda, desempregados, na maioria migrantes do Nordeste do Brasil (Nicácio, 2003).

implicou, às vezes, andar pelas ruas de um bairro e começar a indagar se esse ou aquele morador poderia dar informações. Com outros usuários, o contato era mais difícil e requeria diversas formas para produzir comunicação e, processualmente, tecer possibilidades de encontro. Percursos diversos e complexos orientados para produzir as “condições subjetivas, materiais, culturais e sociais que viabilizassem a saída do manicômio” (De Leonardis et al., 1990).

Vemos que a reconquista do território da Zona Noroeste pelos psicóticos que ficaram muitos anos internados no Anchieta foi um processo difícil e artesanal, que demandou uma investigação para se descobrir as redes familiares e sociais destas pessoas. À proporção que isto foi se efetivando, desativou-se a enfermaria do Anchieta correspondente a esta região da cidade. À abertura do primeiro NAPS, na Zona Noroeste, seguiu-se a abertura de mais quatro NAPSs, que, à semelhança dos Centros de Saúde Mental triestinos, constituíram a espinha dorsal da rede de serviços que substituíram o manicômio:

Os NAPSs constituíam a base da rede de atenção, responsáveis pela demanda de saúde mental de um território determinado com, em média, 90.000 habitantes (SANTOS, 1995). O NAPS da Zona Noroeste foi criado em setembro de 1989, o NAPS do Centro em 1990, o NAPS da Orla e o NAPS da Vila Belmiro em 1992 e o NAPS Campo Grande/Marapé em 1994. o funcionamento 24hs/dia, 7 dias/semana, e os múltiplos recursos existentes nos NAPSs criavam as condições para a atenção diversificada e integral e, dessa forma, o atendimento psiquiátrico no Pronto Socorro Central da cidade ocupava o lugar de retaguarda do sistema na atenção às situações de urgência/emergência em particular no período noturno e nos fins de semana.

À medida que os NAPSs foram sendo abertos, correspondendo às grandes regiões da cidade, as enfermarias do Anchieta foram sendo desativadas. Ao final do processo, em 1994, a própria Casa de

Saúde Anchieta foi fechada pela Prefeitura de Santos, o que representou uma mudança histórica, comparável ao feito de Basaglia ao fechar o manicômio de Trieste. Segundo Saraceno¹¹⁵ (1996), em comunicação feita no 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, Santos foi a 4ª cidade do mundo a alcançar auto-suficiência em saúde mental, não dependendo de hospitais psiquiátricos fora da cidade para atender sua demanda.

Com o objetivo de fazer avançar o processo de desinstitucionalização iniciado pela Prefeitura de Santos, a psiquiatra Suzana Robortella¹¹⁶, coordenadora de saúde mental do município de São Vicente planejou, em conjunto com as autoridades do município, a criação de uma rede de atenção semelhante à de Santos, que fosse capaz de absorver toda demanda de atendimento psiquiátrico da cidade. Em 1993, então, ela funda o NAPS Mater, com o objetivo de acolher os pacientes de São Vicente que estavam internados no Anchieta. O plano de saúde mental traçado por Robortella para a cidade visava à criação, quase que imediata, de mais dois NAPSs, que abarcaria outras duas regiões importantes do município, criando uma rede de atenção suficiente para a população, estimada, na época, em 300.000 habitantes (Ribeiro e Soares, 96).

O plano de Robortella falhou, em face de não ter conseguido canalizar recursos financeiros da Prefeitura para construir os dois NAPSs restantes. Ela mesma, em 1994, pede demissão, ficando vago o cargo de coordenador de saúde mental do município. O diretor do NAPS Mater, além de gerir os problemas cotidianos da sua instituição, fica indiretamente responsável pela condução da política de saúde mental do município. O resultado é a crise da saúde mental de São Vicente, além da crise do NAPS Mater, obrigado a atender uma demanda três vezes maior que a santista, e sete vezes maior que a triestina.

¹¹⁵ Saraceno era, na época, diretor da área de saúde mental da Organização Mundial de Saúde (OMS).

¹¹⁶ Robortella (1996), em comunicação pessoal.

Foi neste contexto, que ingressei no NAPS. Robortella acabara de pedir, juntamente com a diretora do NAPS, demissão do cargo. Concomitantemente, ocorria a substituição dos antigos funcionários, contratados, pelos concursados. A diretora interina do NAPS recebeu-me, dizendo: *“Seja bem-vindo, nós estamos com fome de psicólogos!”* Observando a surpresa estampada em minha face, ela explicou: *“É que, como nós estamos sem funcionários, os pacientes ficam sem atividades terapêuticas, assistindo a TV o tempo todo, e isso é muito pouco para um NAPS”*. O desabafo da diretora interina sensibilizou-me e trouxe-me novamente o anseio que nutria desde o tempo da faculdade: realizar uma oficina terapêutica nos moldes de Silveira.

Mas que oficina realizar? Como adaptar o atelier de pintura da Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR), conduzida por Silveira aos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) basaglianos? Na época, não conhecia ainda a experiência de Silveira na Casa das Palmeiras. Pensei então em o que fazer e como fazer.

Diante de tal propósito, decidi aplicar a Ikebana como a linguagem artística a ser oferecida ao paciente. Por que escolher este tipo de oficina? Talvez porque fosse a linguagem que melhor dominava, mas sobretudo porque sempre fora uma pessoa muito desajeitada motoramente - não sabia desenhar tão bem ou tocar violão tão bem quanto meus irmãos. Na adolescência, descobrira que para fazer um arranjo de flores, não era preciso tanta destreza física como em outras artes. As flores, por sua beleza, permitiam-me fazer um arranjo bonito.

Quando decidi fazer um curso para aprender a arte da Ikebana, minha mãe presenteou-me com a tesoura de Ikebana que fora da minha falecida avó. Interpretei isso como um bom augúrio para meu desenvolvimento posterior. Entrei num curso de Ikebana tradicional, que segui por dois anos. Apesar de ter aprendido a fazer belos arranjos neste curso, algo me desgostava: esta academia de Ikebana

ensinava o arranjo obrigando seus alunos a fazê-lo segundo um cânone estético, não permitindo assim a criatividade individual. Ou seja, éramos obrigados a fazer um arranjo com três flores e três galhos, que deveriam ser cortados num comprimento determinado e colocados num ângulo também já estipulado. Quando o aluno não conseguia se aproximar do cânone, era corrigido pela professora, que não vacilava em ajeitar o arranjo, de acordo com o modelo anteriormente proposto.

Esta forma de ensino foi com o tempo me decepcionando e acabei por me desinteressar do curso. Porém, continuava gostando muito de flores e, ocasionalmente, fazia um arranjo. Foi quando, já na idade adulta, conheci uma Associação que ensinava uma nova forma de arranjar as flores. Esta Associação, cujo nome é *MOA International*, cultivava a filosofia estética de Mokiti Okada¹¹⁷ (1949), que desenvolve um estilo de ikebana livre. Sua proposta estética em relação ao arranjo floral resume-se numa frase: “*Mazu nerai o tsukette oitte, sutto kitte, sutto sassu, to ditsuni ii.*” Em tradução livre, esta frase significa: “*Mire o aspecto mais belo da flor, e num movimento rápido e leve a corte e a fixe*”. Em outras palavras, Okada sugere ao praticante de ikebana que observe o aspecto que parecesse o mais belo na flor escolhida, corte no tamanho adequado ao seu próprio senso estético, e depois fixe a flor no vaso de forma que fique mais vistosa ao praticante.

Esta forma de fazer o arranjo, que privilegia a sensibilidade pessoal do praticante de ikebana, aproxima-se, a meu ver, das noções de Merleau-Ponty em relação ao primado da percepção. O filósofo francês estabeleceu sua filosofia colocando a percepção como fundamento do estar-no-mundo do homem. Colocam Coelho Júnior e Do Carmo (1991, p. 45):

As propostas da fenomenologia serão habilmente utilizadas por Merleau-Ponty para criticar o que ele compreendia como “os enganos” tanto das teorias científicas quanto das grandes construções racionais, em filosofia, sobre a percepção e

¹¹⁷ Mokiti Okada (Japão 1882-1955) filósofo e esteta japonês. (Fundação Mokiti Okada, MOA, 1981)

a produção do conhecimento. O principal argumento do filósofo é que os experimentos dos cientistas e suas conclusões, assim como as teorias filosóficas não levam em conta que sua origem está na “experiência vivida”, evidentemente pré-reflexiva, ou, se quisermos, antepredicativa. E, por sua vez, a “experiência vivida” funda-se no ato perceptivo, campo privilegiado do entrelaçamento eu-mundo.

O “pôr o mundo entre parênteses” husserliano leva Merleau-Ponty a voltar-se ao mundo da *Lebenswelt*, mundo da experiência vivida, que para o filósofo francês está fundamentalmente ligado à percepção. O “retorno às coisas mesmas” de Husserl configura-se para o filósofo francês como vinculado ao entrelaçamento corpo-mundo. Merleau-Ponty (1945, p. 6) posiciona-se frente ao fenômeno da percepção:

(...) A percepção não é uma ciência do mundo, não é mesmo nem um ato, uma tomada de posição deliberada; ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles. O mundo não é um objeto do qual possuo comigo a lei da constituição; ele é o meio natural e o campo de todos os meus pensamentos e de todas as minhas percepções explícitas. A verdade não “habita” apenas o “homem interior”, ou, antes, não existe o homem interior, ou antes não existe homem interior, o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece. (...)

O filósofo francês, nesse trecho, afirma que a percepção amarra o homem ao mundo, de forma inextricável, mesmo que ele pense ter certa autonomia sobre ele. Numa dialética figura-fundo, a percepção do mundo aparece como fundo a partir do qual meus atos se destacam e meus pensamentos

se relacionam¹¹⁸. A percepção aparece como a função primordial de ligação entre o homem e o mundo, coisa que o pensamento objetivo acaba esquecendo, segundo Merleau-Ponty (1945, p. 279):

O pensamento objetivo ignora o sujeito da percepção. Isso ocorre porque ele se dá o mundo inteiramente pronto, como meio de todo acontecimento possível, e trata a percepção como um desses acontecimentos. Por exemplo, o filósofo empirista considera um sujeito X prestes a perceber e procurar descrever aquilo que se passa: *existem* sensações que são estados ou maneiras de ser do sujeito e que, a esse título, são verdadeiras coisas mentais. O sujeito perceptivo é o lugar dessas coisas, e o filósofo descreve as sensações e seu substrato como descreve a fauna de um país distante – sem perceber que ele mesmo percebe, que ele é sujeito perceptivo e que a percepção, tal como ele a vive, desmente tudo o que ele diz da percepção em geral.
(...)

O fenomenólogo francês aponta que o empirismo coloca o mundo perceptivo como uma coisa que já está pronta, como um estado mental já previsto. Da mesma forma, um estilo de ikebana, ao ditar uma forma de fazer o arranjo floral, de certa forma, designa a maneira como o praticante deve perceber a flor, esquecendo-se que este também é um sujeito perceptivo. Merleau-Ponty (1945, p. 278/279) continua seu pensamento, colocando que a percepção tem uma relação direta com a subjetividade:

(...) Pois do ponto de vista do interior, a percepção não deve nada àquilo que nós sabemos de outro modo sobre o mundo, sobre os *estímulos* tais como a física os descreve e sobre os órgãos do sentido tais como a biologia os descreve. Em primeiro lugar, ela não se apresenta como um acontecimento no mundo ao qual se possa aplicar

¹¹⁸ Neste ponto o pensamento de Merleau-Ponty (1945) e de Bleger (1985) se aproximam. Para Bleger, o mundo aparece como um não-eu a partir do qual o eu emerge. Outro psicanalista que se aproxima da visão merleau-pontyana é Winnicott, que parte de uma visão de que o bebê nasce envolvido pelo mundo, e a partir da mediação da mãe começa a ter uma existência própria (Winnicott, 1951)

por exemplo, a categoria da causalidade, mas a cada momento como uma re-criação ou uma re-constituição do mundo. Se acreditamos em um passado no mundo, no mundo físico, nos “estímulos”, no organismo tal como nossos livros o representam, é primeiramente porque temos um campo perceptivo presente e atual, uma superfície de contato com o mundo ou perpetuamente enraizada nele, é porque sem cessar ele vem assaltar e investir a subjetividade, assim como as ondas envolvem um destroço na praia. (...)

O filósofo francês aponta para o caráter recreativo e reconstitutivo da percepção sobre o mundo. Além disso, ele discorre sobre a contínua impressão que as sensações exercem sobre nossa subjetividade. De certa forma, Okada (1949), ao propor um estilo de ikebana em que o praticante deve em primeiro lugar apurar sua sensibilidade, sua percepção frente à flor, está caminhando na mesma direção proposta por Merleau-Ponty (1945). À medida que o praticante se abre perceptualmente em relação à flor, ele está se abrindo frente ao mundo. Na mesma proporção em que ele reconstrói o mundo ao perceber a flor e fazer o arranjo, ele está abrindo espaço para a recriação de si mesmo. O objetivo de lidar com os objetos artísticos deste modo, é, segundo Okada (1951, p. 50), o de desenvolver a personalidade:

(...) Tenho pensado fazê-lo por uma linha de total espontaneidade, permitindo que a alma vá se elevando por meio da visão – sem recorrer a argumentos – sem que a pessoa se dê conta e com diversão. Quero dizer, mesmo que se trate de educação artística ou de qualquer assunto em geral, que esta forma de educar é a correta. A educação que se oferece hoje em dia está equivocada. Em outras palavras, se trata de que as crianças possam formar sua personalidade de modo mais jovial e divertido.

Apesar de usar termos que não são empregados por Merleau-Ponty (1945), como alma¹¹⁹, vemos que Okada (1951) caminha numa direção semelhante ao do filósofo francês, ao colocar a importância da percepção na formação da personalidade. O filósofo japonês tem também um ponto de vista contrário ao racionalismo e ao empirismo que tomam o mundo como dado. Baseando-se em Bergson¹²⁰, Okada (1950, p. 345) defende, de modo semelhante à fenomenologia husserliana, o desprendimento do homem dos preconceitos do senso comum, para se atingir, pela intuição, o aspecto essencial das coisas:

A “Teoria da Intuição” encarrega-se de corrigir tais erros, comuns entre os homens. Libertando-os completamente, de preconceitos, ela os ensina a fazerem uma fiel observação dos fatos. Para isso é necessário ser o “eu do momento”, isto é, fazer com que a observação instantânea, captada pela intuição, corresponda à verdadeira substância do objeto de observação. (...)

Neste trecho, o filósofo japonês se aproxima, a meu ver, da epoché husserliana, ao propor que suspendamos todos nossos preconceitos. Outro ponto em que o pensamento do filósofo japonês se assemelha do ponto de vista husserliano é sobre a importância que a intuição tem sobre a apreensão da essência do objeto (Rovighi, 1999). Neste ponto, podemos dizer que a forma fenomenológica de Okada (1950) trabalhar com as flores condiz com o espírito da inovação basagliana, que como vimos em capítulos anteriores, também busca uma nova relação do psicótico com o mundo a partir da suspensão dos preconceitos já existentes.

Transpondo esses pensamentos filosóficos de Okada para o plano da estética da Ikebana, podemos dizer que ele nos sugere abandonar todo o padrão já estabelecido, para observarmos, no aqui-

¹¹⁹ Mas que são utilizados por Husserl (1931).

¹²⁰ Apesar de fenomenólogos como Merleau-Ponty criticarem veemente Bergson, outros autores, como Rovighi (1999), vêm na filosofia bergsoniana aspectos fenomenológicos.

e-agora, a flor presente e perceptível. Esta forma de trabalhar, que se aproxima da fenomenologia, também tem estreitas relações com a forma com que Silveira trabalhava com seus pacientes: de forma totalmente livre. Um episódio ocorrido com a psiquiatra e um paciente do STOR, Carlos Pertuis, descreve uma tentativa de Silveira (1982, p. 110) de determinar um tema para a pintura:

A pintura de Carlos ao ar livre, tanto quanto no atelier, refletia sempre as imagens internas. Certo dia coloquei-me ao seu lado e pedi-lhe para pintar a árvore que estava bem próxima de nós. Ele concordou, e silenciosamente reproduziu-a de maneira bastante fiel. Mas logo passou a pintar navios.

- “Carlos, onde você está vendo navios aqui no morro?”, disse eu.

Respondeu-me como se estivesse diante do óbvio:

- “Ora, ora, navios navegando entre as estrelas.”

Retirei-me em silêncio.

Testemunhamos, por meio desta vinheta, uma tentativa da psiquiatra brasileira em determinar um tema para Carlos Pertuis, que resvalou para um aprendizado da psiquiatra no tocante à inutilidade em determinar-se um tema ou técnica para o paciente psicótico. Silveira (1982), ao final do episódio, revela como se portou frente à inesperada resposta de Carlos: com respeito por sua posição e não interferindo sobre sua pintura.

Posteriormente, em 1997¹²¹, numa visita ao Museu de Imagens do Inconsciente, ganhei da psicóloga Gladys Schincariol um livro¹²², na época já esgotado, sobre a experiência de Silveira (1986)

¹²¹ Visita realizada após eu ter iniciado a Oficina Terapêutica de Ikebana no NAPS Mater, em 1994.

¹²² O livro chama-se Casa das Palmeiras: a emoção de lidar: uma experiência em psiquiatria, e tem a coordenação de Silveira (1986).

e sua equipe na Casa das Palmeiras. Nele se descreve a oficina terapêutica de Ikebana que se desenrolou nesta instituição. Segundo Luciana e Maria Abdo (1986, p. 45):

Em agosto de 1972, a professora Talita ofereceu sua colaboração à Casa das Palmeiras, propondo dar aos clientes aulas de Ikebana. Essa nova atividade despertou muito interesse, mas logo as regras da Ikebana foram totalmente abandonadas. E o arranjo floral tornou-se completamente livre.

De forma semelhante ao estilo da Ikebana de Okada, a equipe da Casa das Palmeiras intuiu a possibilidade do arranjo floral ser livre, pois desta forma vivências internas poderiam ser mais facilmente expressas nos arranjos que os pacientes compunham. Assim Luciana e Maria Abdo (1986, p. 45) descrevem a forma com que a equipe terapêutica da Casa das Palmeiras encarava esta atividade terapêutica:

Não foi difícil compreender que o arranjo floral compunha-se de acordo com as projeções que refletiam problemáticas internas de seus autores. Era pois uma atividade que poderia adquirir importância psicológica de muito interesse. De início foi apreendido nos arranjos de flores o vivo reflexo de situações afetivas dos indivíduos e de suas dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Posteriormente, através de uma mais atenta observação, verificou-se que os arranjos de flores e arbustos carregavam-se de emoções.

Mediante este relato, as monitoras da atividade da Casa das Palmeiras verificam que por intermédio do arranjo floral os clientes expressam suas emoções, conflitos e dificuldades nas relações afetivas. De um ponto de vista winnicottiano, porém, não falaremos de projeção, pois, de acordo com Vaisberg (2003, p. 9), ela nos remete a uma noção de indivíduo como mônada:

O termo projetivo endossa a noção de que o indivíduo é uma mônada que projeta algo de seu interior no ambiente externo, implicando, portanto, na suposição de uma oposição interior X exterior. Já o termo “apresentativo-expressivo”, de inspiração winnicottiana, indica que tudo se passa, desde os primórdios da vida, num ambiente interumano, no qual tudo aquilo que é apresentado pelo ambiente serve de suporte para a expressão subjetiva.

A psicanalista nos remete a um conceito, apresentação, elaborado em termos psicológicos por Safra (1996), psicanalista winnicottiano, inspirado na filosofia de inspiração cassireana¹²³, na qual o símbolo apresentativo aparece como uma articulação simbólica por meios plásticos que apresentam, de forma sintética, uma concepção que implica a subjetividade de quem se expressa. Argumenta Safra (1996):

Langer (1942) afirma que o ser humano articula sua subjetividade por diversos modos, pelos meios discursivos e também por meios plásticos, que ela chama de símbolos apresentativos. Os símbolos apresentativos são articulações simbólicas por meios plásticos que apresentam uma concepção. Trata-se de uma organização simbólica que pela relação de diversos elementos que a compõe, apresenta o seu importe de maneira sintética, diferente do modo simbólico discursivo, que é essencialmente analítico. Os símbolos apresentativos se formam, segundo a autora, por relações analógicas entre os sentimentos, a experiência de vida e o objeto criado ou encontrado para apresentar as concepções de vida do seu criador.

¹²³ O conceito de apresentação foi criado por Marie Langer, filósofa que é discípula de Ernst Cassirer (1874-1945). Cassirer tem como ponto chave de sua filosofia a noção de que o símbolo media de toda forma o conhecimento. Rovighi (1999, p. 265) coloca: “Cassirer chama de *símbolo* o singular universalizado para indicar que o conhecimento não é uma realidade em si, mas sempre é unicamente conhecimento mediato, por meio de signos, símbolos”. Langer já se notabiliza pelo fato de aplicar as concepções de Cassirer à esfera artística.

O conceito de apresentação, articulado por Safra, relaciona o plástico com o sintético, opondo-se ao modo discursivo, que é perpassado pela linguagem racional. Por este motivo, o símbolo plástico tem mais condições de agregar o aspecto emocional da experiência humana, que em muitos momentos se encontra em dimensões inconscientes, não acessíveis a linguagem verbal. Silveira (1992, p. 16) coloca que os símbolos plásticos, não verbais, são importantíssimos para podermos efetivar uma comunicação com o esquizofrênico:

A comunicação com o esquizofrênico, nos casos graves, terá um mínimo de probabilidades de êxito, se for iniciada no nível verbal de nossas ordinárias relações interpessoais. Isso só ocorrerá quando o processo de cura estiver bem adiantado. Será preciso partir do nível *não-verbal*. É aí que se insere com maior oportunidade a terapêutica ocupacional, oferecendo atividades que permitam a expressão de vivências não verbalizáveis, por aquele que se acha mergulhado na profundidade do inconsciente, isto é, no mundo arcaico de pensamentos, emoções e impulsos, fora do alcance das elaborações da razão e da palavra.

A psiquiatra brasileira coloca neste trecho a importância dos símbolos plásticos para que o indivíduo que sofre de uma síndrome psicótica possa expressar sua individualidade, já que sua discursividade verbal está prejudicada devido às graves cisões que se verificam em seu pensamento. A opção de Silveira (1992, p. 17) pela valorização da pintura e modelagem tem como pano de fundo o fato de que as duas atividades foram consideradas como grande potencial mutativo em relação aos pacientes psicóticos:

Dentre as várias atividades ocupacionais, verificamos que a pintura e a modelagem permitiam mais fácil acesso ao mundo interno do esquizofrênico. E esse é o nosso principal objetivo, não só como uma questão teórica, mas

também como necessidade para o tratamento, uma vez que teríamos de verificar a atividade adequada à condição psíquica em que se encontra o indivíduo.

Diante do exposto, vemos que a psiquiatra brasileira percebeu nos meios plásticos maior potencialidade em facilitar a expressão de pacientes psicóticos. Podemos também agregar aqui a ikebana, que, além de ser um meio plástico de expressão, tem como outro diferencial a facilidade da montagem por parte do paciente, o que às vezes se torna uma vantagem em relação à pintura e a modelagem, que demandam uma certa habilidade artística do paciente.

Outro aspecto vinculado à concepção de símbolo representativo é o conceito de apresentação do objeto, cunhado pelo psicanalista inglês. Winnicott (1951) argumenta que a apresentação do objeto é um fenômeno fundamental da existência e que surge quando a mãe oferece o seio no justo momento em que o bebê está pronto e com necessidades de encontrá-lo. O bebê então tem a ilusão de que criou o seio. Num contexto de maior maturidade, no qual a mãe já frustrou seu bebê, postergando a apresentação do seio ao bebê faminto, ele descobre que de certa forma o seio já não obedece à sua necessidade, e o coloca como pertencente ao meio externo. Muitas vezes, nesse momento, a genitora apresenta um objeto transicional, que servirá ao mesmo tempo como objeto que foi oferecido do exterior, e que é encontrado pelo lactente, e como objeto que foi criado pela ilusão do bebê. Posteriormente, coloca Winnicott (1967), o objeto transicional é substituído em primeiro momento pelo brincar e, em segundo, pela experiência cultural. Porém ambos os fenômenos se caracterizam pela simultaneidade entre os fenômenos do encontrar/criar o objeto, que continuam perpassando a experiência vital humana até o fim de sua existência¹²⁴.

¹²⁴ Esta possibilidade existencial é verdadeira desde que o ser humano possa ter tido a experiência infantil da ilusão, que é prototípica em termos da constituição da individualidade em torno do fenômeno da criatividade (Winnicott, 1951).

A partir deste ponto de vista, as flores e os materiais para a confecção do vaso são na oficina de ikebana, materiais apresentados pelos terapeutas ou monitores, que devem ser criados/encontrados pelos pacientes. Safra (1996, p. 148) cita uma singela passagem da vida de Winnicott, para ilustrar este fenômeno:

Winnicott descreve uma experiência de sua infância, que foi muito significativa para ele. Um dia passeava pelo jardim de sua casa e encontrou uma pedra, aquela era a pedra que sempre sonhou ter. Leva e guarda aquela pedra em seu quarto.

Trata-se da busca do objeto, que originalmente é a mãe que vai ao encontro da necessidade do ser do bebê e que ao longo dos anos pode se presentificar nas situações mais inusitadas através da experiência estética.

Nesse belo trecho, Safra (1996) aponta para uma experiência estética, cultural, de Winnicott, de encontrar/criar um objeto que no fundo é a mãe que vai ao encontro da necessidade do ser do bebê. No caso da oficina, disponibilizamos a flor com o intuito de que elas possam ser usadas pelos pacientes como objetos estéticos que presentifiquem aspectos maternos que possam ir ao encontro às necessidades de seu ser.

Retornaremos agora às minhas motivações em termos da proposta da oficina de arranjo floral: outro fator que me estimulou a aplicar a ikebana aos pacientes psicóticos fora o conhecimento de que a MOA *International* estava utilizando essa arte como forma de melhorar o ambiente educacional em algumas províncias do Japão (Matsuda, 1998). O trabalho com a Ikebana havia começado em uma das províncias mais pobres do Japão, Okinawa. Lá a educação pública dispunha de poucos recursos financeiros. Em consequência disso, as escolas não estavam bem aparelhadas e problemas

contemporâneos relativos à juventude estavam presentes. Assim se manifesta Hiroko Sho (1998, p.23), professora [honorária](#) da Universidade de Ryukyu:

Con la pronta llegada del siglo XXI, la sociedad en su conjunto está cambiando de manera intensa e compleja. Sobre todo, en cuanto a tareas relativas a la juventud, además del ‘maltrato’ y la ‘deserción escolar’ últimamente se han agravado también los problemas relacionados con la delincuencia sexual, el abuso de drogas y fármacos y otros crímenes atroces.(...)

Como a professora Sho (1998) relata, a educação da Província de Okinawa tinha problemas sérios, que iam da deserção escolar à violência física e psíquica entre os alunos, sem contar com o alarmante aumento do uso de drogas e da prostituição entre os jovens okinawanos. Atenta a este fato, uma praticante de Ikebana da MOA-International realizava arranjos florais no gabinete do diretor de uma escola pública desta província. Este diretor, ao sentir que as flores traziam alegria ao seu ambiente, resolveu sugerir que os arranjos fossem feitos pelos alunos. Então o diretor, junto com a voluntária, elaborou aulas para os alunos de sua escola. Os resultados conseguidos nesta escola foram considerados positivos pela Comissão de Educação da Província de Okinawa, que torna obrigatórias as aulas de ikebana nos colégios de toda a província. Matsuda (1998, p. 82) relata:

This example of the earnestly of the branch members¹²⁵ and the amazing transformation of the students trough their experience with flowers so moved the school principal that the flower activities spread from one junior high school to the entire prefecture. There was a unbelievable metamorphosis in the students – they became positive, cheerful individuals. They diligently devote themselves to their homework, and are kind and thankful with their relationship with other students. In

¹²⁵ Associados da MOA *International*.

addition, the arrangements taken home have changed the household. Numerous striking examples have emerged, including the resolution of problems such as truancy and bullying which mandate a reconsideration of the assumptions on which education is based. This drew the attention on those in Okinawa Prefecture's educational circles.

O exemplo do trabalho com as flores da Fundação MOA de Okinawa, que retirou jovens do círculo perigoso da violência e evasão escolar, realmente inspirou-me no sentido de tentar algo semelhante em relação à saúde mental. Porém eu não sabia bem quais os resultados que iria colher utilizando a ikebana de Okada, com o enquadre de oficina terapêutica de Silveira, numa instituição de caráter basagliano. No próximo capítulo, descreverei a experiência que tivemos com a aplicação desta proposta terapêutica, confrontando com concepções relacionadas com o lidar com arte dentro de uma visão da Psiquiatria Democrática.

Capítulo VI

Arte e desinstitucionalização

Antes de falarmos da nossa proposta de enquadre, dentro das novas instituições de saúde mental, devemos entender que a prática de se trabalhar com oficinas artísticas já existia como parte do cotidiano do processo de reforma psiquiátrica ocorrida em Santos e seguia os moldes da Psiquiatria Democrática Italiana. Nicácio (1994, p. 132) descreve algumas das intervenções dentro do contexto da reforma psiquiátrica santista:

A prática terapêutica é compreendida como um processo dinâmico, um conjunto complexo de estratégias simples, elementares, ao lado das indiretas, de longo percurso, tem como objetivo enriquecer a existência dos sujeitos, criar condições para que participem do jogo de trocas e intercâmbio sociais. Dessa forma, a prática terapêutica busca a construção de uma multiplicidade de interfaces, requer diversificar ações, intervir na vida cotidiana: por isso a intensa rede de relações no NAPS, as visitas domiciliares, os espaços grupais, o contato corpo-a-corpo, as longas conversas, as oficinas de criação, a medicação, o cuidar de si, passeios, reuniões com familiares, agenciamentos para inserção no trabalho, respostas às necessidades básicas, intervenções no território, festas, ações de transformação cultural.

Percebemos que Nicácio coloca claramente o objetivo das oficinas de criação num contexto basagliano: o de criar condições para que os pacientes psicóticos tenham mais oportunidades de troca e intercâmbio social. Além desse objetivo, segundo Nicácio (1994, p.133), as oficinas entram como espaços de produção de diversidade:

Linguagens diferentes, diversidades de instrumentos, estratégias plurais: ir à Rádio Rap, o grupo de mulheres, as oficinas de serigrafia, de chinelos e de bonecos, os preparativos para a cantina Paratodos, ir ao cinema, os jovens se articulando na oficina de vídeo, a horta em espaço do território, ouvir música, dançar e tirar documentos, fazer a assembléia, o grupo de homens, andar de bicicleta, o grupo de alfabetização, a barraca de artesanato na Feira Cultural da Zona Noroeste, o grupo de família, aprender a andar de ônibus, arrumar a casa, jogar futebol na praça. (...)

Como já havíamos ressaltado no capítulo III, quando discutimos as estratégias terapêuticas de Pichón-Rivière (Lema, 1976), todas estas ações ressocializadoras de pacientes que haviam ficado internados por longo período têm efeito benéfico, desde que realizadas dentro do contexto de vida do paciente. Entre estas ações que visam à produção de diversidade, duas, ligadas à questão da arte, notabilizaram-se, dentro do projeto de desinstitucionalização santista: a Rádio e o Centro de Convivência Tam-Tam. Iniciadas a partir de ações do artista plástico Renato di Renzo, no espaço do Anchieta que atravessava a Intervenção da Prefeitura Santista, elas visavam, segundo Nicácio (1994, p.168):

A idéia não era a de criar uma alternativa paralela à internação, mas a de colocar como mais uma possibilidade no agir de uma transformação institucional; dessa forma criavam-se “acontecimentos” nos pátios do hospital. Momentos de compartilhar, trocar, encontrar, através da expressão corporal, de jogos dramáticos, um processo que envolvia som, ritmo, exercícios de respiração, toques, gestos, relaxamentos. Aos poucos esses “acontecimentos” se difundiram em todas as alas do hospital; nos jogos dramáticos, cenas que expressavam histórias de violência, de maus-tratos no hospital; outras traziam a dimensão da vida fora, das experiências, das relações afetivas.

As intervenções de Di Renzo, na descrição de Nicácio, são principalmente intervenções na dimensão corporal, que parecem ter origem na análise de Basaglia em relação à submissão do corpo no manicômio, como vimos no Capítulo III. O artista plástico parece querer tirar o corpo desta dimensão, fazendo-o um corpo animado a partir da própria individualidade do paciente. Outra direção em que Di Renzo caminha é a de fazer um jornal que reinsere o paciente à sociedade mediante a promoção deste a um novo papel que o faz protagonista¹²⁶, comunicador de sua própria experiência:

A temática do “dentro” e “fora” se firmava e se enriquecia em todos os espaços grupais durante esse período “faz-de-conta”: havia reuniões de discussão de como produzi-lo, qual conteúdo, escolha de entrevistas. Outra característica relevante nesta diferenciação é que era um produto de qualidade, que buscava a comunicação: tem arte gráfica, estética, era impresso como jornal. O Tam-Tam urgente tinha como objetivo ser um canal de expressão, de crítica, de protesto dos internados e, sobretudo, de aproximar as pessoas da realidade, das histórias de dentro do muro do Anchieta, teve uma circulação interna e em bancas de jornal.

Neste ponto, podemos observar que o passo seguinte, na experiência de Di Renzo, caminha na direção psicodramática: o contexto artístico passa a ser um contexto de faz-de-conta¹²⁷, que prepara o protagonista num aquecimento para a verdadeira ação que se dará no contexto social, concretizada na publicação de um jornal que terá distribuição tanto interna como em bancas de jornal. Notamos aqui a preocupação de que reproduzir socialmente o louco, fazendo-o ganhar o contexto social, por intermédio da venda de exemplares do jornal em bancas. Outra dimensão presente na experiência de

¹²⁶ Termo retirado da teoria psicodramática, e que aponta o protagonista, aquele que causa a ação durante a representação teatral.

¹²⁷ Dentro da teoria psicodramática, há três contextos envolvidos: o contexto psicodramático, ou de faz-de-conta, onde toda a ação é permitida como parte da fantasia do paciente. O contexto grupal, que aponta para o contexto das relações intragrupo terapêutico, e o contexto social, contexto das relações sociais amplas.

Di Renzo, segundo Nicácio (1994, p. 171), é fornecer ao paciente acesso aos bens culturais da Humanidade:

A arte tem para esse grupo uma dimensão fundamental, sendo compreendida não só como arte-terapia, mas como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação das potencialidades individuais, de acesso aos bens culturais. Desenvolveu-se junto com o grupo de internados uma ação de caráter singular: conversava-se sobre arte, estudavam-se obras de grandes pintores, discutiam-se tendências de pintura, movimentos, escolas e técnicas. É desse processo coletivo, dessa experiência que a maioria dos internos não tinha vivenciado, dessa proximidade com a sensibilidade artística que se criavam, se produziam, se expressavam as obras, as criações artísticas do grupo.

O trecho aponta para outra direção trilhada por Di Renzo (Nicácio, 1994): reinserir o paciente ao contexto cultural, trazer de volta à herança artística da Humanidade aqueles que foram excluídos da cultura, a quem se aplicavam métodos físicos semelhantes aos aplicados em animais ferozes, como vimos no capítulo anterior¹²⁸. O artista plástico aquece a sensibilidade dos pacientes do Anchieta, pela imersão na herança artística da Humanidade. Todo este movimento prepara os pacientes a ganhar a dimensão cultural, o “fora”, como aponta Nicácio (1994, p. 178):

A dimensão do “fora” se tornava cada vez mais presente. Era necessário sair do Anchieta, intervir culturalmente na cidade: abrir os “manicômios mentais”, trabalhar pré-conceitos, transformar valores. Seis meses depois, a rádio TAM TAM arriscou um projeto inédito, comprando um espaço de meia-hora na Rádio Universal da cidade. “Um programa do tamanho de sua loucura” como diz Marcelo Bruno (personagem da rádio, feito por um ex-internado), apresentador da rádio. A maioria dos participantes não tem experiência anterior em rádio: são realizados

¹²⁸ Era muito comum a aplicação de eletrochoques a pacientes agressivos, como também a contenção deles em celas fortes, na época pré-intervenção do Anchieta. (Nicácio, 1994)

ensaios, faz-se a produção de programas, trabalha-se com vozes, dicção, comunicação. A programação não se distancia, na forma, daquela conhecida nos meios radiofônicos: mescla vários tipos de música, entrevistas, anúncios, dicas culturais. (...)

Constatamos que na experiência da Rádio TAMTAM um prosseguimento da estratégia traçada na época do jornal: aquecer o protagonista, no caso os ex-internos do Anchieta, por meio de ensaios e preparação, e depois caminhar para direção de fazer o paciente ganhar o contexto social, reproduzi-lo socialmente, o que dá a peculiaridade da Rádio TAMTAM. Sobre este assunto, discute Nicácio (1994, p. 178):

(...) Entretanto, aquilo que lhe confere um signo é quem faz e para quê faz - o grupo é protagonizado por ex-usuários do sistema psiquiátrico, profissionais do TAMTAM e abre um espaço inédito para pessoas comuns e alunos do Colégio Objetivo. As temáticas têm uma apresentação lúdica como forma de brincar, jogar, fantasiar com conteúdos da política, das instituições, da ciência, do status quo. De forma peculiar, interessante, são tratadas situações de marginalidade, violência; ao mesmo tempo, se transmite uma forma de olhar o irreverente e crítica discutindo notícias do dia, em geral pouco presentes na imprensa falada, com interpretações e comentários. A idéia de uma programação busca também problematizar a questão da diversidade: mistura-se realidade e fantasia, associam -se brincadeiras e seriedade, magia e razão, se constroem personagens, se inventam diferentes possibilidades de ser.

Ao mesmo tempo em que o TAMTAM se afigura como um espaço de reprodução social do paciente, é também um espaço para o lúdico, a fantasia, o inusitado, a brincadeira. Neste ponto

aproxima-se dos conceitos de espaço potencial ou transicional e de experiência cultural de Winnicott: um espaço em que o externo é apropriado de forma pessoal, onde o concreto e a fantasia se encontram, onde a criatividade é possível. Desta forma criativa, a mensagem do TAMTAM atinge grande repercussão social: a rádio transmite valores sobre o louco, que são diferentes daqueles que a sociedade geralmente atribui a eles. Nicácio (1994, p. 173) expõe o processo:

O sucesso representado pela Rádio TAMTAM abre grande espaço na mídia, com apresentações e debates em vários estados; a mensagem singular que este grupo vai produzir coloca-se no campo de reflexão de valores. Por exemplo, os loucos são chamados, se tornam famosos, estão no espaço social pelo produto que realizam, pela capacidade de originalidade, pelas mensagens que expressam, pela qualidade estética de seu trabalho; e esta imagem é o contraponto de enorme alcance à periculosidade, incapacidade do louco.

Nicácio, neste trecho, mostra a transformação de valores: agora a loucura é criativa, divertida, não mais perigosa, incapacitante. Os ex-pacientes podem se reproduzir socialmente, colocar-se na mídia pela qualidade de suas intervenções, pela originalidade de seu estilo e de suas mensagens. A rádio TAMTAM gradativamente rompe fronteiras, torna-se um fenômeno cultural nacional:

Conquista-se, nesse processo, uma hora de espaço (agora com patrocinadores) na programação oficial da Rádio Clube de Santos, fato que representa uma difusão maior, considerando que a rádio é sintonizada em quinze estados. Também, como grupo autônomo, a Rádio TAMTAM começa a apresentar shows ao vivo no circuito cultural de Santos e em várias cidades para a qual é convidada. (...)

Eis aqui um belo relato de uma experiência sem dúvida extremamente original e que reproduziu, de forma exemplar, o louco, fazendo-o sujeito de uma experiência cultural transformadora, que modifica valores arraigados na sociedade em torno da loucura. Em termos da reabilitação psicossocial do paciente, muitos participantes da experiência se profissionalizam, de

acordo com Nicácio (1994, p. 174), passam a viver do que ganham, o que gera novas discussões em torno dos valores relacionados à loucura:

(...) Estes fatos, têm trazido à tona a questão financeira – com os vários shows e programações, os locutores da Rádio TAMTAM têm recebido um salário maior que o piso da categoria, o que tem gerado várias discussões entre os sindicalistas que novamente confrontam a temática valor/desvalor atribuída aos loucos.

Todos estes fatos expostos aqui trazem a importância fundamental desta experiência original e devem merecer uma reflexão por parte daqueles que se deparam com o fenômeno da loucura. O poder que os meios de comunicação social têm sobre a reprodução social é enorme, e pode reabilitar o louco, trazendo também uma mudança em termos de valores atribuídos à loucura. Continuando nossa reflexão sobre o papel da arte na experiência santista de desinstitucionalização, enfocaremos agora o Centro de Convivência TAMTAM, que teve sua origem narrada por Nicácio (1994, p. 174/175):

No final de 1991 o grupo se localizou junto ao Centro de Reabilitação Profissional, unidade gerenciada pelo INSS e Secretaria de Saúde do Município, que atende pessoas portadoras de deficiência física, sensorial e com seqüelas de acidentes de trabalho. Configura-se o Centro de Convivência TAMTAM com usuários de Saúde Mental e pessoas portadores de deficiência mental trabalhando com diferentes atividades, pintura, bijuterias, estamparias, sucatas, papéis. As oficinas se colocam como acontecimentos, laboratórios, lugar de aprendizagem, produção de intercâmbios, de relações e cultura. (...)

A partir desta narrativa, podemos depreender que o Centro de Convivência TAMTAM se configura como um lugar de oficinas terapêuticas onde as coisas se desenrolam de forma espontânea, e, ao mesmo tempo, como lugar de relações, de intercâmbios sociais e culturais. O próprio criador da experiência, Di Renzo (1992), coloca a sua experiência:

Essas oficinas não seguem a linha de trabalho doentia e mecanizada. Pelo contrário, trata-se de um processo coletivo, que devolve o gozo às pessoas e garante um novo poder de trocar com a sociedade. Um prazer e um poder que os pacientes psiquiátricos ignoravam.

Di Renzo enfatiza dois aspectos, um interno - do gozo e do prazer, e outro externo - a possibilidade de trocas com o meio social, visando à descoberta de potencialidades antes ignoradas pelos próprios pacientes. Dentro desta estratégia de reabilitação, o Grupo de Arte TAMTAM expõe as suas obras, de acordo com Nicácio (1994, p. 175):

O grupo de Arte TAMTAM entra novamente no espaço público fazendo uma exposição de arte no SESC; após três anos de trabalho são expostas telas a óleo, esculturas, peças de vestuário pintadas à mão, trabalhos em papel e com sucata. Um ex-usuário, que havia vivido durante doze anos internado no Anchieta, expõe telas a óleo belíssimas, se apresentando como pintor.

As produções dos participantes do grupo de Arte TAMTAM são expostas visando atingir o público pela qualidade e originalidade, mostrando que pacientes psicóticos podem produzir material artístico de bom nível. Novamente o tema da reabilitação psicossocial, via profissionalização reaparece. Nicácio (1994, p. 175) também nos fala sobre o conteúdo das produções:

Os antigos símbolos do Anchieta, embora muito presentes na vida dos sujeitos, também foram expostos. A partir de oficinas de expressão, emerge a temática das formas de controle e contenção típicas do modelo asilar: as cenas de eletrochoque, as filas de espera na porta da sala de eletrochoque onde os usuários vivem momentos de terror e pânico, a contenção em camisas de força. Em um processo notável de criação foram criados grandes painéis esculturais incorporando estes objetos.

Nicácio ressalta, nessas produções, principalmente aquilo que, de uma forma ou outra, se vincula à experiência vivida no manicômio pelos participantes do grupo¹²⁹, o que mostra um certo viés sociológico no seu olhar, diferentemente de Silveira, que também percebe este tipo de produção em seus pacientes, mas amplia seu olhar para as telas com aspectos de vivências afetivas e existenciais. Outro aspecto a ser ressaltado pela narrativa de Nicácio é que, enquanto se valoriza, a nosso ver, até de forma adequada, a importância da criação no contexto da ampliação dos horizontes sociais da pessoa portadora de sofrimento psicótico, pouca atenção se dá ao que a produção desta pessoa significa para ela própria. Ou seja, a dimensão psicológica, individual, da produção do paciente não é enfocada. Por este motivo, repetimos a observação de Silveira (1992, p. 15) sobre esta falha da proposta basagliana, apesar de reconhecer sua importância sociológica:

A proposta de Basaglia continua atualmente atraindo a maioria dos espíritos renovadores da área da psiquiatria, embora ainda nos pareça incompleta, por conceder pouca atenção aos fenômenos em desdobramento no espaço interno.

Esta pouca atenção dada à questão do mundo interno, tem, a nosso ver, relação com a preocupação de consolidação da mudança social que foi a abolição da instituição manicomial e o surgimento das instituições inventadas. Elas não estão, de maneira nenhuma, ainda consolidadas como novo paradigma da atenção, pois os manicômios permanecem como modelo principal de assistência em muitos países. Além disso, existe o perigo de um retrocesso, de uma espécie de contra-reforma naqueles países onde a Reforma Psiquiátrica foi implantada, como argumenta Desviat (1999, p. 157) :

Hoje, o risco para o desenvolvimento de uma psiquiatria pública alternativa, assim como para a saúde pública em geral, provém, de um lado, da crise de seu esteio principal – os serviços sanitários, sociais e comunitários do chamado Estado

¹²⁹ Silveira (1982, 1992) também reproduz, em seus livros, telas de pintura que mostram como seus pacientes percebem o espaço manicomial, porém também se preocupa com outras vivências expostas pelos pacientes.

de Bem Estar Social – e, por outro lado, da evolução fármaco dependente e rudimentarmente biológica da psiquiatria.

O risco de retrocesso pressupõe uma atitude heróica em termos do que é mais importante, para que o essencial seja mantido. Para a Psiquiatria Democrática, foi a análise sociológica e a psiquiatria social, aliadas a uma perspectiva fenomenológica da doença, do louco e do seu corpo que propiciaram as condições da mudança. Por este motivo, elas permanecem como uma condição *sine qua non* para que a Reforma Psiquiátrica permaneça.

Como já havíamos aventado, a compreensão da individualidade, da dimensão psíquica infelizmente não propiciaram a mudança da assistência psiquiátrica manicomial, o que levou a Psiquiatria Democrática a desconfiar das possibilidades terapêuticas da Psicanálise e de outras linhas psicológicas. Retomando uma afirmação de Basaglia (1979, p.330):

(...) A Itália, atrasada no plano cultural frente a outros países, agora está pronta – e demonstram-no as solicitações e as exigências de asseguramento ideológico e científico – para acolher a psicanálise, behaviorismo, terapias relacionais etc., que, no entanto - em outros lugares – deixaram intactos tanto o processo de marginalização social quanto a lógica manicomial que o justifica. (...)

Revistas as posições divergentes daqueles que defendem o ponto de vista da Psiquiatria Democrática e os que defendem, como Silveira (1992) e Winnicott (1954c), uma abordagem psicológica da psicose, desenvolveremos um ponto de vista que tenta oferecer um complemento - considerar o psicológico conjuntamente com os aspectos sociais da experiência.

Começaremos pela descrição de um caso clínico, ocorrido logo após o começo da oficina terapêutica de arranjos florais, no NAPS Mater de São Vicente (Sato, 2001). A paciente, a quem

atribuímos o nome de Almerinda¹³⁰, estava internada no NAPS em decorrência de uma crise maníaca, que havia tido após ter se negado a tomar os medicamentos que lhe haviam sido receitados. Nesta crise, havia ficado insone, acelerada e com humor irritado. Esta irritação às vezes descambava para a violência, que era exercida contra sua sobrinha, jovem bonita e atraente, de 18 anos, a quem daremos o nome de Ethel¹³¹. Almerinda era uma mulher de meia-idade, e provavelmente se deparava com as conseqüências físicas e narcísicas de seu envelhecimento.

Almerinda estava internada há cerca de um mês e meio no NAPS, o que para este tipo de instituição é um período longo, pois a grande maioria dos pacientes melhora num período de duas semanas. Porém todas as tentativas da equipe de dar alta para o paciente haviam redundado em fracasso, pois, invariavelmente, Almerinda discutia e agredia sua sobrinha quando recebia permissão de retornar ao seu lar. A agressão de Almerinda era revidada por uma agressão do cunhado. O cunhado era ex-agente de segurança aposentado, e um homem autoritário.

Eu a conheci de maneira inusitada. Era de manhã, antes da 7:00 horas, meu horário de entrada na unidade, quando adentrei no NAPS Mater e vi uma mulher nua. Pedi-lhe então que colocasse suas roupas. Ela aceitou o meu pedido e logo se vestiu. Comuniquei o fato à auxiliar de enfermagem de plantão e ela me disse:

“Engraçado, ela deve estar com uma atitude crítica comigo, pois eu havia pedido para ela se vestir antes de você chegar e ela não atendeu...”

Naquele momento entendi que algum vínculo transferencial se estabeleceu entre nós. Na reunião de equipe, que se deu ao meio-dia, decidi assumir o caso como minha referência¹³². Logo

¹³⁰ Todos os nomes de pacientes são fictícios.

¹³¹ Além de Ethel, moravam com Almerinda sua irmã mais velha, Clotilde, e seu cunhado João.

¹³² Referência: técnico, médico ou auxiliar de enfermagem que assume o cuidado de um paciente psicótico. O ideal é que todos os casos mais graves tenham uma dupla referência (Nicácio, 2003).

começamos os atendimentos individuais com Almerinda. Outra providência que tomei foi chamar sua irmã Clotilde, para colhermos a anamnese da paciente

Segundo a irmã da paciente, sua mãe havia sido uma mulher egoísta, autoritária e pouco afetiva. Ela, de acordo com Clotilde, explorava o trabalho das filhas em sua casa, agredindo-as fisicamente se algo não saísse a contento. Esta não era, porém, a visão que Almerinda tinha sobre sua mãe. Para a paciente, sua mãe era afetiva e cuidadora dos filhos.

Outro fato que Clotilde trouxe à tona durante a anamnese fora que Almerinda tivera sua primeira crise psicótica no início da idade adulta, tendo uma seqüência de internações após. Este fato, de acordo com a irmã, prejudicava a vida profissional e afetiva da paciente, que não tinha ocupação profissional estável nem desenvolvera nenhum relacionamento amoroso importante. Na época, Almerinda era solteira, e não tinha filhos. Sua vida social, de acordo com a irmã, era recatada. A paciente vivia agregada à família da irmã, e pouco saía. Isto apenas acontecia por ocasião de viagens que ela e a família de Clotilde empreendiam para outras cidades, visando visitar outros familiares.

No meu contato com a paciente, havia ficado claro que ela carregava uma frustração associada a não ter-se realizado profissionalmente. Outra frustração que a paciente manifestava era o fato de estar envelhecendo. Estes sentimentos, confrontados com a beleza, juventude e potencial que a sua sobrinha encarnavam, eram o fator propulsor da hostilidade que Almerinda sentia por Ethel. Os sentimentos depressivos de Almerinda eram negados por sua atitude maníaca, que resvalavam para o humor disfórico dela para com sua sobrinha.

Eu atendia Almerinda quase que diariamente. Cerca de duas semanas após ter aceito a paciente como referência, implantei, com a concordância da direção do NAPS, a oficina terapêutica de arranjos florais, atividade da qual ela começou a participar, com muito gosto. Neste período, o psiquiatra responsável por seu tratamento medicamentoso tentava dar alta à paciente, sem sucesso. A

seqüência de eventos era a mesma: Almerinda voltava à sua casa, discutia por qualquer motivo com a sobrinha, a agredia e era agredida por seu cunhado. Na manhã do dia seguinte, ela estava de retorno ao NAPS, para continuar sua internação.

Por indicação de seu psiquiatra, que tentava realizar sua alta, Almerinda a partir deste dia alternou dias em que dormiu em casa com dias em que dormia no NAPS. No entanto seu quadro continuou oscilando. Havia dias em que ela voltava para casa, e tudo estava bem, e no dia acontecia nova discussão e agressão. Por este motivo, a paciente não tinha alta definitiva.

Enquanto a psiquiatra tentava dar alta à Almerinda, ela participava da oficina terapêutica de ikebana. Ela sempre fazia arranjo com quatro flores, dizendo que cada flor representava uma pessoa de sua família. Na sua quarta participação na Oficina, ela novamente faz um arranjo com quatro flores. Mas desta vez, ela pega uma folha de papel sulfite e desenha, nela, três flores (ver figura 1, em anexo). Em duas, ela desenha um rosto humano, e escreve o nome de sua irmã e de seu cunhado. No terceiro desenho, um ramalhete de pequenas flores, coloca o nome de sua sobrinha. Ela olhou de forma afetiva e carinhosa o desenho, como se sua família estivesse no desenho, e afirmou:

“Como eu amo minha família!”

Após ter dito essa frase, a paciente disse para mim que estava sentindo muita saudade de sua família. Almerinda manifestou o desejo de retornar imediatamente ao seu lar. Ela só teria permissão de retornar à sua casa no fim da tarde, e ainda era meio-dia. Percebi, porém que uma profunda modificação havia ocorrido dentro da paciente, e que eu poderia permitir tranqüilamente seu retorno. Liguei para a família, comunicando minha decisão, e pedi para que um auxiliar de enfermagem a acompanhasse, pois morava perto do NAPS.

Foi a última vez que Almerinda viera à unidade para ficar internada ou em regime de hospital-dia. A partir desse dia, seguiu apenas o tratamento ambulatorial comigo e com o psiquiatra. Depois de cerca de três meses, mudou-se para outro estado, onde foi morar com outra irmã. Durante dois anos,

manteve contato comigo por meio de cartas, período durante o qual não teve nenhuma crise psicótica. Após esse período, teve dificuldade em adquirir os medicamentos, apresentando nova crise psicótica, da qual, porém, recuperou-se com certa facilidade. O cunhado da paciente manteve contato comigo por mais de um ano e meio, tempo em que Almerinda não teve crises psicóticas.

Este caso suscitou em mim uma indagação sobre o que ocorrera com a paciente, para que ela pudesse ter uma melhora tão repentina com a sua participação na Oficina Terapêutica de Ikebana. De Mazzieri, autor winnicottiano (1999, p. 63/64) que reflete sobre a psicose, afirma:

(...) nas psicoses esquizofrênicas, o estabelecimento das relações objetais não ocorre satisfatoriamente, de tal forma que o paciente malogra em se relacionar com qualquer objeto fora do **self**. Freqüentemente, a onipotência, pertencente à **ilusão**, é mantida através de um delírio. Observamos ainda uma retração, empobrecimento no contato, isolamento, o paciente ainda sente-se irreal, inacessível, invulnerável. (os grifos são do autor).

Apesar de Almerinda ter como diagnóstico um transtorno bipolar, o que De Mazzieri fala em termos de psicose esquizofrênica é aplicável sem seu caso. A paciente não conseguia se relacionar com ninguém. Ela mostrava-se onipotente, inacessível, invulnerável. O fato de não conseguir submeter os outros a seu delírio, fazia com que ela se irritasse e agredisse sua sobrinha, o que impedia sua alta da internação.

Almerinda teve assistência psiquiátrica, medicamentosa e psicológica de forma contínua. Porém o fator que desencadeou a sua alta foi o uso do arranjo floral como materialidade mediadora. Davis e Wallbridge (1982, p. 76) colocam: “Ao brincar, a criança manipula fenômenos externos a serviço do devaneio, e investe fenômenos externos com significados e sentimentos oníricos”.

No caso de Almerinda, ela brincou com a flor, que ficou investida com significados e sentimentos oníricos. A flor era, no mesmo momento, a própria flor e a sua família. Para um paciente

que estava num estado regredido, onipotente, imerso na ilusão, incapaz de se relacionar com objetos externos, a flor foi o primeiro objeto que possibilitou a abertura para o externo, que para a paciente era primordialmente sua família. Deste ponto de vista, a flor aparece como um objeto transicional para a paciente, como um objeto não-self, que é apresentado e encontrado ao mesmo tempo por ela, permitindo que Almerinda possa efetivamente se relacionar com sua família, agora como algo não pertencente à esfera da ilusão.

Outro caso que queremos trazer para a discussão é o de João Alfredo, também já descrito na minha dissertação de mestrado (Sato, 2001). Em 1995, a convite da auxiliar de enfermagem Marilda Silva, que coordenava comigo a oficina de arranjos florais no NAPS Mater, levamos a proposta de realização da oficina de arranjos florais para a direção do NAPS 1 de Santos, na época sob a responsabilidade da terapeuta ocupacional Maria Fernanda Nicácio. A proposta foi aceita sem maiores delongas pela diretora, e logo comecei a coordenar a oficina, de forma semanal e voluntária, junto com uma auxiliar de enfermagem que pertencia à equipe desta instituição.

Dos pacientes que aderiram à oficina, havia um de nome João Alfredo, que tinha como diagnóstico uma oligofrenia grave com uma psicose associada. Segundo sua mãe, com quem realizamos uma anamnese, ele tinha uma carreira de mais de uma dezena de internações psiquiátricas, algumas que duraram anos, em hospitais psiquiátricos do interior de São Paulo.

João Alfredo participava do hospital-dia da unidade, três vezes por semana. Segundo a auxiliar de enfermagem que co-coordenava a oficina, ele era um paciente de poucas palavras e ações. Passava a maior parte do tempo sentado em alguma sala do NAPS ou do Centro de Especialidades que ficava no andar térreo do prédio onde o NAPS se localizava. Suas palavras se resumiam a um “eu sou”, “eu fui”, “eu fiz”, devido à sua oligofrenia. João Alfredo apresentava um rebaixamento do juízo crítico e uma impulsividade marcante. Um dos seus comportamentos sintomáticos era o de rasgar a roupa se a sentisse por algum motivo suja. Geralmente o paciente realizava este ato uma vez por

semana na unidade. Por este motivo, João Alfredo era alvo de gozações por parte de outros pacientes, e, às vezes, como cheguei a presenciar, até de um profissional da unidade¹³³.

O paciente gostava de participar, de forma assídua, da oficina. Além de ser portador de uma deficiência mental, também portava uma deficiência visual grave. Isto fazia com que tivesse dificuldade de cortar objetos. Nestes momentos, eu sempre ficava ao seu lado, com medo que ele se cortasse. Apesar de sua deficiência visual, sempre fazia o arranjo num estilo bastante pessoal. João Alfredo gostava de confeccionar vasos de altura média, adornando-os com fitilhos de tamanhos variados. As flores eram de tamanho um pouco maior que o vaso. Quando terminava o vaso, o paciente sempre fazia questão de mostrá-lo a outras pessoas, dizendo, com orgulho, “eu fiz”.

Três meses após o início da oficina, a auxiliar de enfermagem que coordenava a Oficina comigo disse-me: *“Sabia que o João Alfredo não rasgou mais a roupa na unidade, desde aquele dia? Acho que é porque ele começou a participar da Oficina de Ikebana”*. De fato, o paciente não mais rasgaria a roupa no NAPS 1, durante o período em que ele participou da Oficina. Este período estendeu-se por dois anos, com uma interrupção de seis meses.

Ao final do processo, quando não pude mais coordenar a oficina por motivos particulares, chamei a mãe do paciente para uma entrevista. Ela relatou-me que ele tinha este comportamento já há muito tempo, sendo este mais freqüente em casa do que no NAPS. Como os vizinhos sabiam do fato, eles doavam camisetas velhas à mãe do paciente. Ela contou-me que, a partir do mês em que o paciente começou a participar da oficina, até o dia em que a oficina fora interrompida pela primeira vez, ele havia diminuído significativamente o ato de rasgar roupas em casa. Quando a Oficina foi interrompida, houve um novo aumento na freqüência com que João Alfredo rasgava suas camisas, mas que não atingiu o patamar de antes do começo da oficina. Por último, quando o paciente voltou

¹³³ Isto em termos da equipe do NAPS 1 era uma exceção, pois a maioria dos trabalhadores desta unidade era composta de profissionais engajados com a causa da Reforma Psiquiátrica.

a participar da oficina, houve uma nova diminuição na frequência do tal comportamento. Por último, cabe ressaltar que a mãe de João Alfredo não se envolvia diretamente no tratamento do filho, e por este motivo não sabia quais períodos ele participava ou não da Oficina.

O que marca a experiência clínica que tivemos com o paciente foi a presença da destrutividade. Destrutividade que está presente no rasgar as camisas, mas também no fazer o arranjo de ikebana. Pois podemos considerar o ato de fazer o arranjo como uma destruição. Destroí-se a garrafa de plástico de dois litros para fazer o vaso, corta-se o papel, os fitilhos. Ao cortar as flores, presenciamos nova destruição. Porém o que é destruído metamorfoseia-se em nova criação.

Winnicott (1969, p. 123), em um de seus últimos ensaios, cria o conceito de uso do objeto. Ele diferencia este fenômeno da relação do objeto, que é um fenômeno subjetivo:

Talvez sejam necessárias algumas considerações para que eu forneça meu próprio ponto de vista sobre a relação entre a relação de objeto e o uso do objeto. Na relação de objeto, o sujeito permite que se efetuem certas alterações no eu (*self*) alterações do tipo que nos levou a criar o termo catexia. O objeto tornou-se significativo. Mecanismos de projeção e introjeção estiveram operando e o sujeito está esvaziado a ponto de encontrar seu eu no objeto, embora enriquecido pelo sentimento. (...)

Neste trecho, verificamos que o psicanalista inglês coloca que, na relação de objeto, o indivíduo se relaciona com este por meio de identificações efetuadas a partir dos mecanismos de projeção e introjeção. O objeto se constitui como um objeto subjetivo, como aponta Winnicott (1969, p. 127):

O postulado central desta tese está em que, enquanto o sujeito não destrói o objeto subjetivo (material de projeção), a destruição do objeto se torna

característica central, na medida em que o objeto é objetivamente percebido, tem autonomia e pertence à realidade compartilhada. (...)

O psicanalista inglês coloca aqui a idéia de que o objeto subjetivo pertence à área de onipotência do indivíduo. Aos poucos, porém, ele passa a ter sua própria autonomia, o que contraria o desejo do indivíduo, e predispõe o sujeito a destruí-lo. Comenta Winnicott (1969, p. 127):

Entende-se geralmente, que o princípio da realidade envolve o indivíduo em raiva e destruição reativa, mas minha tese é a de que a destruição desempenha um papel na criação da realidade, colocando o objeto para fora do eu (*self*). (...)

O psicanalista inglês situa a destruição como um fato positivo, pois coloca o objeto para fora da área de controle onipotente do indivíduo, concorrendo para a criação do que virá a ser a realidade externa. No caso de João Alfredo, ao destruir os objetos da oficina, ao mesmo tempo os recriava-os fora de seu eu, caminhando para constituí-los como parte da realidade externa. Nesta linha, para que o objeto torne-se parte da realidade externa, é necessário que o objeto sobreviva à destruição efetuada pelo indivíduo:

Nesse ponto de desenvolvimento que examinamos aqui o sujeito está criando o objeto no sentido de descobrir a própria externalidade, e há que acrescentar que essa experiência depende da capacidade do objeto de sobreviver. (É importante que nesse contexto, 'sobreviver' significa não 'retaliar') Se for numa análise que isto esteja se realizando, então o analista, a técnica analítica e cenário analítico, todos entram como sobrevivendo ou não aos ataques destrutivos do paciente. Essa atividade destrutiva constitui a tentativa, empreendida pelo paciente, de colocar o analista para fora da área de controle onipotente, isto é, para fora do mundo. Sem a experiência da destrutividade máxima, (objeto não protegido) o sujeito jamais coloca o analista para fora e, portanto, não pode mais do que experimentar uma espécie de auto-análise, usando o analista como projeção de uma parte do eu (*self*).

Em termos de alimentação, então, o paciente pode alimentar-se unicamente do eu (*self*), e não pode usar o seio para nutrir-se. O paciente pode inclusive ter prazer na experiência analítica, mas fundamentalmente, não sofrerá qualquer mudança.

Na experiência da Oficina Terapêutica, o coordenador apresenta materiais que são parte dele próprio. Na Oficina de Ikebana, as garrafas plásticas, os papéis, os fitilhos e as flores são parte do próprio coordenador, e ele coloca os materiais para que sejam usados pelos pacientes, que poderão destruí-los. No enquadre da Oficina Terapêutica de Ikebana, o coordenador até estimula a destruição, com o objetivo de que se possa construir algo belo a partir dela. O terapeuta não censura, até acha positivo o fato da destruição estar em curso.

Provavelmente esta experiência, que faltava em termos do desenvolvimento de João Alfredo, foi vivenciada por ele ao participar da Oficina. Seu outro comportamento destrutivo habitual, o de rasgar as camisas, provavelmente era encarado pelas pessoas que conviviam com ele como um comportamento apenas destrutivo, o que gerava reações de retaliação para com ele, impedindo-o de alcançar o estágio do uso do objeto. O fato de o paciente conseguir, pelo menos por alguns momentos, atingir o estágio do uso do objeto, fez com que tivesse uma noção de seu próprio *self* e do objeto externo, capacitando-o a usar sua destrutividade de maneira mais sadia. Confrontando a análise feita a partir da experiência de João Alfredo, com as propostas terapêuticas da Psiquiatria Democrática, vemos, segundo Barros (1997, p. 107), que:

A terapeutividade encontra-se na capacidade dos operadores do serviço em constituírem-se em intermediários materiais capazes de tirar da inércia e dialetizar trocas materiais bloqueadas, desinstitucionalizando os sintomas e os sentidos reificados do paciente.

Apercebemo-nos que no caso de João Alfredo, ele, ao frequentar a Oficina de Ikebana, saiu de uma situação inercial, onde o sintoma estava cronificado, institucionalizado. Isto era demonstrado

pelo fato de o paciente ter recebido a menção jocosa de um membro da própria equipe, quando rasgou sua camisa. Nesta linha de pensamento, João Alfredo deixou de ser um paciente-objeto reificado, passando a ser autor de suas próprias criações. Como coloca Ongaro-Basaglia (1982, p. 10): “Como fazer emergir o sujeito desta humanidade humilhada, destes corpos torturados, dessas vidas interrompidas?”. A experiência de João Alfredo na Oficina terapêutica de Ikebana aponta para a emergência deste sujeito.

Um terceiro caso, diretamente vinculado a experiências terapêuticas vivenciadas em NAPS ocorreu no caso de Djanira, também citado na minha dissertação de mestrado (Sato, 2001). Eu havia sido convidado pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Itanhaém para implantar uma oficina de arranjos florais. Com esse intuito, dirigi-me a esta instituição e reuni-me com a sua direção. Conclui-se pela necessidade de realização de quatro sessões grupais com minha coordenação e co-coordenação dos técnicos da unidade, com vistas a capacitá-los para se tornarem, posteriormente, coordenadores da Oficina.

Após a reunião, a diretora do CAPS guiou-me a uma rápida visita, com o intuito de mostrar-me as dependências da unidade. Ao chegarmos ao refeitório da unidade, presenciamos um técnico da equipe e uma paciente discutindo. Diante de nossa presença, a paciente saiu rapidamente da sala. O técnico então desabafou com a diretora, dizendo-se desgastado com a postura da paciente, que nunca aceitava as normas do tratamento.

Na semana seguinte, ao chegar à unidade para realizar a primeira da série de quatro oficinas, notei que aquela paciente que discutira com o técnico estava me observando. Notei que esta paciente, a qual darei o nome de Djanira, olhava-me com interesse por detrás de seus óculos escuros esportivos e masculinos. Dei-me conta disto, pois, apesar de não ver seus olhos, percebi que o movimento de seu rosto seguia-me de forma precisa. Senti, inclusive, que me media cuidadosamente por trás de seus

óculos escuros. A paciente usava um cabelo bem curto, calça jeans e camiseta, num estilo bem masculino. Pedi-lhe para me ajudar a descarregar o carro e levar o material da oficina até a sala onde esta seria realizada. Ela prontamente aceitou ao meu pedido, carregando os apetrechos com rapidez e presteza, o que demonstrava a sua boa vontade em realizar a tarefa. Após termos finalizado esta, convidei-a para participar da oficina, ao que me respondeu afirmativamente. Logo após Djanira saiu um pouco da sala. Decorrida cerca de meia hora, os técnicos e os outros pacientes que iriam participar da oficina chegaram e, junto com Djanira, foi realizada a oficina num clima animado e descontraído. A paciente parecia concentrada na feitura de seu vaso e de seu arranjo, interagindo verbalmente com o grupo, quando lhe perguntavam algo. Djanira participara de toda a oficina, de forma interessada. Ao término dela, tinha produzido um vaso muito interessante.

Após a finalização da Oficina, fizemos uma reunião de avaliação com os técnicos que dela haviam participado. Os mesmos estavam surpresos pelo fato de a paciente ter participado de uma oficina terapêutica de tão longa duração – cerca de duas horas - de forma tão integrada. Eles relataram-me que, geralmente, Djanira recusava-se a participar dos grupos terapêuticos e oficinas. Outra coisa que a paciente fazia com frequência, era começar a participar de uma atividade terapêutica grupal e deixar o grupo antes do término do mesmo. Antes do fim da reunião, pediram-me para que eu falasse algo sobre o arranjo do paciente (ver figura 2, no anexo).

Ao examinar o arranjo, disse-lhes que me chamava a atenção a diferença de tamanhos entre a folhagem e as flores. Intuitivamente, acreditei que a folhagem, dentro da configuração do arranjo, representava uma proteção a um núcleo sensível representado pelas flores rosas em tamanho menor. Comuniquei esta intuição à equipe e sugeri-lhes que procurassem tratar mais afetivamente a paciente, pois ela parecia ter uma sensibilidade e uma afetividade que estavam ocultas por mecanismos de defesa.

Feito este comentário, a equipe procurou mudar sua interação com a paciente, no sentido de tratar mais afetivamente a paciente, que também reagiu positivamente, mostrando um comportamento menos problemático. Na semana seguinte, Djanira novamente participou da oficina de forma atenta e construtiva, sem criar conflitos no decorrer dela. A equipe técnica também me pediu para que interpretasse o segundo arranjo de flores (ver fig. 3, em anexo).

Pela forma do arranjo, tive a intuição de que o arranjo apresentava uma melhor relação entre suas defesas e seu núcleo sensível, espontâneo. Ou seja, havia, a meu ver, um melhor equilíbrio entre os dois aspectos do seu eu. O arranjo passava a impressão de que o seu núcleo sensível saíra de sua posição defensiva e estava atuando junto com os aspectos protetores de si mesmo. Por outro lado, o formato do arranjo lembrava uma pessoa de braços abertos, o que possivelmente mostrava a sua percepção da relação entre ela e a equipe.

A paciente participou de duas outras oficinas que coordenei, sempre de forma bastante interessada. Na avaliação final, ao fim das quatro sessões de Oficina Terapêutica, a equipe relatou que o relacionamento com a paciente estava satisfatório.

Essa vinheta mostra a necessidade de o terapeuta estar atento e aberto às comunicações do paciente. Felizmente, percebi que Djanira observava-me de forma minuciosa, como que comunicando que queria participar do que estava acontecendo, que queria me conhecer melhor. Intuitivamente, entendi estes “toques” da paciente e procurei seguir o desejo de Djanira, abrindo espaço para que ela pudesse participar da oficina e conhecer-me de forma mais aprofundada. Ela acabou por apresentar, no seu primeiro arranjo, talvez um falso self¹³⁴ que protegia seu verdadeiro self¹³⁵. Esse falso self se manifestava de forma defensiva, pela rebeldia, contestação, persistência no comportamento desagradável. Isso gerou uma reação contratransferencial negativa na equipe, que tendia a encará-la

¹³⁴ Dentro da teoria de Winnicott (1960), aspecto protetor e defensivo do eu (*self*)

¹³⁵ Segundo Winnicott (1960), aspecto espontâneo e criativo do eu (*self*)

como a “chata” da instituição e por este motivo segregá-la, estigmatizá-la. Ela era a indesejável da instituição, mas não podia ser excluída do tratamento do CAPS, pelo fato de possuir um diagnóstico de transtorno bipolar, que a enquadrava dentro do perfil dos pacientes atendidos pela instituição.

Por eu não estar contaminado pelo clima emocional desagradável que havia se criado em torno da paciente, pude perceber um lado sadio na paciente. Esta porção de saúde presente em Djanira talvez fosse o verdadeiro self da paciente querendo ser descoberto. Essa percepção e a sua posterior comunicação a uma equipe bastante sensível no trato com os pacientes fizeram com que os técnicos passassem a ter um relacionamento mais afetivo com a paciente. Ela, sentindo-se acolhida, passou a se relacionar melhor. Esse fato trouxe para ela um sentimento de estar sendo sustentada, cuidada pela equipe, percepção que, antes, provavelmente, não possuía. Isso fez com que ela sentisse que não precisaria mais se defender atacando aqueles que tentavam se relacionar com ela. A partir deste momento, Djanira pôde ser mais espontânea e vivenciar de forma mais plena seu verdadeiro *self*, anteriormente escondido pelas defesas do falso *self*.

Estes três casos, ocorridos em instituições de saúde mental criadas a partir da Reforma Psiquiátrica, mostram o potencial do enquadre da Oficina Terapêutica, a partir de uma visão que inclui o psicológico dentro de suas preocupações. Nos três casos acima citados, o social está presente: Almerinda e sua relação familiar complicada, João Alfredo e sua longa carreira psiquiátrica, sua estigmatização devido a sintomas espetaculares, Djanira e sua relação com a equipe. Porém o psicológico, aqui analisado a partir de uma perspectiva winnicottiana, deve ser incluído, pois enriquece a visão dos técnicos-terapeutas e possibilita ao paciente o caminho da cura, da saúde, por intermédio da elaboração de angústias que até então não se permitiam ser trabalhadas com êxito. No próximo capítulo falaremos da possibilidade de Oficinas Terapêuticas, desenvolvidas em meio universitário, colaborarem com o aprofundamento da Reforma Psiquiátrica.

CAPÍTULO VII

Reforma Psiquiátrica e Universidade: A criação e a aplicação dos enquadres clínicos diferenciados

Historicamente, a Universidade não foi propulsora da Reforma Psiquiátrica. Basaglia era professor universitário quando decide abandonar o seu posto e dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, desencantado com a falta de perspectivas no sentido de uma melhora na relação com o paciente psiquiátrico. Coloca Barros (1997, p. 58):

O impacto com a violência da instituição e com a realidade da internação que a universidade ignorava fez com que naufragassem as ilusões de um possível ser-com como método de compreensão e da superação da doença das pessoas internadas em manicômios. (...)

Barros (1997) coloca que a Universidade, na época de Basaglia, era indiferente para com a realidade do manicômio. Neste contexto, mesmo propostas avançadas, como o ser-com da fenomenologia e do existencialismo caíam no vazio, pois não se transformavam em projetos concretas de mudança da realidade manicomial. Fenômeno semelhante já havia ocorrido, na década de 40, com Silveira, (1992, p. 16), em relação aos médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II quando propusera o estudo das práticas de terapêutica ocupacional:

Nosso objetivo era fazer da Seção de Terapêutica Ocupacional um campo de pesquisa, onde as diferentes linhas de pensamento se encontrassem e se pusessem à prova. Esta idéia fracassou completamente. Nem na teoria, nem na prática, nosso plano de trabalho encontrou ressonância favorável.

Uma das propostas mais transformadoras em relação à prática psiquiátrica não teve nenhuma repercussão favorável, quando buscou interlocução com seus pares acadêmicos. A proposta de

Silveira ganhará repercussão através de um outro tipo de interlocutor: os artistas e críticos de arte, que se surpreenderão com as produções dos pacientes e com a melhora deles ao pintar¹³⁶. Só na década de 50, um importante expoente do pensamento psicológico, Jung, conhecendo as produções dos pacientes de Silveira, discutirá e dará suporte aos estudos da psiquiatria brasileira. Após sua morte, Marie Louise Von Franz, uma das principais discípulas de Jung, será a interlocutora mais próxima da psiquiatria brasileira (Silveira, 1982).

Retornando à Basaglia, vemos que seu percurso como crítico da psiquiatria começa ainda na Academia. Ele critica as noções de incompreensibilidade do doente mental, propostas por Jaspers (1913), propondo-se a desenvolver uma maneira diferente de relacionar-se com o paciente psiquiátrico. Segundo Barros (1997, p. 58/59):

A crítica à epistemologia psiquiátrica delineou-se como reflexão teórica ainda na academia, através da recusa de Franco Basaglia em aceitar a hipótese da incompreensibilidade da pessoa considerada doente mental; dispendo-se a acolher e compreender seu sofrimento e subjetividade, insurge-se, também, contra o etiquetamento nosográfico da pessoa, o qual se constrói por categorias fechadas, fundadas numa entidade abstrata, a doença mental.

Além da noção da incompreensibilidade, o psiquiatra italiano investe contra uma das peças de resistência da Psiquiatria Clássica: a questão do diagnóstico, que erigiu categorias abstratas de classificação do ser humano. A partir desta classificação, o ser humano concreto e sua individualidade eram deixadas de lado. Coloca Jung (1961, p. 149):

Passei meus anos de aprendizagem na Clínica psiquiátrica Burghölzli da Universidade de Zurique. O problema que ocupava o primeiro plano de meu interesse era: o que se passava no espírito do doente mental? Neste momento ainda

¹³⁶ Entre os críticos de arte que no primeiro momento apoiaram Silveira e divulgaram seu trabalho e as pinturas dos seus pacientes estão Mário Pedrosa, Ferreira Gullar, Léon Degand. Entre os artistas, Almir Mauvigner, Ivan Serpa, Abraão Palatinik (Silveira, 1992)

não o sabia, e entre meus colegas ninguém se interessava por isso. O ensino psiquiátrico procurava, por assim dizer, abstrair-se da personalidade doente e se contentava com o diagnósticos, com a descrição dos sintomas e dos dados estatísticos. Do ponto de vista clínico que então predominava, os médicos não se ocupavam do doente mental enquanto ser humano, enquanto individualidade; tratava-se do doente número X, munido de uma longa lista de diagnósticos e de sintomas. Uma vez “rotulado” e carimbado com o diagnóstico, o caso era de uma certa forma encerrado. A psicologia do doente mental não desempenhava papel nenhum.

Vemos, neste trecho, que o etiquetamento nosográfico é prática constante entre os psiquiatras clássicos, que a partir do diagnóstico, não se preocupam com o indivíduo que está sofrendo. Apesar de tratar da psiquiatria do começo do século, a meu ver, o texto continua sendo atual, pois mesmo hoje pouca atenção se dá aos aspectos vivenciais dos sintomas. Aponta Jung (1961, p. 162):

Sempre me espantei constatando o tempo que foi necessário para que a psiquiatria se detivesse no conteúdo das psicoses. Nunca se cogitara acerca das fantasias dos doentes: porque, por exemplo, um doente se julgava perseguido pelos jesuítas, outro pensava que os judeus queriam envenená-lo e um terceiro se sentia perseguido pela polícia? Não se levava a sério os conteúdos das fantasias e se falava genericamente em “mania de perseguição”. Também acho estranho que minhas pesquisas de então estejam hoje em dia quase que completamente esquecidas. Já no começo do século, eu havia tratado de esquizofrênicos através de um método psicoterapêutico. (...)

O psiquiatra suíço coloca neste trecho algo que ainda é bastante verdadeiro. Pouca importância dá-se, em psiquiatria, a uma tentativa de compreensão dos sintomas, que são tomados apenas no seu aspecto formal. O mesmo pode-se dizer em termos do tratamento: a psiquiatria de

cunho organicista favorece a remissão dos sintomas, da mesma forma que as terapias cognitivo-comportamentais indicadas pelos psiquiatras desta tendência. Estas linhas terapêuticas pouco se importam em compreender a subjetividade do paciente e a expressividade individual dos sintomas. Outro ponto em que Jung (1961, p. 162) e Basaglia se aproximam diz respeito à questão da incompreensibilidade do doente mental:

Ao debruçar-me sobre os doentes e seu destino, compreendera que as idéias de perseguição e as alucinações se formam em torno de um núcleo significativo. No fundo, há os dramas de uma vida, de uma esperança, de um desejo. *Se não lhes compreendermos o sentido, é uma falha nossa.* Nessas circunstâncias, compreendi pela primeira vez que na psicose jaz e se oculta uma psicologia geral da personalidade e nela se encontram todos os eternos incuráveis, obtusos, apáticos, se agita mais vida e sentido do que pensamos. No fundo, não descobrimos no doente mental nada de novo ou de desconhecido; encontramos nele as bases de nossa natureza. Nessa época, tal descoberta foi, para mim, uma poderosa revelação. (Os grifos são nossos).

Jung, de forma muito sensível, encara que o problema da incompreensibilidade do doente mental está vinculado a problemas de nossa própria ótica. Quer dizer, se não compreendemos o doente mental, isto é devido a insuficiência de nossos pressupostos epistemológicos, não devido a uma pretensa incompreensibilidade do paciente. Vaisberg também concorda com este ponto de vista, defendido por Jung e Basaglia. Usando argumentos em uma linha muito próxima do pensamento basagliano, Vaisberg (2002, pp. 8/9) coloca:

Tive a ocasião de considerar detidamente a questão da exclusão social em minha tese de livre-docência (Vaisberg, 1999), quando abordei o problema dos limites da compreensibilidade do fenômeno humano no campo da psicopatologia. Neste contexto, tive oportunidade de empreender uma análise que visava demonstrar

o quanto as práticas manicomiais se mantinham e se legitimavam a partir de alguns fundamentos teóricos que serviam de base à psicopatologia geral de Jaspers (1913). Nesta obra, considerada marco inaugural da disciplina, Jaspers afirma existirem dois tipos de conduta humana: aquelas passíveis de serem humanamente compreendidas, e aquelas que só podem ser explicadas. Estas últimas não pertenceriam, rigorosamente falando, ao acontecer humano, mas consistiriam, antes, na expressão do mau funcionamento do equipamento neurológico. Não é difícil concluir que uma tal distinção cai como uma luva no sentido de justificar práticas segregacionistas, que deixam do lado de fora do manicômio aqueles que podem receber atenção psicoterapêutica e em seu interior os outros aos quais se destinam os antipsicóticos químicos e os eletrochoques. Desnecessário acrescentar que as práticas segregacionistas não são, necessariamente, carcerárias, pois existem formas mais leves, mas igualmente eficazes, de exclusão social. (Jodelet, 1989)

Neste trecho, constatamos que a psicanalista parte do mesmo ponto da crítica basagliana; a noção de incompreensibilidade do doente mental faz com que esse seja excluído do circuito de trocas sociais via manicômio, ou por via indireta, pela estigmatização que o rótulo da doença traz. Esta última forma de exclusão, apontada por Vaisberg (2002), também deve, a nosso ver, ser estudada com profundidade, pois diz respeito aos aspectos culturais e psicológicos de uma sociedade que criou e mantém o manicômio, como argumenta Bleger (1970, p.96):

A sociedade tende a instalar uma clivagem entre o que considera sadio e doente, entre o que considera normal e anormal. Assim estabelece uma clivagem muito profunda entre ela (a sociedade 'sadia') e todos aqueles que, como os loucos, os delinqüentes e as prostitutas, são desvios, doenças, que – supõe-se – nada têm a ver com a estrutura social. A sociedade se autodefende, não só dos loucos, dos delinqüentes e das prostitutas, mas de sua própria loucura, de sua própria

delinqüência e de sua própria prostituição, e desta maneira aliena, desconhece e trata como se fossem alheias e não lhe correspondessem. Isto ocorre através de uma profunda clivagem. Esta segregação e esta clivagem se transferem logo para os instrumentos e conhecimentos. Assim, respeitar a clivagem de um grupo terapêutico e não examinar os níveis de sociabilidade sincrética significa admitir essa segregação sancionada pela sociedade, assim como admitir os mecanismos pelos quais determinados sujeitos se tornam doentes e segregados, e também admitir o critério adaptativo de saúde e doença e sua segregação como “cura”.

O psicanalista argentino aponta neste ponto para o fato de que a sociedade deposita sobre o louco a loucura social. A criação de uma sociedade em que realmente o louco seja aceito verdadeiramente como diferente, e mais, tenha direito e acesso aos melhores tratamentos possíveis, tratamentos estes que respeitem a sua subjetividade, é uma luta que os agentes sociais comprometidos com a mudança devem empreender. Outra luta que deverá ser empreendida por aqueles que visam a uma sociedade melhor diz respeito à transformação da sociedade, em um estado social onde que as famílias possam prover material e emocionalmente seus filhos de maneira adequada, evitando, assim, de forma psicoprofilática, que surjam novos casos de psicose (Bleger, 1962).

O instrumento que deveria ser a ponta de lança das mudanças sociais, teoricamente, seria o meio universitário. Já vimos, porém, no começo deste capítulo, através das passagens acontecidas com Basaglia e Silveira, que o meio universitário não estava aberto à questão da superação do manicômio, durante as décadas de 40 a 60. Restou aos dois grandes reformadores da Psiquiatria buscar interlocução com outros atores sociais, no caso de Basaglia, com os movimentos operários e partidos políticos de esquerda, e no caso de Silveira, com o movimento artístico e com representantes do pensamento junguiano¹³⁷. Acreditamos que resta à Universidade reparar esta falha histórica,

¹³⁷ Pensamento que na época não tinha muita penetração nos meios universitários, principalmente no Brasil.

retornando ao espírito inicial da fundação da Universidade moderna, que segundo Luckesi et alli (1985, p.32/33) se caracteriza por:

Notamos, entretanto, que ao lado da universidade napoleônica, surge, também, em consequência das transformações impostas pela industrialização, uma outra mentalidade, endereçada para a pesquisa científica. Há como que um despertar da letargia intelectual vigente e a universidade, então, tenta retomar a liderança do pensamento, para tornar-se um centro de pesquisa. O marco desta transformação ocorre em 1810, quando da criação da Universidade de Berlim (Alemanha), por Humboldt. A universidade moderna, enquanto centro de pesquisa, é, portanto, uma criação alemã, preocupando-se em preparar o homem para descobrir, formular e ensinar ciência, levando em conta as transformações da época. (...)

Constatamos, por intermédio deste trecho, que a Universidade moderna busca investigar e formular questões científicas, com independência de espírito, de acordo com as necessidades e transformações sociais da época. Por este motivo, é estranho notar como a Psiquiatria, no decorrer de dois séculos, e a Psicologia, no decorrer de um, não convergiram para formas de compreensão do fenômeno psicótico que levassem a uma superação do sistema manicomial. A resposta talvez esteja na profunda clivagem e deposição de valores indesejados pela sociedade por sobre a figura do louco, como apontou Bleger (1970). Neste ponto, vemos que a universidade acabou assumindo os preconceitos sociais, e desenvolvendo o que Marx e Engels (1848) chamaria de ideologia: ciência como encobrimento da realidade social.

Deste ponto de vista, as iniciativas daqueles que, do campo universitário¹³⁸, buscam oferecer subsídios para o aprofundamento da noção de compreensibilidade do psicótico, assim como da criação de enquadres clínicos capazes de oferecer alívio ao seu sofrimento, devem, do meu ponto de

¹³⁸ Felizmente, cada vez é maior o número de pesquisadores e professores universitários que buscam somar esforços para uma transformação e melhoria da assistência à saúde mental, com a superação da lógica manicomial como atestam as contribuições de Vaisberg (1999, 2002), Sato (2001), Scarcelli (1998), Nicácio (1994, 2003), entre outras.

vista, ser muito valorizados, pois ajudam a pagar uma dívida histórica da sociedade para com os pacientes psiquiátricos.

Entre estas iniciativas está um laboratório criado em 1992 por Vaisberg: “Ser e Fazer: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social”, dentro do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Este Laboratório surgiu com o objetivo de pesquisar o imaginário social ligado à representação da loucura. Este imaginário social, a partir da concepção psicanalítica de Vaisberg, é considerado um emergente de um avesso emocional que deve ser expresso para poder ser modificado. De acordo com Vaisberg e Machado (2003, p. 8/9):

(...) Desta feita, a implantação de nosso Laboratório permitiu que a pesquisa sócio-clínica do imaginário coletivo caminhasse no sentido de um aprimoramento metodológico, que resultou na busca de facilitação da expressão subjetiva de indivíduos e grupos, de modo a ultrapassar o uso exclusivo do discurso verbal. Viemos, assim, a optar inventivamente pelo recurso a estratégias tradicionalmente conhecidas como projetivas, mas que repensadas à luz de certos desenvolvimentos da psicanálise contemporânea (Winnicott 1945, 1949, 1968, 1971) passamos a designar, em nossas publicações, aulas e palestras, como “apresentativo-expressivas”. Tais estratégias clínicas permitem a realização de uma pesquisa psicanalítica que é clínica na sua vocação fundamental, ou seja, que se apresenta, desde o primeiro momento, como pesquisa intervenção, por não dissociar o movimento da produção do conhecimento de sua aplicabilidade imediata, uma vez que não se opera sobre “objetos inertes de investigação”, mas se interage num campo de troca interhumana.

Neste trecho percebemos que Vaisberg e Machado empregaram, como estratégia de expressão do emocional implícito sobre o representacional não só o discurso verbal, mas também técnicas apresentativo-expressivas. O uso destas estratégias clínicas visa a possibilidade da elaboração da

dimensão emocional da representação da loucura por indivíduos e grupos, possibilitando então um avanço para uma concepção menos defensiva sobre a mesma. O sucesso destas intervenções clínicas levou Vaisberg e Machado (2006, p. 10) à proposta de ampliação destas para o campo da psicoterapia grupal:

(...) O conjunto de nossos esforços na busca de estratégias clínicas facilitadoras da autoexpressão nos conduziu à criação de uma prática sócio-clínica que, idealizada para o atendimento de coletivos, pode ser considerada como modalidade específica de psicoterapia grupal, mediante a disponibilização de materialidades mediadoras.

Constatamos, neste trecho, que o que se iniciou como uma estratégia clínica visando a uma melhora da expressão de indivíduos e grupos visando certo problema se amplia, para uma proposta de características mais amplas, que pode atingir praticamente qualquer tipo de coletivo, a partir de proposições terapêuticas de Winnicott, de acordo com Vaisberg e Machado (2003, p.10):

A busca de adequação do uso de mediações em enquadres destinados ao atendimento grupal de pacientes motivou o aprofundamento do estudo do pensamento clínico de D. W Winnicott articulado à fundamentação epistemológica de Bleger (1958, 1963). Inspiradas nas proposições clínicas de Winnicott (1971b) repensamos nossa prática clínica como consultas terapêuticas coletivas (Vaisberg, Tardivo e Fonseca, 2002).

Verificamos que esta nova estratégia clínica procura uma fundamentação teórica rigorosa, o que fez com que Vaisberg e colaboradores buscarem um enquadre psicanalítico que pudesse dar base às suas novas formulações. Eles vão encontrar este fundamento no enquadre proposto por Winnicott (1971), no âmbito das consultas terapêuticas infantis, no qual o psicanalista inglês utiliza o jogo do rabisco como materialidade mediadora da expressão de seus pacientes, visando efeitos mutativos

nestes. Ampliando o escopo do oferecimento de materialidades mediadoras para o coletivo, Vaisberg e colaboradores chegam à proposição do termo consulta terapêutica coletiva, ampliando o enquadre originalmente proposto por Winnicott. Tal proposta terapêutica ensejou em 1997, a abertura de uma série de serviços de atendimento psicológico, de acordo com Vaisberg e Machado (2003, p. 10):

(...) Por outro lado, implantamos, em 1997, em nosso Laboratório, serviços de atendimento psicológico que, funcionando em instalações próprias no Bloco de Serviços do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, produzem material clínico valioso, o qual tem resultado em publicações e apresentações em congressos científicos, bem como tem suscitado produções acadêmicas como mestrados, doutorados e iniciações científicas. Tais serviços oferecem atenção psicoterapêutica a crianças, adolescentes e adultos, usando enquadres clínicos diferenciados, nos quais a dimensão lúdica fica maximamente visível pela disponibilização de uma variedade de materialidades expressivas.

A criação dos enquadres clínicos diferenciados tem uma interessante característica: ele se dá praticamente a partir e dentro da Universidade, para depois ser ampliado em aplicações em instituições públicas ou consultórios particulares. Via de regra, o processo começa no consultório ou na instituição pública, e depois é estudado dentro da academia. Por este motivo, é muito importante frisar a originalidade do Laboratório, pois ele articula quase que simultaneamente a prática clínica e a reflexão teórica sobre ela, dentro do meio universitário, produzindo novos conhecimentos que ficam disponíveis para verificação e aplicação em outros contextos.

Pessoalmente, estive envolvido na fundação das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer – nome oficial do serviço prestado – convidado pela Profª. Vaisberg, que conhecedora do meu trabalho de oficina terapêutica de arranjos florais com pacientes psiquiátricos na Prefeitura de São Vicente, gentilmente me ofereceu a oportunidade de estar desenvolvendo uma oficina em moldes semelhantes

neste novo serviço. Este convite foi feito apesar da psicanalista estar consciente de que, na época, eu desenvolvia as oficinas num referencial teórico junguiano. Como ela conhecia a forma como eu atuava, acreditou ser possível uma interlocução entre o pensamento junguiano e o winnicottiano. Esta interlocução, na realidade, já havia ocorrido entre o próprio Winnicott e o chefe da escola inglesa junguiana inglesa, Michael Fordham. Ambos trocaram cartas (Winnicott, 1954b, 1955a, 1965), fizeram comunicações em seminário citando a comunicação do outro (Winnicott, 1960a), reconheceram influências mútuas em seu pensamento (Winnicott, 1967; Fordham, 1995). O próprio Winnicott (1964, p. 365) leu textos de Jung, e confrontou suas idéias com as dele:

A publicação deste livro proporciona aos psicanalistas uma oportunidade, talvez a última que terão, para chegar a um acordo com Jung. Se fracassarmos em fazê-lo declaramo-nos sectários autoproclamados, sectários de uma falsa causa.

Neste pequeno trecho Winnicott coloca o quanto lhe desgostava o sectarismo psicanalítico, que ele considerava como um fenômeno falso. Esta posição do psicanalista inglês é coerente com seu posicionamento dentro da Sociedade Psicanalítica Britânica, quando decide não se filiar a nenhuma das duas correntes predominantes na época, ou seja, o grupo kleiniano¹³⁹ ou o annafreudiano¹⁴⁰, permanecendo no seio do grupo de analistas independentes que decidiram manter sua autonomia de pensamento frente aos outros dois grupos (Hughes, 1998).

Retornando ao posicionamento de Winnicott (1964) frente ao pensamento junguiano, ele reconhece dois méritos do psiquiatra suíço: aponta que Jung foi quem primeiramente elaborou o conceito de *self* em termos psicológicos, e também que sua noção de contratransferência¹⁴¹ (Jung, 1946) é operativa em termos do paciente psicótico:

¹³⁹ Grupo formado por psicanalistas que seguem o pensamento da psicanalista húngara Melanie Klein (Hughes, 1998).

¹⁴⁰ Grupo formado por psicanalistas que seguem o pensamento da psicanalista austríaca Anna Freud, filha do fundador da Psicanálise (Hughes, 1998).

¹⁴¹ Jung (1946) e Fordham (1969) partem de uma concepção de contratransferência na qual esta é parte integrante do processo terapêutico, não devendo ser simplesmente considerada como expressão de aspectos não-trabalhados pelo

No outro tipo de paciente a que me refiro será necessária uma regressão. Se uma mudança significativa é o que se pretende conseguir, o paciente precisará passar por uma fase de dependência infantil. (...) A dificuldade aqui está no diagnóstico, na identificação da falsa personalidade que oculta o *self* verdadeiro imaturo. Se se quiser que o *self* verdadeiro oculto aflore por si próprio, o paciente terá de passar por um colapso como parte do tratamento, e o analista precisará ser capaz de desempenhar o papel de mãe para o lactente do paciente. Isto significa dar apoio ao ego em grande escala. O analista precisará permanecer orientado para a realidade externa e ao mesmo tempo que identificado ou mesmo fundido com o paciente. O paciente precisa ficar extremamente dependente, absolutamente dependente mesmo, e estas palavras são certas mesmo quando há uma parcela sadia da personalidade que atua como um aliado do analista e na verdade informa ao analista como se comportar.

Notar-se à que agora estou utilizando uma fraseologia na linha das usadas por Fordham.

O psicanalista inglês reconhece que nos casos de psicose, onde o verdadeiro self nunca pode se desenvolver totalmente, a tarefa mais importante do analista é ficar extremamente atento às necessidades que surgem à medida que o processo regressivo se aprofunda, exercendo um papel materno no processo de transferência/contratransferência, evitando o uso de interpretações e fazendo uso abundante do holding. Com estes pacientes Winnicott (1960a, p. 150) reconhece a importância da concepção junguiana da transferência:

Portanto, deste ângulo diferente, com o paciente diagnosticado como psicótico ou esquizofrênico, e a transferência dominada pela necessidade do paciente em regredir à dependência infantil, acho-me pronto a aderir a uma grande quantidade de

paciente. Na concepção junguiana, a contratransferência informa ao terapeuta sobre as necessidades emocionais do paciente, que devem ser satisfeitas dentro do possível pelo terapeuta.

observações do Dr. Fordham, as quais, contudo, segundo acho, ele não ligou adequadamente à classificação de pacientes porque não tinha tempo.

Esta transferência do psicótico, que tem como principal característica a necessidade de regressão do paciente, terá como principal resposta técnica do psicanalista inglês o que ele nomeou de *holding*, ou sustentação do paciente. Por este motivo, as estratégias técnicas de junguianos e de winnicottianos para entrar em contato e tratar o paciente psicótico serão semelhantes, em considerando o processo de transferência/contratransferência ser o eixo central da psicoterapia destes pacientes.

Feito este pequeno parêntese onde justifico minha colaboração, como psicólogo de orientação junguiana, a um grupo de pesquisa universitário de orientação winnicottiana, voltemos à caracterização das proposições terapêuticas do Laboratório Ser e Fazer. Vaisberg e Machado apontam (2003, p. 13):

Os parâmetros fundamentais que definem qualquer atividade psicoterapêutica são os objetivos terapêuticos pretendidos e o modo como se faz a intervenção terapêutica. Assim caracterizamos nossos serviços abordando-os a partir dos itens acima citados e uma vez, que a visibilidade lúdica é maximizada em nossos atendimentos, discutiremos também *o uso de mediações*. Será ainda indispensável fundamentar nossa pretensão de trabalhar, preferencialmente, em enquadres grupais. (os grifos são das autoras)

As psicanalistas especificam, a nosso ver, os parâmetros que devem estar presentes para a correta definição de uma intervenção psicoterapêutica: os objetivos pretendidos e a forma como se faz a intervenção. Respondendo a própria pergunta, Vaisberg e Machado colocam (2003, p. 14):

Com relação aos objetivos terapêuticos, os enquadres diferenciados dos atendimentos realizados em nossos serviços visam a promoção de um ambiente capaz de favorecer a ocorrência de experiências emocionais mutativas, ou seja, de transformações que têm lugar num plano propriamente existencial. (...) As intervenções terapêuticas são realizadas de modo não interpretativo. (...) ***as intervenções utilizadas pelos psicoterapeutas de nossos serviços almejam oferecer uma sustentação emocional capaz de garantir a expressão do paciente como ser humano criador, na medida em que buscam garantir a manutenção do sentido de continuidade de ser, evitando a queda em agonias impensáveis*** (Winnicott, 1963, 1968). Enquanto o terapeuta sustenta a relação, contando com uma apropriação prévia e pessoal acerca da teoria do desenvolvimento humano, o paciente pode fazer o trabalho criativo ligado ao existir como singularidade que faz a própria vida como percurso histórico-vincular. O fazer do terapeuta tem sempre o objetivo de favorecer o movimento e gestualidade do paciente, permitindo que o paciente se mantenha em marcha no trabalho em busca de formas de ser autêntico nas circunstâncias reais de sua vida. (os grifos são das autoras)

De forma extremamente sintética, as psicanalistas colocam os objetivos dos enquadres diferenciados: oferecer experiências mutativas, através de um ambiente terapêutico onde prevaleça a sustentação, ou *holding*. Através deste ambiente favorável, o paciente encontra condições de expressar seu gesto espontâneo, favorecendo a emergência do seu verdadeiro ser, ou em outras palavras, de seu verdadeiro *self*. Ao mesmo tempo, o fortalecimento do verdadeiro self protege o indivíduo da fragmentação causada pelas agonias impensáveis. Outro aspecto que Vaisberg e Machado (2003, p. 14/15) colocam é a forma de intervenção:

Concebidos a partir da teorização winnicottiana, nossos serviços consideram toda a psicoterapia como forma especializada de brincar, dotada de potencial

mutativo. Winnicott usou, como mediadores, o jogo de rabisco e desenhos, introduzindo uma forma absolutamente pessoal e fecunda de favorecer a presentificação, no setting, das questões biográficas mais diretamente relacionadas ao sofrimento que motivou a busca de ajuda profissional. A partir destas mediações, criava condições para a instauração de um espaço propício à abordagem de experiências oníricas, de modo a dispensar, em grande quantidade de casos, a interpretação uma vez que o próprio paciente podia se surpreender com o aparecimento de aspectos dissociados da personalidade. Nossos atendimentos correspondem a uma tentativa de usar criativamente o paradigma destas consultas terapêuticas (...)

Winnicott (1951) formula a célebre máxima na qual a psicoterapia é uma forma especializada de brincar. Obviamente podemos encarar as palavras como materialidades mediadoras, que vêm de fora e ao mesmo tempo são coloridas pela fantasia do sujeito. Porém, o brincar é potencializado quando além das palavras, tão dominadas pelas convenções e códigos racionais, o indivíduo tem acesso a outros tipos de materialidades mediadoras. O psicanalista inglês, ao lidar com crianças, que obviamente têm dificuldades de manejar o código verbal, propôs-se utilizar com ela desenhos ou o jogo do rabisco (Winnicott, 1971). Esta última forma de trabalhar, na verdade um antigo jogo infantil, em sua adaptação para a psicoterapia consiste em o terapeuta ou a criança rabiscarem primeiro, e depois o segundo termina o desenho e fala que figura realizou. Como Vaisberg e Machado colocam, muitas vezes, o próprio paciente vivencia os aspectos dissociados apresentados pelo desenho de forma com que se produza um efeito mutativo, ou que então a interpretação possa ser feita sobre o que o material aponta, facilitando o processo psicoterapêutico.

Os psicoterapeutas ligados às Oficinas de Criação Ser e Fazer têm utilizado um leque de materialidades mediadoras, que à semelhança do rabisco, tem servido para a expressão das mais

variadas vivências emocionais. Vaisberg e Machado (2003, p. 28) enumeram algumas das Oficinas Psicoterapêuticas oferecidas:

Dentre as Oficinas Psicoterapêuticas em funcionamento no Instituto de Psicologia temos: Oficina Arte de Papel, Oficina de Arranjos Florais, Oficina de Costura, Oficina de Tricô, Oficina de Rabiscos e Outras Brincadeiras. Realizadas em instituições de ensino ou de saúde, temos Oficina de Teatro para Adolescentes, Oficina de Velas Artesanais para paciente soropositivos e Oficina de Arranjos Florais para pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica. (...)

Como Winnicott (1971) permitia total liberdade para a criança completar o desenho, e como Silveira (1982) permitia que os seus pacientes psicóticos pintassem, modelassem ou fizessem ikebana de modo pessoal, assim os clientes das Oficinas Ser e Fazer têm a possibilidade de manusear os materiais disponibilizados pelos terapeutas com total liberdade criativa.

O último aspecto ainda não abordado sobre o modo de intervir, aponta para a modalidade de atendimento grupal das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer. O objetivo básico desta forma de intervenção, é que elas possam ser implantadas em equipamentos de saúde mental pública, o que por si só, mostra o alcance social da proposta de Vaisberg e Machado (2003, p. 25):

No que diz respeito às consultas terapêuticas coletivas, certamente definimos que é o grupo, enquanto entidade, o alvo do cuidado clínico. Isso acontece quando atendemos, seja em situação de crise ou psicoprofilaticamente, equipes de enfermeiros, equipes multiprofissionais, professores de uma escola, enfim, grupos nos quais a inserção individual se faz em função de uma pertinência anterior ao encontro clínico. (...) Entretanto, em virtude de utilizarmos materialidades mediadoras autoexpressivas, e por não fazermos uso da interpretação decodificadora que visa a provisão de “insight”, não colocamos os pacientes em constrangedoras situações de terem sua intimidade comentada pelo psicoterapeuta diante dos demais.

A psicoterapia transcorre em grupo, *porque esta é a “situação natural” em que transcorre a vida humana, que é coexistência, a qual, inclusive, ajuda a promover a sustentação emocional e facilita o relaxamento necessário à auto-expressão criativa.* Por outro lado, as psicoterapias individuais também são formas de encontro, muitas vezes clinicamente necessárias, que se fazem em campo interhumano povoado por vínculos emocionalmente significativos.

As psicanalistas enfatizam a possibilidade da aplicação da Oficina Terapêutica a grupos já formados, como os que encontramos em instituições de saúde e educação, desde que se trabalhe numa modalidade de psicoterapia grupal não-interpretativa, pois esta forma de intervenção psicológica não expõe a intimidade dos participantes. Ao mesmo todos se expressam de forma verbal e não-verbal, muitas vezes criando um clima descontraído, lúdico e que favorece a sustentação emocional mútua entre os participantes da Oficina, muitas vezes criando vínculos significativos. Além do acolhimento que o próprio grupo se autoproporciona, o uso de materialidades mediadoras diversas traz recortes do mundo humano, como colocam Vaisberg e Machado (2003, p. 25/26):

Além disso, o acontecer grupal que temos sustentado coloca cada um não apenas diante de outros seres humanos, mas também diante de alguma mostra do mundo material: flores, papel, linhas, panos, vestimentas, fantoches, parafinas, fotos, etc. Trazemos para o *setting* clínico, enquanto espaço intermediário, uma amostra selecionada da realidade humana, tendo como objetivo fundamental proporcionar condições para a emergência de uma gestualidade espontânea criativa, resgate de potencial a partir do qual os problemas da vida poderão ser solucionados e não como ameaças de irrupção de agonias impensáveis. O terapeuta, a presença concreta dos demais, a existência do grupo, a materialidade disponível, tudo isso serve de base, naquele enquadre, para a vivência de sustentação que libera o “ser e fazer” humanos. Lembremos aqui que o fundamento de toda a sustentação não é a

atividade representacional em si mesma, mas a coexistência humana. Aliás, a capacidade de pensar pode precariamente tamponar as agonias e angústias prementes apenas porque originalmente pensar é troca que já pressupõe virtualmente a existência de um outro.

A Oficina Psicoterapêutica traz objetos que recortam certa especificidade da experiência humana, mobilizando aspectos de vivências individuais, que serão elaboradas espontaneamente pelo indivíduo, mas ao mesmo tempo numa convivência com outros significativos, quer seja os colegas participantes ou o psicoterapeuta presente. A presença do outro humano, personificada seja no grupo, no terapeuta, como nos materiais que fazem parte da dimensão humana, permitem então o indivíduo superar as agonias impensáveis, que surgem quando o outro humano está ausente da relação.

Constatamos que as propostas do Ser e Fazer: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social realmente ajudam a recuperar o atraso que a Universidade acabou criando em relação à Reforma Psiquiátrica, criando uma forma de atuar que já está sendo aplicada no âmbito público e que pode, ao longo do tempo, reverter em considerável enriquecimento para este campo de atuação. Por outro lado, as Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer podem contribuir por meio de um aspecto que ficou esquecido pelas Oficinas de Arte desenvolvidas pela Psiquiatria Democrática: o sentido que o próprio fazer artístico tem para o paciente psicótico. A dificuldade de considerar o sentido individual, psicológico do gesto e do produto artístico que esta linha de pensamento apresenta está ligada ao modo sociológico de pensar a produção artística, voltada principalmente para a questão da reprodução social do paciente. Relataremos agora o caso de Glauce e de Clarice, para estudarmos as potencialidades dos enquadres clínicos diferenciados em termos dos efeitos mutativos na psiquê e na interação social dos pacientes

7.1 Glauce e o vestido rosa pink:

Glauce era uma mulher de meia-idade que havia sido encaminhada para a Oficina de Ikebana por uma psicóloga que lhe prestava atendimento psicoterápico individual semanal. A paciente contou-me que viera fazer psicoterapia por sentir-se perseguida. Os sintomas começaram após ela ter sido assaltada e ameaçada de morte em sua antiga casa, por ex-empregados seus. Depois do assalto, mudou-se desta casa indo morar com seus filhos novamente na casa da sua mãe. Apesar dessa medida, não se sentia protegida, relatando que entrara num estado persecutório passando a ter medo de todas as pessoas com quem convivia, inclusive da própria família. Acreditava que todas as outras pessoas eram agressivas, ofereciam-lhe perigo ou queriam lhe fazer mal. Por esse motivo, entrara num estado depressivo e num desejo de isolamento quase total. Glauce contou-me que, ao sentir-se neste estado, buscou atendimento psiquiátrico. Relatou que o psiquiatra deu-lhe antidepressivos alopáticos, porém não se adaptou a eles. O psiquiatra então lhe receitou então remédios homeopáticos, que ela tomou por 6 meses. Contou-me que sentiu certa diminuição na intensidade dos sintomas, que a fizeram ter um pouco mais de disposição para tentar reorganizar sua vida. Logo em seguida, Glauce foi procurar ajuda psicológica, conseguindo atendimento com uma psicóloga a quem chamarei de Núbia. Três meses depois do início do atendimento, Núbia encaminhou-me Glauce acreditando que o atendimento em oficina terapêutica lhe seria benéfico. A psicóloga esclareceu-me, também, que a paciente continuaria a fazer psicoterapia individual com ela.

Marquei uma entrevista inicial, na qual realizei uma anamnese com Glauce. Ela me contou que sua família era numerosa, com cerca de uma dezena de irmãos, sendo ela uma das irmãs mais novas. Contou-me que a família vivera na área rural de São Paulo e haviam emigrado para um grande centro urbano. Na infância, era muito apegada à mãe e introvertida, enquanto os irmãos eram

agressivos e invasivos. Vivia agarrada à mãe, ou fugindo das agressões, escondida, chorando. A mãe, Gilda, sempre fora uma mulher pouco afetiva e autoritária, não demonstrando maior apreço por Glauce. O pai, Leôncio, apesar de ser um pouco mais afetivo, não demonstrava muito seu sentimento, mantendo certa distância em relação aos filhos. Ela me contou que, logo após a puberdade, sofreu tentativa de abuso sexual por um familiar que morava em sua casa, o que a fez tornar-se ainda mais retraída.

Outro fato muito marcante em sua vida foi a separação dos seus pais. A separação ocorreu por iniciativa da mãe, depois que o pai, por motivos religiosos, pretendia construir um quarto para dormir separado da esposa. Glauce narrou que, na calada da noite, sem que ninguém soubesse, Gilda deixou a casa levando os filhos que moravam com ela para o apartamento de uma filha mais velha, Melissa, que também não havia sido avisada. Glauce relatou que considerou esse ato da mãe quase como um seqüestro, como uma separação à revelia de seu pai. A paciente disse que Melissa, indignada com o ato da mãe, resolveu mudar da cidade, dizendo que com Gilda por perto seria impossível ter qualquer privacidade. Melissa deixou seu apartamento para a mãe morar com seus irmãos. Na época, Glauce nos relatou que ela era apenas uma criança.

Glauce contou que, durante sua adolescência, foi morar com uma outra irmã, a quem chamarei de Gertrudes, que vivia em outra cidade. Ela vivia com o amante, Afrânio, que tinha mulher e filhos. Afrânio era muito rico e, com isso, Glauce tinha uma vida de luxo, podendo freqüentar um dos melhores colégios da cidade. Porém ela vivia uma vida paralela: Gertrudes a proibia de trazer amigas em casa, com medo de que a família de Afrânio descobrisse a sua “família ilegítima”. Ela também não podia comentar sobre a vida da família para os amigos da escola.

Glauce declarou que, no início, gostava de sua nova vida, pois tinha muito do que desejava ter materialmente. Com o passar do tempo, porém, contou-me que começou a sentir uma solidão horrível, que a deixou muito deprimida. Relatou que, após um ano, não podia mais suportar aquela

vida. Acabou pedindo à sua irmã para voltar a morar com Gilda, o que lhe foi permitido. Gertrudes então pediu à sua mãe que lhe enviasse uma outra irmã para lhe fazer companhia. Gilda envia então sua filha mais nova, Suzette, para ir morar com Gertrudes. A paciente nos contou que, posteriormente, Suzette, que morou parte da infância e toda a sua adolescência com Gertrudes, desenvolveu um transtorno bipolar.

De volta à casa da mãe, Glauce relatou que sua relação com Gilda não mudara muito. Seu autoritarismo continuava e a paciente não tinha muita autonomia para ter uma vida social própria. Glauce, então, buscou sua independência no trabalho, no estudo e no casamento. Apesar de gostar de sua mãe, Glauce disse que tentava não se deixar submeter totalmente, fosse procurando manter um bom vínculo com o pai, seja tentando manter sua independência financeira e emocional. Comentou-me que tinha esperança de realizar-se em seu casamento e no seu trabalho.

Ao se casar, Glauce estava muito feliz; o casamento foi satisfatório nos primeiros anos. Teve dois filhos com o marido. Após certo tempo, porém, passou a ter dificuldades com ele, que estava constantemente ausente por motivos de trabalho. Ao mesmo tempo começou a sentir o afastamento emocional do marido, descobrindo, após cerca de vinte anos de casada, que ele tinha uma amante, o que resultou em sua separação. A paciente nos conta que vê sua depressão, que sempre esteve presente, aprofundar-se.

Glauce disse-me que passou a acreditar que talvez uma mudança na vida profissional a fizesse feliz. Empenhou-se, então em passar num concurso público. Ela contou que na instituição em que foi trabalhar os concursados eram ostensivamente hostilizados pelos contratados, que temiam perder seu emprego. Glauce afirmou que por este motivo chegou a enfrentar várias situações perigosas de trabalho, que ameaçaram sua integridade física. Por fim, não agüentando a pressão, demitiu-se. A paciente, então, retornou ao seu antigo ramo de atividade. Logo após, porém, aconteceu o assalto em

sua casa e ela não conseguiu mais trabalhar. Glauce passou a apresentar sintomas paranóides, depressão com sentimentos de despersonalização, contato interpessoal prejudicado, insônia.

Neste contexto pessoal, Glauce começou a participar da Oficina de Ikebana. Logo de início, com seu jeito aberto e simpático de colocar as coisas, acabou por cativar os outros integrantes do grupo, que começaram a ter um bom relacionamento com ela. A paciente, durante sua participação na oficina, aos poucos, foi revelando ao grupo a dificuldade de ter que conviver com sua mãe na mesma casa novamente. Relatou ao grupo que a mãe sempre tivera um caráter dominador e difícil, o mesmo acontecendo com seus irmãos. A paciente ressentia-se das poucas possibilidades de diálogo e de **não** sentir a casa da mãe como seu espaço. Caso por exemplo, deixasse seu arranjo na casa, a mãe substituía as flores naturais por artificiais, dizendo que assim ficava melhor. Gilda perturbava tanto Glauce que esta preferia ficar a maior parte do tempo no seu quarto, que era o único espaço dentro da casa onde ela poderia ter certa privacidade.

Entre os arranjos que Glauce fez, selecionarei, para comentários, alguns que mostram etapas de sua evolução durante a oficina. A paciente realizou um arranjo muito interessante, com flores brancas e amarelas (ver figura 4, em anexo) no terceiro mês de participação da oficina. Nesse período, esse era um arranjo típico de Glauce, com flores de cores mais claras. Ela dizia que não conseguia lidar com flores de cores mais vivas. Ela própria falava que as flores de cores mais fortes representavam estados de ânimo intensos que ela não era capaz de sentir naquele momento. Contou ao grupo que não conseguia chorar, apesar de sentir-se bastante deprimida. Glauce achava que se fechava para não sofrer. Todavia, o que mais chamou a atenção no arranjo foram as flores brancas coladas com fita adesiva na haste de dois ramos de trigo. Fiquei imaginando se Glauce simbolizava neste arranjo sua necessidade de tentar impregnar de afetividade as figuras de seu pai e de sua mãe, que na sua história sempre lhe foram muito frios.

Glauce, apesar de conviver em clima familiar ruim, continuava a participar da oficina. Para ela esta participação era muito importante. Sentia-se bem ao poder falar de seus problemas ao grupo e, ao mesmo tempo, fazer seus arranjos. Ela foi ganhando, com a participação na oficina, mais confiança em si própria e, ao mesmo tempo, maiores condições de resistir à intrusão da mãe em sua vida.

Seis meses após o início da oficina, Glauce confeccionou um vaso em forma de coração no qual colocou um galho de azaléia com apenas uma flor (ver figura 5, em anexo). Conta que fez o arranjo pensando no quanto gostava da sua família, mas sabendo ao mesmo tempo que o amor e o respeito deles em relação a ela seria limitado e que talvez isso nunca mudasse. Relata, apesar desse fato, que continuaria amando sua família da mesma forma, mesmo não sendo retribuída com a mesma intensidade. Glauce relacionou o amor que sentia pela família ao vaso em forma de coração e, a sua própria solidão ao galho de azaléia.

Após esse momento, os arranjos de Glauce tornam-se mais lúdicos, perdem uma certa rigidez inicial. Antes eram típicos arranjos de tamanho pequeno. Um dia, subitamente, ela faz um arranjo de tamanho grande (ver figura 6, em anexo). Nessa época, Glauce tinha começado a aprender uma técnica de massagem, com uma amiga. É interessante notar que a capacidade de voltar a relacionar-se com outros corpos e indiretamente com seu próprio corpo, provavelmente, fez a paciente relaxar suas defesas e expandir seu eu.

Outro exemplo é um arranjo com papéis variados (ver figura 7, em anexo). Este arranjo foi feito com papéis de vasos antigos que Glauce desmontara. Ela relacionou este arranjo à possibilidade de repensar seu passado, com menos culpa do que havia feito até aquele momento.

Apesar de existirem momentos em que se Glauce sentia melhor, em outros predominava o sentimento de vazio, de falta de sentido, de vivências de desconhecimento de si mesma. Exemplo

típico disso é o arranjo seguinte (ver figura 8), do qual ela nos falou que os cones maiores representavam a família da mãe e do pai e os cones pequenos, as famílias dos irmãos. É curioso ressaltar que Glauce cortou algumas flores em um comprimento curto, muitas não chegando a atingir o substrato¹⁴², ficando praticamente amassadas dentro do cone.

Apesar de todos os avanços na terapia, ela dizia ao grupo sentir que não possuía um eu, naquele momento. No decorrer do processo, falou que a terapia individual estava lhe ajudando a ter um senso de eu individual, que havia se desvanecido quando do assalto. Dizia que, quando sentisse ter novamente um eu individual, daria para a sua psicoterapeuta um cartão pessoal. Contou ao grupo que, cerca de dois meses antes, tinha dado um cartão profissional à sua analista, dizendo-lhe que ela havia ajudado a recuperar esse senso de eu pessoal. Contudo, nas sessões seguintes Glauce caiu em si e falara à sua psicoterapeuta que este cartão não fora válido, pois era um cartão profissional. Foi necessário cerca de um mês a mais para que conseguisse entregar para sua psicoterapeuta um cartão pessoal e aí dissera a ela que agora sim era válido, ela sentia-se com um eu individual. Ao narrar esse fato ao grupo, Glauce relatou, porém, que, apesar de ela sentir-se como um eu para si própria, não se sentia ainda com um eu social. Confessou que o grupo de ikebana lhe estava dando uma possibilidade de novamente conviver socialmente, ajudando-a a ter uma identidade, mas que o processo não estava completo. Algumas semanas depois, antes de iniciar a sessão, ela me deu seu cartão profissional, dizendo que já se sentia com um eu social. Na semana seguinte, Glauce acabou se desautorizando, dizendo que esse cartão não era válido, pois não era um cartão pessoal. Ela então entrou num curso de danças de salão, onde o método era dançar com um parceiro sempre novo, fato que a obrigava a conhecer outras pessoas. Glauce então conseguiu enfrentar sem medo a troca de par, coisa que antes

¹⁴² Nas Oficinas de Ikebana o substrato mais usado é a chamada esponja floral.

para ela era impossível. Diante dessa melhora, ela dizia sentir que já possuía um eu social e finalmente acabou por me trazer seu cartão pessoal.

Um pouco antes de ela mencionar esse processo, fez alguns vasos que mostravam uma melhor aceitação do outro. Numa das sessões da oficina, ela, que sempre apresentava um estilo muito peculiar, utilizou um material que não costumava utilizar, a cartolina ondulada. Esse era um material típico dos vasos de outra paciente que participava da oficina. Um pouco depois, Glauce fez um outro arranjo, utilizando um vaso já preparado por outra pessoa, onde colocou um elemento típico de seu estilo, o coração (ver figura 9). Em ambas as ocasiões, ela relatou que conseguiu fazer isso porque, naquele momento, estava conseguindo se relacionar melhor com as pessoas, que já não lhe eram tão ameaçadoras.

Outro período interessante que Glauce atravessou dentro da Oficina terapêutica é quando começou a utilizar cores mais vivas, mais quentes (ver figura 10). Disse-nos que gostava particularmente de rosa, mas desde a adolescência não utilizava essa cor. Esse uso de cores mais quentes estava relacionado, segundo a paciente, ao fato de estar se sentindo mais viva como pessoa.

A paciente começou também a utilizar vasos (figura 11) que haviam sido feitos por uma outra paciente, modificando-os (figura 12). Esta paciente, a quem daremos o nome de Teresa, era uma mulher que tinha idade de ser mãe de Glauce. Por este motivo, as duas haviam estabelecido uma forte relação transferencial dentro do grupo. Teresa tinha uma filha de idade próxima a de Glauce, com a qual tinha uma boa relação, bem mais próxima e afetiva do que a relação de Glauce com sua mãe. A empatia mútua era grande e manifestava-se nos gestos e conversas que ambas entabulavam constantemente, a ponto de Glauce pedir conselhos a Teresa sobre a maneira de como deveria desenvolver o vaso. Teresa, contrariando a regra da oficina, a de que cada pessoa deveria ter a

liberdade de fazer o arranjo a partir de sua própria concepção, quase ordenava a maneira de Glauce fazer o arranjo. Ao perceber isto, tive que intervir e relembrar-lhes a regra da oficina.

Mais para o final do processo terapêutico, Glauce começou a associar a cor rosa com seus desejos sexuais. Um dos sintomas presentes que a atormentava, desde a época do assalto, era o fato de ela ter sentido diminuir dramaticamente o seu desejo sexual. Todavia, os problemas sexuais haviam começado anos antes do casamento acabar, com o indiferença do relacionamento do marido para com ela, o que a deixara bastante insatisfeita.

Após dois anos de participação na oficina, Glauce fez um interessante arranjo com uma fita rosa pink (ver figura 15). Durante essa sessão da oficina, relatou que uma sobrinha, que chamarei de Aline, filha de sua irmã Gertrudes, estava namorando um rapaz que morava na mesma cidade da paciente. Essa sobrinha estava hospedada na época na casa de Gilda, esperando uma apresentação formal dela à família do namorado, que iria ocorrer num jantar festivo para a família dele. Gertrudes já estava há alguns anos legitimamente casada com Afrânio, pois este se separara da primeira esposa. Por esse motivo, Aline era rica, tinha recebido uma boa educação e freqüentava a alta roda de sua cidade, diferentemente do que havia acontecido com Glauce. Apesar disso, Aline estava muito insegura em relação à sua aceitação pela família do namorado. Esta insegurança estendeu-se aos seus trajes, pois apesar de ter trazido várias malas com muitos vestidos e acessórios, ela queria usar um vestido com uma pala rosa pink. Aline, porém não tinha sapatos e bolsas que combinassem com o vestido, e, por esse motivo, pedira à Glauce e sua mãe que a levassem ao shopping para encontrar tais acessórios para o vestido. Só que Glauce e sua mãe não contavam com a insegurança da sobrinha, pois esta, não satisfeita com nenhum sapato ou bolsa, fez as suas acompanhantes peregrinarem por três shoppings, procurando loja por loja os acessórios desejados, demorando ao total cerca de cinco horas. Além disso, a sobrinha discutiu com Gilda por causa de balas que ela havia aceito de uma lojista, o que tornou esta peregrinação mais desagradável ainda.

Apesar de todos estes fatos desagradáveis, ao fazer o arranjo, Glauce colocou uma fita rosa no vaso, relatando alegremente que assim fizera, pois esta lembrava a pala pink do vestido da sobrinha. Isto fez-nos pensar que talvez a paciente estivesse identificada à sobrinha, almejando estar na mesma situação que ela, o que indicava o desejo dela de reafirmar-se sexualmente.

Ao final do processo psicoterapêutico, após 2 anos de participação da oficina, ela conseguiu voltar a trabalhar; em uma ocupação como autônoma que ela desenvolvia algumas vezes por semana. Cerca de três 3 meses depois, Glauce fez um arranjo (ver figura 16) em que misturou flores pequenas, as quais deixou curtas com flores maiores, que ficaram mais compridas. Porém ela não gostou do resultado e, por fim, resolveu tirar as flores pequenas de cabo curto, só deixando as flores grandes de cabo comprido. A paciente relatou que queria deixar as flores pequenas de cabo curto, porém achou que essas pareciam lhe muito infantis. Por esse motivo ela resolveu deixar apenas as flores maiores de cabo grande no arranjo, que, para ela, significavam maturidade. Este foi o último arranjo de Glauce na oficina. Posteriormente, ela nos veio fazer uma visita, para contar ao grupo que não poderia mais participar da Oficina, porque havia conseguido estender suas atividades profissionais para outros dias da semana.

No caso de Glauce, a paciente apresentou, se usarmos classificações psicopatológicas modernas como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), 10ª revisão (Organização Mundial da Saúde, 1993), algo como um transtorno de personalidade paranóide. Se pensarmos o caso a partir do pensamento de D. W Winnicott (1954a, p. 375), ela estaria dentro de uma categoria de pacientes intermediária entre os psiconeuróticos e entre os psicóticos:

(...) os pacientes nos quais a personalidade recém-começou a integrar-se e a tornar-se algo com o qual pode se contar. De fato, é possível dizer que a análise tem a ver com esses primeiros momentos vinculados – e imediatamente e inerentemente subsequentes – não só à aquisição do *status* de unidade, mas

também à junção de ódio e amor e ao reconhecimento incipiente da dependência. Aqui se trata da análise do estágio de concernimento, e do que se tornou conhecido como a ‘posição depressiva’. Estes pacientes requerem uma análise do estado de espírito. A técnica para este tipo trabalho não difere daquela adequada aos pacientes da primeira categoria. No entanto, surgem aqui novos problemas de manejo, devido ao espectro mais amplo do material clínico abordado. Do ponto de vista aqui adotado, o elemento mais importante é a sobrevivência do analista na condição de fator dinâmico.

Constatamos neste trecho que o caso de Glauce encaixa-se nesta descrição winnicottiana de pacientes que estão entre a neurose e a psicose: pacientes que ainda não tem um eu totalmente constituído, como no caso da neurose, e, por outro lado, não se incluem entre aqueles que não lograram atingir um senso de eu pessoal, como os psicóticos. Estes pacientes, que estão no período inicial de aquisição do seu eu pessoal, têm entre seus dramas o entendimento do quanto ainda são dependentes das figuras afetivas primordiais, e do quanto amam e odeiam estas figuras. Glauce parece não se enquadrar no primeiro grupo: parece ter um senso de eu sólido que a permite ter carreira, casamento, filhos, casa e uma vida confortável de classe média. Porém esta aparente solidez se desfaz com a experiência do assalto, e surge alguém assustado, com ideação paranóide, com sentimentos de irrealidade, que abdica de sua casa e carreira, indo ir morar novamente com sua mãe.

No caso de Glauce, a dependência das figuras afetivas primordiais – mãe e pai – manifesta-se logo nos primeiros arranjos florais feitos, nos quais cola flores com fita adesiva, mostrando o quanto queria pais afetivos, com quem pudesse efetivamente se relacionar. Ao mesmo que os idealiza afetivos, convive com uma realidade diária onde freqüentemente tem suas

opiniões e percepções contrariadas por sua própria mãe, o que lhe dificulta o senso de preservação do próprio eu.

Num segundo momento, Glauce percebe que não poderá depender da sua mãe ou de sua família para que se sinta amada. Descobre que na verdade, ama mais sua família do que o contrário: a mãe e sua família sempre terão um amor muito limitado por ela. Através desta experiência, descobre que deverá amar também a si própria, para poder ter um senso melhor de si própria. Este momento é representado pelo arranjo de um galho só.

Porém este senso inicial de si própria, este eu, apesar de já existente, é frágil. Ele deverá se fortalecer no contato com os outros, e a própria Oficina, favorecendo a sua interação com as pessoas, vai facilitando este caminho. Aos poucos Glauce vai percebendo o que ela chamou de “eu pessoal”, o eu para si própria, e logo em seguida percebe que começa a ter um eu para os outros, um “eu social”. Ao mesmo tempo em que vai readquirindo um senso de eu, vai conseguindo integrar sentimentos mais vívidos, que não conseguia mais vivenciar. Entre eles, está o sentimento sexual, que termina por revivenciar, indiretamente, ao fazer o arranjo com fita e flores rosas, desejando estar no lugar de sua sobrinha que iria conhecer a família do namorado. Quando o processo da Oficina Terapêutica chega a este patamar, Glauce está pronta para retomar sua vida adulta de forma praticamente normal, superando o estado retraído onde estava infantilizada, como coloca Winnicott (1954c, p. 353):

A idéia central deste comunicado é a de que quando sabemos a respeito da regressão na sessão analítica, podemos acolhê-la imediatamente, e deste modo permitir que os pacientes não doentes demais façam uma regressão necessária em fases de curta duração, talvez até momentaneamente. Eu diria que *no estado de retraimento o paciente está dando uma sustentação para o eu*, e que se no momento em que o retraimento aparece *o analista consegue*

fornecer uma sustentação para o paciente, então aquilo que teria sido um retraimento transforma-se em regressão. A vantagem da *regressão* é que ela traz consigo a possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada à necessidade do paciente na sua infância precoce. Ao contrário, o estado de *retraimento* não apresenta utilidade nenhuma, e quando o paciente recupera-se dele, nada mudou. (os grifos são do autor)

Quando começou a participar do processo da oficina, Glauce estava num estado retraído, procurando sustentar seu próprio *self* ferido. Na oficina, com o ambiente acolhedor oferecido pelo terapeuta e pelo grupo, a paciente conseguiu regredir e elaborar questões, por meio dos arranjos, ligados à sua dependência infantil, questões ligadas com aspectos depressivos e de amor e ódio frente às figuras primordiais de sua infância. Para isso, foi muito importante a compreensão de suas necessidades regressivas, o que evitou o prolongamento do estado dissociado e retraído em que a paciente estava, conforme Winnicott (1954c, p. 354) alerta:

Acredita-se geralmente que existe um certo perigo na regressão do paciente durante o tratamento psicanalítico. O perigo não tem origem na própria regressão, mas no fato de o analista não estar pronto para acolhê-la, bem como a dependência que dela faz parte. Quando o analista passa por experiências que lhe permitem confiar no manejo da regressão, é possível dizer que quanto mais rápida e completamente ela vir a acolhê-la, menos provavelmente o paciente precisará desenvolver uma doença com características regressivas.

No caso de Glauce, onde a paciente esteve entre a sanidade e a loucura, a compreensão profunda da paciente, efetuada pelo terapeuta e pelo grupo, permitiu que ela pudesse regredir e corrigir suas falhas adaptativas, tornando-se apta a se desenvolver agora em bases saudáveis. Relatarei, agora, um caso de uma paciente diagnosticada como portadora de um transtorno bipolar.

7.2 Clarice e sua família

Clarice era uma paciente atendida na Oficina Terapêutica de Ikebana, das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer. Tinha 45 anos e era de família advinda de um Estado do Nordeste ou, mais especificamente, originária de uma propriedade rural perto de uma pequena cidade. Lá sua família plantava itens de subsistência, como feijão, milho, mandioca, e criavam pequenos animais para venda na cidade. Nesta propriedade viviam os avós de Clarice, a mãe e os tios, que eram mais de dez. A mãe, Etelvina, era uma das filhas mais velhas da sua avó. O pai de Clarice, Jacó, morava com a mãe em uma casa dentro da propriedade dos avós da paciente. A relação do casal e da paciente era satisfatória, segundo contaram à Clarice seus parentes. Um dia, quando Clarice tinha três anos, ocorre uma tragédia. Uma pessoa é assassinada na cidade. A suspeita maior recaiu sobre o pai de Clarice, que era desafeto de longa data do assassinado. Temendo ser preso, Jacó foge do interior para a cidade grande. Procura não dar referências para onde ia, pois tem medo que a polícia o encontre. Não manda notícias durante um ano. Depois de nove meses, a polícia prende outro cidadão que confessa o crime. Um ano depois, sem saber que o verdadeiro assassino fora preso, Etelvina recebe uma carta de seu marido, dizendo que seguisse sua vida, pois ele não poderia mais voltar, por causa do crime. Disse também que já tinha até arranjado outra mulher, que estava grávida. A mãe de Clarice se desespera, e se desencanta com a vida na cidade pequena. Decide, então, ir morar na cidade grande, porém não leva a filha, que fica a cuidado dos avós e das suas numerosas tias. A família esconde de Clarice o que verdadeiramente ocorrera, dizendo que ocorrera um problema com o seu pai, e que por este motivo ele não voltava. Clarice cresce distante dos pais, porém uma das tias, Georgina, tenta fazer o possível para dar uma existência feliz à paciente, assumindo o papel de mãe da paciente. Ela se apega

muito à sua tia, porém aos treze anos ocorre nova mudança. Etelvina, que já tinha se estabilizado na cidade grande, chama-a para ir morar com ela. Nova perda. Clarice tem que se despedir de Georgina, a tia querida. Vai morar com a mãe, que, endurecida pela vida da cidade grande, não era mais aquela mãe devotada à filha. Seu interesse maior é seu novo marido e a sua integração e a de Clarice à família dele. Clarice passa a adolescência sentindo-se muito solitária e triste, cuidando de si própria. Estuda, trabalha, namora e casa. O marido, a quem chamaremos de Jurandir, apesar de conseguir bons empregos, logo se mostra um gastador contumaz, não conseguindo ajudar nas despesas de casa. Clarice continua trabalhando no seu emprego. Quando começam a vir os filhos, deixa o emprego para trabalhar em casa. Abre um pequeno negócio doméstico, e começa a dividir o tempo entre os filhos e o negócio. O casal tem quatro filhos. Um dia, outra tragédia. A caçula, que havia nascido com uma cardiopatia congênita, começa a passar mal. Clarice corre ao Pronto-Socorro. A cardiopatia, que não era grave, segundo os médicos, e que deveria ser corrigida só mais tarde, ceifa a vida do bebê, com seis meses. Clarice tem uma reação estranha, fica alheia ao mundo, age como não houvesse ocorrido nada. Depois de um mês, cai numa severa depressão. Porém depois de seis meses, os sintomas vão remitindo e retoma sua vida cotidiana. Clarice esquece do ocorrido, e numa sessão da oficina, relata que por muitos anos simplesmente esqueceu-se de que tinha uma filha que tinha morrido.

Os anos vão se passando. Jurandir não se corrige. Apesar de perder os bons empregos, por causa da idade, ele consegue outros mais modestos. Porém continua gastando mais do que pode. Além disso, não toma parte dos problemas de casa, não ajuda nas despesas. Ao contrário, acaba freqüentemente contraindo dívidas que Clarice é obrigada a pagar. Não é afetivo com Clarice, tendo freqüentes discussões com ela. Jurandir, também, não tem um bom relacionamento com os filhos, deixando as questões de sua educação com a paciente. Além de distante, os filhos não o procuram. O casamento esfria. Por seu lado, Clarice superprotege os

seus três filhos restantes, um pouco talvez como válvula de escape da frustração que sente no casamento, outra parte talvez como forma de superar a morte de sua outra filha. Dá-lhes o que o pai não proporciona, mas não cobra deles. Os filhos vão crescendo acomodados e afetivamente frios para com ela, afora o mais novo, que mantém uma certa relação calorosa com ela

Nos últimos anos mudanças ocorrem. A filha mais velha casa e vai morar na casa da sogra, dá-lhe um neto. O filho mais velho é frio com ela e com o pai. Ao mesmo tempo é exigente com a mãe, pressiona-a freqüentemente, e na maioria das vezes ela cede aos seus pedidos. O mais novo, que é mais afetivo, mostra-se uma pessoa sem maiores ambições na vida, e até um pouco imaturo e irresponsável, o que lhe é uma fonte de preocupações. Sua tia Georgina falece, ela que também havia mudado para a cidade grande, e que durante anos continuara a fazer o papel de confidente e mãe. Sua própria mãe, agora uma senhora idosa, continuava como sempre pouco afetiva, mas agora mais depressiva, pessimista, fato que perturba o paciente. Seu pai reaparece, para a grande surpresa dela, após quarenta anos de afastamento, mas está morando em outro estado. Sua segunda mulher havia falecido, então ele tenta se reaproximar de sua primeira família. Porém os filhos do segundo casamento não aceitam a situação. Ele participa alguns meses da vida de Clarice e de sua mãe, com quem tenta reatar um romance, que não se sustenta. O pai então se afasta novamente delas, e mantém apenas um contato errático com Clarice, o que lhe causa dúvidas sobre o amor que seu genitor tem sobre ela.

Nesse período, Clarice começa a freqüentar a oficina. Vem encaminhada por uma amiga, que já havia sido nossa paciente antes. Muito simpática e falante, nas primeiras sessões traz os problemas do casamento, que a cada dia se agravavam cada vez mais. Clarice ressentia-se muito da falta de Georgina, pois a tia lhe dava o suporte emocional que a fazia ter forças para enfrentar seus inúmeros problemas. Lamenta-se na Oficina, todas as sessões, a falta da tia. Todos os dias, Clarice ligava para ela, falando por horas de seus problemas, a uma tia que era acolhedora e

conselheira. As sessões se desenvolvem, e a cada sessão da oficina a paciente parecia mais envolvida em seus problemas, mais atormentada. Isso, a nosso ver, refletia-se nos arranjos que às vezes não apresentavam a mínima organização, como se sua inquietude se apresentasse neles. Começa a não conseguir mais dormir, apesar de tomar psicotrópicos fortíssimos para tanto. Sugiro a ela que procure ajuda psiquiátrica, mas ela se nega a tanto. Clarice prefere continuar recebendo a receita de seu clínico geral, que há anos a medicava com os mesmos medicamentos. Começa a ficar inapetente. Desesperada, pois não consegue dormir nem comer, começa a tomar medicamentos em excesso. Mesmo assim, continua insone e inapetente. Oriento-a sobre que não deveria fazer isto, mas ela não me ouve. O marido se torna a cada dia mais frio e distante, além de ter se envolvido numa dívida enorme, que, como sempre, é maior da que pode pagar. Ele, como sempre pede para ela pagar a dívida por uns tempos, que depois a ajudaria. Um dia ela se irrita com a acomodação do marido e num acesso de fúria, põe as roupas do marido numa mala e o expulsa de casa.

Num primeiro momento, parecia que a situação iria se acalmar. Porém Clarice começa a ficar mais ansiosa e acelerada. Começa a ficar onipotente, achando que sabe de tudo. Um dia, durante o transcorrer de uma Oficina, conta que se envolveu num acidente de carro. Percebo que o fato se deu provavelmente pela distraibilidade característica do estado de aceleração e de ansiedade em que se encontrava. Porém resolve processar a outra parte envolvida, e começa a ter idéias paranóides de que a querem prejudicar. As explicações que dá durante o transcorrer da Oficina são mirabolantes, fantásticas, ilógicas, mas ela crê firmemente que está correta. Ela relata que conseguiu, *folie à deux*, um advogado que acreditou em sua história e resolve processar a outra parte.

Fica claro para mim que Clarice está em plena crise maníaca. Entro em contato com minha ex-cliente que a encaminhou. Ela fornece-me o telefone da família. Entro em contato com

sua filha. Marco um horário para Clarice, sua filha e seu genro. Tento dizer, com cuidado, a Clarice que ela precisa de tratamento. A filha e o genro reforçam, tentando argumentar com paciência. Porém ela não aceita os argumentos, acusa-os de quererem prejudicá-la, de a estarem perseguindo. Começa a gritar conosco e, exaltada, sai da sala antes que possamos concluir o encaminhamento. Oriento os seus familiares a tentar um tratamento psiquiátrico compulsório. Dou-lhes o número do meu celular, para me ligarem se necessário. Porém eles não o fazem.

Clarice deixa de vir à oficina. Tenho notícias dela pela minha ex-paciente, que ligava de vez em quando para dar notícias dela. Um mês se passa. A minha ex-paciente liga para avisar que ela estava internada. Cerca de quinze dias depois, ela consegue sair da crise. Soube pela minha ex-paciente que Clarice começou a frequentar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Depois de três meses, ela comparece a uma sessão da oficina. Estava medicada, participando do hospital-dia deste CAPS. Diz que está deprimida, sem motivação para fazer as coisas, mas que estava com as atividades do CAPS preenchendo seu tempo. Ela relata que até auxiliava em uma Oficina Terapêutica, ensinando artesanatos que sabia fazer muito bem. Ao mesmo tempo, havia voltado a trabalhar. Diz também que perdoara Jurandir, e que o aceitara novamente em casa, diante da promessa dele de mudar, cuidar dela e até de fazer psicoterapia para casal. Ela conta sua experiência com a internação. Diz que fora internada por um dia num lugar horrível, num manicômio, local com péssimas condições de higiene e acomodações. Por causa de sua indignação, a família a retirou da internação no dia seguinte, tendo ficado em uma enfermaria em um hospital geral, por cerca de quinze dias, período em que conseguiu sair da crise psicótica. Por este motivo, diz que está magoada comigo. Acha que fui muito dura com ela, fazendo que fosse internada, a seu ver sem necessidade. Não a recrimino por ter esta opinião, mas mantenho minha posição. Convido-a a voltar a participar das oficinas. Ela diz que prefere

continuar apenas participando das atividades terapêuticas do hospital-dia do CAPS, mas que iria pensar.

Durante um ano, vem intermitentemente, uma vez a cada dois ou três meses. Aceito-a, mesmo assim, pois a oficina é aberta. O paciente pode optar por vir freqüentemente ou não. Já tive casos em que o paciente teve uma melhora temporária e não freqüentou mais a oficina, e depois de alguns anos resolveu voltar por entender que tinha mais vivências a serem trabalhadas. Esse formato de oficina também oferece a possibilidade do paciente vir a destruir o setting terapêutico, em sua fantasia, para depois descobrir que ele continua lá.

Passado um ano, o CAPS havia dado alta para ela em várias atividades e períodos, apesar dela continuar se sentindo deprimida. O único grupo em que continuava participando era um em que a psiquiatra orientava os pacientes com transtorno bipolar sobre a patologia e sobre as maneiras de como conviver com ela. Porém ela não via neste grupo possibilidade de tirar algo de útil, pois a informação que a psiquiatra dava era mais sobre a parte medicamentosa e patológica, não se preocupando com os problemas individuais de cada paciente. Desiludida com o tratamento oferecido pelo CAPS e ainda deprimida, Clarice então volta a freqüentar com assiduidade a Oficina. A situação familiar, que parecia estar melhor, tinha piorado novamente. O marido, que havia proposto voltar para “cuidar” dela, até havia participado de uma psicoterapia para casais, segundo Clarice. Após a análise feita da situação do casal pelos terapeutas, porém, dizia Clarice, tudo voltara à rotina sem maiores modificações. Seus filhos também continuavam distantes e, agora, para agravar, ela era a “louca” da família, apesar de que ninguém tivesse coragem de falar sobre isso com Glauce diretamente, o que, por outro lado, a deixava ainda mais perplexa.

Depois de três meses freqüentando assiduamente a oficina, a médica deu alta para Clarice, em face da remissão de seus sintomas. Assustei-me, pois era um caso que, ao meu ver,

precisava de atendimento psiquiátrico. Preocupado com a evolução da paciente, tentei encaminhar Clarice para outro psiquiatra, mas em vão. Ela resistia a voltar ao tratamento, pois a primeira psiquiatra fora muito ríspida com ela. Por mais que eu argumentasse, Clarice evitava o atendimento. Resolvi então aceitar o desafio de tratar de uma paciente com transtorno bipolar sem retaguarda psiquiátrica. Sempre muito preocupado, inicialmente, fomos tratando das questões dela.

Uma das primeiras questões a serem tratadas, após a crise que teve, dizia respeito ao afastamento dos seus familiares e à nova identidade de “doente”, “louca” que havia recebido deles. O preconceito era tanto, que até sua filha evitava que ela tivesse contato com sua neta. A filha procedia como se a qualquer momento sua mãe viesse a ter um gesto tresloucado. Clarice contou isto durante as sessões, dizendo se sentir muito magoada com a atitude da filha. Isso a magoava intensamente, pois além de fazerem isto ostensivamente, não conversavam com ela sobre o porquê estavam fazendo isto com ela. Num primeiro momento, eu e o grupo dissemos-lhe para que tivesse paciência, que ela fosse se aproximando de sua filha como não tendo pretensão de se aproximar da neta. Isto surtiu efeito, pois a filha, no decorrer do tempo, começou a confiar novamente em Clarice e entregar-lhe eventualmente a neta para que pudesse tomar conta.

Outra questão que incomodava Clarice, e era colocado durante as sessões, dizia respeito ao comportamento dos filhos solteiros. Eles também passaram a não aceitar as suas opiniões, apesar de não falarem que era devido ao seu problema. Durante o transcorrer das sessões da Oficina, esta questão foi sendo trabalhada por mim e pelo grupo, no sentido dela se fazer mais presente nas situações. Incomodava-a principalmente a atitude do filho mais velho, que tinha um comportamento acomodado em casa, apesar de ser responsável no trabalho. Este comportamento, segundo o que Clarice contava na Oficina, havia piorado muito após a internação. Ela sentia que

ele o tratava como a louca a quem não se deve satisfação, e ao mesmo tempo como a mãe que tinha a obrigação de ajudá-lo em vários deveres que ele não conseguia cumprir, pois trabalhava e estudava. Nos diálogos da Oficina fica claro que ela devia ter atitudes de não gratificar o filho, de deixar que ele assumisse suas tarefas, e de perguntar-lhe quando era devida satisfação. Timidamente, aos poucos, Clarice começou a confrontar o filho. Aos poucos, ele passou a conversar mais com a mãe, mudando a sua forma de tratá-la.

Uma terceira questão que Clarice trazia para as sessões dizia respeito a Jurandir, seu marido. Trabalhando esta questão durante as sessões, chegamos à conclusão que era necessária uma atitude mais dura dela frente a seu marido. Ele sempre se colocara na posição de vítima, dizendo que a paciente cobrava muito dele. Assumia que havia falhado em dar uma condição material melhor à sua família, mas sempre atribuía o seu fracasso ao fato de que, segundo sua visão, Clarice nunca o havia apoiado suficientemente. Ela conseguiu, por meio de uma atitude mais firme com o marido, inverter este jogo, fazendo que o mesmo não usasse tão freqüentemente este argumento. Seu marido agora se isolava, não mais a agredia em palavras, o que de uma certa forma era bom para Clarice.

Com a melhora do relacionamento familiar, de maneira geral, ela sentia-se menos deprimida, pois tinha um melhor relacionamento familiar, e mais autônoma, menos dependente da opinião de seu marido e de sua família. Toda esta evolução teve também um correlato nos arranjos, que passaram a ser muito mais integrados e harmoniosos do que na época da internação. Por ter assumido novos compromissos profissionais, ela não pôde dar prosseguimento ao tratamento. Há cerca de um ano não tenho mais contato direto com Clarice, porém via telefone sabemos que ela está bem, porque sempre envia notícias suas.

No caso de Clarice, podemos distinguir dois momentos em relação à terapia: num primeiro momento Clarice tem uma visão idealizada do terapeuta, típica da projeção e da relação

de objeto. Num segundo momento, durante e após a sua crise maníaca, ela destrói o setting terapêutico juntamente com o terapeuta. Porém o fato deles terem resistido à destruição ajudou-a a passar da relação de objeto para o uso do objeto, como coloca Winnicott (1969, p. 127):

Nesse ponto de desenvolvimento que examinamos aqui o sujeito está criando o objeto no sentido de descobrir a própria externalidade, e há que acrescentar que essa experiência depende da capacidade do objeto de sobreviver. (É importante quem nesse contexto, ‘sobreviver’ significa não ‘retaliar’) Se for numa análise que isto esteja se realizando, então o analista, a técnica analítica e o cenário analítico, todos entram como sobrevivendo ou não aos ataques destrutivos do paciente. Essa atividade destrutiva constitui a tentativa, empreendida pelo paciente, de colocar o analista para fora da área de controle onipotente, isto é, para fora do mundo. Sem a experiência da destrutividade máxima, (objeto não protegido) o sujeito jamais coloca o analista para fora e, portanto, não pode mais do que experimentar uma espécie de auto-análise, usando o analista como projeção de uma parte do eu (*self*). Em termos de alimentação, então, o paciente pode alimentar-se unicamente do eu (*self*), e não pode usar o seio para nutrir-se. O paciente pode inclusive ter prazer na experiência analítica, mas fundamentalmente, não sofrerá qualquer mudança.

Num primeiro momento, o terapeuta era, para Clarice, um objeto subjetivo, uma projeção idealizada de seu próprio eu. Há um segundo momento, representado pela crise maníaca da paciente, onde não me aceita como terapeuta, ou seja, destrói-me enquanto tal. Quando ela retorna, após a crise, ainda com ódio do terapeuta, realiza uma nova destruição da oficina como setting terapêutico. Mas procuro não retaliar, e inclusive convido-a a continuar participando da Oficina. Um ano depois, ela retorna definitivamente para a Oficina, onde agora, encarando o

terapeuta como ser externo, ele pode começar a elaborar as questões relacionadas com sua depressão, visando a uma melhora que efetivamente ocorreu ao se lidar com os aspectos familiares relacionados com sua patologia.

7.3 Reflexões sobre os casos de Glauce e Clarice:

Constatamos pelo relato dos dois casos, atendidos por um tempo superior a dois anos, que ambos tiveram uma evolução bastante interessante em termos mutativos. Glauce conseguiu sair de um estado de retraimento infantilizado após o episódio do assalto, entrando em processo regressivo, no qual pôde elaborar sua dependência à mãe e à sua família. Com o seu verdadeiro *self* mais fortalecido, pôde voltar a se identificar com questões que envolviam sua sexualidade adulta e seu lugar como pessoa amadurecida na sociedade, o que lhe permitiu seu retorno ao trabalho. Por todo este processo, as idéias paranóides, que, segundo Winnicott (1955, p. 217/218), estão relacionadas com o emergir de um *self* diferenciado do ambiente, portanto na passagem do estágio de dependência absoluta para o estágio de dependência relativa, desaparecem para dar lugar a um *self* mais amadurecido, que pode enfrentar a realidade sem o medo da perseguição:

Minha opinião é de que o momento do EU SOU seja um momento cru; o novo indivíduo sente-se infinitamente exposto. Esse momento só pode ser suportado – ou, talvez arriscado – quando há alguém envolvendo a criança com seus braços.

Reverendo a história de Glauce, o EU SOU provavelmente não teve, em todos os momentos, a proteção da mãe ou de uma irmã. Glauce era uma criança de uma família grande, com irmãos que a agrediam fisicamente. Ela fugia, tentava esconder-se ou agarrar-se a mãe, o que mostra uma tentativa de autopreservação frente a um ambiente hostil. Winnicott (1955,p. 217/218) completa seu pensamento:

O grupo é uma conquista do EU SOU, e é uma conquista perigosa. A proteção é muito necessária nos estágios iniciais; sem ela, o mundo externo

repudiado volta-se sobre o novo fenômeno e o ataca por todos os lados e de todos os modos possíveis e imagináveis.

Podemos pensar que o clima familiar da infância de Glauce assemelhava-se a um atacar à individualidade dela por todos os cantos e a este estado a paciente retornou quando foi assaltada e ameaçada pelos ex-empregados. Podemos pensar que na Oficina Terapêutica de Ikebana das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer ela pôde conviver com um novo grupo, de características diferenciadas em relação ao seu grupo familiar e com o qual pôde contar com a sua compreensão e proteção, o que lhe facilitou a superação das angústias paranóides.

Em relação ao caso de Clarice, podemos dizer que a atenção que a Oficina de Ikebana das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer refere-se não só ao efeito social do sintoma psiquiátrico, mas à significância do sintoma para o indivíduo. Clarice está bem adaptada – trabalha, faz as coisas para os filhos e marido – mas está infeliz, deprimida. Esta infelicidade não importa ao psiquiatra, que dá alta para a paciente mesmo assim.

No contexto da evolução de Clarice procuramos tratar na Oficina da possibilidade de irrupção da defesa maníaca, como coloca Winnicott (1935, p. 367):

Nas tentativas individuais de lidar com o estado de espírito deprimido, associado especificamente à ansiedade da posição depressiva, encontramos este feriado notório da depressão: *a defesa maníaca*. A defesa maníaca nega tudo aquilo que é sério. A morte transforma-se em vitalidade exagerada, o silêncio é transformado em barulho, não há sofrimento nem preocupação, não há trabalho construtivo nem prazeres tranquilos. Tal defesa consiste numa formação reativa à depressão, e deve ser estudada como um conceito por direito próprio. Sua presença, clinicamente falando, implica em que a posição depressiva foi realmente alcançada, mas é mantida a distância ou negada, mas do que perdida.

Clarice tinha atravessado, claramente, um episódio de características maníacas quando do episódio da separação do seu marido. Porém toda a defesa maníaca é uma formação reativa em relação a vivências depressivas experienciadas pelo paciente. Nestes casos, a experiência mostra que mais importante que tratar da possibilidade do episódio maníaco retornar é preocupar-se em aliviar as suas angústias de cunho depressivo. Essas angústias tinham origem na história de perdas constantes que Clarice havia sofrido, e eram atualizadas pela má relação familiar que marginalizava a paciente e excluía seus afetos. O trabalho realizado na Oficina de Ikebana das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer teve como efeito mutativo o abrandamento das angústias depressivas, do paciente, com uma nova elaboração da relação familiar. No caso de Glauce, o efeito mutativo da Oficina deu-se no sentido da possibilidade da paciente regredir dentro do espaço terapêutico, elaborar sua dependência, e com seu verdadeiro self mais fortalecido, pode retomar o curso de seu desenvolvimento pessoal.

Através destes dois casos, notamos que duas pacientes com sintomas psicóticos puderam utilizar-se do espaço terapêutico da Oficina de Ikebana das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer, alcançando efeitos mutativos que as fizeram alcançar estabilidade psíquica, através da elaboração de angústias de cunho psicótico. Então podemos dizer que os enquadres clínicos diferenciados podem efetivamente auxiliar pacientes portadores de sofrimentos psíquico grave a alcançarem, por via psicoterapêutica, melhoras psíquicas, o que mostra a potencialidade deste tipo de atendimento como fator de aprofundamento e impulsionamento da Reforma Psiquiátrica.

Considerações finais

Fizemos, no decorrer desta tese, um amplo panorama que situa a Reforma Psiquiátrica ocorrida no Brasil como parte de um movimento mundial de mudança da assistência à saúde mental. A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como principal modelo a radical transformação na assistência à saúde mental iniciada na Itália por Franco Basaglia. Esta transformação, que aboliu o manicômio, teve como ponto de partida a análise epistemológica e sociológica da instituição psiquiátrica clássica. Esta análise mostrou a tendência da psiquiatria clássica, a partir de uma filosofia de inspiração positivista, de considerar o paciente psiquiátrico apenas como um corpo doente, perigoso e incompreensível. Este corpo doente deveria, então, ser submetido e pacificado pela instituição manicomial. Quando isso não fosse possível, devido à periculosidade ou bizarrice do sujeito, a instituição manicomial teria a função social da exclusão deste sujeito, protegendo a sociedade daqueles que são indesejáveis.

Basaglia se insurge contra esta maneira de ver o paciente psicótico. Armado com a *epoché* husserliana, inverte a tendência da psiquiatria clássica: ao invés de abstrair o doente, para que fique evidente a doença e seus sintomas, Basaglia põe entre parênteses a doença, para que a pessoa do doente novamente emerja e tome o primeiro lugar como objeto da intervenção do psiquiatra.

Neste trajeto, porém, Basaglia coloca o medicamento como fator importante nesta estratégia de libertação, pelo fato dele devolver a fala e remitir os sintomas mais espetaculares do paciente. A este paciente, liberto ainda que pela via medicamentosa, o psiquiatra procurou reabilitá-lo socialmente, buscando apoiar a possibilidade do paciente encontrar um novo espaço social e novos papéis, que o levassem a “produzir saúde”, ou seja, a escapar das antigas interações produtoras de cronicidade e doença.

A Psiquiatria Democrática italiana, com Basaglia, Rotelli e Saraceno, porém, tem uma profunda desconfiança das formas de intervenção psicológica. Isto porque a clínica psicológica e psicanalítica, apesar de revelar novas facetas do sofrimento do psicótico, não conseguiu, por intermédio da sua crítica, transformar a instituição psiquiátrica. Ao contrário, psicólogos e psicanalistas muitas vezes aceitaram passivamente a instituição manicomial, e muitas vezes colaboraram com ela (Manonni, 1971). Quando assim não foi feito, psicanalistas que cuidavam de psicóticos muitas vezes o internavam quando estes entravam em crise, mas com omissão do ocorrido (Kalina, 1982), relatando apenas os aspectos positivos da intervenção psicanalítica.

Por este motivo, a Psiquiatria Democrática manteve-se crítica frente à visão psicológica da doença mental, apesar de colocar a reconstrução da subjetividade e da afetividade do paciente como uma tarefa importante dentro do processo de reabilitação psicossocial do doente (Rotelli, 1986). Esta crítica e a descrença da Psiquiatria Democrática, em termos de uma cura psicológica do paciente, evitou que ela se abrisse para contribuições importantes da psicologia e da psicanálise para o entendimento do paciente psicótico. A não consideração da possibilidade de cura da psicose evitou que a Psiquiatria Democrática italiana se aproximasse das contribuições importantes de Winnicott (1954), Secheaye (1951), Jung (1961) e Silveira (1992) em termos do tratamento e cura do paciente psicótico. Principalmente Silveira, pelo fato de lidar diariamente com vários psicóticos por mais de quarenta anos, desenvolveu uma maneira bastante operativa de lidar com a psicose de forma psicoterapêutica: um enquadre que utiliza a Oficina Terapêutica como forma de curar da psicose.

Este enquadre, que basicamente supõe um terapeuta continente e sensível às necessidades dos pacientes, que forneça total liberdade para que estes possam manipular os materiais artísticos, foi o método que Silveira (1982, 1986) aplicou na Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR) do Centro Psiquiátrico Pedro II e na Casa das Palmeiras, instituição filantrópica criada pela psiquiatra brasileira e colaboradoras. No STOR, Silveira verificou que as Oficinas Terapêuticas

tinham um efeito mutativo intenso, provocando melhoras consideráveis em pacientes esquizofrênicos graves, aproximando-se algumas vezes do que poderíamos chamar de cura psicológica. As melhoras eram conseguidas porque os pacientes tinham a possibilidade de elaborar as suas angústias livremente e ao mesmo tempo contarem com o apoio afetivo dos monitores de Silveira.

Muitos pacientes que freqüentavam o STOR conseguiam elaborar suas angústias e tinham alta. Mas por perderem o espaço de elaboração psicológica, ao retornarem aos seus lares, angustiavam-se e tinham nova crise psicótica. Por este motivo, então, eram reinternados no Centro Psiquiátrico Pedro II. Ao observar este fenômeno, Silveira teve uma idéia interessante: por que não criar um espaço externo ao hospital, onde os pacientes pudessem participar das Oficinas Terapêuticas, assim elaborando suas angústias e não sendo reinternados? Esta idéia presidiu a fundação da Casa das Palmeiras efetivada por Silveira e algumas colaboradoras, que de forma filantrópica mantinham a instituição, já que o Centro Psiquiátrico Pedro II não quis assumir os riscos de tal empreitada.

Qual foi o resultado terapêutico conseguido pela Casa? Ela conseguiu, segundo Silveira, cortar o ciclo de internações e de reinternações da grande maioria dos seus freqüentadores, alguns dos quais já tinham tido mais de uma dezena de reinternações. A grande maioria dos freqüentadores da Casa não tomavam medicamentos, que eram aplicados por Silveira em casos esporádicos e ainda assim em baixas doses. Podemos assim dizer que Silveira conseguia com os freqüentadores da Casa algo semelhante à cura, e de forma psicoterapêutica, sem o uso dos medicamentos.

Apesar de todo o sucesso da iniciativa da Casa das Palmeiras, qual a repercussão que ela obteve? Muito pouca, a meu ver, proporcionalmente à sua importância. Apesar de hoje em dia o reconhecimento e o estudo da obra de Silveira, estar crescendo a nível nacional, isto ocorreu após décadas de desinteresse da psiquiatria e psicologia brasileira por sua obra. Em termos de serviços públicos, a Casa das Palmeiras, esta invenção altamente original de Silveira, não serviu como modelo

de implantação de nenhuma unidade pública de saúde mental. O estudo das suas contribuições para a psicoterapia de pacientes psicóticos está apenas começando.

Por este motivo, a implantação das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer vem cobrir uma importante lacuna, qual seja, a do estudo da Oficina Terapêutica como importante estratégia de desinstitucionalização e de cura do paciente psicótico. A partir de um ponto de vista winnicottiano, as concepções de Vaisberg, principal articuladora da Oficina, aproximam-se a meu ver, das de Silveira. Vaisberg define as Oficinas Ser e Fazer como um espaço de holding, Silveira como espaço de acolhimento e de compreensão da necessidade do psicótico. A psicanalista vê na materialidade mediadora a possibilidade do paciente expressar-se espontaneamente, elaborando aspectos do self, a psiquiatra vê a possibilidade de mediante materiais expressivos o psicótico elaborar suas angústias e, com isso, alcançar um melhor equilíbrio em termos de self. Vaisberg vê no grupo a possibilidade do acolhimento, Silveira (1986) descreve interações grupais importantes dentro da Casa das Palmeiras.

Apesar de não terem propostas exatamente iguais, Silveira e Vaisberg contribuem de forma importante para o estudo dos enquadres clínicos diferenciados. Inicialmente com a proposta de Silveira, e posteriormente com a de Vaisberg, apliquei a proposta de Oficina Terapêutica de Ikebana primeiramente em instituições de saúde mental criadas pela Reforma Psiquiátrica. Cabe ressaltar aqui a diferença de nossa proposta, voltada para as questões subjetivas do paciente, sem desconsiderar questões sociais do paciente, e as descritas por Nicácio (1994), voltadas principalmente para a reprodução social do psicótico.

Sobre este tópico, devo ressaltar, porém, a total liberdade que sempre tive de aplicar nas instituições de inspiração basagliana, nossa proposta de trabalho, o que mostra o espírito democrático dos diretores deste tipo de instituição, inclusive da própria Nicácio, que nunca colocou empecilhos para a realização da Oficina Terapêutica de Ikebana na instituição que ela dirigia no decorrer dos

anos de 1995 e 1996 - o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) 1, localizado na Zona Noroeste de Santos.

Por este motivo, acredito também que a oposição psicológico-social que ainda existe no âmbito das novas instituições de saúde mental poderá ser superada, desde que esta oposição seja estudada profundamente e possam ser revistas as intervenções psicossociais já existentes, e propostas novas formas de intervenção. Neste ponto, a universidade deve ter um importante papel, contribuindo com pesquisas que possam atingir este objetivo. Por consequência, o estudo elaborado pelos pesquisadores ligados ao Ser e Fazer: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social ganha dimensões verdadeiramente importantes no que tange aos enquadres clínicos diferenciados aplicados à questão da Oficina Terapêutica, propondo um modelo de atuação que tanto contemple o psicológico como o social. O perigo, no que tange às práticas realizadas dentro dos Centros de Atenção Psicossocial, como foi colocado no Capítulo I, é o retorno das práticas de cunho organicista, ligadas unicamente à questão da remissão sintomática. Por essa razão, o estudo de novas práticas que se pautem no eixo da reconstrução da subjetividade-reabilitação psicossocial, ganha notável significação na manutenção e aprofundamento da Reforma Psiquiátrica.

Outra questão importante que se coloca é a da renovação dos quadros da reforma psiquiátrica. O processo da reforma psiquiátrica depende, para avançar, de profissionais que conheçam o novo modelo de atenção à saúde mental e, ao mesmo tempo, tenham capacitação para desenvolver práticas que possam proporcionar ao paciente uma melhor saúde psíquica e uma reabilitação psicossocial mais efetiva, proporcionando um ganho de qualidade de vida e melhor inserção social do paciente. Para isto, é necessário que as universidades sejam um pólo de pesquisas e de prática e transmissão deste novo conhecimento. Uma iniciativa como a das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer, no âmbito da Universidade de São Paulo, que têm formado profissionais capacitados para intervenção

em Oficina Terapêutica representa um potencial avanço na prática de pesquisa e ensino sobre saúde mental.

Em relação à questão clínica, a Oficina Terapêutica apresenta um potencial de mobilização psíquica em pacientes com defesas psicológicas cristalizadas. Os três exemplos citados no Capítulo VI apresentam casos clínicos nos quais pacientes tratados em Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial tinham sintomas crônicos ou tendiam a uma cronificação. A participação na Oficina Terapêutica de Ikebana causou um efeito de modificação psíquica – efeitos mutativos - nos pacientes, que por este motivo deixaram de apresentar sintomas como agressividade física tanto com pessoas, como com objetos e oposição ativa frente às tentativas terapêuticas da equipe profissional. Estes efeitos mutativos permitiram que o processo de desinstitucionalização avançasse frente a esses pacientes: um paciente pôde receber alta do hospital-dia e dois outros puderam, por melhora relacional e comportamental, ser menos discriminados dentro da instituição e ter mais possibilidades de interações construtivas dentro do equipamento de saúde mental.

No último capítulo, estudamos, mediante casos clínicos de duas pacientes, o efeito mutativo da Oficina de Ikebana das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer. No primeiro caso, uma paciente com transtorno de personalidade paranóide pôde superar seus sintomas a partir da regressão e elaboração de sua dependência infantil dentro do contexto terapêutico da Oficina. A superação dos sintomas e a elaboração da dependência infantil abriram as portas para o estabelecimento de um *self* mais maduro, o que lhe permitiu retomar seu trabalho. No segundo caso, representado por uma paciente com diagnóstico de transtorno bipolar, trabalhamos as questões depressivas da paciente, com o intuito de evitar novas crises, o que foi conseguido. Em ambos os casos, os pacientes não fizeram uso de medicação, o que mostra o potencial mutativo da Oficina de Ikebana das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer.

Por último, quero dizer que acredito que a Reforma Psiquiátrica está em seu começo e que os enquadres clínicos diferenciados têm um papel fundamental para auxiliar seu prosseguimento e aprofundamento das suas teses e práticas, ajudando na criação de novos métodos de tratamento e reabilitação psicossocial, visando sempre uma aproximação à cura psicológica do paciente.

ANEXOS

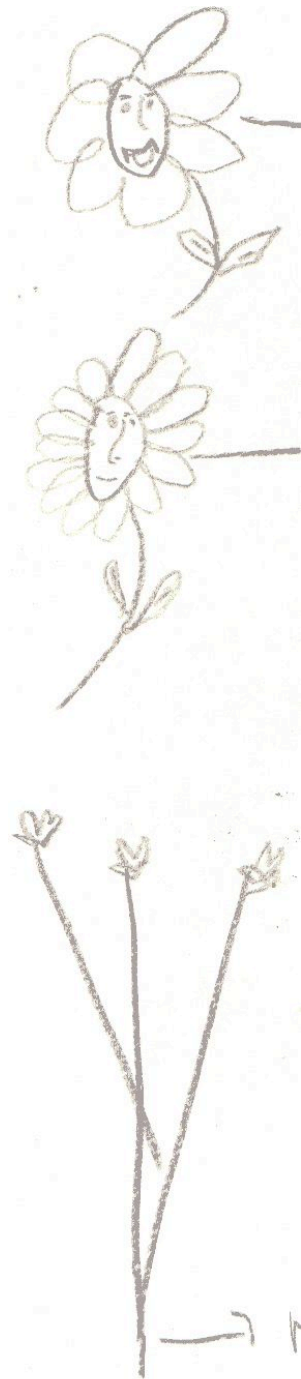


Figura 01



Figura 2



Fig. 3



Figura 4.

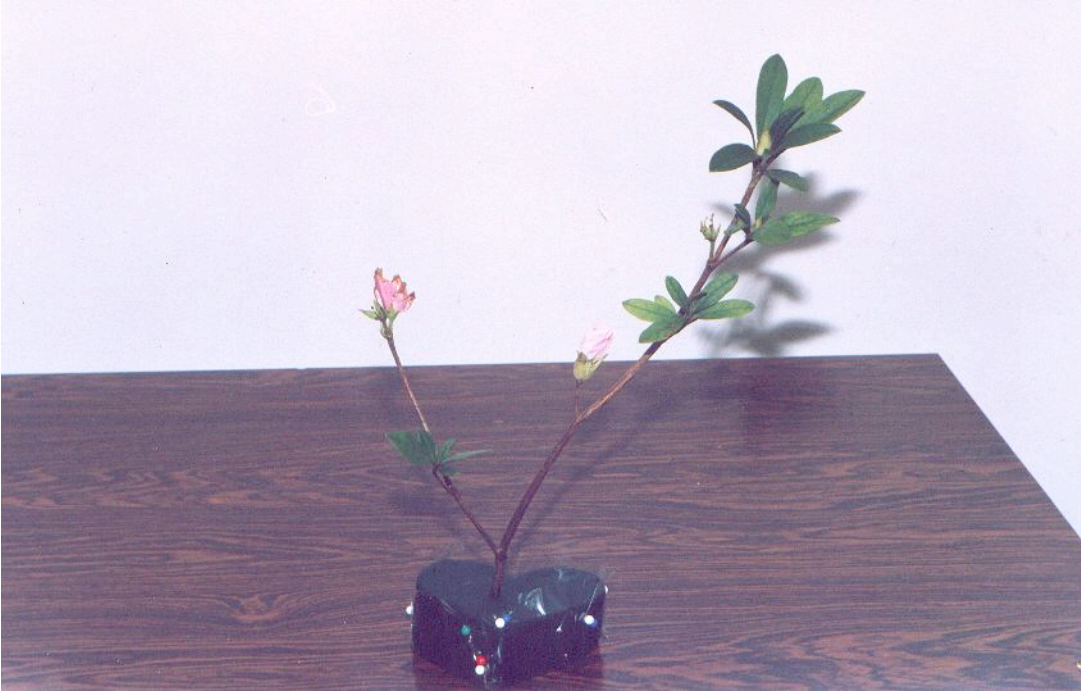


Figura 5



Figura 6



figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10

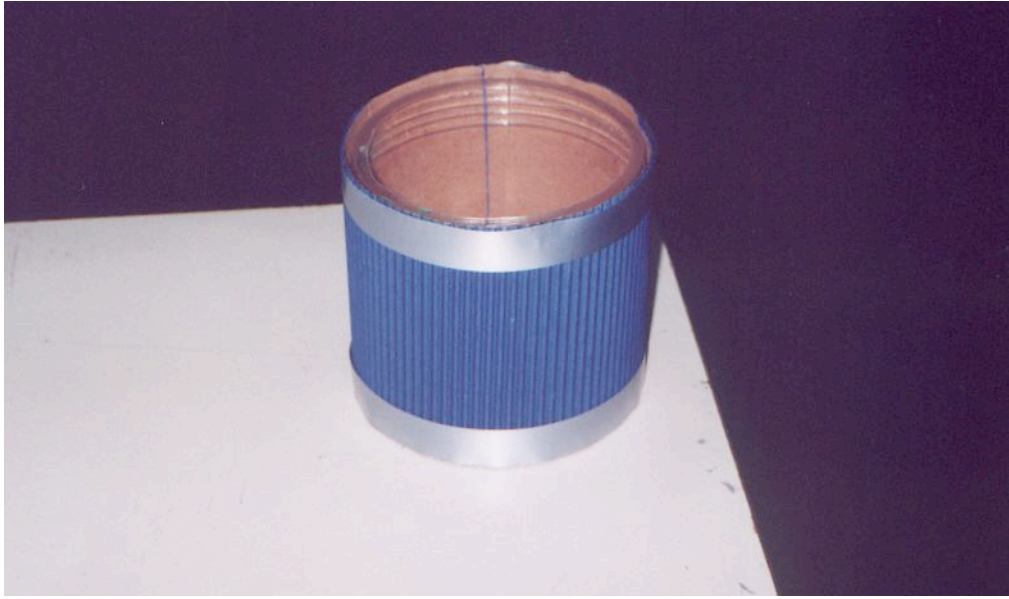


Figura 11



Figura 12



figura 13



Figura 14

Referências bibliográficas

- Abraham K. (1924) Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações da libido. In Abraham K. Teoria Psicanalítica da Libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.
- Alves, DSN. Prefácio à edição brasileira. In Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 9-10.
- Amarante P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da Psiquiatria no Brasil. In Amarante P, organização. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 85-96.
- Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. 141 p.
- Amarante P, Carvalho AL, Uhr D, Andrade EA, Freitas LABP, Moreira MCN, et al. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In Amarante P, coordenador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.51-86.
- Amarante P. Apresentação. In Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- Amarante P et alli. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In Amarante P, coordenador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.13-16.
- Ancona-Lopes M. Contexto geral do psicodiagnóstico psicológico. In Trinca W, organizador. Diagnóstico psicológico: prática clínica. São Paulo: EPU, 1984.
- Barembliitt G, coordenador. Inconsciente institucional. Petrópolis:Vozes, 1984. 164 p.
- Barros DD. Os jardins de Abel. São Paulo: Lemos e Edusp, 1997. 155 p.
- Basaglia F. (1965) A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do espaço fechado: considerações sobre o sistema “open door”. In Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 23-34.
- Basaglia F. (1967) Corpo e instituição. Considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional. In Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 73-90.

- Basaglia F, coordenador. (1968) A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. 322 p.
- Basaglia F (1979a) A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 2ª ed. São Paulo: Brasil Debates, 1979. 158 p.
- Basaglia F. (1979b) Prefácio a Il giardino dei gelsi. In Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 325-336.
- Basaglia F, Basaglia FO (1966) Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro; Garamond, 2005. p. 35-60.
- Basaglia F, Gallio G. (1979) Vocação terapêutica e luta de classes. In Delgado J, organizador. A loucura na sala de jantar. Santos: edição do autor, s. d. p 27-52.
- Beauchesne H. História da Psicopatologia. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 174 p.
- Bercherie P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. 232 p.
- Berlinguer G. (1969) Psiquiatria e Poder. Belo Horizonte: Interlivros, 1976. 126 p.
- Bion WR. Estudos psicanalíticos revisados: second thoughts. Rio de Janeiro: Imago, 1994. 154 p.
- Bion WR. Experiência com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo. Rio de Janeiro: Imago, 1970. 185 p.
- Blair D. Jung: uma biografia. São Paulo: Globo, 2006. 602 p.
- Bleger J. Psicoanálisis y dialética materialista. Buenos Aires: Nueva vision, 1988.
- Bleger J. (1962) O psicólogo clínico e a higiene mental. In Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. p. 19-30.
- Bleger J. (1964) Psicologia institucional. In Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. p. 31-70.
- Bleger J. (1970) O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In Bleger J. Temas de Psicologia: entrevistas e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980. p. 83-99.
- Bleger J. Psicologia da Conduta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984, (1963). 242 p.

- Bleger J. Psicanálise do enquadramento psicanalítico. In Bleger J. Simbiose e Ambigüidade. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985. p. 311-328.
- Calil VLL. Terapia familiar e de casal. São Paulo: Summus, 1994.
- Campos R. Pelo direito de inclusão. Viver Psicologia nº137 ano XII, junho de 2004. Duetto editorial, SP.
- Camps CICM. A hora do beijo: teatro espontâneo com adolescentes numa perspectiva winnicottiana. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.
- Carotenuto A. Diário de uma secreta simetria: Sabina Spielrein entre Jung e Freud. Paz e Terra, 1984. 235 p.
- Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978a. p. 329.
- Castel: O psicanalismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978b. 263 p.
- Castel R. La gestion des risques. Paris: Ed. De Minuit, 1981.
- Coelho N Jr, Carmo OS. Merleau-Ponty: filosofia como corpo e existência. São Paulo: Escuta, 1991. 113 p.
- Cociuffo T. Encontro marcado com a loucura: ensinando e aprendendo psicopatologia. 2ª ed. São Paulo: Luc, 2007. 103 p.
- Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 271 p.
- Davis M, Walbridge D. Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago, 1984. 205 p.
- De Mazzieri, A. R. Nem tudo é exílio: reflexões sobre a criatividade no processo psicoterápico de pacientes psicóticos. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUC, 1999.
- Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- Di Renzo R. Santos: Diário oficial do município, 16/09/1992.
- Dulles JWF. Sobral Pinto: a consciência do Brasil. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: 2001. p. 430.
- Ferenczi S. (1928). A adaptação da família à criança. In Psicanálise IV: Sándor Ferenczi. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 1- 13.
- Fordham M. (1969) Review of Heinrich Racker's *Transference and Countertransference*. In Fordham M. Freud, Jung, Klein, the fenceless field: essays on psychoanalysis and analytical psychology. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1998. p. 191-193.

- Fordham M. (1972) Tribute to D. W. Winnicott. In Fordham M. Freud, Jung, Klein, the fenceless field: essays on psychoanalysis and analytical psychology. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1998. p. 195-197.
- Foucault M. História da loucura na idade clássica. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. 551 p.
- Fundação Mokiti Okada. Mokiti Okada: introdução à sua filosofia. São Paulo, Fundação Mokiti Okada, 1981. 123 p.
- Freud S. (1895) Estudos sobre a histeria. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. II. Rio: Imago, 1974. 393 p.
- Freud S. (1895) Rascunho H: paranóia. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio: Imago, 1977. p. 283-291.
- Freud S. (1896) Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. III. Rio: Imago, 1976. p.187-211.
- Freud S. (1909) Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. X. Rio: Imago, s.d. p.11-154..
- Freud S. (1911) Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides). In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio: Imago, s. d. p. 23-108.
- Freud S (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XV. Rio: Imago, 1974.
- Freud S. (1915) Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV. Rio: Imago, 1976. p. 297-307.
- Freud S. (1917) Luto e melancolia. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV. Rio: Imago, 1974. p. 275-291.
- Freud S. (1923) O ego e o id. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIX. Rio: Imago, 1976. p. 23-83.
- Freud S. (1924a) Neurose e psicose. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIX. Rio: Imago, 1976. p.189-193.
- Freud S. (1924b) A perda da realidade na neurose e psicose. In Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIX. Rio: Imago, 1976. p. 229-234.

- Galimberti U. *Il corpo*. Milão: Feltrinelli, 1984.
- Goffman E. (1961) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974. 312 p.
- Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987. 158 p.
- Goldberg J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Cora Editora. São Paulo: Instituto Franco Basaglia, 1996. 168 p.
- Goldberg J. *Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial*. In Pitta A, organizadora. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.33-37.
- Greenberg JR e Mitchel SA. *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas: 1994. 328 p.
- Gullar F. *Nise da Silveira: Uma Psiquiatra Rebelde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará e Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, 1996.
- Hughes JM. *Reformulando o território psicanalítico: o trabalho de Melanie Klein, W. R. D. Fairbain e D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. 224 p.
- Husserl E. (1931) *Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia*. Porto; Rés, s. d. 204 p.
- Husserl E. (1934) *A crise da humanidade européia e a filosofia*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996. 85 p.
- Ibrahim C. *Do louco à loucura: percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro*. In Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia A Casa, organização. *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991. p 43-49.
- Jaccard. *A loucura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- Jaspers K. (1913) *Psicopatologia Geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. 8ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 1029 p.
- Jodelet D. *Folie et representations sociales*. Paris: PUF, 1989.
- Jones E. *Vida e obra de Sigmund Freud: volume 2: a maturidade (1901-1919)*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. 514 p.
- Jones M. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972. 195 p.
- Jung CG (1907) *A psicologia da dementia praecox: um ensaio*. In Jung CG. *Obras completas de C. G. Jung: volume III: psicogênese das doenças mentais*. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 1-137.

- Jung CG. (1928) O eu e o inconsciente. In Jung, CG. Obras completas de C. G. Jung: volume VIII/2. Petrópolis:Vozes, 1984.
- Jung CG (1946) A psicologia da transferência. In Jung, CG. Obras completas de C. G. Jung: volume XVI/2: ab-reação, análise dos sonhos, transferência. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 33-219.
- Jung CG (1952) Símbolos da transformação. In Jung CG. Obras completas de C. G. Jung: vol. V. Petrópolis: Vozes, 1986. 544 p.
- Jung CG. (1961) Memórias, sonhos e reflexões. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006. 497 p.
- Kalina E. (1982) O papel da psicanálise no tratamento de adolescentes psicóticos. In Kalina E, Eidler R, Mauer SK, Resnizky S. Tratamento de adolescentes psicóticos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986. p. 37-44.
- Kalina E. (1983) Contribuição ao estudo da adolescência. O autor e sua obra. In In Kalina E, Eidler R, Mauer SK, Resnizky S. Tratamento de adolescentes psicóticos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986. p. 11-36.
- Kantorski LP, Silva GB. Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica. Pelotas: Editora Universitária e UFPel, 2001. 241 p.
- Klein M. (1946) Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. Os progressos da Psicanálise. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p. 313-343.
- Klein M. (1948) Sobre a teoria da ansiedade e culpa. In Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. Os progressos da Psicanálise. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p. 290-312.
- Laing RD. O eu dividido: estudo existencial da sanidade e loucura. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1978. 231 p.
- Laing RD. Sobre loucos e sãos: entrevista a Vincenzo Caretti. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1982. 139 p.
- Langer M. (1942) Philosophy in a new key. 3ªed. Cambridge-Massachussets: Harvard University Press, 1976.
- Lema VZ. Conversaciones con E. Pichon-Rivière sobre arte y la locura. Ediciones cinco. Buenos Aires, 1976.
- Levin K. Freud: a primeira psicologia das neuroses: uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 280 p.
- Luciana, Abdo M. Arranjo floral. In Silveira N, coordenadora. A Casa das Palmeiras: a emoção de lidar: uma experiência em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Alhambra, 1986. p. 45-49.
- Luckesi C, Barreto E, Cosma J, Baptista N. Fazer universidade: uma proposta metodológica. São Paulo: Cortez, 1985. 232 p.
- Mannoni M. (1970) O psiquiatra, seu louco e a psicanálise. Porto: Afrontamento, 1978. p. 251.

- Marx K, Engels F. (1848) A ideologia alemã (I-Feuerbach). 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Matsuda F. True civilization: realizing Mokichi Okada's ideals through MOA under the leadership of Chairmain Teruaki Kawai. Japan: Pan American Foundation, 1998. 315 p.
- Mauer SK, Resnizky S. (1983) O papel do acompanhante terapêutico no tratamento de adolescentes psicóticos. In Kalina E, Eidler R, Mauer SK, Resnizky S. Tratamento de adolescentes psicóticos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986. p. 61-86.
- McGuire W, organizador. A correspondência completa de Sigmund Freud e Carl Gustav Jung. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1993. 651 p.
- Mclynn F. Carl Gustav Jung: uma biografia. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 1998. 639 p.
- Melo W. Nise da Silveira. Rio de Janeiro: Imago Ed.; Brasília, DF: CFP, 2001. 164 p.
- Mencarelli VL. Em defesa de uma clínica psicanalítica não-convencional. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.
- Merleau-Ponty M. (1945) Fenomenologia da percepção. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 662.
- Merleau-Ponty M. Ciências Humanas e filosofia. In Merleau-Ponty M. Psicologia e Pedagogia da criança. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 395-462.
- Ministério da Saúde, Brasil, Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 84.
- Ministério da Saúde, Brasil; Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental (1990-2002). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Moffatt A. Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1984. p. 246.
- Moffatt A. Terapia de crise: terapia temporal do psiquismo. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1983. p. 152.
- Moura AH. A psicoterapia institucional e o clube dos saberes. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Moraes F. Olga. 17ª ed. São Paulo: Companhia das letras, 2001, p. 263.
- Morel P. Dicionário biográfico psi. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. 251 p.
- Nicácio, MF. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação de mestrado. São Paulo: PUC, 1994.

- Nicácio, MF. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese de doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.
- Okada M. (1949) Mazu nerai o tsukette oitte, sutto kite, sutto sassu, to ditsuni ii. Mimeo. São Paulo: MOA International, 1994.
- Okada M. (1950) Filosofia da intuição. In Okada M. Alicerce do Paraíso. São Paulo: MOA International, 1991.
- Okada M. (1951) Nas artes em geral, o importante é a fruição. In Pan-American MOA Foundation Incorporation, editor. Hacia la práctica de la “educación de los sentimientos através de la filosofia de Mokichi Okada. Peru: Pan-American MOA Foundation Incorporation, 1999.
- Organização Mundial da Saúde, coordenação. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351 p.
- Pichon-Rivière E. Prólogo. In Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1982. p. VII a XII.
- Pichon-Rivière E. Teoria do Vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1982. 143 p.
- Pichon-Rivière E, Quiroga AP. Psicologia da Vida cotidiana. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 176 p.
- Pinel P. Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale. Paris: 1809.
- Politzer G (1928). Critica de los fundamentos de la psicologia. Barcelona: Martinez Roca, 1972.
- Portolese DA, Figueiredo GR, Mascarenhas P. Apresentação. In Basaglia F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.
- Proggoff, I. (1953) Jung’s Psychology ans its social meaning. Londres: Routledge and Kegan Paul, 199 p.
- Ramos G. Memórias do Cárcere: volume II. 43ª ed. Rio de Janeiro e São Paulo: Editora Record, 2006. p. 319.
- Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In Tundis AS, Costa NR. 7ª ed. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes e ABRASCO, 2001. p. 15-74.
- Ribeiro IP, Soares MS. Projeto de atenção à saúde mental: a construção da cidadania no Município de São Vicente. Mimeo. São Vicente: SESASV, 1996. p. 9.
- Roazen P. Freud e seus discípulos. São Paulo: Cultrix, 1978. 669 p.
- Rosenfeld H. Impasse e Interpretação. Rio de Janeiro: Imago, 1988. 360 p.
- Rojas-Bermúdez JG. Introdução ao Psicodrama. 3ª ed. São Paulo: Mestre Jou, 1980. 159 p.

- Rotelli F. A instituição inventada. (1988) In Nicácio F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001. p 89-100.
- Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. (1983) “Prevenir a prevenção”. In Nicácio F, organização. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p 17-60.
- Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. (1986) Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In Nicácio F, organização. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p 17-60.
- Rovighi SV. História da Filosofia contemporânea: do século XIX à neoescolástica. São Paulo: Edições Loyola, 1999. 662 p.
- Russell B. História do pensamento ocidental: a aventura dos pré-socráticos a Wittgenstein. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001. 463 p.
- Safra, G. Experiência estética na constituição da transicionalidade. In Catafesta, IFM, organizadora. D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo. São Paulo: Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1996. p. 143-154.
- Santos, Prefeitura Municipal. Programa de saúde mental: a experiência santista. Santos, SP, 1995. 2 p.
- Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma prática a procura de uma teoria. In Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 2001.
- Sato, HT. Práticas psicanalíticas em instituição: oficina de arranjos florais. Dissertação de mestrado. São Paulo: Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2001. 128 p.
- Scarcelli IR. O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo: IPUSP, 1998. 149 p.
- Sécheaye MA. (1950) Memórias de uma esquizofrênica. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, s. d. 172 p.
- Sho H. Palabras de recomendación. In Fundación MOA de Okinawa, editor. Hombre, flor, sentimiento: reflexiones sobre la educación de los sentimientos, hoy. México: Pan-American Moa Foundation, 1998.
- Silva LBC. Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 466 p.
- Silveira N. Imagens do inconsciente. Rio de Janeiro: Alhambra, 1982. 346 p.

- Silveira N, coordenador. A Casa das Palmeiras: a emoção de lidar: uma experiência em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Alhambra, 1986. p. 88.
- Silveira N. O mundo das imagens. São Paulo: Ática, 1992. 165 p.
- Souza, O. Notas sobre algumas diferenças na valorização do afeto nas teorias psicanalíticas. In Bezerra Jr B, Plastino CA, organizadores. Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 285-298.
- Tsu TMJA. Busca de internação em hospital psiquiátrico: análise do discurso dos acompanhantes. Tese de doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1986, 175 p.
- Tykanori R. transformação do hospital psiquiátrico em busca da cidadania. Mimeo. Santos: Prefeitura Municipal, 1989
- Vaisberg, TMJA. 1999. Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia. Tese de Livre Docência. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.
- Vaisberg TMJA. Sofrimento humano e práticas clínicas diferenciadas. In Vaisberg TMJA, Ambrosio FF, organizadoras. Trajetos do sofrimento: desenraizamento e exclusão. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, 2002.
- Vaisberg TMJA, Machado MCL. Sofrimento humano e estudo da “eficácia terapêutica” de enquadres clínicos diferenciados. In Vaisberg TMJA, Ambrosio FF, organizadoras. Cadernos Ser e Fazer: apresentação e materialidade. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003.
- Vaisberg TMJA, Tardivo LSPC, Fonseca AM. Natureza e esportes ou violência ou drogas? A juventude no imaginário dos jovens indígenas aculturados. São Paulo: Psic Revista da Vetor Editora, 2002, v. 4, p. 26-37.
- Valentini W. Nenhum ser humano será bonsai. In Harari A, Valentini W. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec: 2001. p. 11-24.
- Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002. 343 p.
- Venturini E. Prefácio à primeira edição. In Amarante P, coordenador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.13-16.

- Vitali LM, Vaisberg TMJA. “Flor-rabisco”: a oficina psicoterapêutica de arranjos florais. In Vaisberg TMJA, Ambrosio FF, organizadoras. Cadernos Ser e Fazer: apresentação e materialidade. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 141-152.
- Winnicott, DW. (1935) A defesa maníaca. In Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 199-217.
- Winnicott, DW. (1945) Desenvolvimento emocional primitivo. In Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, DW. (1949) a mente e sua relação com o psique-soma. In Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, DW. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 316-331.
- Winnicott DW. (1952) Carta 25: para Melanie Klein. In Winnicott, DW. O gesto espontâneo. São Paulo: Martins Fontes: 1990. p.30-33.
- Winnicott, DW. (1954a) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p.374-392.
- Winnicott DW. (1954b) Carta 44: para Michael Fordham. In Winnicott, DW. O gesto espontâneo. São Paulo: Martins Fontes: 1990. p. 65.
- Winnicott, DW. (1954c) Retraimento e regressão. In Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 347-354.
- Winnicott DW. (1955a) Carta 55: para Michael Fordham. In Winnicott, DW. O gesto espontâneo. São Paulo: Martins Fontes: 1990. p. 77.
- Winnicott DW. (1955b) Influências do grupo e a criança desajustada: o aspecto escolar. In Winnicott, DW. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes: 1990. p. 213-226.
- Winnicott DW. (1960a) Contratransferência. In Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. p. 145-151.
- Winnicott DW. (1960b) Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. p. 128-139.

-Winnicott DW (1962a) A integração do ego no desenvolvimento da criança. In Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. p. 55-61.

.- Winnicott DW. (1962b) Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. p.156-162.

- Winnicott DW. (1963) Distúrbios psiquiátricos e processo de maturação infantil. In Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. p. 207-217.

- Winnicott DW. (1963b) O medo do colapso. In Winnicott C, Shepherd R, Davis M, organizadores. Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 70-76.

- Winnicott DW. (1964) C. G. Jung: resenha de *Memories, Dreams, Reflections*. In Winnicott C, Shepherd R, Davis M, organizadores. Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 365-372.

-- Winnicott DW. (1965) Carta 93 e 94: para Michael Fordham. In Winnicott DW. O gesto espontâneo. São Paulo: Martins Fontes: 1990. p. 129-131.

- Winnicott DW. (1967) A localização da experiência cultural. In Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 133-144.

- Winnicott DW. (1968) O jogo do rabisco. In Winnicott C, Shepherd R, Davis M, organizadores. Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 365-372.

- Winnicott DW. (1969) O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 121-132.

-Winnicott D W. (1971) Consultas terapêuticas em Psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

- Yasui S. CAPS: Aprendendo a perguntar. 2ª ed. In Lancetti A, diretor. Saúdeloucura 1. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 47-60.