

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



**Claudia Corbisier**

**Grupos e criatividade:  
para uma clínica mais humana e solidária**

**Tese de Doutorado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Junia de Vilhena

Rio de Janeiro  
Março de 2011



**Claudia Corbisier**

**Grupos e criatividade:  
para uma clínica mais humana e solidária**

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

**Profa. Junia de Vilhena**

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

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

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Profa. Maria Helena Rodrigues Navas Zamora**

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Prof. Jurandir Sebastião Freire Costa**

Políticas e Instituições de Saúde - UERJ

**Prof. Edson Luiz André de Sousa**

Instituto de Psicologia - UFRGS

**Profa. Denise Berruezo Portinari**

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

Rio de Janeiro, / /2011.

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

## **Claudia Corbisier**

Psicóloga formada pela UFRJ. Pós graduada em Psiquiatria - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do RJ. DESS na Universidade Paris V - Sorbonne Paris. Formação em Psicanálise - CFRP (Centre de Formation et Recherches Psychanalytiques) - Paris e Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro. Funcionária concursada do Ministério da Saúde desde 1984.

### Ficha Catalográfica

Corbisier, Claudia

Grupos e criatividade: para uma clínica mais humana e solidária / Claudia Corbisier ; orientadora: Junia de Vilhena. – 2011.

133 f. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2011.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Grupos. 3. Clínica. 4. Criatividade. 5. Solidariedade. I. Vilhena, Junia de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

*Para Thomás, meu filho, que me ensina a cada dia, a beleza e a complexidade da vida.*

## Agradecimentos

À minha orientadora e amiga Junia, sem a qual não teria feito este trabalho. Toda a minha gratidão pelo estímulo, pela paciência, pela compreensão das minhas dificuldades pessoais e acadêmicas. Pela solidariedade incondicional.

À Marcia Dória Romeo, pela ajuda na entrada do mestrado, por me fazer acreditar que, em tempos tão difíceis, eu poderia conseguir.

Aos professores e funcionários do departamento, que me acolheram com muito carinho.

Aos colegas do primeiro ano de mestrado, que me ajudaram a entender o universo da Academia.

Aos colegas do doutorado, em especial, Gabriela Salomão Pinto e Celso Vergne, cuja interlocução intelectual e afetiva foi de extrema importância.

A todos os amigos e colegas com quem trabalhei, que tiveram a coragem de enfrentar os desafios.

Aos meus pais, in memoriam, com quem, entre trancos e barrancos, aprendi que ética e solidariedade devem ser os pilares da vida.

À minha babá Adelaide, in memoriam, minha mãe preta, meu esteio na vida.

À Cida di Franco, minha comadre, que me reencontrou neste vasto mundo depois de muitos anos, e que tem me ajudado no difícil período de reconstrução da vida.

Ao meu professor de ballet, Jean Marie, com quem realizei meu sonho de menina, e que me ensina que a dança é salvadora.

Aos meus pacientes, que me ensinam sempre, tantas coisas.

Ao Paulo Braga, que queria tanto, pudesse estar aqui.

À Camilla, minha quase-mãe, in memoriam, que me acolheu, na infância e sempre.

À Tia Wanda, minha madrinha, in memoriam, que sempre me acolheu. Que me estimulou em tudo, inclusive na escolha da Psicologia.

À Tia Laya, pessoa ímpar, exemplo de solidariedade.

Ao Arnaldo Goldenberg, por toda a ajuda.

À Lili, amiga-irmã, com quem compartilho vida e trabalho, e que me ensinou a ser mais paciente na vida.

Ao Charles, por sua solidariedade, pelo seu amor.

Aos amigos todos, sem os quais não poderia viver.

Aos amigos e colegas do Colégio Alencastro Guimarães, cujo reencontro recente me encheu de alegria.

À Edna, meu anjo da guarda para o pão nosso de cada dia.

## Resumo

Corbisier, Claudia; Vilhena, Junia de (Orientadora) **Grupos e Criatividade: Para uma Clínica mais Humana e Solidária.** Rio de Janeiro, 2011. 133p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esta é uma tese sobre grupos realizados ao longo de vinte e cinco anos em hospitais públicos no Rio de Janeiro. Um dos objetivos é recuperar as histórias de cada grupo, estabelecendo uma interlocução com autores de diversas áreas; criando assim um instrumento de trabalho para os novos trabalhadores dos hospitais. O trabalho mostra como os grupos podem ser dispositivos de muita riqueza e de novas possibilidades de vida, tanto para os técnicos, quanto para os participantes, tornando-se dispositivos que certamente tornam a clínica mais humana e solidária.

## Palavras-chave

Grupos; Clínica; Criatividade; Solidariedade.

## Resumé

Corbisier, Claudia; Vilhena, Junia de (directrice de thèse) **Groupes et Creativité: Pour une Clinique plus Humaine et Solidaire**. Rio de Janeiro, 2011, 133p. Thèse de Doctorat – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

C'est une thèse à propos de groupes qui ont été faits au cours de plus d'une vingtaine d'années, dans les hôpitaux publiques de Rio de Janeiro. Parmi les objectifs, il y a la récupération des histoires de chaque groupe, tout en essayant d'établir un dialogue avec des auteurs de différents secteurs de la connaissance. Ce travail montre comment les groupes peuvent fonctionner de façon à enrichir les professionnels, les participants aussi bien que créer de nouvelles possibilités de vie. Il s'agit d'utiliser des dispositifs qui peuvent rendre la tâche de la clinique plus humaine et plus solidaire.

## Mots Clefs

Groupes; Clinique; Creativité; Solidarité

## Sumário

1. Introdução	11
2. Winnicott e José Gil, o sujeito, o ambiente e o corpo nos grupos	17
2.1. O Universo Winnicottiano	18
2.2. O Grupo Barriga e a mãe-bebê	28
2.3. Um parto realizado no grupo	32
2.4. Os grupos e o corpo – algumas articulações com noções de José Gil	35
3. A Instituição: universo aberto à criatividade e à destrutividade, a clínica como solidariedade, o paradoxo do reabilitar e do adoecer	46
3.1 A organização do trabalho e sua influência na saúde das pessoas	46
3.2 Dispositivos oficiais para a lógica da clínica enquanto solidariedade: a Política Nacional de Humanização	58
3.3 A influência das relações interpessoais no processo de adoecimento no trabalho e os grupos como espaço de retomada do equilíbrio vital	61
3.4 O grupo como potencializador da humanização do trabalho	71
3.5 A Reforma Psiquiátrica e a Política de Humanização – nem tudo foi em vão	83
4. Os jogos de linguagem numa Instituição onde não se brinca, e a possibilidade de ser um nos grupos	87
4.1 O Grupo de Escuta na DISAT	87
4.2 A teoria de Austin - Um esboço da teoria dos atos de fala	89
4.3 Os jogos de linguagem em Wittgenstein	90
4.4 Uma articulação entre esses conceitos, e a clínica do grupo de escuta	92
4.5 Do sujeito singular aos grupos coletivos	98
5. O Grupo como Espaço de Resistência - como dispositivo, lugar de potência, espaço paradoxal.	105
5.1 Dispositivo: a definição de Deleuze na leitura de Foucault	106
5.2 Um exemplo do grupo como dispositivo	110
5.3 O grupo como espaço paradoxal	112
5.4 A experiência do grupo de avaliação de demanda e psicoterapia	115
5.5 O que queremos dizer quando chamamos a este grupo - Grupo de demanda e psicoterapia, e à RIPP, de espaços paradoxais?	120
6. Considerações finais	124
7. Referências bibliográficas	130

**Nunca digam – Isso é natural  
Diante dos acontecimentos do dia a dia  
Numa época em que reina a confusão  
Em que corre o sangue  
Em que o arbitrário tem força de lei  
Em que a humanidade se desumaniza  
A fim de que nada passe por ser imutável  
Bertold Brecht**

## Introdução

Meu interesse pelo trabalho com grupos nasceu ainda quando, como estagiária, procurava os caminhos a seguir. Comecei a fazer um trabalho com pessoas da periferia num projeto chamado “Educação para a Saúde”. Fazia parte dos programas do Centro de Tecnologias Educacionais, da Secretária de Educação. A ideia era discutir com a população as questões básicas de saúde; por exemplo, ensinar que taioba tem o mesmo valor proteico que um bife! E para isto, lembro-me ter sugerido que a nossa equipe de estagiários fizesse um grupo para conversar. Deu certo. Durante um ano, uma vez por semana, íamos a Caxias conversar sobre saúde. Depois o governo mudou e o projeto acabou, como, infelizmente, costuma acontecer na história de nosso país.

Depois, iniciei meu longo percurso na Saúde Mental. Comecei um estágio nas enfermarias do Hospital Central da Marinha, na Ilha das Cobras. Estávamos em 1978, nem sabia ainda o que era o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Minha primeira preocupação foi compor uma equipe, e em seguida, fazer grupos com os pacientes internados. Repetia-se já naquela época minha intuição, ou ideia, de que o grupo era alguma coisa que dava certo, que produzia vida, coisa nova. Ali na Marinha, o hospital era todo azul e branco, bem bonito. Todos vestiam branco, entre uniformes e jalecos. Menos os pacientes psiquiátricos. Estes ficavam em dois pavilhões escuros, bem no fundo do hospital. Usavam uniformes azuis desbotados, que mais pareciam cor de burro quando fuge. Ficavam ali, presos, calados e medicados. Havia dois psiquiatras para cem pacientes. Com a nossa chegada - estagiários de psicologia e de educação física - compusemos uma pequena equipe e começamos a fazer grupos. O grupo do jornal e o grupo do cinema. Estes grupos deram movimento e vida àquele lugar sombrio, parecendo congelado no tempo. Não havia fórmula pré-concebida, modelos, nenhuma cartilha. Claro, já tínhamos alguma formação teórica, mas, sobretudo uma formação humanista que cada um trouxera de casa, e que nos guiava para juntos criarmos embriões do que seriam depois os dispositivos do Movimento da

Reforma Psiquiátrica. Na verdade, estávamos criando uma nova prática de atendimento que seria transformada em teoria ao longo dos anos 1980.

Em 1984, aprovada em concurso, participei do movimento de revitalização do Centro Psiquiátrico Pedro II, hoje Neste da Silveira. Lá também pude criar e participar de inúmeros grupos. Trabalhava numa enfermaria com sessenta pacientes internados. Uma equipe só de mulheres. Ao todo no Hospital havia 240 pacientes, 120 homens, e 120 mulheres, divididos em quatro enfermarias.

Era o Gustavo Riedel, um dos hospitais do Centro. Junto com as equipes de nossa enfermaria, e das outras, fizemos grupos de diversas formas e objetivos. Havia o grupo em que juntávamos homens e mulheres e discutíamos a internação e a alta - questões centrais para todos. Havia as oficinas, que eram variadas, e tinham um caráter mais operativo: algo a ser produzido, como um objeto, um jornal, um conto. Havia o grupo da feira, o grupo da horta, o do desenho. Na enfermaria, criamos o grupo de recepção dos pacientes que vinham do pronto-socorro (Corbisier, 1991, p.103-109). Chegavam ali como batatas, zonzos de medicação, sem saber onde estavam, porque estavam, para onde iriam. Este grupo organizava o momento da crise, dando-lhe um sentido inicial, e se estabelecia ali, a partir do vínculo transferencial, mesmo que tênue, um terapeuta-base - aquele que iria ser a referência do paciente na internação.

Este grupo foi o embrião do que se tornaria em 1991, no Pinel, a Recepção Integrada Phillippe Pinel (RIPP). O embrião continuou a se desenvolver na Colônia Juliano Moreira, como mostro a seguir.

Em 1988, na Colônia Juliano Moreira, montamos grupos de avaliação da fila de espera do ambulatório - que era de 500 pessoas! Verificamos que apenas um quarto da fila precisava mesmo de tratamento. Daí surgiu a constatação de que a emergência estava encaminhando as pessoas para tratamento sem fazer uma efetiva avaliação da demanda. Era a lógica do “caiu na rede é peixe”. Discutindo com o corpo clínico do hospital propusemos o atendimento diferenciado na emergência. Equipes interdisciplinares atendendo em grupo. Deu certo, virou referência na região, “a equipe de segunda-feira”. Naquele momento não conseguimos formar equipes que cobrissem todos os dias da semana. Mas, mesmo assim, conseguimos acabar com a fila de espera, e nos tornamos referência para uma boa parte da população de Jacarepaguá.

Em 1991, fui convidada para trabalhar no Instituto Philippe Pinel, com o objetivo de implantar esse tipo de atendimento na emergência. Lá recebeu o nome de Recepção Integrada Philippe Pinel, a RIPP. Tratada como política institucional, toda a equipe do hospital foi convocada a participar da discussão do projeto. Conseguimos fazer com que durante anos a RIPP funcionasse todos os dias da semana, de 9 às 17 horas. Eram dez equipes ao todo, duas por dia. No final da década de 1990, em função da diminuição do número de técnicos no corpo clínico do hospital, o atendimento ficou reduzido ao turno da manhã. De forma reduzida. Em 2006, por motivos que desconheço, o serviço foi extinto. Além de ser um dispositivo que promove encontros, evita internações desnecessárias, relativiza sofrimento, avalia a demanda, acolhe as crises, dá voz à população, é também um espaço privilegiado de formação de residentes médicos e de Saúde Mental.

Para atender a alguns casos cuja demanda não ficava clara na RIPP, mesmo tendo comparecido aos chamados “retornos de RIPP” criamos o grupo de avaliação de demanda e psicoterapia, no ambulatório. Este grupo tornou-se um espaço que invertia a lógica tradicional dos ambulatórios – do atendimento prioritariamente individual. Deste grupo, quando era o caso, encaminhávamos os pacientes para tratamento individual. Em dez anos de grupo, houve apenas uns três casos. O que acontecia é que, como atendíamos em equipe, tínhamos a possibilidade de propor atendimentos paralelos à sessão semanal do grupo, sempre que se fazia necessário. Atendíamos individualmente, ou os casais, ou a família, ou seja, definíamos a configuração do que era terapêutico para cada pessoa sem ter um modelo previamente estabelecido. Então, além da sessão do grupo, promovíamos vários atendimentos que se complementavam. Este tornou-se, também, um espaço de formação para os residentes. Tínhamos sempre um residente médico e um de saúde mental no grupo.

Em 2000 assumi a coordenação da TV Pinel, um dos mais interessantes dispositivos da Reforma Psiquiátrica. Uma equipe que se autogeria, com os usuários compondo esta equipe, conquistando cidadania e autonomia no próprio hospital. Para Rotelli, o mais difícil da Reforma Psiquiátrica é a desconstrução do Hospital Psiquiátrico. (Rotelli, 1994) Processo complexo, e ainda mais devido ao fato da equipe ser formada em sua maioria por técnicos de vídeo, e não por profissionais de saúde mental. Para acompanhar o processo de trabalho e de reconstrução da subjetividade dos usuários/funcionários, criamos um grupo,

composto pela coordenação da TV, a coordenadora do CAIS (Hospital Dia), dois técnicos da TV, e todos os pacientes/ técnicos. Importante ressaltar que este grupo não era uma terapia, não era apenas um grupo de trabalho, era um espaço de troca entre os usuários/ técnicos, que dispunham ali de uma escuta de suas experiências, onde nós, os somente técnicos, funcionávamos como uma linha que costurava estas experiências, dando-lhes uma espécie de contorno, como as linhas dos mapas fazem com os países. Muita emoção, alegrias pelas conquistas, mas também muitas angústias pelos eventuais retrocessos, consequência às vezes do processo de cada um, às vezes da descontinuidade do trabalho da TV Pinel devido a não renovação do convênio, a omissão e descaso da Prefeitura. Neste grupo, ficava claro que o trabalho funcionava como um organizador, uma espécie de andaime para a construção da subjetividade das pessoas.

Em 2005 deixei a saúde mental e fui para o INCA (Instituto Nacional do Câncer), trabalhar no setor da Saúde do Trabalhador. Lá chegando, constatei que havia um grande número de funcionários licenciados. Em função disto, propus à equipe fazermos um grupo de escuta para conhecermos estas pessoas e começarmos a compreender os motivos que levam as pessoas a entrarem em licença médica. Alguns meses depois do início do grupo, comecei a questionar o papel que o trabalho poderia desempenhar no adoecimento das pessoas, fazendo comparações - curiosamente - com a experiência, da TV Pinel, na qual o trabalho funcionava como elemento estruturante. Ali, no grupo de escuta, os depoimentos faziam referência, em sua maioria, aos efeitos desestruturantes que o trabalho pode ter. Algumas frases das funcionárias exemplificam esta afirmação: “O hospital só quer produção, a gente que se dane”, “É por isso que o adoecimento é muito grande”; “Não se sai para almoçar porque não dá tempo, quanto foi faturado?” “O que se esconde atrás dos números?” “Você sabe que está tudo errado, mas não pode falar, está desesperada e nada pode fazer...” “Várias colegas perderam a mama porque não tiveram tempo de se cuidar...” “Estou em depressão por causa do serviço, principalmente...” “O INCA é um lugar em que você sofre. Saio arrasada todo dia. Sente-se aquela consumição...” “O INCA era minha vida” “O serviço é desumano...”

Em função do enorme contraste das experiências e da observação de um cotidiano institucional muito diferente daquele a que estava habituada na Saúde Mental, comecei a questionar em que medida o tipo de estrutura do INCA

contribuía para o adoecimento das pessoas. E, por outro lado, como o grupo de escuta começou a funcionar como um lugar de produção de vida, de reencontro com a autoestima, de redescritção de subjetividades, de alegria, de recomposição de imagens, de gerador de novas possibilidades de caminhos, de reinvenção da vida. Algumas frases eloquentes: “Cada vez que falo aqui tiro uma pedrinha deste meu saco pesado...” “Quanto mais frequento o grupo, melhor me sinto...” “Tinha que ter um grupo de terapia duas vezes por semana...” “É bom falar, alguém precisa nos ouvir...” “Nossa, olha como ela mudou depois que vem ao grupo... cabelo novo, batom...” “É, minha querida, agora estou me cuidando...” “Vocês deviam divulgar mais esse grupo, é muito bom pra nossa saúde mental e física”.

Retomarei adiante o funcionamento dos grupos mencionados. Meu objeto de estudo, ou a minha questão, é pensar o grupo como um dispositivo de transformação institucional, tornando a clínica mais humana e solidária, seja na Saúde Mental ou na Saúde *latu sensu*. Para tanto, vou usar como fio condutor o relato e a reflexão sobre as histórias de muitos grupos que fiz em minha trajetória profissional como psicanalista.

No capítulo dois discutirei a questão do sujeito, do ambiente, do corpo e dos grupos. Para isto tomo como referências principais D. Winnicott e José Gil. Vou discutir e problematizar a influência do ambiente, para o bem e para o mal, nos indivíduos; e, além disso, pensar sobre a noção de Winnicott de que o indivíduo, desde o início, existe junto com a mãe (ou sua figura substituta), e como isso pode ser relacionado ao sentimento de acolhimento e de potência que o indivíduo pode experimentar ao participar de um grupo. A partir de concepções de José Gil sobre a importância do corpo e de como as pessoas se relacionavam/relacionam, nas comunidades primitivas e indo-europeias, mostro a importância da retomada dos grupos nos tempos atuais.

No capítulo três, trato das questões da psicodinâmica do trabalho, utilizando Déjours; da questão da solidariedade na clínica, com Rorty; do assédio moral e suas consequências na clínica, com Marie-France Hirigoyen. Conto a história da RIPP (Recepção Integrada Philippe Pinel), desde sua origem no Centro Psiquiátrico Pedro II; mostro como os dispositivos da Reforma Psiquiátrica foram retomados pela PNH (Política Nacional de Humanização), e transformados em Política Pública.

No capítulo quatro, discuto os jogos de linguagem em instituições onde não se brinca. Mostro o modelo de clínica hegemônico nos hospitais gerais, tomando o INCA como exemplo. Mostro como a linguagem usada nos grupos pode expressar os modos de vida presentes na Instituição, utilizando Austin e Wittgenstein; faço uma articulação com o grupo de escuta; e conto experiências realizadas em três hospitais diferentes, articulando-as com noções de Bakhtin.

No capítulo quinto, penso os grupos como espaço de resistência, como dispositivo. Utilizo a noção de dispositivo de Foucault, revista por Deleuze, a partir de Benevides; retomo a RIPP para ilustrar os grupos como espaços paradoxais a partir de José Gil; a experiência do grupo de avaliação de demanda e psicoterapia; mostro porque chamo esses grupos de espaços paradoxais.

Ao longo do trabalho faço articulações entre a teoria e a clínica, ressaltando a importância da experiência vivida como fonte preciosa de material para criação de novas teorias e reelaboração das já conhecidas. Lembrando Marx, que diz que o critério da verdade é a prática (Marx, K.,1960), e Freud que nos aconselhou a ampliar o campo da psicanálise para além dos consultórios particulares. (Freud, S., 1937)

Todas essas articulações entre relatos de experiência e autores tão diversos têm o objetivo de mostrar que os grupos podem ser dispositivos de transformação institucional, desde que construídos como descrevo, e, ainda, mostrar como promovem uma clínica mais humana e solidária.

## 2

### **Winnicott e José Gil, o sujeito, o ambiente, o corpo e os grupos**

2.1 Farei uma incursão no universo Winnicottiano, no qual destaca-se a importância do ambiente na formação do ser humano, o decisivo primeiro ano de vida, o processo que vai da dependência absoluta à independência. Pretendo aqui discutir e problematizar a influência, para o bem e para o mal, do ambiente sobre os indivíduos. Pensar questões como o conceito de mãe suficientemente boa, a unidade inicial mãe-bebê, para pensar sobre a noção de Winnicott de que o indivíduo desde o início existe junto com a mãe (ou sua figura substituta), e como isto pode ser relacionado ao sentimento de acolhimento e de potência que o indivíduo pode experimentar ao participar de um grupo. A importância do espaço intermediário – o entre – no qual a criança se perde no brincar, conceito fundamental para a adaptação da realidade, em relação ao qual proporei uma analogia com o espaço grupal, e também uma analogia entre trabalho e função materna. A abordagem grupal pensada Winnicotianamente pode ser útil para refletir sobre várias questões, inclusive a do grupo como podendo cumprir a função de “ambiente suficientemente bom”; para o difícil trabalho de viver.

2.2 Utilizo metáforas que ilustram a importância da experiência e do viver criativo: o “Grupo Barriga” e a “mãe-bebê”, utilizando noções de Winnicott, tais como: *holding*, *handling*, apresentação de objetos, sentimento de confiança, ambiente suficientemente bom, espaço transicional; enfim, proponho, de forma talvez ousada, uma analogia entre o grupo e a relação mãe-bebê.

2.3 O exemplo de um parto realizado num grupo: uma experiência de “nascimento” realizada num grupo de avaliação de demanda e psicoterapia, que mostra a riqueza, o inusitado, o momento em que o grupo se transforma numa “sala de cirurgia” para o nascimento de uma participante.

2.4 Os grupos e o corpo – algumas articulações com noções de José Gil

Depois de Winnicott, que trata do aspecto primitivo – das relações mãe-bebê – do primeiro grupo humano, Gil recupera a importância das relações grupais nas

comunidades primitivas e indo-europeias, e, particularmente, a importância do corpo nesses contextos.

## 2.1

### O Universo Winnicottiano

Certamente por sua formação de médico pediatra, que cuidou de crianças vítimas de guerra, Winnicott deu um peso importante, na verdade, fundamental, ao papel da realidade factual, à realidade experimentada pelo bebê no ambiente no qual se desenvolve. No início da formação do indivíduo, Winnicott vê a mãe (ou figura substituta) e o bebê como um ser indivisível.

Não há possibilidade alguma de um bebê progredir do princípio de prazer para o princípio de realidade e, para além dela, da identificação primária (ver Freud, 1923), a menos que exista uma mãe suficientemente boa. A mãe suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. Naturalmente, a própria mãe do bebê tem mais probabilidade de ser suficientemente boa do que alguma outra pessoa, já que esta adaptação ativa exige uma preocupação fácil e sem ressentimentos com determinado bebê; na verdade o êxito no cuidado infantil depende da devoção e não do 'jeito' ou do esclarecimento intelectual. (Winnicott, 1971:25)

A mãe suficientemente boa, como afirma Winnicott (1971), começa com uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebê; e, à medida que o tempo passa, adapta-se cada vez menos completamente, de modo gradativo, segundo a crescente capacidade do bebê em lidar com o fracasso dela. Na mesma obra ele especifica:

Os meios de que o bebê dispõe para lidar com este fracasso materno incluem os seguintes: 1) a experiência do bebê, quase sempre repetida, de que há um limite temporal para a frustração. A princípio, naturalmente, esse limite deve ser curto. 2) Crescente sentido de processo. 3) Os primórdios da atividade mental. 4) Emprego de satisfações auto-eróticas. 4) Recordar, reviver, fantasiar, sonhar; o integrar de passado, presente e futuro. (Winnicott:25)

Se tudo der certo, o bebê pode, na realidade, vir a lucrar com a experiência de frustração, já que a adaptação incompleta à necessidade torna reais os objetos, o que equivale a dizer que serão tão odiados quanto amados. A consequência disto é que, se tudo corre bem, o bebê pode ser perturbado por uma adaptação estrita à necessidade que é continuada por muito tempo, sem que lhe seja permitida sua diminuição natural, uma vez que a adaptação exata se assemelha à magia, e o objeto que se comporta perfeitamente não se torna melhor do que uma alucinação. No entanto, de saída, a adaptação precisa ser quase exata e, se não for assim, não é possível ao bebê começar a desenvolver a capacidade de experimentar uma relação com a realidade externa ou mesmo formar uma concepção dessa realidade. Diz Winnicott, citando outro autor quando se refere à relação com a realidade:

Presume-se aqui que a tarefa de aceitação da realidade nunca é completada, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna e externa, e que o alívio dessa tensão é proporcionado por uma área intermediária de experiência (cf. Rivière, 1936) que não é contestada (artes, religião etc.) Essa área intermediária está em continuidade direta com a área do brincar da criança pequena que se ‘perde’ no brincar. (Winnicott, 1971, p.29)

Na tenra infância, essa área intermediária é necessária para o início de um relacionamento entre a criança e o mundo, viabilizada por uma maternagem suficientemente boa na fase primitiva crítica. Winnicott sublinha que o essencial a tudo isso é a continuidade (no tempo) do ambiente emocional externo e de elementos específicos do ambiente físico, tais como o objeto ou objetos transicionais.

Ao ler estes parágrafos sentimos a importância dada à adaptação da realidade (mãe) ao bebê, para que este possa construir uma relação real com a realidade, para ter o que Winnicott chama de um verdadeiro *self*, podendo vir a ser alguém que se sinta vivo, que não realize as tarefas da vida apenas mecanicamente.

Podemos pensar em fazer uma analogia entre trabalho e função materna? Algo da ordem destas primeiras experiências entraria em jogo na relação das pessoas com o trabalho? Quando algo não vai bem e inicia-se um processo de adoecimento, estaria a pessoa revivendo situações dos primeiros meses de vida, nos quais, se o ambiente falhar, o bebê certamente desenvolverá mecanismos de defesa que serão utilizados mais tarde, em momentos da vida nos quais o

ambiente torna-se agressivo, desfavorável? Isto pelo ângulo daquilo que falha. Pelo lado daquilo que funciona, digamos daquilo que, no trabalho, é estruturante, podemos pensar que algo dessa primeira relação com a mãe-ambiente foi suficientemente bom e fez do indivíduo alguém criativo, capaz de interagir com o ambiente de forma produtiva, podendo inclusive fazer das adversidades fonte de desafios a serem superados.

Winnicott nos dá outros exemplos que podem ajudar a caminhar nesta direção, quando escreve sobre o valor da abordagem que propõe. Diz ele:

Ela permite estudar e discutir ao mesmo tempo os fatores pessoais e ambientais. Nesta linguagem, normalidade significa tanto saúde do indivíduo como da sociedade, e a maturidade completa do indivíduo não é possível no ambiente social imaturo ou doente... podemos dizer que o ambiente favorável torna possível o processo continuado dos processos de maturação. Uma vez que as coisas tenham se estabelecido como ocorre na normalidade, a criança torna-se gradativamente capaz de se defrontar com o mundo e todas as suas complexidades, por ver aí, cada vez mais, o que já está presente dentro de si própria. Em círculos cada vez mais abrangentes da vida social a criança se identifica com a sociedade, porque a sociedade local é um exemplo de seu próprio mundo pessoal, bem como exemplos de fenômenos verdadeiramente externos. Neste sentido desenvolve-se uma verdadeira independência, tornando-se a criança capaz de viver uma existência pessoal satisfatória, ainda que envolvida com as coisas da sociedade. É claro que há grandes possibilidades de recuo neste desenvolvimento da socialização, principalmente nos últimos estágios além da puberdade e da adolescência. Mesmo o indivíduo normal pode se defrontar com uma tensão social que está além do que poderia suportar, antes do alargamento de sua base de tolerância (Winnicott, 1979: 80)

O bebê humano é extremamente dependente da mãe, não apenas de cuidados físicos, mas também e, sobretudo, dos investimentos afetivos que a mãe, ou alguma figura substituta, dedica a ele. Para Winnicott, no início, o bebê aparece fundido com a mãe, e só posteriormente e aos poucos é que vai perceber a mãe como um objeto externo a ele.

Winnicott utiliza o termo *holding* para designar este cuidado materno, que vai além do segurar físico do lactente. Trata-se de uma provisão ambiental total, que é anterior ao conceito de viver com.

Em sua teoria do desenvolvimento emocional, Winnicott descreve as etapas do desenvolvimento, a saber: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. Segundo Winnicott, o ambiente é decisivo para o rumo dos acontecimentos ao longo de todo o processo.

A dependência absoluta é a fase em que a criança está totalmente à mercê de cuidados físicos da mãe, tanto no útero, à medida que a gravidez avança, quanto após o primeiro dia do nascimento. No desenvolvimento normal acontece neste momento um envolvimento intenso entre mãe e bebê, fazendo com que ambos tornem-se uma só pessoa. A mãe identifica-se com o bebê a fim de conhecer suas necessidades biológicas e psicológicas, constituindo um ambiente sustentador a partir de sua devoção e cuidados suficientemente bons. Isso é possível se a mãe entrar em um estado psicológico especial, do qual é capaz de se recuperar, chamado de “preocupação materna primária”. Este estado ocorre gradualmente durante e no final da gravidez, elevando a sensibilidade da mulher e permitindo-lhe desenvolver uma capacidade de dispensar atenção plena à criança.

Na dependência relativa, a adaptação da mãe às necessidades do bebê vai se tornando irregular, o que permite à criança experimentar o sentido de um início de separação. O bebê estará neste momento descobrindo o mundo e a si mesmo, estará se tornando uma pessoa inteira em meio a outras pessoas inteiras; será então capaz de amar e odiar. É aqui que as experiências de *self* e não *self* desenvolver-se-ão alternadamente. A mãe, que desenvolve um estado de “preocupação materna primária”, fornece ao bebê condições para que a sua constituição, na fase inicial da vida, manifeste-se a partir do desenvolvimento da integração da personalidade. Essa integração não é automática. Está diretamente ligada a condições ambientais favoráveis que forneçam experiências emocionais e afetivas suficientemente boas. É a mãe que, proporcionando um ambiente suficientemente bom, isto é, um ambiente adaptado às necessidades do bebê, capacita-o a começar a existir, a ter experiências e, a partir dessas experiências, a constituir um ego pessoal.

O *self* verdadeiro é compreendido como uma existência real acompanhada de um sentimento de realidade, que surge pelos gestos espontâneos e criativos vivenciados pela pessoa, resultado da ação de suas próprias ideias. Considerando que o *self* verdadeiro consiste em sentir-se real, o não-*self* ou falso-*self* pode ser resultado de um sentimento de irrealidade, de inutilidade. À medida que o mundo é apresentado à criança, pelo apego e necessidades interpessoais, afetos e interações, o bebê vai percebendo que existe por si próprio, vai adquirindo e experimentando o seu direito de existir no mundo.

O bebê passa a ter noção de espaço e do próprio corpo, começa a ter um sentido de ser no espaço, que surpreende o ambiente, o que permite uma interação favorável para ambos. Dessa forma, o bebê que está descobrindo o mundo, vai se preparando para receber as surpresas do mundo externo. A mãe por sua vez, sendo cuidadosa, poderá evitar que invasões do mundo exterior afetem o bebê antes que ele possa descobri-lo de um modo natural e tranquilo. Para a realização deste processo, o bebê precisará de um apoio suficientemente bom, pois dependerá da capacidade da figura materna de prover e de adaptar-se às suas necessidades. Pela identificação com a criança, em uma atitude de devoção, a mãe permite que o bebê mantenha-se isolado sem ser perturbado, ou seja, somente por meio de movimentos espontâneos ele experimentará reações à falha ambiental, descobrindo o ambiente sem sofrer uma perda da sensação de ser. A partir daí, vai aceitando a intromissão desse ambiente, o que vai resultar na instauração de um sentimento de estabilidade e continuidade do *self*, para chegar a atingir um estado de saúde mental nesse momento do processo do desenvolvimento emocional que o autor aponta como característica do desenvolvimento do ego, a personalização. Para Winnicott, o ego baseia-se em um ego corporal, mas só quando tudo vai bem é que a pessoa do bebê começa a ser relacionada com o corpo e suas funções. (1999, p.58).

Na medida em que o mundo externo é apresentado à criança de forma consciente, ela começa a ter consciência de sua dependência da mãe. Esse processo contínuo consiste numa relação de mão dupla, em boas condições do ambiente e nos cuidados com o bebê, estimulando uma sensação de segurança, controle, e continuidade de ser.

Quando a mãe começa a ser percebida como pessoa completa, a criança no processo de maturação recorre ao objeto transicional, ou seja, adota um objeto que pode ser um ursinho, uma boneca de pano, a ponta do cobertor, uma fralda ou qualquer outro objeto que sirva como auxílio, refúgio, consolo para prover suas necessidades afetivas quando a mãe estiver ausente. Esses fenômenos transicionais ocorrem, no desenvolvimento emocional sadio, como uma simbolização da relação de parte do *self* com parte do ambiente, ou seja, a criança associa à mãe algo que está por perto.

A criança, após enfrentar o mundo e suas complexidades passando pelos dois estágios do processo de maturação referidos acima, chega a seu último

estágio: rumo à independência; esse percurso não pode ser dado por encerrado, visto que não pode ser considerado como absoluto e sim como um equilíbrio entre a dependência e a independência. À medida que a criança vai adquirindo mais independência, ela se envolve mais com as coisas e com a vida social. Se houve um acolhimento, uma preocupação por parte dos pais, a criança adquire a capacidade de crer no mundo externo e formar vínculos sociais a partir do que foi herdado na relação familiar.

O ser humano, ao atingir a maturidade, torna-se capaz de viver uma vida espontânea sem se afastar de suas responsabilidades no trato social, uma vez que a saúde social está ligada e depende da saúde individual. O indivíduo não se torna isolado, pois a independência não é absoluta e sempre haverá uma dependência, pois ambiente e indivíduo são interdependentes. A vida saudável é também um processo de relacionamento com objetos externos e internos; diz o autor: “...todas as coisas andam juntas e se combinam, na sensação de sentir-se real, de ser e de haver experiências realimentando a realidade psíquica, enriquecendo-a, dando-lhe direção”. (Winnicott, 1999, p.14).

Winnicott considera, portanto, que o desenvolvimento do bebê acontece por intermediação de um outro, daquela pessoa que cuida dele. Num primeiro momento, esta pessoa é o espelho no qual se vê refletido. Khan, na introdução à obra winnicottiana “Da pediatria à psicanálise” (2000), assinala que:

Para Winnicott, o indivíduo humano era isolado e incognoscível, poderia personalizar-se e se conhecer somente através do outro, como ele o descreveu em seu trabalho “A capacidade de estar só” (1958). Foi para explicar esse paradoxo humano crucial que investiu com extrema diligência seus esforços clínicos e sua perspicácia (Khan, In Winnicott, 2000, p.14)

Em seu trabalho “O conceito de indivíduo saudável” (1967), Winnicott afirma que “não se pode avaliar um homem ou uma mulher sem levar em conta seu lugar na sociedade” (p.3). Falar em “maturidade individual implica num movimento em direção à independência, mas não existe essa coisa chamada “independência”. O fato de estar vivo implica em dependência, e a idéia de ser saudável quer dizer que um homem ou uma mulher “são capazes de alcançar uma certa identificação com a sociedade sem perder muito de seus impulsos individuais ou pessoais” (Winnicott, 1967, p.9).

A idéia de saúde como simples ausência de doença não é de modo algum satisfatória. O principal é que o homem ou a mulher sintam que estão vivendo sua própria vida, assumindo a responsabilidade pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir os aplausos pelo sucesso ou as censuras pelas falhas. Em outras palavras, pode-se dizer que o indivíduo emergiu da dependência para a independência, ou autonomia. (Winnicott, 1967, p.10)

O que nos leva aos estágios pré-genitais e pré-verbais do desenvolvimento individual e à provisão ambiental: a adaptação atrelada às necessidades primitivas que são características da primeira infância.

Num primeiro momento o bebê ainda não estabelece diferenciação entre o que seja o seu corpo e o mundo externo; entre o que seja eu e não-eu. Neste momento ele ainda não estabelece diferenciação entre ele e o corpo da mãe.

Aos poucos “o bebê torna-se uma unidade, passando a ser capaz de sentir o *self* (e, portanto, os outros) como um inteiro, uma coisa com membrana limitadora, dotada de um interior e de um exterior” (Winnicott, 1990, p.87). Este processo é que o conduz até a totalidade do sentimento de ser um.

Winnicott fala que “mais cedo ou mais tarde surge por parte dele uma tendência a entremear objetos ‘diferentes de mim’ ao padrão pessoal”. O uso destes objetos, chamados objetos transicionais, permite ao bebê a chegada ao estágio de ser uma unidade, mediante a construção de uma membrana limitadora entre um exterior e um interior.

Esta área intermediária de experimentação é também uma área de experiência ilusória. É importante ressaltar que “o objeto transicional jamais está sob controle mágico, como o objeto interno (de M. Klein, que é uma possessão), nem tampouco fora de controle, como a mãe-real” (Winnicott, 1971, p.24).

Quando o simbolismo é empregado, a criança já está distinguindo claramente entre fantasia e fato, entre objetos internos e objetos externos, entre criatividade primária e percepção. Para Winnicott o termo objeto transicional permite tornar-se capaz de aceitar diferença e similaridade. O objeto transicional designa a passagem do puramente subjetivo para a objetividade. Seria, portanto, um progresso no sentido da experimentação.

Para que isso seja possível, é necessário que exista uma mãe suficientemente boa, que deve efetuar uma adaptação ativa às necessidades do bebê e, gradativamente, ir diminuindo sua atenção, de acordo com as capacidades

dele em lidar com o fracasso dela, em tolerar os resultados da frustração. “*Se tudo corre bem*, o bebê pode, na realidade, vir a lucrar com a experiência da frustração, já que a adaptação incompleta à necessidade torna reais os objetos, o que equivale a dizer que se tornam tão odiados quanto amados.” (Winnicott, 1971, p. 25).

Por meio de uma adaptação quase completa, a mãe propicia a oportunidade da ilusão de que o seio dela faz parte e está sob o controle mágico do bebê. Isso dá a ele a sensação de onipotência, que vai sendo desiludida gradativamente pela mãe.

Winnicott afirma que não existe saúde para o ser humano que não tenha sido iniciado suficientemente bem pela mãe na solução de um problema com o qual o ser humano está envolvido desde o nascimento: o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido.

O objeto transicional e os fenômenos transicionais iniciam um processo que representa os primeiros estádios do uso da ilusão, que é o que permite dar significado à ideia de relação com um objeto que é percebido por outros como externo a esse ser. Podemos definir o espaço transicional como uma área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido. É uma área de experimentação entre uma realidade interna e uma vida externa.

A principal tarefa da mãe, após propiciar a oportunidade da ilusão, é a desilusão. Esse processo de ilusão-desilusão deve ser gradativo para que o bebê possa suportar a frustração como aceitação da realidade.

Presume-se aqui que a tarefa de aceitação da realidade nunca é completada, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna e externa, e que o alívio dessa tensão é proporcionado por uma área intermediária de experiência que não é contestada (artes, religião etc). Essa área intermediária está em continuidade direta com a área do brincar da criança pequena que se “perde” no brincar (Winnicott, 1971, p.29)

Essa área intermediária é o que possibilita o início de um relacionamento entre a criança e o mundo. Na fase primitiva crítica, é a mãe suficientemente boa que torna tudo possível. Além disso, é essencial a continuidade do tempo e dos elementos transicionais, que só podem estar ausentes por um período de tempo que seja suportável pela criança.

A ilusão está no início da experiência, e esta área intermediária de experiência compartilha tanto a realidade interna quanto externa. Ela vai constituir a maior parte da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador.

No interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais, reside a importância do brincar. A psicoterapia ocorre na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. “Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é” (Winnicott, 1971, p.59).

Winnicott diz que o brincar é evidente na análise dos adultos, por exemplo, nas escolhas das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor:

A diferença entre a análise de uma criança e a de um adulto é que com a criança grande parte da atuação (*acting out*) se dá na forma do brincar durante a sessão, enquanto que com o adulto quase toda a atuação ocorre fora da análise, e o trabalho da análise é feito verbalmente. O analista está preparado, no entanto, para encontrar a criança no interior do adulto, bem como encontrar o adulto no interior da criança (Winnicott, 1990, p.113).

O brincar tem um lugar e um tempo. E é no brincar, e talvez só no brincar que a criança e o adulto fruam sua liberdade de criação. A brincadeira é universal e própria da saúde:

O brincar facilita o crescimento e, portanto a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros (Winnicott, 1971, p.63).

A psicoterapia acontece na superposição das áreas lúdicas do paciente e do terapeuta. O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade, e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*).

Para Winnicott, experimenta-se a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação

objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos.

O sentimento de “sentir-se real” é o que possibilita ao indivíduo reconhecer a vida como sendo digna de ser vivida. Uma vida criativa constitui um estado saudável, ao passo que a submissão é a base para uma vida doentia.

A criatividade a que nos referimos diz respeito à realidade externa. Winnicott considera o ambiente fundamental para o desenvolvimento de um indivíduo saudável.

O impulso criativo é algo presente em qualquer pessoa que se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa, mas quando um indivíduo tem dúvida sobre o valor de viver, esta dúvida está relacionada diretamente à qualidade e à quantidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê.

O brincar criativo e a experiência cultural estão localizados no espaço potencial existente entre a mãe e o bebê. O uso que uma criança faz de um objeto transicional, a primeira possessão não-eu, representa o primeiro uso de um símbolo, bem como a primeira brincadeira.

A característica essencial do brincar refere-se a uma experiência criativa na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver. O objeto transicional é o símbolo da união mãe e bebê, e se localiza na mente do bebê quando a mãe está em transição. O sentimento de que a mãe existe dura um certo tempo; se sua ausência ultrapassa este tempo, a *imago* se esmaece, e o bebê vê-se incapaz de utilizar o símbolo da união.

Em contrapartida, os efeitos da privação são constantemente curados pelo mamar localizado da mãe que repara a estrutura do ego, o que restabelece a capacidade do bebê de utilizar um símbolo de união; assim o bebê pode permitir novamente a separação e até beneficiar-se dela.

Estamos aqui diante de um dos paradoxos de Winnicott - ao mesmo tempo em que a mãe estimula a separação, ela evita que esta ocorra. A separação não pode de fato acontecer, pois implicaria ruptura traumática no processo de desenvolvimento do bebê, rumo à integração e à independência. A saúde psíquica do adulto vai depender de forma radical da qualidade, do ritmo e da intensidade com que o bebê sente esses primeiros momentos da ausência da mãe. Winnicott diz que com o ser humano não pode haver separação, mas apenas ameaça de

separação; sendo que a ameaça será mais ou menos traumatizante dependendo de como foram experimentadas as primeiras separações. A separação é o tempo vivido como espera do reencontro com o objeto; a ameaça de separação é o tempo vivido como medo de não reencontrá-lo. No futuro, a saúde psíquica do sujeito dependerá fortemente da maneira como se deu esse interjogo (Bezerra Jr, 2007, p.46/47).

Winnicott definiu a experiência cultural como uma ampliação da ideia dos fenômenos transicionais e da brincadeira. A experiência cultural localiza-se no espaço potencial, existente entre o indivíduo e o meio ambiente. Portanto, a experiência criativa começa com o viver criativo, que se manifesta primeiramente na brincadeira.

O espaço potencial acontece apenas em relação a um sentimento de confiança por parte do bebê, confiança relacionada à fidedignidade da figura materna ou dos elementos ambientais, sendo a confiança a prova da fidedignidade que se está introjetando (Winnicott, 1971, p.139).

O espaço potencial é um campo de ação, onde o eu se projeta como agente. Constitui, portanto, um campo de experimentação, uma área disponível de manobra, onde o *self* se realiza na ação criativa que seus impulsos engendram, ampliando progressivamente o campo de suas experiências.

## 2.2

### O Grupo Barriga e a mãe-bebê

Como já foi dito na introdução, os grupos foram sempre o principal recurso que utilizei, sempre em equipe, para escutar as demandas de cada local. Nos atendimentos individuais, sabia apenas de cada um e de sua história particular; nos grupos, aparecia a possibilidade de tratar das questões individuais e muito mais – cada grupo mostrava-se motor, alavanca, de questões coletivas que refletiam as demandas das pessoas inseridas naquele determinado contexto; que retratavam onde seria necessário intervir na Instituição. A partir destas escutas, foi possível criar novas maneiras de tratar as necessidades de cada contexto, criando possibilidades de transformar o *status quo*, ou aquilo que está instituído, para usar o vocabulário de Deleuze. A partir daí, utilizando noções de Winnicott, tais como:

*holding, handling*, apresentação de objetos, ambiente suficientemente bom, espaço transicional, propor de forma talvez ousada, uma analogia entre o grupo e a relação mãe-bebê.

Retomo aqui a pergunta feita mais acima – é possível fazer uma analogia entre trabalho e função materna? Algo da ordem destas primeiras experiências entra em jogo na relação das pessoas com o trabalho? Quando algo não vai bem e inicia-se um processo de adoecimento, estará a pessoa revivendo situações dos primeiros meses de vida, nos quais se o ambiente falhar o bebê certamente desenvolverá mecanismos de defesa que serão utilizados mais tarde, em momentos da vida nos quais o ambiente torna-se agressivo, desfavorável? Isto pelo ângulo daquilo que falha. Pelo lado daquilo que funciona, digamos aquilo que, no trabalho é estruturante, podemos pensar que algo dessa primeira relação com a mãe-ambiente, foi suficientemente bom e fez do indivíduo alguém criativo, capaz de interagir com o ambiente de forma produtiva, podendo inclusive fazer das adversidades fonte de desafios a serem superados.

Considera-se que a abordagem grupal pensada Winnicotianamente pode ser útil para refletir sobre várias questões, inclusive a do grupo como podendo cumprir a função de “ambiente suficientemente bom”, para o difícil trabalho de viver.

Neste ponto, permito-me fazer uma proposta: será possível pensar o grupo numa analogia com esta unidade inicial – mãe/bebê? Seria imaginar o grupo como uma espécie de ventre grávido, sempre parindo novas criaturas... A mãe, ou sua figura, pode ser o grupo em si, como se fosse uma grande barriga, cheia de fetos – no sentido do “antes de nascer”: são seres que ainda não interagiram naquele ambiente, com aqueles irmãos, com aquela mãe, ou mães (nos casos em que se trabalha em coterapia). De acordo com esta imagem, o início de cada grupo seria um parto. As pessoas acabaram de nascer, logo não se conhecem, e precisam, portanto, iniciar um processo de fusão inicial com aquele ambiente, onde ninguém se conhece, (mesmo que as pessoas já se conheçam, considera-se aqui cada sessão como um parto), não há discriminação de quem é quem, para que, aos poucos, num ambiente de confiança, todos possam vir a interagir.

Segundo Pedro Salem, no artigo em que discute confiança e hábito em Winnicott e J. Dewey (Winnicott e seus interlocutores, 2007, p. 172), “Três noções básicas apoiam a compreensão da confiança na fase da confiança absoluta:

o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos. Segundo Winnicott, “o tema do *holding* e do *handling* traz à tona toda a questão da confiabilidade humana” (Winnicott, 1999c, p.141)

Pressupondo um estado inicial de não integração do recém-nascido, o psicanalista justifica a importância da presença do ambiente como polo ao qual compete a tarefa de cooperar para a preservação da continuidade e do vir a ser do bebê. Sendo assim, os processos de *holding* e *handling* têm início antes mesmo de sua constituição egoica; datam de um momento da sociabilidade do bebê que precede sua diferenciação do outro. (Winnicott, 1999c,142)

a) O *holding* no grupo:

Podemos então imaginar a importância do grupo-barriga como sendo o suporte inicial necessário para que as pessoas sintam-se suficientemente seguras (*helded*). Claro que em nossa metáfora, o período de não-integração corresponde ao estado psíquico dos “bebês” do grupo; os que ainda não conhecem aquele ambiente, e formam, com os outros, um todo indiferenciado. Vemos a importância do *holding* neste contexto: é a condição de possibilidade dos “bebês” e dos terapeutas fornecerem uns aos outros o suporte para que o processo de personalização aconteça. Winnicott define o *holding* inicial como o “primeiro ambiente do bebê, um “suporte confiável” que deve existir desde o momento que começa a linha da vida do bebê, constituindo uma continuação da “provisão fisiológica que caracteriza o período pré-natal” (1990, p.49).

b) O *handling* no grupo:

Assim também, transportamos para o grupo o *handling*, que abrange todos os cuidados que a mãe dá ao bebê - a importância da maneira como as relações acontecem, no que se refere à linguagem utilizada, aos gestos, olhares, receptividade, à paciência com as dificuldades, à delicadeza no lidar com o desconhecido-todo.

c) A apresentação de objetos no grupo:

Com relação à apresentação de objetos, Salem, no artigo citado, escreve:

É apenas por meio de objetos que possam se ajustar à *sua* competência corporal que a criança tem sua experiência criativa preservada, podendo então descobrir-se “equipada com alguma capacidade de ver tudo de um novo modo, para ser criativa em todos os detalhes do viver (1999e, p.25).

No grupo, a cada instante, novos objetos são apresentados a todos. Presença, ausência, palavra, gesto, corpos em movimento, diferenças, espantos, não-ditos, olhares, piscares de olhos, silêncios, confissões, depoimentos, reações inesperadas. E é nesta “apresentação de objetos” que cada um tem a possibilidade de se descobrir como um – de se separar/aproximar do outro, na medida em que se diferencia dele.

d) O sentimento de confiança:

Sabemos que, para Winnicott, é a noção de obstáculo que permite ao bebê estabelecer o não-eu. Ainda citando o artigo de Pedro Salem:

Em outros termos, a confiança do bebê no ambiente se desloca para a resistência que este impõe à sua agressividade, indicando-lhe os limites de sua onipotência e permitindo uma delimitação mútua tanto dos objetos, quanto do próprio ego do bebê. A criança passa a confiar naquela parte do mundo que lhe é fundamentalmente indistinta – como no caos da insegurança inicial –, mas naquela parte do mundo que sobrevive aos seus impulsos, persistindo como não-eu, que se lhe impõe como na constituição de seus próprios contornos. Nessa nova etapa, é lidando criativamente com os obstáculos que o indivíduo pode seguir na saúde realimentando continuamente “a experiência de unicidade de si que acompanha e dá sentido às mudanças do *self* na interação com o meio” (Costa, 2002, p.72)

A cada início de grupo, todos estão fundidos no todo do grupo. Um dos aspectos que constatamos é a possibilidade das singularidades aparecerem no processo da diferenciação de cada um, em oposição à singularidade do outro. A oposição àquilo que “é não-eu”, é o exercício inerente à presença de um, no meio de outros. Por outro lado, para poder enfrentar o outro, é preciso também que as condições mencionadas anteriormente estejam presentes. Executar uma tarefa,

tratar de questões pessoais, elaborar um projeto, discutir um autor, fazer uma aula de dança, avaliar demandas numa emergência psiquiátrica (Corbisier, C., 1994), para citar alguns exemplos de grupos existentes, exigem o enfrentamento da diferença, o confronto com a alteridade. Requer poder existir como eus juntos, mas necessariamente em oposição aos não-eus.

## 2.3

### Um parto realizado no grupo

Esta experiência foi uma das mais radicais das quais participei nos grupos. Aconteceu no grupo de avaliação de demanda e psicoterapia, que realizávamos em coterapia, Liliane Penello, Priscila Magalhães e eu, no Pinel (depois de algum tempo passamos a ter também residentes médicos e psicólogos). Esse grupo recebia pessoas da RIPP, serviço de recepção em grupos na emergência. Ao fazermos as avaliações, alguns processos psicoterápicos se iniciavam. Assim, tínhamos sempre pessoas em avaliação e em psicoterapia. Esse grupo será detalhado mais adiante, no capítulo 5, item 5.3.

Uma das frequentadoras do grupo naquela época era uma moça que chamarei de R. Veio encaminhada da RIPP (Recepção Integrada Phillippe Pinel, ver capítulo 3, item 3.4), justamente para uma melhor avaliação de sua demanda, que não ficara clara nos encontros da Recepção. Era algo difuso, como não conseguir trabalhar, não conseguir namorar, dificuldades no relacionamento com a mãe e os irmãos; tinha ataques esquisitos, semelhantes a crises convulsivas. Aliás, fora encaminhada para a RIPP, pela clínica das epilepsias, que na época funcionava no próprio Pinel; o diagnóstico de epilepsia fora descartado.

R. era alta, bonita, magra, e sempre nos deixava perplexas com seu jeito camaleônico de ser. Podíamos descrever o quadro dela como uma histeria grave. O que não nos adiantava grande coisa. Sentia-se sempre deprimida, não conseguia trabalhar em nada. Morava com sua mãe e dois irmãos. Muitas vezes parecia que ia desmaiar no grupo, contorcendo-se, virando os olhos, fazendo trejeitos estranhos. Não vinha às sessões com regularidade. Tudo era muito vago no que dizia. Falava de forma lenta, pausada. Às vezes interrompia uma frase no meio, demorando para retomá-la. Tínhamos muita dificuldade em compreender o que R. queria nos dizer realmente. Já tentara ser modelo e contava de forma confusa o

que parecia ter sido uma tentativa de abuso por alguém do meio – fato que a teria feito desistir da carreira.

Num determinado momento, a situação de R. agravou-se. Sua mãe veio nos procurar, dizendo que ela não saía da cama, nem se alimentava. Marcamos então um atendimento separado do grupo – só com as duas. Nessa conversa, a mãe contou que a gravidez de R. fora muito difícil. Ela, mãe, tinha muitas pedras nos rins, tendo sofrido dores atroztes durante a gravidez. Pareceu-nos clara a ambivalência da mãe com relação a R. Em outras palavras, disse-nos que era uma situação insuportável, que não havia sentido prazer nenhum naquele estado. Tudo o que queria era livrar-se das pedras. O parto também foi bastante complicado e ela não teve uma aproximação fácil com seu bebê. Deixou bem claro que o primeiro ano de vida de R. tinha sido muito conturbado. Queixou-se de que R. era um bebê chorão, que não lhe dava sossego. Ela conseguira se livrar das pedras, por ocasião do parto, mas restara uma criança para ela cuidar, depois de nove meses de sofrimento intenso. R. permaneceu calada durante todo o tempo.

Algo interessante ocorreu depois deste encontro, provavelmente pelo fato de R. ter ouvido pela primeira vez sua mãe falar sobre sua origem, sobre sua difícil chegada ao mundo.

R. passou a falar de forma mais clara. Vinha mais regularmente. Dava-nos a impressão de que alguma reorganização subjetiva havia ocorrido. Falava mais da relação com seus irmãos, contava situações cotidianas, começou a procurar trabalho. Passou a interagir mais com os colegas do grupo.

Um dia, não sabemos bem porque, talvez alguém tenha tocado em assunto de gravidez, R. começou de novo a se contorcer, só que agora, nomeava o que acontecia, falava de sua barriga, de seu corpo, de dores fortes, de pedras. Um quadro impressionante. Nós percebemos o que estava acontecendo, e fomos, assim como o grupo, acompanhando passo a passo o processo que ela precisou reviver ali conosco. Íamos dizendo: “é, é muito doloroso mesmo, mas você vai conseguir, respira fundo, força, você vai vencer as pedras, vai, tenha confiança, você vai nascer, vai ser bem vinda, vai sair da barriga de sua mãe, não tenha medo das pedras, coragem, vale a pena, respira mais fundo, a dor vai passar, você vai vencê-la, você vai ganhar a guerra contra as pedras, a raiva de sua mãe é das pedras, não de você, vai, luta, nasce, R!” esse processo incrível durou umas duas

horas aproximadamente. Até que R. nasceu mesmo. Chorou muito. Um choro de quem acabou de chegar ao mundo, sabendo-se gente, e não pedra.

A atitude do grupo foi também impressionante. Era como se todos tivessem captado o significado do que acontecia com R. sem que tivessem tido acesso às informações sobre a conversa com a mãe. Todos ajudaram. Um pegava água. Outro segurava a mão. Outro a cabeça. Falavam como nós, no sentido de ajudá-la a nascer. Fizemos juntos um parto muito inusitado, sem instrumentos cirúrgicos, mas com todas as características de um parto numa clínica. E dessa vez, R. foi muito bem vinda ao nosso mundo. Foi recebida com muito carinho, paciência e cuidado. Formou-se ali uma família substituta que, com muita emoção, fez o parto de R. Seu nascimento foi celebrado com lágrimas e sorrisos de alegria e alívio. Depois de terminada essa sessão, estávamos exaustas. Ficamos conversando longamente sobre o que tinha acabado de acontecer. Algo da ordem do surrealismo, mesmo para nós, terapeutas winnicottianas. Podemos dizer que esse foi um exemplo bem literal do que chamei de Grupo Barriga e mãe-bebê.

Depois de nascida, R. deslanchou. Transformou-se numa mulher, numa pessoa consciente de si própria. Apropriando-se de sua vida, foi procurar seus caminhos. As pedras ficaram pra trás. Uma lembrança, apenas.

Esse parto ilustra também, de forma quase pictórica, a importância da relação mãe-bebê. Desde a gravidez, a mãe de R. não pôde estabelecer uma relação suficientemente boa com ela. Assim como não pôde estabelecer a relação inicial – a unidade mãe-bebê. Como nos diz Winnicott, as consequências foram muito sérias para R. Ela não verbalizava, mas era evidente que não se sentia real.

Nossa tarefa era também essa. No grupo, tentar recuperar as histórias que ficaram congeladas no tempo. Promover a recuperação das origens cristalizadas. Para que as pessoas comesçassem, de fato, a viver.

Importante assinalar que o que torna possível esse tipo de trabalho numa instituição é o fluxo que precisa existir, de modo que os serviços estejam conectados, e funcionando na lógica do interesse pelas pessoas. Da Clínica das Epilepsias, R. foi encaminhada para a RIPP que, percebendo a complexidade do caso, encaminhou-a para o nosso grupo. Ali, dispusemo-nos a não rotulá-la, a ter paciência com a sua incômoda estranheza existencial, a atendê-la com sua mãe, a ajudar o grupo a acolhê-la, e finalmente a acreditar que ela precisava que fizéssemos o seu parto. R. nasceu do grupo e no grupo. O relato fala por si, apesar

de não dar conta da íntegra da experiência. Fala de quão ricas são as possibilidades do estar em grupo. Já adiantando aqui, o grupo tomado como um dispositivo aberto ao que lhe for pedido, aberto às intempéries subjetivas, sem *a priori*, sem medo das pedras. Num grupo assim, as pedras se transformam. Viram pessoas reais.

## 2.4

### Os grupos e o corpo – algumas articulações com noções de José Gil

Depois de Winnicott, que trata do aspecto primitivo – primeiro das relações mãe-bebê – o primeiro grupo humano, Gil recupera a importância das relações grupais nas comunidades primitivas e indo-europeias, e, particularmente, da importância do corpo nesses contextos.

“Todas as mágoas são suportáveis quando fazemos delas uma história ou contamos uma história a seu respeito”. (Isak Dinesen)

“Pois em toda a ação, a intenção principal do agente, quer aja por necessidade natural ou por vontade própria, é revelar sua própria imagem. Assim é que todo agente, na medida em que age, sente prazer em agir; assim como tudo que existe deseja sua própria existência, e, como na ação, a existência do agente é, de certo modo, intensificada, resulta necessariamente o prazer... Assim, ninguém age sem que (agindo), manifeste o seu eu latente”. (Dante)

Nossa experiência do parto mostra com muita força o quanto o corpo ganha relevância no grupo. Em função da bela e instigante contribuição de José Gil com relação à importância dos corpos nas comunidades primitivas, indoeuropeias-indígenas, retomo aqui algumas noções que vão ao encontro desse processo tão sofisticado e primitivo ao mesmo tempo, o parto de R.

1. Sabe-se que em todas as sociedades primitivas o xamane desempenha diversos papéis, dos quais um, essencial, consiste em ser um *medicine man*. Quer se trate de doenças psíquicas ou somáticas - as classificações indígenas contêm em geral um conjunto de categorias bastante diversificadas no interior destes grupos – a cura é obtida no decorrer de sessões onde intervêm três tipos de participantes, formando o que Lévi-Strauss chama de “complexo xamanístico”: o xamane, o

doente e o público, que colabora ativamente na cura. A sessão compreende várias etapas que diferem segundo o tipo de doença, mas das quais, uma reaparece quase sempre, a de transe. Tentando analisar os fenômenos que sobrevêm no decurso da sessão e que terminam pela cura, Lévi-Strauss vê neles um meio de satisfazer a inadequação entre o significante e o significado que *L'introduction à l'oeuvre* de M. Mauss descrevia longamente: “Em presença de um universo que quer avidamente conhecer, mas do qual não consegue dominar os mecanismos, o pensamento normal busca sempre o seu sentido nas coisas, que lho recusam; pelo contrário, o pensamento dito patológico extravasa de interpretações e de ressonâncias afetivas, com as quais tenta preencher uma realidade, noutros aspectos deficitários. Para um existe o não verificável experimentalmente, isto é, o exigível; para o outro, experiências sem objeto, ou seja, o disponível. Recorrendo à linguagem dos linguistas, diremos que o pensamento normal sofre sempre um déficit de significado, enquanto o pensamento dito patológico (pelo menos em algumas de suas manifestações) dispõe de uma superabundância de significante.

Pela colaboração coletiva na cura xamanística, estabelece-se uma arbitragem entre estas duas situações complementares. No problema da doença, que o pensamento normal não compreende, o psicopata é convidado pelo grupo a investir uma riqueza afetiva, privada em si mesma de aplicação. Um equilíbrio aparece entre o que é verdadeiramente, no plano psíquico, uma oferta e uma procura.<sup>1</sup>

A sessão xamanística fornece a ocasião para uma coincidência entre os significantes e os significados: a doença como qualquer outro acontecimento que provoque a irrupção de significações carregadas de acaso, de imprevisto, de perigo, ou de sorte – faz surgir demasiados signos aos quais é impossível atribuir coisas; a sessão fornece a estes signos um ponto de aplicação: atribui-os a um ser maléfico, um deus ou um espírito, ou um monstro que, no pensamento primitivo, reenvia sempre a um código sobrenatural – sendo o ritual da cura muitas vezes acompanhado da narração de um mito. Assim, contrariamente ao sistema de pensamento que a ciência moderna supõe, sistema este em que “a relação entre o micróbio e a doença é exterior ao paciente (...) a relação entre monstro e doença é interior a esse espírito, consciente ou inconsciente: é uma relação de símbolo à

---

<sup>1</sup> *Antropologie Structurale*, p. 199-200.

coisa simbolizada, ou para empregar o vocabulário dos linguistas, de significante a significado.

O xamane fornece a seu doente uma linguagem, em que se podem de imediato exprimir estados informulados e de outro modo informuláveis. E é a passagem a esta expressão verbal (que permite, simultaneamente, viver sob uma forma ordenada e inteligível, mas sem isto, anárquica e inefável) que provoca o desbloqueamento do processo fisiológico.<sup>2</sup> Mas como se opera esta passagem? De que modo o xamane faz entender ao doente a sua linguagem – esta língua secreta e esotérica que, por exemplo, os Kadag, xamanes da Geórgia, chamam a *dzhvartena*, a linguagem dos deuses?”<sup>3</sup> (Gil, J. p.21-23)

Para ilustrar este processo, Gil menciona novamente Lévi-Strauss: este mostra como o doente vive esta linguagem em seu corpo ao apresentar a experiência da eficácia simbólica de um canto xamanístico dos índios Cunãs.<sup>4</sup> “Este canto,<sup>5</sup> destinado a aliviar o sofrimento ajudando os partos difíceis, retraça a viagem dos xamanes e seus ajudantes, espíritos protetores, em direção à casa de Muu, uma força responsável pelo feto que se apoderou da alma do doente. Ora esta viagem descreve de fato o itinerário através da vagina e do útero da doente, de tal modo que o canto age indiretamente sobre os músculos e os órgãos de uma pessoa previamente condicionada.

Como se efetuou então a passagem para a expressão verbal? Que operador simbólico permitiu a reorganização dos significantes da doença numa linguagem com sentido? Para Gil, a única resposta possível é o corpo, já que este constitui o suporte das permutações e correspondências simbólicas entre os diferentes códigos presentes, inclusive os códigos sociais, que a doença desorganiza e que a cura restabelece, integrando de novo o indivíduo no grupo. Gil diz que o permutador de códigos é o corpo.

Assim como para Lévi-Strauss o chamado significante flutuante é o mana, para Gil, é o corpo – e suas energias que o significante flutuante designa. Para ele, o corpo sozinho nada significa, fala a língua dos outros (códigos) que nele se inscrevem. O significante flutuante, segundo Gil, designa uma força primária que,

<sup>2</sup> Ibid.,p.218.

<sup>3</sup> V. G. Charachidzé, *Le système religieux de la Géorgie païenne*, Maspero, Paris, 1968 ,p.135.

<sup>4</sup> *Antrop. Structur.*, ibid.,p.205.

<sup>5</sup> V. Nils M. Holmen e Henry Wassen, *Mu-Igala or the Way of Muu, a medicine song from the Cunas of Panama*, Gotemburgo, 1947.

no mundo primitivo, circula por toda a parte entre os diversos mundos, que atravessa os códigos, enchendo os seres e as coisas de sorte e de vida. Nesta ótica, é o homem que está no centro do universo o que o torna comparável ao centro de um campo magnético.<sup>6</sup> “Estas forças, personificadas ou não, atuam diretamente sobre o comportamento dos indivíduos: em contato com as árvores e a terra, em comunicação com as plantas e as árvores, seu corpo recebe e emite as energias que percorrem o universo”. (Gil, J. p 25).

O autor afirma que entre a coisa e o símbolo há o resíduo, do qual o significante flutuante vem sempre acompanhado. É uma certa energia que pode ser um osso, um pedaço de cabelo, um dente. Geralmente tudo que se põe fora, como saliva, excrementos, pedaços de unha,<sup>7</sup> contém em si poderes, uma vez que se coloca no limiar de vários pares de disjunções: entre natureza e cultura, corpo vivo e inerte, entre o exterior e o interior, pois são secreções que vêm do interior do corpo”. (Gil, J. p. 26-27) Gil observa que os significantes flutuantes que conservam em si energias dominadas possuem marcas insignificantes: a ínfima dimensão que possuem faz sobressair a potência de energia que empregam; o que expressa o contraste entre a ausência de significação do significante flutuante e a presença do poder que ele possui. “Desperdício puro, restos, parte minúscula e desarticulada num todo – mas desligada por uma separação brusca – este resíduo nada simboliza, nem um corpo, nem uma força ou um espírito; apresenta-se apenas como o fim da própria evanescência da função simbólica: este bocadinho qualquer coisa contém uma energia armazenada que faz corpo com ele e que, pela sua qualidade própria, marca apenas um momento nesse fundo energético que circula sob os símbolos”. (Gil, J. p. 27).

Na discussão específica sobre a comunicação e o corpo, Gil retoma a questão da teoria da identificação, e enfatiza a importância do papel do corpo neste campo. Refere-se a estudos da psicolinguística que mostram o papel decisivo da assimilação da língua pela criança como sendo a imitação.<sup>8</sup>

Sempre que falamos de comunicar com a natureza; sempre que o xamane pretende compreender a linguagem dos animais; sempre que as técnicas artesanais

---

<sup>6</sup> Mary Douglas, *De la souillure*, Maspero, Paris, 1978, p.98.

<sup>7</sup> V. Mary Douglas, *op.cit.*, *passim*.

<sup>8</sup> V. Tatiana Slama-Cazacu, *Sur la formation du système phonématique chez l'enfant*, in To Honor Roman Jakobson, *Essays on the occasion of his seventieth birthday*, III, Mouton, The Hage, Paris, 1967, p.1862.

primitivas referem-se aos materiais (à madeira, aos metais) encontramos-nos perante um tipo de comunicação diferente da linguagem articulada e de qualquer outro código explícito. E qual é o médium utilizado? É o corpo, mas o corpo que abarca todos os corpos individuais: é um corpo que contém em si a herança dos mortos e a marca social dos ritos. (Gil, J., p.52)

Para o objetivo do trabalho sobre os grupos é fundamental o quadro apresentado por Gil quando constata que, hoje, por um lado assistimos ao fim das sociedades arcaicas e tradicionais e por outro lado, há uma tentativa de retomada das mesmas, de um tipo de coesão social fundada numa comunicação comunitária, em diversos campos, como na psiquiatria e nos grupos de produção, e que diante disto, para ele, põe-se a questão primordial: como é possível este tipo de comunicação?

Questionamos com Gil a viabilidade da existência destas comunidades hoje, assinalando que estas haviam resolvido um problema com o qual o ocidente se debate: o das relações singularidades-coletividade. “É certo que haviam encontrado um equilíbrio notável entre o desenvolvimento das singularidades individuais e a pressão social”. (Gil, J., p.53) Segundo Gil isso era possível porque havia um espaço aberto no qual o significante flutuante podia circular livremente, ou seja, uma determinada função do corpo permitia a tradução e a compreensão dos códigos. Gil insiste na importância da forma de comunicação tribal, na qual o papel principal é desempenhado pela imitação, e onde a função da linguagem restringe-se a articular e racionalizar as comunicações que muitas vezes são inverbalizáveis. Insere neste ponto a função do artista que consiste em “veicular as intenções sutis da sociedade”. (Ibid., p.53)

Com relação às marcas no corpo, Gil se questiona sobre como se opera o reconhecimento da identidade e da exclusão. Observa que:

Não é o sentido do signo que permite definir o grupo de dependência, mas sim a gênese enquanto signo num conjunto comunitário que preside à produção dos signos: só deste modo o signo favorece o reconhecimento do que é dado antes dele e que lhe dá todo o valor de signo (Ibid., p.55).

Refere-se às comunidades rurais da área indo-europeia, nas quais o signo e o símbolo não se desligam da realidade que designam, e enfatiza que não é por

acaso, que, como supõem a géstica e a infra-língua\*, nas teorias indígenas, a linguagem e a fala reenviam sempre ao corpo, a seus órgãos, a sua fisiologia.

Gil sublinha que o corpo de que falam os selvagens não é o corpo individual, mas o corpo investido pela comunidade, pelos outros corpos desta comunidade.

Segundo Gil, a comunicação teria como médium o corpo comunitário; ou mais ainda, este termo designaria antes a zona em que a distinção entre o meio, o código e a comunicação propriamente dita, sem por isso desaparecer, pode, no entanto, (...) tornar-se menos nítida.<sup>9</sup> Em cada comunidade primitiva o laço que une todos os membros fundamenta-se neste corpo comunitário: todos os outros fatores de coesão, as diferenças e as classificações que se erguem sobre a superfície social e que determinam, no interior da comunidade, oposição, aproximações, cruzamentos, trocas, divisões em grupos e subgrupos, assentam neste corpo primeiro.

Aí se operam divisões muito profundas: as funções mais imediatas, mais vitais do homem – como a nutrição, a reprodução, as excreções, as percepções – canalizam e reproduzem o mesmo em que cada corpo individual, fragmento e momento do corpo comunitário, compõem e analisam seus ritmos, deixando-se atravessar pelos ritmos de todos os outros. Aí se encontra o meio onde circula realmente o significativo flutuante, ligando as potências singulares às do grupo, transmitindo as energias dos animais aos homens, dos homens à terra e ao céu. Este corpo comunitário não define uma entidade social exclusiva, mas implica, em sua dinâmica, todas as presenças do universo primitivo” (Ibid., p. 56).

---

\* “Deve-se entender a infra-língua como um processo de incorporação da linguagem verbal, ou melhor, de sua inscrição-sedimentação no corpo e em seus órgãos. Nesta inscrição perde-se a maior parte das articulações verbais, a gramática simplifica-se, reduz-se, é absorvida pelos movimentos corporais; o léxico quase desaparece. O corpo transforma-se: adquire uma inteligência, quer dizer, uma plasticidade do seu próprio espírito (o espírito do corpo: as practognósias, as antecipações de gestos certos, ‘a geometria natural’, o conhecimento ‘implícito’, do espaço e do tempo), que não possuía antes. Esta inteligência do mundo específico do corpo vai refluir, por sua vez, sobre a linguagem e o intelecto puro: vai neles induzir movimentos sutis, associações, impregnações, contaminações semânticas imperceptíveis mas decisivas que testemunham a transformação do espírito numa espécie de grande corpo felino capaz de intuições, pressentimentos, fulgurações, ‘sextos sentidos’ que só o pensamento por imagens pode fornecer. Todo este trabalho é, com efeito, produto da imaginação porque esta surgiu no momento da inscrição da linguagem no corpo. Nascimento de uma gramática geral da imaginação, sem poder sobre as imagens individuais, mas oferecendo-lhes regras de encadeamento e orientação (como atestam a lógica dos mitos desvendada por Lévi-Strauss; e o mecanismo da formação dos sonhos, descrito por Freud). (Gil, J. p.46-47)

<sup>9</sup> Jean Lohisse, op. cit., p.52.

É muito interessante e instigante observar a dupla função antinômica que Gil atribui ao corpo comunitário, comparando-as ao papel que Freud e Lacan atribuíram ao papel da castração na estruturação psíquica da criança: primeiro a de provocar o que ele chama de curto-circuito na relação dual da criança com a mãe, com a introdução de um terceiro termo que não é o nome do pai, nem da lei comunitária, com suas proibições e imposições.

Trata-se da presença da multiplicidade dos corpos de todos os membros da comunidade que se interpõem entre os dois termos ameaçados de captação dual. As formas e a educação que encontramos nas sociedades primitivas<sup>10</sup> mostram como desde a idade mais jovem as crianças entram em contato com uma multidão de outros corpos, são manipuladas por múltiplas mãos, embaladas por dez mulheres, confrontadas com mil imagens parentais, identificadas com mil outras crianças e adultos. (Ibid., p. 57)

Este jogo de uma multiplicidade sempre móvel liberta a singularidade infantil abalando a captação que resultaria da identificação primária com uma única imagem. O corpo da criança torna-se uma espécie de receptor-charneira em que os outros corpos se imbricam e se desligam numa pluralidade dinâmica de conexões e de influências corporais. Deste modo, a criança aprende seus próprios ritmos, aprendendo a modular em si os dos outros” (Ibid., p. 57).

Gil contrapõe à atomização que caracteriza as sociedades ocidentais, podemos acrescentar, decorrente do culto exarcebado ao individualismo, a como o efeito de singularização no corpo comunitário, é consequência de uma enorme coesão social.

Se por um lado, mantendo sempre um afastamento entre dois termos de uma relação dual, o corpo comunitário permite o acesso ao simbólico, por outro lado, preserva a contiguidade dos corpos, sua comunicação fora da linguagem, suas ligações imediatas; e acima de tudo, longe de esmagar a potência singular como foi o caso de toda a submissão às técnicas disciplinares do Ocidente, como nos ensina Michel Foucault – a potência mantém-se viva, tornando-se condição essencial da própria vida na comunidade<sup>11</sup> (Ibid., p.58).

Outro aspecto ressaltado por Gil, que também nos interessa no trabalho com grupos, é sua retomada da obra de Bakhtin sobre a importância do riso nas

<sup>10</sup> Ver a este respeito Margaret Mead, *Moeurs et Sexualité em Océanie*, Plon, Paris, 1963.

<sup>11</sup> Ver esta problemática a propósito da sociedade corsa, in J. Gil, *La puissance d'un peuple*, Les Temps Modernes, Abril, 1976.

festas populares da Idade Média, nas quais o riso derruba as convenções, as regras rígidas, os papéis cristalizados, minando assim o poder das instituições. Enquanto nas festas oficiais era marcada a hierarquia, com a exposição dos signos que assinalavam os diversos lugares ocupados – bandeiras, brasões, vestuário, ornamentos –, as festas populares abalavam esta ordem e punham o mundo às avessas: assim pode-se falar de um realismo grotesco, a propósito desta cultura popular. Bakhtin mostra que o princípio do grotesco, que mina com um riso radical a seriedade hierárquica, tem algo a ver com um certo uso do corpo:

O traço marcante do realismo grotesco é o aviltamento, isto é, a transferência de tudo que é elevado, espiritual, ideal e abstrato para o plano material e corporal, plano da terra e do corpo na sua indissolúvel unidade.<sup>12</sup> Um dos processos utilizados para rebaixar consistia em transpor todos os cerimoniais e ritos para o plano corporal (beber, comer, digerir e fornicar) (Gil, J., p. 74).

Gil retoma e insiste na questão de como o Ocidente transformou a relação com o corpo, sempre no sentido de desconectá-lo de si próprio, dos outros membros da comunidade, da natureza, reduzindo-o a uma espécie de utensílio esvaziado de sua potência, desvitalizado, desligado de sua ligação com o cosmos.

A singularidade do indivíduo não é a de um eu com corpo distinto – com seus órgãos, sua pele, sua afetividade, seus pensamentos separados do resto da comunidade – mas sim a de um corpo em comunicação com toda a natureza e toda a cultura; e tanto mais singular que se deixa atravessar pelo maior número de forças sociais e naturais (Gil, J., p.58).

Pergunta o autor:

Na realidade o que se passou? Digamos que, com a história, é uma certa presença dos corpos que se perde. E também toda a comunidade – tendo como médium o corpo comunitário – que cai para o lado da expressão, para empregar os termos husserlianos (todo o signo possuindo duas faces: a expressão que traduz um sentido e o índice que é o lado material, fônico, corporal, gestual do signo). A linguagem arcaica é metafórica, concreta, revelando as relações abstratas por meio de analogias de correspondências de imagens. Esta linguagem cola-se às coisas e às presenças, mergulha na afetividade do corpo. É uma linguagem mais indicativa do que expressiva, que tenta mais induzir presenças num interlocutor do que

<sup>12</sup> Mikhail Bakhtine, *L'oeuvre de François Rabelais*, p. 29. Gallimard, Paris, 1970.

precisar ideias em si mesmas. Indução tornada possível por meio do corpo comunitário e das analogias entre a lógica dos signos e a das coisas. Opera-se assim uma perturbação na comunicação: com o deslocamento das comunidades arcaicas, é o corpo comunitário que se desagrega; e a história inaugura a busca desvairada desta presença dos corpos para si mesmos (Ibid., p. 81).

Segundo Gil, o significante flutuante deixa de flutuar, de circular pela periferia dos códigos e passa a designar potências domadas, enquadradas e reunidas nos corpos incarnados que servem às novas formas de poder. O significante flutuante é substituído pelo que ele denomina de significante supremo, significante despótico. E é desta forma que se inicia uma nova história do poder.

Aqueles que dispõem do poder – os fundadores de igrejas e de estados, os padres, os chefes – dispõem também de meios de adestramento dos corpos; e aos olhos daqueles que submetem, possuem o saber que permite o controle e a manipulação das forças agora denotadas/conotadas pelo significante supremo: transformam estas potências em poder sobre os corpos” (Ibid., p. 82).

Com o rompimento dos laços do corpo comunitário, há a tentativa de recriá-los por outros meios. Os laços serão estabelecidos diretamente com Deus, o significante supremo, mediação única, que terá a função de transdutor de toda palavra humana.

Assim, neste novo regime de poder, a comunicação deve passar por esta superfície de inscrição, o que implica a observação de certos ritos, certos gestos, certos constrangimentos corporais e espirituais: no caso da religião, a relação verdadeira, moral, autêntica entre o eu e o outro dependerá da verdade de cada um de nós para com Deus, isto é, do cumprimento dos deveres religiosos. Em vez do corpo comunitário - e aspirando a funções culturais idênticas – surge a Lei do significante supremo: mais tarde, sim, haverá castração no sentido em que Freud a entende. No ponto em que se desmorona toda a cultura arcaica – que se disseminava nos signos e nas coisas, imanente aos gestos e às funções – a religião (seu discurso, sua prática, sua comunidade e seu poder) toma o lugar da cultura.<sup>13</sup>

Segundo Gil, a história da filosofia ocidental é marcada pela busca da presença, perdendo toda a ligação visível com o corpo, enquanto que a do Oriente

---

<sup>13</sup> V. a este respeito a análise das transformações deste tipo no Extremo Oriente moderno, in Geertz, *Religion as Culture in the Interpretation of Culture*, op.cit.

conservou o corpo como meio de ação direta, não metafísica, mas imanente, da produção da presença. “É sem dúvida porque o Ocidente produziu uma civilização que, mais do que qualquer outra, diversificou a exploração das energias do corpo, utilizando-as para toda a espécie de fins sociais, institucionais ou privados e, ao mesmo tempo, mais do que qualquer outra, perdeu a presença para si mesmo dos corpos individuais e do corpo comunitário.” (Ibid., p.84)

Para o objetivo deste trabalho, é importante mencionar ainda as considerações feitas por Gil sobre o corpo e a voz. Segundo ele, os profetas e os revolucionários tendem a formar sempre um “corpo coletivo”, de onde emanará uma só voz. Cita Jesus na cena em que parte o pão e oferece-o aos discípulos como sendo o seu corpo, selando assim uma nova aliança.<sup>14</sup>

E quer seja no domínio da história das sociedades ou no da ascese mística, o enquadramento e o encher de um significante flutuante, vazio, acompanha sempre a constituição de um novo corpo – que inaugura o processo de aparecimento da presença do sentido. O meio utilizado em qualquer dos casos é a voz. Existe aí um mistério: como pode a voz operar a articulação entre o corpo e o sentido? (ou então, em termos husserlianos: porque razão é a voz este médium capaz de restituir a presença do objeto na sua própria idealidade?)<sup>15</sup>

O fato é que a voz desempenha um papel decisivo na produção do significante supremo e, através dele, da presença – portanto, do corpo a partir do qual é produzida esta presença”. (Ibid., p.85) Exemplifica com Hitler que, quando falava, deixava de ter um corpo particular, para se tornar um bloco de voz. “Na vibração estática do corpo nacional-socialista, composto por dezenas de milhares de alemães que falava pela voz de Hitler, este último conseguia o milagre da presença anunciada do sentido: aí, nesse estádio, nesse momento, sob os archotes e as bandeiras, no cumprimento do ritmo, anulava-se todo o signo, todo o defasamento entre ideologia e realidade, na presença incarnada do Terceiro Reich”. (Ibid., p.87).

Gil se refere à importância que religiões orientais dão à relação do corpo com a voz, pela intermediação do exercício da respiração e do sopro. Além disso, retoma a noção de auto-afecção pura de Husserl – propriedade do sujeito que fala e ao mesmo tempo se ouve falar.

<sup>14</sup> V. Jacques Derrida, *La voix et le phénomène*, P.U.F., Paris, 1967.

<sup>15</sup> J. Derrida, op. cit., p. 83-84.

Ouvir-se falar seria um ato de redução absoluta do espaço, pondo o sujeito em contato imediato consigo próprio e com o objeto pensado: no solilóquio de “ouvir-se falar”, a subjetividade, não saindo de si própria, reencontra a presença do objeto”. (Ibid, p.87)

Gil cita a acepção do corpo como metáfora, quando usada para designar um tipo de organização da sociedade ligando partes ao todo, como, por exemplo, o “corpo de dançarinos de ópera”, o “corpo político”, o “corpo dos médicos”; e observa que estas totalidades chamadas de corpos nem sempre possuem o fator de coesão que se poderia supor.

Gil chama a atenção para o que chama de astúcia existente nesses grupos: são grupos que não têm voz própria, que não falam, submetidos a ordens muito rígidas; apenas obedecem ordens. Aludindo à guerra, Gil diz que a guerra assim será fácil: porque o barulho dos canhões, as salvas de tiros, as sequências de bombas estão já de antemão nos corpos dos soldados – a esta voz responde agora a destruição de todo o corpo e de todo o sentido... a música militar desempenha o papel da voz, para melhor criar a ilusão de um corpo coletivo... no entanto, neste corpo e nestes corpos individuais, está inscrita a possibilidade – a vocação - do assassinio”. (Ibid, p. 91)

Todas essas noções de Gil são de extrema importância para o objetivo deste trabalho. A ênfase dada por ele ao que perdemos na sociedade atual, que cultiva o individualismo, em detrimento do coletivo, da apropriação do corpo comunitário. Retomando uma frase sua, que sintetiza essa ideia:

A singularidade do indivíduo não é a de um eu com corpo distinto – com seus órgãos, a sua pele, a sua afetividade, os seus pensamentos separados do resto da comunidade – mas sim a de um corpo em comunicação com toda a natureza e toda a cultura e tanto mais singular que se deixa atravessar pelo maior número de forças sociais e naturais (Gil,J., p.58).

### 3

## **A Instituição: universo aberto à criatividade e à destrutividade, a clínica como solidariedade, o paradoxo do reabilitar e do adoecer**

Neste capítulo mostro como a clínica pode ser solidária ou autoritária, humanizante ou sacrificante. Tanto para os pacientes quanto para os técnicos.

3.1 Com Christophe Déjourns, autor que enfatiza a psicodinâmica do trabalho; A relação paradoxal existente entre trabalho, saúde e doença já mencionada antes, na introdução, vista pelo ângulo do estudo entre sofrimento e trabalho em termos de cargas psíquicas equilibrantes e desequilibrantes. Esses enfoques indicam alguns fatores que vêm sendo apontados como elementos que contribuem para o adoecimento das pessoas no trabalho. Com Richard Rorty, fazendo uma analogia entre sua concepção de ciência enquanto solidariedade e a clínica; o tipo de organização do trabalho e sua interferência na saúde/doença das pessoas, analisando alguns contextos institucionais e pensando em que medida a estrutura pré-determinada e fixa de um sistema organizacional provoca determinados comportamentos, exemplificando com o modelo de clínica hegemônico no INCA. No item 3.2 descrevo os princípios da Política de Humanização e o início de sua implantação no INCA; 3.3 Em seguida, Marie France Hirigoyen e sua discussão sobre as variadas formas de violência no trabalho, com exemplos da clínica nos hospitais; 3.4 Na sequência, descrevo o trabalho da Recepção Integrada Philippe Pinel, como um dispositivo de humanização do trabalho, em prol de uma clínica da solidariedade. 3.5 Nesse último item, retomo os instrumentos criados ao longo desse período (1984 – 2004) , no movimento da Reforma Psiquiátrica, que vieram a ser os chamados dispositivos da Política de Humanização.

### 3.1

#### **A organização do trabalho e sua influência na saúde das pessoas**

Para discutir como os modos organizacionais interferem na saúde/doença das pessoas, escolhi mostrar uma panorâmica do funcionamento do modelo

institucional hegemônico no Instituto Nacional do Câncer (INCA), ilustrando-a com noções da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Déjourns e utilizando a noção de Ciência como Solidariedade do filósofo neopragmático, Richard Rorty.

Encontramos no Instituto Nacional do Câncer um modelo de clínica que pode ser descrito como um modelo no qual o trabalho é predominantemente desequilibrante. Tomo como base para esta discussão algumas ideias de Cristophe Déjourns sobre a psicodinâmica do trabalho. Por outro ângulo, como um modelo de clínica que funciona segundo os parâmetros da ciência objetivista. Para isso, o texto “Ciência enquanto solidariedade” do filósofo Richard Rorty (Rorty: 2002).

A relação paradoxal existente entre trabalho, saúde e doença:

Christophe Déjourns é um autor que estuda a relação entre sofrimento e trabalho. No livro *Psicodinâmica do Trabalho*, escrito com Elisabeth Abdoucheli e Christian Jayet (1994), no capítulo “a carga psíquica de trabalho” (p.21) Déjourns, referindo-se ao equilíbrio ou fadiga pelo trabalho diz que “esse próprio tema faz surgir por sua própria formulação o paradoxo psíquico do trabalho. Fonte de equilíbrio para uns e causa de fadiga para outros” (p.22). Déjourns separa o que chama de carga de trabalho em dois setores: carga física e carga mental. Para a carga mental propõe reservar os elementos afetivos e relacionais e chamá-los de carga psíquica. Como não é possível quantificar a carga psíquica, Déjourns propõe um modelo quantitativo, que chama de abordagem econômica do funcionamento psíquico. Referindo-se às vias de descarga das excitações endógenas e exógenas, ele as esquematiza em três: a via psíquica, a via motora e a via visceral. Segundo ele, é a via visceral que atua no processo de somatização. Abordando a relação homem-trabalho enuncia três fatos:

- 1) O organismo do trabalhador não é um motor humano, na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas.

- 2) o trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de necessidades psicológicas que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.

3) O trabalhador enfim, em razão de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos e que participam na formação daquilo que chamamos estrutura da personalidade.” (Déjours:24)

Para ele essas três considerações conduzem à seguinte questão: a tarefa que afeta um trabalhador oferece uma canalização apropriada a sua energia psíquica? Em outros termos, a tarefa exige suficientes atividades psíquicas, fantasmáticas e psicomotoras? Questão essa, fundamental, que resume, segundo ele, toda a problemática da relação entre aparelho psíquico e trabalho.

Para Déjours, em se tratando de carga psíquica, o perigo principal é o subemprego de aptidões psíquicas, fantasmáticas ou psicomotoras, o que ocasiona uma retenção de energia pulsional, que é o que constitui precisamente a carga psíquica do trabalho. Segundo ele, em matéria de economia psicossomática, aptidão e motivação estão a tal ponto ligadas, que são quase equivalentes: para o sujeito com estrutura neurótica, a aptidão para produzir fantasmas une-se à necessidade de utilizar-se deles; confrontado com um trabalho em que a atividade fantasmática é inútil, o sujeito enfraquece. Diz Déjours: a criação é uma necessidade tanto quanto uma aptidão para o artista; a *performance* psicomotora é uma necessidade tanto quanto uma fonte de prazer para um neurótico de comportamento.” (p.24) Segue Déjours:

O trabalho torna-se perigoso para o aparelho psíquico quando se opõe a sua livre atividade. O bem estar, em matéria de carga psíquica, não advém só da ausência de funcionamento, mas pelo contrário, de um livre funcionamento, articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa, expresso por sua vez, na própria tarefa e revigorado por ela. Em termos econômicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica de trabalho. (p.24)

Déjours acrescenta ainda as noções de carga psíquica positiva e negativa, que nos parecem relevantes para este estudo.

Para ele, se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante. Se se opõe a esta redução, é por peças, não há quase espaço para a atividade fantasmática; em todo o caso, as aptidões fantasmáticas não são utilizadas e a via de descarga psíquica está fechada; a energia psíquica se acumula, tornando-se fonte de tensão e desprazer; a carga psíquica cresce até que

aparecem a fadiga, a astenia, e a partir daí a patologia: é o trabalho fatigante. (Déjours:25)

Por outro lado, um trabalho que seja escolhido e organizado de forma livre geralmente utiliza vias de descarga mais adaptadas às necessidades; neste caso, o trabalho torna-se um meio de relaxamento, às vezes a tal ponto que uma vez terminada a tarefa, o trabalhador sente-se melhor do que antes de tê-la começado: é o caso do artista, do pesquisador, do cirurgião, quando estão satisfeitos com seu trabalho. É preciso então postular a existência de uma carga psíquica negativa de trabalho, ou de uma “descarga psíquica de trabalho”. Esse é o caso do trabalho que reverte em proveito da homeostasia. É o que Déjours denomina de “trabalho equilibrante”.

Ao longo de minha trajetória institucional, sempre criando grupos em função dos contextos e necessidades locais, pude perceber o quanto o dispositivo do grupo atende ao que Déjours chama de trabalho equilibrante. É o lugar onde as angústias são compartilhadas, e por isso, relativizadas. A relação horizontalizada dos grupos permite que todos sintam-se em igualdade de condições, a despeito das variadas funções. Seja de que natureza for o grupo, há um sentimento de cumplicidade, de solidariedade que surge do simples fato das pessoas estarem reunidas em função de um mesmo objetivo. Técnicos, pacientes, funcionários licenciados, como será mostrado ao longo deste trabalho, beneficiam-se desse dispositivo, seja trabalhando com mais prazer, elaborando suas questões psicológicas, questões relativas ao trabalho, e tantas outras. Na construção de vínculos afetivos, laços de amizade, os grupos equilibram o trabalho, os corações, as vidas.

Em seguida, uma breve apresentação do pragmatismo do qual Rorty é um representante. Esta corrente de pensamento caracteriza-se, entre outras coisas, por ter uma visão anti-essencialista, anti-representacionista da realidade. Vai na contramão da tradição objetivista, essencialista e representacionista. A escolha deste autor, e desse texto, é devida ao seu enorme significado, quando pensamos uma clínica da solidariedade.

A tradição objetivista procura revelar a natureza intrínseca das coisas às quais se refere. Adota a noção de verdade como correspondência, sendo o critério de verificação da verdadeira racionalidade de uma teoria o seu grau de correspondência com a realidade, com a natureza intrínseca das coisas. Aqui o

sujeito é anterior à linguagem, linguagem é igual a representação. O pensamento é uma representação da realidade e a linguagem representa o pensamento. A linguagem cotidiana não é útil para conhecer a realidade. O significado é dado pela referência. Existem regras naturais de associação. Os conceitos nos são dados, pré-existem à prática da linguagem (mundo das idéias de Platão). O conhecimento científico é mais verdadeiro do que o conhecimento empírico. Rorty define o pragmatismo como baseado em três noções: (Corbisier, 1994: 94-96) o anti-essencialismo, o nominalismo psicológico, o anti-representacionismo (Rorty, 1990)

O anti-essencialismo consiste na recusa em distinguir a natureza intrínseca de uma coisa (um objeto, um móvel, um ser humano, um eletron), de suas características acidentais ou puramente relacionais. Do ponto de vista pragmático, nenhuma característica do objeto é mais intrínseca do que outra. A tradição essencialista que Derrida chama de ontoteologia e Heidegger de “metafísica da presença”, sempre se propôs a alcançar algo que estivesse “fora do jogo”, que não fosse puramente relacional, e que não pudesse variar com o contexto. A posição anti-essencialista abandona a distinção entre aparência e realidade, substituindo-a por crenças úteis num determinado contexto, (por exemplo de cotidiano), e outras que são úteis em outras situações, (por exemplo, na física). Abandona-se o questionamento sobre a “adequação” da linguagem ao mundo e deixamos de nos perguntar se o espírito humano é capaz de atravessar o véu da aparência para atingir a verdadeira realidade. Para o anti-essencialismo ou holismo, todas as coisas variam ao mesmo tempo que o contexto e com o objeto da investigação, em particular.

Aceitar o anti-essencialismo implica aceitar o “nominalismo psicológico”, concepção segundo a qual toda consciência é questão de linguagem. Para o nominalismo, só existem crenças e desejos, que são relativas a enunciados; não existem essências reais, diferentes das nominais. Rorty está de acordo com Nelson Goodman: não há o mundo “tal como ele é”. Nessa perspectiva, o objeto confunde-se com a totalidade daquilo que um determinado sistema de crenças permite que seja dito a seu respeito. Um objeto pode ser a causa de mudanças em nossas crenças, mas isso não nos permite adequar nossas ações ao objeto em si próprio. A “natureza intrínseca” do objeto pode ser posta de lado. Como diz Rorty, citando Wittengenstein, trata-se somente “de uma engrenagem que não tem

nenhum papel no mecanismo onde se formam nossas crenças e desejos” (Rorty, 1991).

Aderir ao anti-essencialismo e ao nominalismo implica necessariamente aderir ao anti-representacionismo. Segundo Donald Davidson, as crenças são falsas ou verdadeiras, mas não representam nada. São “hábitos da ação” e não modelos mentais para o mundo físico, como na concepção platônica. No plano epistêmico todas as crenças têm o mesmo valor. Saber se existe uma “realidade dos objetos” deixa de ser uma questão relevante (Davidson:1984, Rorty:1991a).

Rorty propõe que assimilemos as sugestões de Dewey e Nietzsche no sentido de substituir questões teóricas da filosofia como “o que é o homem?”, “o que posso conhecer?”, por questões práticas do tipo: “quais os desejos que devo reprimir e quais os que devo estimular?”, “que línguas devo falar?”, “que práticas coletivas devo adotar?”

Em seu artigo *Ciência enquanto solidariedade*, Rorty critica o fato da ciência natural ser até hoje o paradigma da racionalidade. Põe de um lado as ciências naturais, e de outro, as humanidades. Segundo ele, o cientista ocupou o lugar do sacerdote de antigamente. Ou seja, ocupou o lugar do oráculo, de onde nascem as verdades sobre a realidade, a vida e a morte. O lugar de Deus. Segundo sua crítica, em nossa cultura, ciência é sinônimo de racionalidade, de objetividade e de verdade. Neste contexto só a ciência fornece a verdade digna deste nome, verdade aqui tomada como correspondência à realidade. As ciências naturais são tomadas como o paradigma da racionalidade, concepção na qual os procedimentos são fixados de antemão, os procedimentos metódicos. Método torna-se sinônimo de racionalidade e objetividade. Nesta cultura assim descrita, o cientista substitui o sacerdote, e diante da verdade o homem encontra-se diante de algo não humano, que o transcende.

Diante disso, os humanistas, segundo Rorty, precisam estar o tempo todo preocupados em saber se suas conclusões são verdadeiras. Vêm-se diante do desafio de conseguir um *status* cognitivo, o que implicaria descobrir fatos. Fato aqui, em contraposição a valor, e objetivo a subjetivo. Os humanistas falam de “valores objetivos”, o que, segundo Rorty, é vago e impreciso. Ele diz : “um valor objetivo soa como uma cavalo voador”. As humanidades são postas no mesmo plano que a arte, e como tal, são produtoras de prazer e não de verdade. São prazeres elevados, mas muito distantes da verdade.

Para Rorty, as distinções entre fatos sólidos e valores flexíveis, verdade e prazer, objetividade e subjetividade são instrumentos canhestros e ineficazes. Sugere que busquemos outro vocabulário para descrever o cientista natural. Descreve dois sentidos de racionalidade. O primeiro, o que toma a ciência natural como paradigma da racionalidade, no qual é preciso estipular critérios antecipadamente (os poetas e os pintores nunca sabem de antemão o que vão fazer). Neste sentido as humanidades nunca serão atividades racionais. Rorty comenta que não teríamos utilidade para as humanidades se fôssemos pensar antecipadamente metas para uma sociedade; as sociedades democráticas e pluralistas redefinem constantemente suas metas. Segue pensando que se ser racional é satisfazer critérios, então a redefinição deve ser obrigatoriamente não-racional. Para que as humanidades sejam vistas como racionais, a racionalidade deve ser pensada como diferente da mera satisfação de critérios.

Rorty propõe então outro sentido para racional. Racional como algo que pode ser obtido, sadio, sensato. Neste sentido ser racional é poder discutir qualquer tópico - religioso, literário ou científico, de modo a evitar o dogmatismo. Em seguida, intitulando-se a ala esquerdista do Kuhnianismo, comenta que Thomas Kuhn foi acusado de irracionalista por ter tentado atenuar a diferença entre ciência e não-ciência. Rorty também propõe outro sentido para objetividade, introduzindo a noção de “acordo não forçado”. Esta ideia traz à tona a crítica ao relativismo. A pergunta dos críticos aos pragmáticos é a de quem seria o “nós” destes acordos? A resposta de Rorty é necessariamente etnocêntrica.

Trabalhar a partir de nossas próprias luzes, e a partir destas testar as crenças sugeridas por outras culturas. Isto significa ter a atitude oposta a alçarmos até algum ponto fora de nós, que nos leve para além da mera coerência, ou seja, que nos leve até algo como “a correspondência com a realidade como ela é nela mesma”. O ataque ao relativismo é sempre ligado ao fato dos pragmáticos abrirem mão deste ponto de vista fora do contexto, a-histórico, fora de nós, ponto último, que existiria à espera de que nós o alcançássemos. Os pragmáticos gostariam de substituir o desejo por objetividade, pelo desejo de solidariedade por uma comunidade. Para ele, valores morais como: respeito pela opinião dos colegas, curiosidade e zelo por novas idéias são as únicas virtudes morais dos cientistas.

Diferencia os cientistas de suas instituições porque são elas que dão concretude e detalhamento à ideia de concordância não forçada. Esta referência sublinha a ideia de um encontro livre e aberto – o tipo de encontro no qual a verdade não pode deixar de vigorar. Segundo esta visão a verdade será conquistada, será atingida, pelo consenso, o que é totalmente diferente de construir uma asserção metafísica sobre a razão humana e a natureza das coisas. O melhor caminho para encontrar algo em que acreditar é escutar tantas sugestões e argumentos quanto possível.

Para Rorty, a ciência é exemplar apenas no sentido de que é um modelo de subjetividade humana. Propõe que os humanistas modifiquem seu modo de olhar. Os humanistas não podem desejar, ter o mesmo objetivo que os cientistas naturais, como predizer e controlar as coisas. Comenta o retraimento da posição de Kuhn, quando este se pergunta sobre o porque do funcionamento da ciência. Kuhn une-se a seus opositores ao compartilhar da “coceira de Hume” – o desejo “por uma explicação da viabilidade de todo e qualquer jogo de linguagem que envolva indução e dê suporte a nossa forma de vida.”

Para Rorty, só sofrerão da coceira aqueles que tiverem se arranhado na “forquilha Humeana” – a distinção entre “relação de idéias e questões de fato”. Na filosofia contemporânea esta distinção sobrevive como “questões de linguagem e questões de fato”. Como pragmático, a exemplo dos filósofos da linguagem como Wittengestein, Quine, Goodman e Davidson, mostra como seguir sem esta distinção da forquilha. Aprendendo-se a viver sem ela, aprende-se também a viver sem a distinção entre conhecimento e opinião, entre subjetivo e objetivo etc. Rorty diz que eles, os turvos, aplaudem Kuhn quando este diz que “alguém que nega a racionalidade do aprendizado pela experiência está tentando dizer” ..., mas por outro lado espantam-se quando Kuhn pergunta-se: “porque não temos nenhuma alternativa racional para o aprendizado a partir da experiência?”.

Do ponto de vista pragmático, o contraste entre relações de ideias e questões de fato é um exemplo dos péssimos contrastes do século XVII. É a posição que nos aconselha a preocupar-nos se há algo que torna essas duas hipóteses verdadeiras, ao invés de escolhermos entre duas hipóteses por critérios intracontextuais. Assumir tal posição nos libertaria de questões como objetividade dos valores, racionalidade da ciência, substituindo-as por questões práticas – como, por exemplo, se convém conservar nossos valores, teorias e práticas ou

substituí-las por outros. Se fizéssemos isto, não haveria ninguém, exceto nós mesmos, que fôsse responsável por eles.

Rorty comenta que isto pode soar como uma fantasia solipsista, mas o pragmático considera que se trata de uma avaliação alternativa da responsabilidade moral e intelectual. Significa abdicar de que existe algo fora de nós que seja responsável pelo mundo que nos cerca. O importante para Rorty é pensar que podemos ser melhor do que somos – melhores teóricos, cientistas ou amigos. O suporte para esta intuição seria a existência, real ou imaginada, de outros seres, que já fossem melhores que nós (fantasias utópicas ou experiências atuais que tratassem de sociedade ou indivíduos superiores). Segundo esta avaliação, “ser responsável” é mais uma questão do que Peirce chamou de “falibilismo contrito”, do que relativo a algo transcendente.

O desejo por “objetividade” perde força e acaba no desejo de adquirir crenças as quais, transformando-se, irão eventualmente receber concordância não forçada, num encontro livre e aberto com pessoas que têm outras crenças. Os pragmáticos interpretam a meta da investigação (em qualquer esfera da cultura), como a obtenção de uma mistura entre concordância não-forçada com discordância tolerante (onde o que conta como apropriado é determinado no interior desta esfera por tentativa e erro).

Rorty discute a posição de Dewey, tão criticada quanto a dos “turvos”, com relação a sonhar com um mundo no qual não houvesse mais a separação entre sujeito e objeto, racionalidade como critério para a ciência, verdade como correspondência, diferença entre mundo das aparências e mundo das ideias. Este era o paraíso que Dewey insistia em criar, e por isto foi chamado de irresponsável. Rorty fala com indignação e ironia nas críticas que despertam as posições pragmáticas, entre elas a de serem relativistas.

O centro dessas críticas é o fato de não possuírem nenhuma “pedra de toque” exterior, nenhum critério extracontextual para justificar suas crenças. Rorty não aceita a crítica do relativismo, explicando que os pragmáticos não inferem que “não há nenhuma forma racional para justificar comunidades liberais frente a comunidades totalitárias”; esta inferência envolve justamente a noção de racionalidade como um conjunto de princípios a-históricos, noção não aceita pelos pragmáticos. O que eles afirmam quanto a isso é que não há nenhuma forma de vencer os totalitários com argumentos, apelando para premissas comuns

compartilhadas, e nenhum sentido em pretender que uma natureza humana comum faça com que os totalitários, inconscientemente, sustentem tais premissas.

Rorty, citando a forquilha de Hume, diz que o que faz com que ela pareça inevitável são as pressuposições filosóficas que afirmam que as comunidades humanas precisam justificar sua existência tentando alcançar uma meta não-humana. Rorty pensa como Dewey quando este afirma que a formação de uma sociedade com instituições políticas democráticas é o único objetivo que precisamos buscar. Neste sentido, a “busca pela verdade” e pelo “bem” seria a busca por este tipo de sociedade. São estas sociedades que permitem e encorajam a existência de encontros livres e abertos.

Segundo Dewey, a filosofia não justifica a filiação a uma comunidade a partir de algo a-histórico chamado “razão” ou “princípios transcendentais”. A filosofia fala simplesmente de forma pormenorizada acerca das vantagens especiais dessa comunidade sobre outras comunidades. Exemplo de defesa da democracia é a feita por Churchill: “A democracia é a pior forma de governo imaginável, excetuando-se todas que já foram experimentadas até hoje”.

Rorty pergunta-se o que poderia ser menos turvo e paroquial do que isso. “Seria ser menos cordial, tolerante, compreensivo, falibilista do que somos agora”. Dá o exemplo de uma suposição na qual teríamos usado um algoritmo explícito nos últimos três séculos para avaliar o quão justa era uma sociedade e quão boa era uma teoria física. Teríamos desenvolvido a democracia parlamentar ou a física da relatividade? Questiona como seria se ainda tivéssemos as armas contra os fascistas (das quais Dewey foi acusado de nos privar), que seriam princípios morais firmes (sem possibilidade de serem revistos), que não seriam apenas “nossos”, mas sim, “universais e objetivos”; mas, como poderíamos evitar que estas armas se invertessem em nossas mãos e dissipassem toda tolerância cordial de nossas próprias cabeças? Em outras palavras, a posição do filósofo realista não salva a sociedade do fascismo. Dewey pensava que a permanência das velhas oposições entre sujeito e objeto, mente e mundo, verdade e prazer, aparência e realidade, é o que nos impede de ver que a ciência moderna é uma nova e promissora intenção, um modo de vida que ainda não existira, e que precisava ser encorajado e imitado, algo que requeria mais uma nova retórica, do que justificativa por uma via antiga.

Rorty nos convida a pensar como seriam a ciência e a retórica da cultura se as ideias dos “turvos” fôsem mais aceitas. Segundo ele, seria mais Kuhniana, no sentido em que usaria mais paradigmas do que método, haveria mais conversa sobre a originalidade e menos sobre o rigor, a imagem do cientista seria a de alguém que aprendeu algo novo (e não apenas corretamente), o vocabulário seria mais o da poesia romântica e da política socialista e menos da metafísica grega, da moralidade religiosa ou do cientificismo iluminista.

Neste contexto haveria uma diluição da ideia de *status* cognitivo ou método para caracterizar as humanidades. Não haveria temas-chave para pensar as disciplinas como pedaços do mundo, com interfaces uns com os outros. Prevaleceria a ideia de comunidade, com fronteiras tão fluidas quanto os interesses de seus membros. A comunidade para os turvos não teria nenhum objetivo mais elevado, fora dela própria. Seu ideal seria o do aperfeiçoamento e da preservação. Racionalidade seria relacionada com o esforço pela melhoria da civilização, em vez da tentativa de identificá-la com a objetividade. A necessidade de fundamentação seria apenas a de lealdade recíproca.

Mergulhando nessas belas idéias de Rorty, podemos constatar que a clínica, de um modo geral, funciona numa lógica objetivista. Tomo como exemplo o modelo hegemônico de clínica do INCA (Instituto Nacional do Câncer). E, proponho, a partir daí, vislumbrar as relações que podem ser estabelecidas entre este modelo e o grande número de adoecimento de seus funcionários. Em seguida, sugerir quais os dispositivos que podem ser utilizados para que a Instituição possa funcionar segundo a lógica da ciência enquanto solidariedade. (ver 3.3 e 3.4)

O INCA é uma instituição médica por excelência. Assinalo que o INCA é apenas um exemplo do funcionamento da maioria dos hospitais clínicos. Há todo um sistema de regras e uma hierarquia rígida que determina, define os papéis de cada profissional no processo de trabalho. É importante observar aqui que trato da lógica hegemônica da Instituição, e que, portanto, não estou me referindo a pessoas em particular; ressalto, ainda, que há esforços de muitos profissionais para trabalhar numa outra lógica.

Ao contrário do que se imagina, o INCA não é um único hospital. São cinco unidades separadas, sendo que quatro em bairros diferentes,<sup>16</sup> além dos outros serviços como Ensino, Prevenção, Recursos Humanos e vários outros, que também têm outros endereços. Ou seja, a planta física, tão dispersa, por si só já determina uma fragmentação entre os serviços, dificultando a integração e a comunicação.

No seu quadro de profissionais há médicos, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, engenheiros, técnicos de engenharia e vários outros. No entanto, o discurso ainda hegemônico é o discurso médico. O processo de trabalho é fragmentado, não havendo de forma geral um trabalho interdisciplinar. Os saberes se justapõem. O paciente é dividido em órgãos, mente, corpo, família. É comum os médicos referirem-se a um paciente dizendo “aquele esôfago, aquela mama”. As relações são verticalizadas, e a comunicação segue este padrão. Há uma cultura do silêncio no INCA. As pessoas não costumam dizer o que pensam, sobretudo para os chefes. Há um receio que paira como uma nuvem no relacionamento entre as pessoas. A verdade neste contexto é sempre uma verdade *a priori*, e de propriedade dos médicos. Estes têm um *status* de cientistas e ocupam o lugar que Rorty critica em seu texto, de sacerdotes da clínica. Não costuma haver interesse em trocar ideias, em discutir casos. Não há a busca de consenso sobre as questões que surgem nos ambientes de trabalho. Ao contrário da proposta de Rorty, há decisões, saberes previamente estabelecidos, acordos forçados.

Muitas vezes o médico cirurgião sequer conhece a pessoa que será operada. A equipe funciona como assessora do médico e não como co-autora de responsabilidades e saberes. Muitas vezes o paciente é atendido por profissionais de categorias diferentes, e em momentos consecutivos, o que cria uma sobrecarga emocional e física para ele.

Existem as chamadas mesas redondas, nas quais se discutem os casos, mas de modo geral, são compostas por médicos do *staff* e médicos residentes. O objetivo destas gira mais em torno da doença propriamente dita, de seus detalhes técnicos, do diagnóstico, do prognóstico, levando pouco em conta a dimensão emocional, psicológica do paciente. É como se não houvesse ali um ser humano

---

<sup>16</sup> Ao todo são 18 endereços.

que sofre. Sofre por estar com câncer e sofre por muitos outros motivos, como qualquer um. Sofre pelas consequências da doença em seu corpo, na sua vida, na sua família. Não resta dúvida que não é fácil entrar verdadeiramente em contato com todo este universo de dor de cada paciente.

Há sempre a pressão da demanda, que é sempre maior do que o número de profissionais, a urgência que às vezes impõe a pressa no tempo do atendimento. Há também a questão da formação médica, que ainda não costuma valorizar a dimensão subjetiva da doença. A situação na qual os médicos recorrem a algum tipo de ajuda é no momento em que avaliam que o paciente não tem mais chance de ficar curado. É no momento em que o poder acaba e eles têm que se render a sua impotência. Mas, de um modo geral, podem fazer muita coisa, podem tratar, curar ou estabilizar doenças. Aquilo a que se assiste no cotidiano é o médico fazendo sozinho, em companhia de sua onipotência diante da doença. Mais adiante, no capítulo 4, descrevo o Grupo de Escuta, no qual as falas transmitem com muita força e clareza essa visão da instituição por seus funcionários licenciados por problemas médicos *latu sensu*.

### 3.2

#### **Dispositivos oficiais para a lógica da clínica enquanto solidariedade: a Política Nacional de Humanização**

A partir de 2004 começou o processo de implantação da Política de Humanização no INCA, que é assim definido na cartilha de apresentação: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Essa é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de um outro processo. Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde.

Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde. Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que

demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com graves lacunas.

A esse quadro acrescentem-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários.

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a este aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão, a nosso ver, sem mudanças no modelo de gestão.

Queremos um SUS com essas mudanças. Para isso, estamos implementando a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – “HumanizaSUS”.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Queremos um SUS humanizado. Entendemos que essa tarefa convoca-nos a todos: gestores, trabalhadores e usuários. Queremos um SUS comprometido com a humanização em todas as suas instâncias, programas e projetos. Queremos um SUS fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva. Enfim, queremos um SUS de todos e para todos. Queremos um SUS humanizado!

Este texto é produto da contribuição de muitos que têm se envolvido na proposição e implementação da Política Nacional de Humanização.

O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar este debate, de sensibilizar outros segmentos e, principalmente, de tomar a Humanização como um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde (Cartilha da Política de Humanização). Esta política está baseada, sobretudo, nos eixos da Gestão compartilhada e da Clínica Ampliada, “Para que os gestores possam falar de clínica e para que os clínicos possam falar de gestão (não só médicos fazem clínica, todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica). Apresentaremos a seguir a proposta de Clínica Ampliada.

Uma prática muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos Sujeitos a um recorte diagnóstico ou burocrático (o diabético, o alcoólatra ou, pior ainda, o leito número tal) A proposta de clínica ampliada é transformar a clínica em um instrumento para que os trabalhadores e gestores da saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes específicos. Este desafio de lidar com os Sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento e quanto maior for a necessidade de participação do Sujeito no projeto terapêutico. Como todo processo de mudança, leva tempo. Sempre implica mudança nas relações de força e de poder.

No INCA, algumas mudanças começaram a acontecer. (Refiro-me aqui ao período de 2005-2006). No HCII, unidade que trata do câncer ginecológico, estava em curso a transformação da triagem em recepção integrada. As pessoas eram recebidas, acolhidas por uma equipe multiprofissional, que as escutava e encaminhava para o atendimento específico. Nesta mesma unidade, as equipes se reuniam nas enfermarias para discussão de casos clínicos. Nas outras unidades estão sendo discutidas as estratégias de implantação desta política.

Na Divisão de Saúde do trabalhador, em 2005, implantamos um grupo de escuta para começar a conhecer o universo dos funcionários do INCA. (Este grupo já foi mencionado no Capítulo 3, e será mencionado, e mais detalhado, também no capítulo 4 – onde proponho uma análise da linguagem das falas segundo Austin e Wittgenstein, e no capítulo 5 – onde proponho uma análise da perspectiva de José Gil). Participaram deste grupo os funcionários que estavam de licença por motivos de saúde.

Era um grande contingente de pessoas. O imaginário destes funcionários estava impregnado pelo modelo não humanizado de atendimento. As queixas referiam-se à rigidez do modelo médico, à fixidez das relações, à dificuldade de comunicação, à falta de valorização dos funcionários, à ideia de que todos são vistos como máquinas, e não como seres humanos. Este grupo funcionou como algo próximo ao que Rorty chama de encontro não forçado. Ali, as pessoas podiam falar de si, do trabalho, de suas questões com o trabalho, com a chefia, com a Instituição. “O lugar onde a verdade não pode deixar de vigorar” (Rorty: 61) que neste caso é representado por este grupo, que acolhe a fala dos funcionários, sobre tudo aquilo que diz respeito às verdades do que vivem em seus universos de trabalho, familiar, enfim, em suas vidas.

O grupo que coordena a implantação da política de humanização no INCA está implantando grupos representativos desta política nas unidades assistenciais. O objetivo é que cada unidade desenvolva ações no sentido de um clínica mais integrada, mais humana, e que o maior número de técnicos seja afetado pela possibilidade de trocar experiências, horizontalizando as relações, construindo saberes novos, criando redes solidárias de atenção aos pacientes e aos próprios técnicos. Neste sentido estaremos transformando uma clínica de orientação objetivista, em uma clínica da solidariedade.

### 3.3

#### **A influência das relações interpessoais no processo de adoecimento no trabalho e os grupos como espaço de retomada do equilíbrio vital**

No seu livro “Assédio Moral, a violência perversa no cotidiano” Marie-France Hirigoyen, (2000) trata de variadas formas de violência às quais são submetidas as pessoas, tanto no campo das relações conjugais, familiares, quanto no âmbito do trabalho. Diz ela, referindo-se à violência privada: “É comum, em nossa prática terapêutica, sermos testemunhas de histórias de vida em que a realidade exterior pouco se distingue da realidade psíquica”. (p.19) Mais adiante, referindo-se ao enredamento:

Excesso de proximidade pode dar medo e, exatamente por isso, o que vai ser objeto da maior violência é o que há de mais íntimo. Um indivíduo narcisista impõe seu domínio para controlar o outro, pois teme que, se o outro estiver

demasiado próximo, pode vir a invadi-lo. Trata-se, portanto, de mantê-lo em uma relação de dependência, ou mesmo de propriedade, para comprovar a própria onipotência. O parceiro, mergulhado na dúvida e na culpa, não consegue reagir. (Hirigoyen, 2000:22)

Hirigoyen explica que a mensagem não dita é: “eu não te amo!” mas que ela permanece oculta para que o outro não vá embora, e, assim, esta mensagem atua sobre o parceiro de maneira indireta. Este tem que continuar presente para ser permanentemente frustrado; ao mesmo tempo é preciso impedi-lo de pensar, para que não tome consciência do processo. Hirigoyen lembra que Patricia Highsmith descreveu este processo em uma entrevista ao jornal *Le Monde*: “Acontece por vezes que as pessoas que mais nos atraem, ou pelas quais nos apaixonamos, agem com tanta eficácia quanto isoladores de borracha sobre a faísca da imaginação”. Hirigoyen especifica a dinâmica do casal conduzido por um perverso:

Esse processo só se torna possível devido à excessiva tolerância do parceiro. Essa tolerância é muitas vezes interpretada pelos psicanalistas como a necessidade de benefícios inconscientes, essencialmente masoquistas, que ele obtém com tais laços. Como veremos, esta interpretação é parcial, pois alguns desses cônjuges não haviam manifestado tendências autopunitivas antes e não irão manifestá-las depois, além de ser perigosa, pois ao reforçar a culpa do parceiro ela não o ajuda em absoluto a encontrar os meios de sair de sua situação de opressão. (Hirigoyen: pg. 23)

Hirigoyen explica a origem dessa tolerância, muitas vezes, no exercício de uma lealdade familiar que pode consistir em reproduzir o que um dos pais viveu, ou então, na aceitação de um papel de pessoa reparadora para o narcisismo do outro, um tipo de missão pela qual ela teria que se sacrificar. É interessante pensar que também no âmbito do trabalho pode-se encontrar este modelo de relação e que efeitos ela pode produzir naquele que se sacrifica.

Em relação a essa questão exemplifico com uma paciente do Pinel (B.), que com o tratamento continuado, passou a ser funcionária da TV Pinel. Ela participava de um grupo que fazíamos com a coordenadora do CAIS (hospital dia) do qual B. era paciente. Eu coordenava a TV naquela época. O objetivo deste grupo era dar um apoio extra aos pacientes-funcionários da TV. B. estava conquistando sua autonomia. Já havia construído um quarto ao lado da casa da mãe para se proteger dos assédios desta e do padrasto.

Numa das reuniões do grupo, B. conta que tinha certeza de que havia feito um curso de segundo grau na UERJ. Mas que sua mãe dizia que isso era loucura dela. B. tivera várias internações em vários lugares, até começar o tratamento no Pinel. Podemos dizer, “por lealdade” à mãe, ficava em dúvida com relação a sua certeza! Tinha muito medo de descobrir que a mãe estaria fazendo algo desse grau de perversidade com ela. Isso durou meses - a certeza de que tinha feito o curso, e de que só não havia pegado o diploma, e o pavor de desmentir a mãe.

Até que foi à UERJ acompanhada de um técnico do CAIS. E na segunda ou terceira busca – lá estava o seu diploma. Por um lado, foi muito bom para ela. Por outro, entrou numa crise séria, com ideias delirantes de cunho persecutório. Receber o diploma significava tirar o diploma da mãe – de mãe. Como não delirar diante disso? É claro que aqui temos outras questões referentes aos quadros de psicose, que não fazem parte do objetivo desse trabalho. Mas podemos observar que nesse caso, a noção de “desmentido” em Ferenczi, aproxima-se das ideias de Hirigoyen.

Referindo-se à violência nas relações, diz Hirigoyen:

A violência perversa surge nos momentos de crise, quando um indivíduo que tem defesas perversas não consegue assumir a responsabilidade de uma escolha difícil. Ela é então, indireta, essencialmente no não respeito ao outro.” (p.27) Seguindo: “a tomada de consciência da manipulação só consegue pôr a vítima em terrível estado de angústia, de que não consegue se libertar por não ter sequer interlocutor...” Hirigoyen cita mais adiante como é comum o comportamento omissivo por parte daqueles que, num ambiente de trabalho, têm medo de serem solidários com alguém que está visivelmente sendo assediado moralmente.

Cito um exemplo desse tipo de atitude, ocorrido no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), (hoje Instituto Nise da Silveira), em 1988.

Depois de uma intervenção de caráter eminentemente político na direção do CPPII, dezoito funcionários foram postos à disposição. O diretor foi deposto por um telegrama, e o Sr Pedro Monteiro foi nomeado em seu lugar. Depois soubemos que fora uma manobra política de um deputado de um partido de direita.

O novo diretor pregava a eugenia e a volta do eletrochoque.

Não por acaso, eram aqueles que à época, trabalhavam arduamente em prol da Reforma Psiquiátrica. Na época éramos contratados pelo regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), o que não nos garantia estabilidade alguma.

No início, não alcançamos a dimensão da intervenção. Vagávamos pelo Centro em busca de outro lugar para sermos lotados. É importante esclarecer que o Centro era composto de várias unidades hospitalares, daí nossa esperança e ingenuidade. Na verdade, o novo diretor, como primeira medida, trocou todos os diretores das unidades. Fato de que demoramos alguns dias para tomar conhecimento. Estávamos sendo expulsos. Essa era a realidade.

Além do susto, do choque, da perplexidade, do medo de perdemos nosso emprego e nossos projetos, nós, os dezoito, nos deparamos com uma situação, talvez a pior delas naquele momento, que é a que se refere Hirigoyen – nossos amigos, colegas do dia a dia de trabalho, passavam por nós e fingiam que não nos conheciam! Foi algo absolutamente horroroso, viver esta experiência. Expulsos por lutar por uma psiquiatria diferente, mais humanizada, que de fato tratava os pacientes, e ignorados pelos colegas, que estavam apavorados, com medo de serem “contagiados” pelo vírus dos expulsos. No caso não fomos vítimas de assédio moral. Mas, a analogia me parece muito pertinente.

E, a atitude dos demais funcionários foi mais longe, com consequências trágicas. Infelizmente uma situação ligada a um paciente meu. Não davam nossos telefones para os pacientes, porque “não nos conheciam”. Não tivemos tempo de avisar a todos.

Meus pacientes tinham meu telefone, menos um. Por não ter telefone em casa depois de uma mudança recente, e por não ter o hábito de me ligar. Era o Paulo Braga.

Transcrevo o texto que escrevi sobre ele na época e que foi publicado na Revista do Círculo Psicanalítico (Corbisier,C.,1999). Chama-se “Paulo pergunta por que?”

Paulo Roberto dos Santos Braga tinha 24 anos quando chegou à nossa enfermaria, no Pavilhão Nobre de Mello, uma das unidades do Centro Psiquiátrico Pedro II. Viera trazido por uma irmã. Paulo a agredira, e também a vizinhos, avós e quem mais estivesse por perto. A irmã, Solange, relata para Valéria, assistente social, que ele tivera sua primeira internação aos 14 anos, após uma febre de sarampo.

Várias outras se seguiram, até os 24 anos. De início, conseguia retomar seus estudos, apesar de não fazer tratamento ambulatorial após as altas. Morava com os pais e com a irmã. Com a morte da mãe, a situação de Paulo se agravou. Estava nessa época com 19 anos. O pai casou-se novamente, e após inúmeros

desentendimentos com os filhos, decorrentes da nova união, expulsou-os de casa, tornando-se a partir de então um personagem pouco presente na vida de ambos. Paulo sentia muita falta da mãe e tentava estar próximo ao pai, tendo chegado a trabalhar com ele num cartório. Durou pouco. Sua angústia era enorme, sentia-se mal perto das pessoas, achava que todos olhavam para ele, que todos o perseguiram. Os episódios de agressividade se multiplicavam.

Foi assim que o conhecemos. Na enfermaria, Paulo agredia quase todos, perseguidores em potencial. Comecei a atendê-lo individualmente. Não foi uma decisão da equipe. Havia uma doçura em seu olhar que não combinava com a agressividade que atemorizava as pessoas. Isso me intrigou. Fez com que eu me aproximasse dele sem medo. Paulo conversava comigo todo dia. Pouco a pouco, lentamente, começou a falar. Achava que eu era sua mãe, às vezes afirmava isso. E ficava feliz em revê-la. Dizia que era por isso que eu me aproximava dele, ao contrário das outras pessoas, que o temiam.

Percebi rapidamente que a transferência era intensa e positiva. Aos poucos ele dizia que não era sua mãe, mas que, como ela, podia lhe dar atenção constante, podia ouvi-lo. Solange visitava-o sempre, conversava com Nívea, médica, e com Valéria. Solange falava de sua dificuldade em suportar a agressividade do irmão em casa. Falava de sua perplexidade diante do que acontecia com Paulo. Não conseguia levá-lo de licença. Estava cansada e se sentia só. Paulo continuava conversando comigo. Às vezes ficava quieto e pedia para voltar no dia seguinte. Começou a falar das almas que lhe diziam coisas terríveis. As almas não lhe davam sossego, davam-lhe ordens diárias, que entendia ter que cumprir para poder continuar vivo. As almas às vezes lhe diziam que o colega de enfermaria o chamara de viado. Imediatamente o agredia para se defender da ofensa. Confusão na enfermaria. A enfermagem, assustada, dizia ser impossível mantê-lo conosco. Reunião de equipe. Supervisão.

Paulo era um desafio para nós. Continuava agressivo, mas alguma coisa já havia mudado. Aquela doçura no olhar aparecia mais frequentemente. Todos percebiam isto. Inclusive Solange, que decidiu começar a levá-lo para casa nos fins de semana. Paulo me preocupava.

Quando as almas começavam a conversar com ele, vinha me procurar. Falava, em tom desesperado, que não queria mais obedecer àquelas almas infernais. Percebi que queria se livrar delas. Perdera a submissão. Tomara distância.

Já não se confundia com elas. Queria, ainda sem saber, voltar a se chamar Paulo. Queria recuperar a sua alma. Aquela que havia perdido sem querer nos sofrimentos de sua vida. Paulo estava melhor. Menos agressivo. Já sorria. As pessoas já não o aterrorizavam tanto. A equipe estava contente.

Paulo começou a ressuscitar. Vivo, sentia saudades do pai. Foi procurá-lo, com a concordância da equipe. O pai o recebeu bem. Mas deixou claro que não queria muita proximidade. Solange se aborreceu, com Paulo e conosco. Não queria que visse o pai. Tirou Paulo da enfermaria e o levou para um hospital espírita, longe do Rio. Sentimos muito, e previmos as consequências desastrosas. Alguns meses depois, Solange retorna. Triste, pede para que recebamos seu irmão de volta. Ele não aceitara o novo tratamento. Solange reconhece que errou, que foi intempestiva. Reunião de equipe. Muita discussão. Paulo podia voltar, sob condição de que Solange se tratasse conosco. Ela concorda. Vem semanalmente conversar com Margarida.

Paulo volta para nós. Sisudo, amedrontado, agressivo novamente. Aceita vir conversar comigo. Mas não conversa. Pede constantemente para ser amarrado em sua cama. Pede injeções. A enfermagem, cansada, acha que Paulo faz isso propositalmente para aborrecer a todos. Reunião. Paulo está muito angustiado. As almas voltam a atormentá-lo. Conversar comigo não é suficiente. Às vezes pede para que eu converse com ele contido na cama. Não quer agredir os outros. Precisa se controlar. A contenção e as injeções ajudam. Aos poucos a própria enfermagem conversa com Paulo antes de contê-lo ou de dar a injeção solicitada. Aos poucos Paulo deixa de solicitar a contenção. Solange está melhor. Reclama menos de Paulo. Começa a levá-lo de licença. Paulo volta a conversar diariamente comigo. Fala das almas. Que antes falavam por ele. Sai de licença. Volta trazido por Solange, em pânico. Ele se jogara de uma janela do 2º andar. Por sorte, ou força do instinto de vida, não sofrera nada, fisicamente. Digo a ele que não quero que morra e que quero escutar suas angústias. Por piores que sejam. Paulo chora e diz que não queria morrer.

Começa a melhorar, a me procurar diariamente. Mesmo que seja para ficar calado. Aluga um quarto. Volta a estudar. Começa a ter licenças prolongadas. Vem apenas para conversar comigo. Às vezes Solange aparece dizendo que Paulo está no Pronto Socorro. Vou buscá-lo. Paulo fala. A angústia foi demais. Aos poucos

isso não acontece mais. Sentindo-se mal, procura sozinho a enfermaria. Dorme. No dia seguinte conversa comigo.

Vai para casa. Retoma suas atividades. Nas conversas, não me fala mais nas almas. Fala do colégio, de suas dificuldades de relacionamento com vizinhos, com colegas. Fala sobre sua infância. Sobre os pais. Acha graça em suas crises de mau humor. Tem vontade de dançar. De arranjar uma namorada. Quem sabe, casar e ter filhos. Para isso precisa trabalhar. Pensa em arranjar um emprego. Passaram-se quatro anos. No dia 27 de março de 1988 a equipe que tratava de Paulo foi colocada à disposição pela nova diretoria do CPPII. Paulo tenta voltar à enfermaria e é impedido. A nova diretoria da unidade o atende duas vezes; na segunda lhe dá alta, e o encaminha para o PAM de Irajá. Nesse dia não havia Haldol. O médico receitou Diazepan. Paulo vai para o seu quarto e enfia uma faca no coração. Dia 20 de abril. Era uma 4ª feira, dia em que Paulo vinha ao hospital me falar de sua vida. (Corbisier 1988)

Importante comentar que nossa equipe começou a fazer um ambulatório na própria enfermaria. (Corbisier, C. 1991) Fazíamos assim para dar continuidade ao tratamento de pessoas como Paulo, que por não terem se tratado anteriormente, tinham enorme dificuldade para estabelecer um vínculo. No caso dele, tinha mais um detalhe. Ele estava formalmente internado. Era um artifício que usávamos para que alguns pacientes não se perdessem de nós. Caso chegassem ao Pronto Socorro, não seriam automaticamente transferidos para sua enfermaria de origem.

Para o objetivo deste trabalho é fundamental mencionar que, além do atendimento individual, Paulo participou ativamente do grupo do Jornal, coordenado na época por Jurandir Freire Costa.

Fez parte do nosso projeto no CPPII, a implantação de oficinas diversas. Na verdade, eram grupos dos quais os pacientes participavam segundo a sua vontade.

Paulo se beneficiou muito desse grupo, pois ali encontrou a possibilidade de interagir com outras pessoas, conversando sobre notícias e fatos corriqueiros da vida. Os prontuários não eram solicitados, era como se fosse a primeira vez. A médica lotada na nossa enfermaria, sequer se deu ao trabalho de dar uma lida no prontuário do Paulo, que parecia uma bíblia, de tão grosso. Tudo era anotado pela equipe.

Quando soube da notícia, liguei para Jurandir Freire, que era nosso supervisor, um dos dezoito expulsos. Logo depois, ele escreveu um belíssimo artigo que foi publicado no caderno B do Jornal do Brasil – A faca no coração (Costa, 1988, Jornal do Brasil). Metaforicamente, de todos nós, que participamos do renascimento do Paulo.

A violência política. A violência das relações. O descaso com a vida de um paciente.

Solange é minha amiga até hoje. Sempre me liga pra saber como estou. Para pedir orientações. Para me dar parabéns: meu aniversário é no dia seguinte ao de Paulo. Ele está sempre conosco. Na lágrima que compartilhamos.

Bem a propósito, diz Hirigoyen:

Às vezes não se trata de um movimento perverso eventual e sim da revelação de uma perversidade até então escondida. O ódio que estava mascarado vem à tona, de forma muito semelhante a um delírio de perseguição. Os papéis são invertidos: o agressor torna-se o agredido e a culpa permanece sempre do mesmo lado. Para que isto possa ter credibilidade é preciso desqualificar o outro, empurrando-o para um comportamento repreensível.” (pg. 29)

Quando trata da questão na empresa, Hirigoyen define o assédio moral como:

Toda e qualquer conduta abusiva, manifestando-se, sobretudo, por comportamentos, palavras, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade, ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho. (pg. 65)

À guerra psicológica no local de trabalho agrega dois fenômenos: o abuso de poder e a manifestação perversa. Hirigoyen descreve o processo:

O assédio nasce como algo inofensivo e propaga-se insidiosamente. Em um primeiro momento, as pessoas envolvidas não querem mostrar-se ofendidas e levam na brincadeira desavenças e maus tratos. Em seguida esses ataques vão se multiplicando e a vítima é seguidamente acuada, posta em situação de inferioridade, submetida a manobras hostis e degradantes durante um período maior. (p.66)

Como exemplo, o caso de uma paciente que frequentou o Grupo de Escuta na Divisão de Saúde do Trabalhador (DISAT) (a história desse grupo será detalhada no capítulo 4).

M. fora muito bem recebida no setor no qual foi lotada. Sua chefe foi extremamente carinhosa com ela e com suas limitações de saúde naquele momento. M. integrou-se com facilidade à equipe, e iniciou um projeto inovador no setor. Esse projeto envolvia muitos técnicos, e teve muita visibilidade na Instituição. M. nos conta que aos poucos sua chefe começou a lhe fazer cobranças sobre horários, como se não tivessem sido previamente acordados e compreendidos por ela. M. eventualmente faltava, e levava os atestados necessários. Sua chefe questionou os atestados, pondo em dúvida a legitimidade dos mesmos. Nas reuniões semanais de equipe passou a tratar M. com uma agressividade aparentemente gratuita. Numa conversa rápida e casual, disse a M. que ela era intelectual demais para aquele setor! Mostrava-se ambivalente com M. Em alguns momentos a tratava com carinho e lhe fazia confidências. Em outros, a agredia.

Não por coincidência, a agressividade, e podemos dizer, o assédio moral, pioravam à medida em que M. ganhava mais prestígio com o novo projeto. Até que M. um dia, ao chegar ao local de trabalho, recebeu uma cartinha, na qual sua chefe a colocava à disposição da Coordenação Geral. Em conversas com a equipe, M. soube que sua chefe não suportou o sucesso de seu projeto.

Apesar de se tratar de um trabalho multidisciplinar, de todos poderem participar, inclusive ela, a chefe, se quisesse. Mas, não era de sua autoria. E esse foi o motor do assédio moral, que culminou com a expulsão de M. do setor. Os colegas nada fizeram para amenizar a situação de M., apesar de gostarem dela e de valorizarem o projeto. A violência da chefe atemorizou a todos. O Projeto proposto por M. durou por mais um ano. Há dois anos não existe mais.

Hirigoyen descreve com muita precisão esse tipo de processo:

Não se morre diretamente de todas estas agressões, mas perde-se uma parte de si mesmo. Volta-se para casa, a cada noite, exausto, humilhado, deprimido. E é difícil recuperar-se.” (p.66) Hirigoyen explica que uma situação de crise pode estimular o indivíduo a dar o melhor de si para encontrar soluções, mas uma situação de violência perversa tende a anestesiar a vítima, que provavelmente só irá mostrar o que tem de pior. Continua: “É a repetição dos vexames, das humilhações, sem qualquer esforço no sentido de abrandá-las, que torna o fenômeno destruidor.” (p.66) “Os que estão em torno, por preguiça, egoísmo ou medo, preferem manter-se fora da questão. (p.66)

Segundo a autora, as pessoas visadas são aquelas que reagem ao autoritarismo, e quando o processo se estabelece a vítima é estigmatizada. Há alguns processos que impedem a vítima de reagir. Segundo Hirigoyen, o assédio em uma empresa passa a seguir diferentes etapas, que têm como denominador comum uma recusa à comunicação. Além disto ela enumera os processos pelos quais passam as pessoas: a desqualificação, o descrédito, o isolamento, a vexação, a indução ao erro. Quando Hirigoyen trata das consequências a longo prazo destes processos, ressaltamos a descompensação, sobre a qual nos diz ela:

É em geral no estágio da descompensação que nós, psiquiatras, encontramos estas vítimas. Elas apresentam um estado ansioso generalizado, perturbações psicossomáticas, ou um estado depressivo. Nos sujeitos mais impulsivos, a descompensação pode dar-se com a passagem a atos violentos, que levam ao hospital psiquiátrico. Aos olhos dos agressores, não é raro que essas perturbações sirvam de justificativa para sua perseguição. (p.178)

Hirigoyen segue dando outros exemplos:

Em outras vítimas, a resposta é fisiológica: úlceras de estômago, doenças cardiovasculares, doenças de pele. Vemos algumas emagrecerem, tornarem-se fracas, expressando no corpo um dano psíquico de que não tomaram consciência e que pode ir até a destruição da própria identidade. (p.179)

Muitas vezes, ao longo de minha trajetória nos hospitais, sempre trabalhando em equipe, conversávamos sobre nossa necessidade de ajuda para seguir enfrentando os desafios de nossa tarefa. Funcionários públicos, sempre ganhando mal, sem possibilidade de ascender na carreira, sem nenhum reconhecimento de nossos diplomas de pós-graduação, mestrados e doutorados. Nosso reconhecimento sempre veio de nossos pares e sobretudo dos pacientes. Isso é precioso. Mas nem sempre é suficiente para atenuar o que sofremos em função do desgaste sofrido por inúmeros fatores, alguns, referidos neste capítulo. E, infelizmente, não paga nossas contas. Em função desse enfrentamento durante anos, consideramos de extrema relevância a discussão desses aspectos para que possamos construir uma realidade de trabalho menos sofrida, mais solidária.

Lembro-me como se fosse hoje, que à época em que iniciamos o projeto de implantação da Recepção Integrada no Pinel, a RIPP (ver 3.4), cheguei à sessão de análise espavorida, contando as dificuldades encontradas, por exemplo,

com a maioria dos colegas médicos, que não queriam de modo algum mudar seus “esquemas de plantão”. Diziam: como assim, uma mulher, psicóloga, vinda de outro hospital, chega aqui para implantar um serviço de grupo na emergência? E os ataques eram diários. Piadinhas, fofocas, recusas em fazer atendimentos, enfim, um tormento diário. Diria, assédio imoral! A minha analista nesse dia me falou assim: mas isso não é um trabalho, é uma “carnificina.” Estava coberta de razão. É evidente que isso pode se traduzir no que Déjours denomina de trabalho desequilibrante, no assédio moral de Hirigoyen, na anti-solidariedade, que caminha na contramão da proposta de Rorty.

### 3.4

#### **O grupo como potencializador da humanização do trabalho**

Para ilustrar a potência do dispositivo grupal como instrumento de uma clínica da solidariedade, humanizada, retomo aqui grande parte das idéias sobre o trabalho da Recepção Integrada, implantado no Instituto Philippe Pinel, em 1991. (Corbisier, C.,1991,1993)

A recepção integrada do Instituto Philippe Pinel (RIPP) tem uma história. O início de seu funcionamento, em maio de 1991, foi fruto de algumas experiências realizadas tanto em outros hospitais quanto no próprio Pinel. O embrião começou a se formar em 1985, no hospital Gustavo Riedel, no Centro Psiquiátrico Pedro II, bairro do Engenho de Dentro. Naquela época, estávamos no início do processo da reforma psiquiátrica. Havia um grande empenho por parte da equipe que coordenava a transformação do asilo em algo melhor. Mas o Centro era muito grande e nem todas as unidades podiam ser atendidas com a mesma presteza. Profissionais selecionados no concurso realizado em 1984 compuseram equipes para dar início às mudanças.

O hospital Gustavo Riedel era composto de quatro enfermarias masculinas de 40 leitos cada, e recebeu quatro equipes novas. O pronto-socorro, apesar de ser próximo geograficamente, continuava a fazer um trabalho que não tinha conexão alguma com o novo trabalho do hospital. Não havia pessoal suficiente para todos os setores, apesar da vontade política de mudar e do interesse de técnicos mais antigos do hospital. Dentre as consequências desta desconexão entre a emergência e as enfermarias, talvez a principal fosse a maneira como os pacientes chegavam

até nós. Às vezes muito medicados e, sobretudo, sem um trabalho de escuta sobre os motivos, as razões, que os fizeram desembocar num pronto-socorro psiquiátrico.

Tratava-se de outra lógica de atendimento. Aquela que trata o sintoma como algo a ser extirpado. Sintoma como corpo estranho, que nada teria a ver com a história de vida de cada um; portanto, nada haveria para ser escutado. Como na lógica da reforma da qual estávamos imbuídos, trabalhávamos, mesmo que nem sempre explicitamente, com conceitos de que havia razões múltiplas para o adoecer mental; que os sintomas eram frutos de uma desorganização na vida da pessoa como um todo; que tinham conexões com as dores da existência; que mostravam as linhas mais frágeis do esqueleto psíquico; que traduziam, em línguas novas, contornos emocionais pouco ou nada aceitáveis pelas famílias e pelas próprias pessoas; que arregalavam de formas esbugalhadas as entranhas para qualquer um, sem pudor; que rompiam escandalosamente com o bom senso, qualquer senso; que traziam à tona uma ruptura com o conhecimento racional das doenças mentais; que por tudo isto, nos confrontavam com uma necessidade imperiosa de conversar muito com estas pessoas para tentar começar a descobrir por que caminhos mentais andavam. Por onde se tecia a complexa rede de filamentos emocionais que num determinado momento se desfazia precisando ser retecida?

Circulando neste universo de tantas possibilidades, criamos uma rotina de escuta em grupo para os pacientes que chegavam do pronto-socorro. Ali começava uma história para cada um, conosco. De cada momento daquele em diante, tínhamos inícios de relacionamentos intensos. Das histórias contadas. Recontadas. Das histórias que começavam a ser reconstruídas. A partir da escuta de um momento de desorganização aparentemente destrutivo, desolador, tornava-se possível fazer da própria dor um instrumento de vida. A escuta revelava-se um dispositivo criador de fluxos de vida. E, para voltar à ideia do embrião, mencionada acima, descobria-se na enfermaria psiquiátrica a importância do primeiro contato com o paciente. Contato no sentido de tornar o estabelecimento de uma relação, a condição *sine qua non* para o tratamento das questões mentais. Naquele momento do grupo, havia uma pontualidade terapêutica. Havia uma espécie de renascimento de almas. Que até ali, de tão penadas, haviam quase sucumbido.

Foi se tornando claro, ao longo dos anos, que pessoas que conseguiam dar continuidade ao tratamento tinham estabelecido um laço terapêutico desde o grupo de recepção, ou desde uma primeira escuta cuidadosa e interessada. Quando esta continuidade não acontecia percebíamos de todo modo que o primeiro momento tivera pelo menos um papel importante: no mínimo ter situado as pessoas quanto ao sentido de estarem numa enfermaria psiquiátrica.

O segundo momento da história do nascimento da RIPP aconteceu no Hospital Jurandyr Manfredini, uma das unidades da Colônia Juliano Moreira, no bairro de Jacarepaguá, o hospital de emergência da área programática 4. Ano de 1988. Neste hospital havia, além da emergência, enfermarias, ambulatório de adultos e de crianças. Havia um número de técnicos razoável em relação ao número de atendimentos. No entanto, a lista de espera para atendimento no ambulatório crescia diariamente. Quando estava em torno de 500 pessoas, surgiu a idéia de fazermos grupos de avaliação da real demanda de toda aquela gente. Chamávamos quinze de cada vez. Vinham oito. Não estabelecíamos número fixo de encontros, mas cada grupo durou em torno de quatro a cinco semanas, com a frequência de uma vez por semana. (Corbisier, C., Gouvêa, C., Campos, Gláucia, Congresso Nacional de Psiquiatria, 1998, Fortaleza)

Não precisamos ter um rigor estatístico, já que os números curiosamente se repetiam. De todos os grupos apenas um quarto das pessoas ficaram para algum tipo de tratamento. As perguntas e as respostas sobre as explicações deste fenômeno foram: por que tantas pessoas são encaminhadas para tratamento? De que forma estes encaminhamentos estavam sendo feitos? O que estava sendo considerado como demanda? Sintomas, queixas? Pedidos fugazes que algum tempo depois já não se mantinham? Como estavam sendo feitas as avaliações no primeiro atendimento?

Todas estas perguntas nos levaram a formular um projeto para emergência que levasse em conta, sobretudo, a avaliação da demanda. Assim fizemos. Montamos equipes com técnicos de diferentes categorias profissionais, incluindo os plantonistas do dia e, naquele período, enquanto durou este trabalho, constatamos o quanto reduzíamos os encaminhamentos para o ambulatório e a enfermaria, fazendo um trabalho de não psiquiatrização da população que procurava a emergência. Isto de novo incluía a importância de resolver pontualmente várias situações. O aspecto terapêutico dos primeiros encontros.

Aparecia a valiosa possibilidade de ajudarmos as pessoas a se sustentarem em momentos de crise, sem necessariamente transformar mal estar em sintoma.

Finalmente, em maio de 1991, criamos a RIPP (Recepção Integrada Philippe Pinel), resultado destas experiências, tanto quanto de tentativas realizadas no próprio Pinel ao longo dos anos 1980. Cabe ressaltar a vontade política da direção (o diretor nesta época era José Ricardo Peret) e o fato desta ter se mantido tempo suficiente para apoiar a continuidade do projeto. Antes da história da RIPP no Pinel, julgo importante comentar um aspecto político-institucional que certamente merece reflexão. Tem sido lamentável constatar a irresponsabilidade com que muitos políticos desmantelam serviços que atendem à população de forma cuidadosa e competente, em nome de interesses próprios, sejam eles financeiros, narcísicos ou políticos. É o prestígio pessoal que conta, em detrimento de tudo o mais. E quem perde é sempre a população que paga. Demoramos anos para construir serviços de qualidade, que quando deixam de ser interessantes por que foi na gestão do "partido tal" que ocorreu, são simplesmente destruídos ou abandonados. A continuar assim construiremos fragmentos mal costurados de um país. Precisamos aprender com urgência que existe algo mais importante que o nosso próprio umbigo, a valorizarmos e mantermos o que é feito de bom para a população a despeito de partidos ou grupos.

As direções subsequentes continuaram apoiando a iniciativa. O grande empenho de muitos profissionais que aderiram ao projeto foi fundamental para o seu êxito. A ênfase dada ao aspecto político deve-se ao fato de que infelizmente a dedicação, por maior que seja, não garante a continuidade dos projetos. É importante ressaltar que a sustentação político-institucional é fundamental para que um outro nível de estabelecimento de alicerces possa se dar, relativo ao processo interno de construção da nova proposta. De assimilação do que é novo, do que está sendo gestado.

Algo como um grau suficientemente bom de segurança, de tranquilidade quanto à possibilidade de viver a experiência com a certeza possível do dia seguinte. Saí do Pinel para o INCA em 2005. Em 2007, tive notícias de que o projeto não estava mais funcionando. Não soube as razões. Mas, de qualquer forma, resistiu durante 16 anos. Foi um exemplo seguido por muitas instituições no país.

O Pinel é polo de internações, assim como o CPPII (hoje Instituto Nise da Silveira), a Colônia Juliano Moreira e o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro. Isto quer dizer que qualquer internação nos hospitais públicos e conveniados de cada região é decidida nestes hospitais (o Rio de Janeiro está dividido em quatro grandes áreas programáticas, e a área que vai do Vidigal à Tijuca é referida ao Pinel). Qualquer internação é decidida nestes hospitais. Esta condição de juiz, de árbitro do destino das pessoas foi um fator decisivo para decidirmos que a porta de entrada de um hospital como o Pinel precisava ter outras funções, além de ser apenas um plantão de atendimento.

Nesta arbitragem está embutido o poder para intervir na redução das internações. O índice histórico do Pinel até o início do trabalho da RIPP era de 50%. De 1991 até o ano de 2005 oscilava entre 20 e 25%. Está incluído o compromisso de encaminhar as pessoas para os serviços de referência na rede, federal, estadual e municipal. Estava incluído também o nosso acolhimento ao pessoal da baixada, onde não havia serviço de emergência psiquiátrica, para quem nos tornamos referência.

Todos estes fatores contribuíram para que, primeiro: tivéssemos um volume de atendimento muito grande por dia, que só fazia crescer com o passar dos anos (Isto acontecia por uma deficiência de atendimento dos serviços da rede). Segundo: constatamos desde o trabalho citado, no Jurandyr Manfredini, que a procura por um atendimento nestes locais se dá por motivos muito diversos, nem sempre psiquiátricos (ver Corbisier, 1994).

Na verdade diante de tais constatações mudava-se a concepção do que é um lugar de recepção de pessoas num hospital psiquiátrico. A mudança é enorme. Em lugar de um só médico, equipes, ao invés de atendimento exclusivamente individual, grupos, ao invés de hierarquia de posições, horizontalização. Estávamos de acordo com os princípios da reforma: criando formas alternativas de atendimento substitutivas ao manicômio.

### **A RIPP como um novo dispositivo de atendimento**

“Um atendimento médico feito por um único profissional pode ser tão bem feito quanto um atendimento feito por uma equipe na RIPP”. Esta foi uma observação feita várias vezes no processo de implantação do trabalho. Observação

absolutamente correta. Ocorre que a questão estava em outro lugar. Não se tratava do quão bem feito, mas sim de como era feito. A relevância desta diferença merece reflexão. O atendimento estritamente médico, por melhor que seja feito, de modo geral psiquiatriza as pessoas, pelo próprio *modus operandis* do dispositivo. Em sala temos apenas médico e paciente; o médico que sabe *a priori* que o paciente precisa de tratamento, de remédio, de internação, ou de outras coisas. A situação de solidão do médico diante de circunstâncias, às vezes tão dramáticas, pode levá-lo a, por exemplo, internar alguém, por não ter a chance de discutir com colegas outras possibilidades de encaminhamento. Esta solidão favorece a onipotência diante do saber, inclusive como defesa contra a impotência. O recurso extremo da internação é usado muitas vezes, não como indicação eletiva necessária, mas como consequência do dispositivo solitário do atendimento individual.

Esta solidão, opcional ou circunstancial, faz com que o médico ponha-se numa posição de quem sabe sobre o outro muito mais do que ele próprio. Neste caso, já há um roteiro previamente estabelecido pelas próprias características do dispositivo. É um jeito que restringe as possibilidades de escutar as pessoas que procuram falar de suas dores.

### **Pacientes, sintomas e loucura. Consulta, remédio e tratamento.**

Fazer esta distinção é muito importante inclusive para dirimir um tipo de “competição” que se estabelece entre diferentes modos de atendimento. A escolha dos dispositivos depende prioritariamente dos objetivos estabelecidos. O atendimento tradicional da emergência não atendia aos objetivos da reforma psiquiátrica. O dispositivo da RIPP coincidia com estes objetivos.

A primeira mudança refere-se à concepção do que deve ser um lugar de primeiro atendimento às pessoas que julgam estar sofrendo de algum mal que aprenderam a chamar de “psiquiátrico”.

Pensamos que este lugar deve ser um lugar de encontros, de escuta, de trocas, de agenciamentos de subjetividades, de reposicionamento na vida, de olhares e almas que se olham, que se tocam, que se conectam pelo objetivo comum de descobrir o que provoca sofrimento, angústia, delírio, medo do mundo, desalegria com a vida, desligamento de afetos, falta de esperança, descrédito,

tristezas insuportáveis, perdas vividas como irreparáveis, mal estares com a dureza da vida, solidão, sentimentos de fracasso diante de uma sociedade cada vez mais competitiva, males de amor, (ver Costa, 1998), conflitos no trabalho, desemprego, desapego à vida, adição a drogas, fluxos de vida estagnados ou rompidos. Conceber assim a emergência de um hospital implicava por si só criar um tipo de espaço diferente do tradicional. A idéia concebe o espaço e o espaço provoca os novos modos de viver o momento do encontro com a própria crise. O novo lugar, que é psíquico e é físico, acolhe a crise dos mundos de cada um.

Havia uma reconfiguração das constelações emocionais no decorrer dos longos encontros de cada grupo. A possibilidade de estarem juntos, em grupo com profissionais, em equipes, pela própria forma, gerava um tipo de sustentação ligada ao interesse pela história das pessoas. Muitas perguntas se formulavam, do tipo: por que tantos profissionais para nos atender?

Por que nos fazem tantas perguntas? Por que tanto interesse pela história das pessoas? Por que nos reuniram? Por que nos pedem para sair, para entrar e conversam tanto sobre nós? Assim como estas, muitas outras apareciam. O dispositivo, pela sua forma, automaticamente desencadeava uma série de perguntas que começavam a dividir o espaço psíquico com as questões que tinham motivado as vindas ali. O que tem o efeito de reduzir a intensidade da própria dor. Voltar o olhar para o outro diminui o nosso próprio tamanho, muitas vezes hiperdimensionado. O fato de necessariamente ter que estabelecer algum contato também exige, pela energia gasta no próprio esforço do movimento para fora, em direção ao outro, um certo “abandono” do próprio problema para escutar o que acontece ao lado, em torno.

O fato de as perguntas girarem em torno da vida como um todo, também faz as pessoas perceberem despercebidamente que ali o que importa não é apenas o sintoma circunscrito, mas o sintoma como algo que faz parte de algo maior, que as vezes é só a gota d'água, o pingo que faltava, a pedra que sobrava, a porta que não abriu. O atendimento em grupo na RIPP era um espaço de criação. Tínhamos setas, indicações, mas não tínhamos modelo. Nosso metrônomo, nossa bússola, era o andamento dado pelos caminhos que íamos percorrendo ao longo dos encontros.

O início de cada grupo era o início de um movimento, como numa sinfonia. O primeiro movimento era o da apresentação, do ecoar dos nomes, dos

olhares, dos ressabiamentos, da surpresa, da hesitação, dos corpos endurecidos pela tensão, da decisão de enfrentar o desafio de mostrar a dor diante dos outros, de escutar a dor alheia, de confiar nos profissionais, de transcender o aspecto um tanto ou quanto surrealista de estarem ali para serem escutados por tantas pessoas (infelizmente o que a população mais pobre conhece bem é o profissional que às vezes nem olha para a criatura, nem pergunta o nome, resolvendo o “caso” em cinco minutos), de poderem optar por estar junto com os acompanhantes, fossem eles família, vizinhos, amigos.

Ficava no grupo quem queria. Às vezes alguém recuava e dizia não querer falar em grupo. No entanto, geralmente, a sugestão feita para experimentarem aquele insólito e inesperado convívio era acolhida.

Quando constatávamos uma impossibilidade intransponível naquele instante, havia uma escuta individualizada feita por um ou dois profissionais da equipe. Passado esse primeiro momento, na continuidade do movimento, as falas iam acontecendo. Do tempo, de tensão inicial, junto com o falar, os corpos começavam também a se mexer na sintonia do encontro que começa a mostrar-se possível. Olhares congelados ensaiavam a possibilidade da lágrima. Óculos movimentavam-se nos rostos. Coceiras. Movimentos de ombros. Espreguiçamentos, num misto de angústia e início de entrega. Mãos se contorciam, pés e pernas se alongavam e se retraíam, cabeças se levantavam, rodavam. Corpos se torciam. Às vezes balançavam como quem reza em árabe. Bocas escutavam desenhando no espaço expressões variadas. Um corpo devagarinho deitava-se no ombro ao lado, esculpindo um novo par, inesperado, numa intimidade inusitada. De quem, apesar de tão frágil, entendeu que ali, os ombros são reais. Alguns levantavam-se. Saíam da sala. Voltavam. Pediam para beber água. Para ir ao banheiro. O movimento era contínuo. Pessoas falando juntas. De vez em quando, a inibição inicial transformava-se num grande falatório. Algo que era dito por alguém tocava nos pontos sensíveis dos outros. Do clima de mosteiro passávamos à bagunça efervescente da feira. Alguns começavam a cochichar. Davam palpites na situação vizinha. Sugestões, conselhos, perguntas, muito interesse. Numa espécie de milagre a estranheza dava lugar à comunhão.

Laços se teciam. Era possível ver o outro. Ajudar era possível. Havia vezes em que nós, os técnicos, ficávamos como testemunhas, mediadores do encontro.

Funcionávamos como agenciadores de um espaço que seria criado em cada grupo. Ao final do primeiro movimento, pedíamos a todos que saíssem da sala.

A equipe ficava só. Este era o segundo movimento, que acontecia imediatamente na sequência do primeiro. Suspiros. Olhos arregalados. Hora de discutir impressões, sentimentos, propostas de tratamento. Cansaço. Tempo curto. Expectativa lá fora. Responsabilidade de vidas. Apenas isto. Todos aguardavam o que decidiríamos sobre eles. A conversa fluía. Falando de um e de outro, íamos nos lembrando que o primeiro movimento já nos havia apontado direções, que a participação dos acompanhantes desenhara um certo caminho de possibilidades, que a primeira escuta já havia tido a sua pontualidade, pelo menos no sentido de ter tornado possível aparecer a esperança da retomada do fluxo da vida. Mas como desde o início, dividíamos a responsabilidade com todos. Entre nós e eles. No início de cada grupo ninguém era paciente. *A priori*, nada sabíamos. Naquele momento, tínhamos dentro de nós tudo que escutávamos, que sentíamos.

Fazíamos muitas conexões com nossa experiência, nossa memória afetiva e, ao falarmos, íamos situando cada pessoa que escutamos conectando o seu mundo com o nosso mundo e vislumbrando para cada um o mundo possível naquele momento. Do tradicional beco com uma única saída do manicômio fizemos da recepção uma encruzilhada com inúmeros roteiros viáveis. Viramos uma espécie de agência de viagens de destinos.

O hospital psiquiátrico passava a ser uma espécie de aeroporto: lugar de trânsito permanente. Pessoas aterrissavam. Decolavam. Perdiam o avião. Não tinham dinheiro para comprar passagens para certos lugares. Iam, voltavam, esperavam, tomavam café, dormiam aguardando o próximo vôo. A posição de descanso era apenas provisória. Era o intervalo para o passo seguinte. Algumas transitavam ali apenas para sonhar mais de perto com o mundo desconhecido.

Ao final deste segundo movimento era chegada a hora de propormos caminhos. Íamos juntos conversar sobre as linhas dos horizontes possíveis. Eram propostas abertas à disponibilidade das pessoas. Não fazíamos apenas uma prescrição de tratamentos. Discutíamos opções para melhorar a vida. Apontávamos direções, quase sempre, mais de uma opção para escolha. Chamávamos cada um, com os acompanhantes, só que daquela vez, individualmente. E, em equipe, embarcávamos com eles no terceiro movimento.

Eles, enquanto conversávamos na sala, esperavam do lado de fora, também conversando.

Muitas coisas aconteciam nesta espera. A timidez e o constrangimento iniciais transformavam-se em simpatia, troca de telefones, laços que se faziam no fluir dos encontros. Reiterando, isto acontecia como consequência do dispositivo. Receber o convite para conversar com pessoas supostamente loucas, por vários técnicos, por si só, promovia a mudança de direção de conceitos pré-formados, permitindo a todos o confronto com as diferentes formas de dor e a diferenciação entre elas. Tornava-se possível escutar alguém que delirava e compartilhar algo desta experiência. Quem delira podia ser escutado por pessoas e sentir os efeitos de uma experiência de acolhimento da estranheza.

Quando os recebíamos ao final, era a hora da despedida. Fosse qual fosse o encaminhamento, o mais importante é que fazíamos com que eles participassem do processo. E que pudéssemos ter a dimensão do significado de ter vivido um encontro no qual tantas trocas subjetivas se davam, onde tantas portas fechadas se abriam, onde as palavras ditas alteravam os estados mentais de cada um (ver Austin, 1990a Austin, 1996b), onde o momento tinha uma autonomia com relação à continuidade. Mesmo que houvesse problemas na sequência do que havia sido proposto como encaminhamento, o que foi vivido ali iria servir de instrumento para lidar com os eventuais problemas, de alimento psíquico para viver, nem que fosse um pouco diferente, de diferencial de referência para, se fosse o caso, os próximos atendimentos.

Para pensar que a loucura é apenas uma das formas humanas de expressar sentimentos. Que é possível transformar a crise tratando-a com palavras. Para pensar que uma ida a um hospital psiquiátrico pode ser um “bom encontro” à moda de Baruch Spinoza, que escreveu sobre os bons encontros como sendo aqueles capazes de aumentar nossa alegria e a potência de nossos corpos (ver Baremlitt, 1998). Para pensarmos que existe um lugar para falar do que é fora de esquadro, bizarro, e para perceber que isto não é exclusividade de ninguém. Para pensarmos que no serviço público ainda há compromisso, interesse, cuidado e respeito para com a população.

Terminados os encaminhamentos, quando havia tempo, conversávamos um pouco. Há sempre uma grande preocupação com o depois, sobretudo quando as pessoas são remetidas a outros serviços. Tínhamos algum controle sobre isso,

na medida em que pedíamos a todos que tornassem a nos procurar caso houvesse dificuldades no atendimento em outro lugar.

Muitas vezes, voltavam mesmo. Tomávamos então providências para viabilizar outro caminho. E para saber o que não estava funcionando no serviço de nossa primeira escolha. Infelizmente não podíamos garantir que todos teriam a mesma qualidade de atendimento. Mas não podíamos fazer tudo. Havia um certo sentimento de frustração dos técnicos por, na maioria das vezes, não continuar acompanhando as pessoas. Mas, como mencionado no início, pertencíamos a um hospital polo. E, enquanto tal, tínhamos uma função decisiva na vida da população que nos procurava. Era preciso circunscrever a importância do nosso papel. Por isto era preciso relativizar a frustração e colocar em relevo as dimensões da especificidade deste trabalho que tem efeitos vitais para quem atendemos.

Fazíamos um trabalho que, ao criar um novo dispositivo para receber as pessoas numa emergência psiquiátrica, desconstruía a lógica manicomial, aquela que trata qualquer espaço do hospital como lugar que descreve no plano horizontal da semiologia os seres humanos e suas dores. Dores que insistem em ter volume, densidade, peso, altura, comprimento, tamanho, verticalidade, intensidade, cor, gosto, espessura. Era um espaço que começava com a clínica. Mas que se expandia como uma flor que abre suas pétalas lentamente para outras regiões do experimentar humano. Não psiquiatrizar, significa destecnologizar o sofrimento.

Vivemos num mundo no qual o avanço da tecnologia está num enorme descompasso em relação ao avanço da subjetividade. O homem é capaz de produzir clones de si próprio e, no entanto, continua tão miserável como sempre foi. O que rege o mundo não é mais os ideais da Revolução Francesa: liberdade, igualdade, fraternidade, mas muito pelo contrário: falta de liberdade, guerras por hegemonias étnicas, políticas, religiosas e de território.

Desigualdades absurdas, muita gente morrendo de fome, sem direito a nada, sequer à vida, convivendo com outros que têm tudo, como se fosse possível. A competição é o grande móvel das relações contemporâneas, estimulando o individualismo ao seu clímax, transformando o outro em alguém que, no limite, deveria ser “deletado” para facilitar a passagem. É o mundo dos rótulos. O mundo gerido pela lógica do mercado. Tudo deve ser transformado em mercadoria e ter

um rótulo. Tudo deve ser vendável e, se possível, descartável para que seja substituído no menor tempo possível. Assim acontece com os remédios, que são criados para tratarem de doenças fabricadas pela mídia. A doença do pânico é um exemplo. As pessoas que procuram o hospital já vêm muitas vezes psiquiatrizadas. Já se denominam “deprimidas”, “bipolares”, com o agravante de descreverem as doenças não como estados provisórios, mas como traços identitários fixos.

Na verdade precisamos fazer um trabalho de recuperação de “eus”, de retirada de etiquetas, de desaprendizagem de comportamentos estereotipados, aprendidos na falsa ilusão de que fazer assim significa uma melhor adequação ao mundo. É um trabalho que a um primeiro olhar desavisado pode parecer pouco técnico, um pouco ingênuo, mas que, ao contrário, exige de quem faz uma grande experiência clínica, conhecimento de psiquiatria, de psicopatologia, de convívio com muito sofrimento.

É preciso ter tudo isto para poder separar o joio do trigo. Para poder saber diferenciar quem está precisando de tratamento, de quem não está. De quem procurou a emergência por mal estares existenciais reativos a situações pontuais de vida. Poder dizer para as pessoas que tristeza não é sinônimo automático de depressão é devolver a elas a capacidade momentaneamente perdida de incluir em seus repertórios um dos aspectos da condição humana, o de sentir tristeza. Este exemplo é bastante importante na medida em que a mídia vende *kits* de felicidade que evidentemente excluem qualquer tipo de mal estar psíquico, que se existirem, serão rapidamente tratados com os antidepressivos de última geração. Cabe aqui observar que este trabalho está na contramão do atual momento histórico. Neste sentido agimos contra o neo-liberalismo, contra a sociedade *prozac*, na qual só há lugar para a fruição do presente com sorrisos pregados nos rostos.

O dispositivo da RIPP promovia o reencontro com valores que estão fora de moda<sup>17</sup>. Solidariedade, valorização das relações de vizinhança, impulsos de cooperação, sentimento de pertencimento a um grupo maior, procura de sentido e intencionalidade para as ações, indagações sobre projetos de vida, sobre ideais que possam nortear os rumos. Nos micro-cosmos dos encontros na RIPP criávamos talvez uma "ficção científica" ao inverso, "o admirável mundo menos

---

<sup>17</sup> Alterno a conjugação dos verbos no presente e no passado. Uso o passado para me referir ao relato da experiência, e o presente para o que é relativo ao dispositivo.

desumano". Não voltada para o futuro, mas para o passado, não tão longínquo assim.

Naquele recorte de mundo havia lugar para o outro, para deixar fluir o sofrimento, fosse ele qual fosse. Um lugar onde era preciso fazer esforço para lidar com os sentimentos, por piores que fossem. Não havia soluções mágicas, nem remédios milagrosos, nem propostas mirabolantes de felicidade imediata. Havia pessoas interessadas umas nas outras.

O estar em grupo redimensiona os “eus” atuais massacrados pelo apelo tirânico da mídia de *performance* perfeita individual. E quanto mais individualistas somos, mais ficamos vulneráveis às inevitáveis dores do mundo. Desfizemos a teia de solidariedade que, pelo menos idealmente, poderia nos ajudar em momentos difíceis, e o único remédio contra o sofrimento, quando estamos sozinhos, é endurecer perdendo a ternura (Ver Costa, 1999).

O próprio dispositivo propõe a substituição da busca do prazer imediato, (ou mais frequentemente, pela frustração diante de fracassos os mais variados) pela reflexão sobre que tipo de projeto pode vir a dar prazer, não como sensação passageira, mas como sentimento mais durável, de transformação de sonhos em projetos, passíveis de realização no curso do tempo. Assim transcorriam os encontros nos grupos: usávamos o tempo como instrumento de tentativa de construção, de alteração de novas subjetividades. O tempo deixava de ser o inimigo, contra o qual tinha que se lutar ou anular, para tornar-se um grande aliado psíquico.

### 3.5

#### **A Reforma Psiquiátrica e a Política de Humanização – nem tudo foi em vão**

Como mencionei anteriormente, é sempre triste e frustrante constatar que muitas iniciativas realizadas no serviço público não vão adiante por falta de interesse político, por divergências ideológicas. Sendo assim, tais serviços ficam à mercê de quem está no poder. Ou no melhor dos casos, na dependência de alguns grupos de pessoas, que não hesitaria em chamar de pequenos exércitos de

Brancaleone. Mas, claro está que essas pessoas envelhecem, aposentam-se, e na verdade, não podem ser alicerces de tais serviços.

Foi muito interessante constatar que pudemos reconhecer, no que em 2000 tornou-se uma Política de Governo – a Política de Humanização (PNH), formas de atendimento criados pela Reforma Psiquiátrica. Consideramos que essa recuperação é muito importante, sobretudo num país como o nosso no qual muito facilmente a memória das histórias, em vários âmbitos, costuma ser perdida ou destruída. Para que isso não ocorra, vejamos como reconhecemos, em muitos dos hoje chamados “dispositivos da PNH”, formas de atendimento criadas e implantadas na Saúde Mental.

Tomemos como exemplo a Recepção Integrada Philippe Pinel, já citada no item 3.4 (Corbisier, 1992; 2000). Como já dissemos, esse foi um “dispositivo” implantado na emergência. As pessoas eram atendidas em grupo, por equipes, junto com familiares, amigos, vizinhos. A continuidade da assistência era garantida pelos formulários de referência e contra-referência, geralmente acompanhados de contatos telefônicos para outros serviços. Cada pessoa saía do atendimento com um encaminhamento para outro serviço ou era feito um esboço de um projeto terapêutico para o início do tratamento no próprio Pinel. Assim, pudemos registrar:

- a) A transformação do que antes era apenas uma triagem dos pacientes, num local de escuta das crises, de avaliação das demandas, de inserção dos familiares e vizinhos no atendimento, com o objetivo de diminuir o número de internações, avaliando cuidadosamente cada caso, para propor algum tipo de tratamento apenas para aqueles que realmente necessitassem; aqui reconhecemos o **dispositivo Acolhimento**;
- b) A proposta de atendimento em equipe, realizada pela RIPP, que propõe o atendimento em equipe, horizontalizando assim as relações e os saberes, veio a ser o **dispositivo da Clínica Ampliada**;
- c) Na escuta e avaliação de cada caso, estabelecendo para o paciente um projeto de tratamento, reconhecemos o dispositivo do **Projeto Terapêutico Singular**;
- d) No uso feito pelas equipes da RIPP dos prontuários, nos quais toda a equipe fazia anotações, reconhecemos o dispositivo do **Prontuário Multidisciplinar**;

e) A implantação do Conselho Diretor, no período em que Liliane Mendes Penello dirigiu o Pinel, do qual faziam parte os gestores e os profissionais que estavam na ponta, reconhecemos o **dispositivo da Gestão Compartilhada da Clínica**;

f) Durante a direção de Ricardo Peret, período em que foram realizadas obras no prédio da emergência para atender a nova forma de atendimento. E, na nova geografia do prédio, que favoreceu a interação, a formação de vínculos entre as pessoas que ali trabalhavam e as que chegavam para o atendimento, reconhecemos o dispositivo da **Ambiência**;

e) O atendimento, realizado prioritariamente em grupo, era feito em forma de uma roda, meio elíptica, mas a roda possível, o que tornava o atendimento horizontalizado, a conversa que fluía sem que ninguém tivesse a prerrogativa de um lugar acima dos outros, nem um saber prévio ao que seria dito em cada grupo. Aqui reconhecemos o dispositivo da **Roda**.

Estas foram experiências que realizamos na Saúde Mental, criando novas formas de atendimento, que no vocabulário da PNH são dispositivos que, como demonstramos, continham neles próprios vários outros. Todos propiciadores de uma atenção mais qualificada, singularizada, logo, mais ‘humanizada’. Importante lembrar que este dispositivo da RIPP teve como embrião a experiência realizada em 1984, no Centro Psiquiátrico Pedro II: os grupos de recepção realizados na enfermaria masculina do Hospital Gustavo Riedel. Já naquela época, no CPPII, trabalhávamos em equipe, fazíamos grupo de recepção, a figura do terapeuta-base, o técnico que coordenava o atendimento do paciente (qualquer membro da equipe podia exercer essa função); elaborávamos o projeto terapêutico, o prontuário multidisciplinar, priorizávamos o atendimento em grupo; tínhamos um conselho diretor, foram feitas obras para que houvesse um ambiente mais agradável.

Queremos ressaltar a importância de recuperar estas experiências. Voltar a examiná-las com cuidado, problematizando os erros e os acertos, avaliando que dispositivos foram mais eficazes, tentando identificar as razões do que, em cada unidade de Saúde Mental, já existentes, e nas que foram criadas ao longo do processo, contribuíram para o sucesso ou para o insucesso de tais empreitadas.

Fazer isto significa criar um fluxo histórico entre as experiências realizadas em menor escala na área da Saúde Mental, e as experiências de

implantação da Política de Humanização, no sentido de contribuir para o êxito de sua implantação na área da Saúde como um todo.

Toda essa construção de novos modos de atenção, de cuidado, vão na direção de uma clínica mais humanizada e solidária.

## 4

### **Os jogos de linguagem em instituições onde não se brinca, e a possibilidade de ser um nos grupos**

Os grupos, quando tomados como prática de transgressão e criatividade, dão margem a diversas maneiras de descrevê-los. É uma possibilidade inerente a eles, tomados da perspectiva não universalista, de serem agentes da transgressão do *status quo* – agentes do exercício pleno de potência da criatividade.

No item 4.1 descrevo a criação do Grupo de Escuta na DISAT (Divisão de Saúde do Trabalhador no INCA); 4.2 Alguns conceitos de Austin, filósofo da linguagem, da corrente pragmática, sobre a linguagem como sendo uma prática social – um compromisso entre partes; 4.3 O conceito de jogos de linguagem de Wittengenstein, também filósofo da corrente pragmática, para ilustrar o funcionamento do trabalho numa Instituição onde não se brinca; no item 4.4, faço uma articulação entre as teorias e a clínica do grupo de escuta e no item 4.5 Bakthin e a possibilidade de ser um no grupo, com três experiências em três hospitais diferentes.

#### 4.1

#### **O Grupo de Escuta na DISAT**

A seguir, uma pequena análise da linguagem usada pelos funcionários nos grupos de escuta realizados durante doze meses, na Disat (Divisão de Saúde do Trabalhador), no Instituto Nacional de Câncer. Esta Divisão faz parte do setor de Recursos Humanos do INCA. Ao iniciar meu trabalho nesta divisão, em junho de 2005, percebi que havia muitos funcionários de licença médica. Achei importante criar um espaço institucional no qual estes funcionários pudessem ser escutados. Para falar de suas licenças, dos motivos pelos quais estavam afastados, de seus problemas de saúde, de sua inserção no trabalho, de suas relações com o INCA, de suas vidas. Inicialmente o grupo acontecia de três em três semanas. Logo depois passou para quinzenal e alguns meses depois, o próprio grupo considerou que devia ser semanal. O grupo tinha a duração de duas horas. A equipe que

coordenava o grupo era composta por vários técnicos do setor, assistentes sociais, auxiliares administrativos, médicos, e até os arquitetos e os técnicos de engenharia. Esta multiplicidade proporcionava ao grupo uma situação interessante. Sem experiência em grupos, o pessoal técnico participava de maneira muito espontânea, relatando inclusive suas experiências em determinados setores do hospital, e por conhecerem bem os locais, faziam observações muito pertinentes e importantes para os licenciados do grupo. Além disso, falavam também de experiências próprias, o que diminuía o medo inicial dos participantes de exporem suas questões no grupo.

Muito importante observar aqui, que essa pequena análise, que toma este grupo, naquela instituição como exemplo, é paradigmática dos universos de hospitais clínicos - gerais ou especializados - de um modo geral. Este exemplo serve para observarmos a diferença existente entre os hospitais psiquiátricos, nos quais houve a implantação do movimento da Reforma Psiquiátrica. Logo, não existe aqui nenhuma intenção de apontar o INCA como exceção, mas sim de mostrar como os funcionários têm uma relação ambivalente com essas instituições – de como as idealizam, por um lado, e por outro, as odeiam.

Há uma idolatria, um imenso orgulho de ser funcionário daquela instituição, o que leva as pessoas a se dedicarem de maneira total, muitas vezes além de suas próprias forças, abrindo mão de outras atividades importantes para a saúde mental, inclusive preventivas, contra o adoecer. O grupo em questão cumpriu justamente a função de permitir que esses sentimentos tão fortes e antagônicos, que muitas vezes estavam na origem do adoecimento, pudessem ser expressos, verbalizados, compreendidos, e relativizados. Esse tipo de trabalho vai de encontro aos esforços da Política Nacional de Humanização, no sentido de compreender os problemas, analisá-los – e propor os instrumentos de transformação. Como diz Vilhena,

Escutar é assim fundamental – ouvir o que esperam de nós, analisar se somos capazes de atender parte das demandas e, sobretudo, reconhecer a legitimidade de uma prática que já vem sendo desenvolvida bem antes de nossa chegada. Neste sentido, se esperamos ser ouvidos em nossas contribuições e sugestões, é também fundamental que possamos escutar para aprender. Aprender, no sentido aqui empregado, possui uma estreita relação com o processo de apreensão de códigos, normas, *ethos* e práticas vigentes. A característica fundamental de qualquer território é a constituição de pontos nodais de interação, em que uma rede

altamente complexa de diversos tipos de relações atua como agenciadora de subjetividades (Vilhena& Barroso, N, 2008)

Nesse sentido, as falas dos participantes são relatadas com o propósito de mostrar com fidedignidade seus sentimentos face à instituição.

Farei uma pequena leitura pragmática das falas dos participantes, usando alguns conceitos de dois filósofos da linguagem: Austin e Wittgenstein. Para tanto, farei uma breve apresentação da concepção pragmática da linguagem, começando pela teoria dos atos de fala de J. L. Austin.

## 4.2

### **A teoria de Austin – Um esboço da teoria dos atos da fala**

A teoria dos atos de fala insere-se na tradição britânica da filosofia analítica, inaugurada por G.E. Moore, B. Russel, e L.Wittengenstein. Nesta tradição a questão central da filosofia é: como pode uma sentença ter significado? A questão da consciência é substituída pela questão da linguagem. Neste contexto a filosofia fica com duas tarefas; a primeira dá origem ao que se chama de filosofia da linguagem no sentido estrito: uma teoria filosófica sobre a natureza e a estrutura da linguagem, que examina noções como termo e proposição, sentido e referência, nomes próprios e predicativos, verdade. A segunda tarefa será desenvolvida pela chamada filosofia da linguagem ordinária, filosofia linguística ou ainda, Escola de Oxford.

Austin será um dos principais representantes desta corrente. Vai usar o método da análise filosófica da linguagem ordinária com o qual achava possível clarificar e desmistificar problemas tradicionais da filosofia, como responsabilidade e ação, percepção e conhecimento, situando-os num plano menos abstrato, genérico e formal, e tornando possível uma análise e compreensão destes problemas sem recurso a pressupostos metafísicos tradicionais. Uma questão que ilustra o método de Austin é sua elucidação de um dos problemas mais importantes da ética, a questão da responsabilidade que decorre de uma ação. Neste sentido, encontra-se sua expressão “minha palavra é meu penhor”, o que torna um ato de fala um compromisso entre partes.

Para Austin a linguagem é uma prática social concreta e, como tal deve ser analisada. Não há mais uma separação radical entre linguagem e mundo, porque o que é considerado realidade, é constituído exatamente pela linguagem que adquirimos e empregamos. O conceito de verdade é substituído. No lugar de verdade como correspondência à realidade, aparece o conceito de verdade como eficácia, como felicidade do ato. De suas condições de sucesso, e também pela dimensão moral do compromisso assumido na interação comunicativa. Então a linguagem para Austin é ação na realidade e não mais representação da realidade. Há uma dissolução do conceito de significado, e em seu lugar aparece a concepção de linguagem como um complexo que envolve elementos do contexto, convenções de uso e intenção dos falantes. Inicialmente divide os atos de fala em constatativos e performativos. Os constatativos seriam as afirmações, descrições de ações. Os performativos seriam os que expressariam as ações. Depois, na medida em que vai tentando estabelecer as diferenças, tende a considerar a totalidade dos atos de fala como performativos. (Austin, 1975)

Pragmatismo ou filosofia pragmática refere-se a concepções de filosofia que defendem não só uma distinção entre teoria e prática, mas, sobretudo, o primado da razão prática: desde Kant, cuja última obra, de 1804, intitulou-se precisamente *Antropologia de um ponto de vista pragmático*, até algumas correntes da filosofia contemporânea. O termo “pragmática” é derivado do grego *pragma*, significando coisa, objeto, no sentido de algo feito, produzido. Os romanos traduziram *pragma* pelo latim *res*, o termo genérico para coisa, perdendo com isto a conotação do fazer ou agir, presente no grego.

### 4.3

#### Os jogos de linguagem em Wittgenstein

Em seguida, faremos uma breve apresentação de um dos principais conceitos usados por Wittgenstein nas *Investigações Filosóficas*. Para Wittgenstein, nós aprendemos a linguagem não porque temos *a priori* uma essência das coisas em algum lugar recôndito de nossa mente, como ensinava a tradição platônica, mas porque aprendemos a usá-la na vida. A criança aprende o que é cadeira não porque tenha *a priori* a idéia de cadeira, a cadeiridade, a

ipseidade da cadeira, mas porque aprende a sentar-se nela. Wittgenstein tem uma concepção terapêutica da linguagem.

Para ele, existem jogos de linguagem, que é a linguagem usada em contextos específicos, por falantes e ouvintes, para fins específicos. O sentido é aprendido pelo uso, e vai variar segundo o contexto. Ter um conceito nesta visão é ter dominado uma técnica de uso. Por exemplo, “representar” é um jogo de linguagem, e nada tem a ver com a noção de realidade e referência. A linguagem aqui é vista como prática social concreta, sendo o significado de termos e expressões linguísticas resultado desta prática. Esses jogos de linguagem não são fixos, mas evoluem com o que ele denomina de formas de vida; transformam-se. Ao utilizar o método de Wittgenstein na análise do desenvolvimento do conhecimento humano, percebe-se que cada época possui seus próprios jogos de linguagem, crenças e convicções, fundadas em certas proposições que funcionam como *regra*. Wittgenstein desenvolve o conceito a partir de uma analogia com o conceito de *jogo*, e aponta certas características e semelhanças com a linguagem: jogos possuem regras, são práticas compartilhadas por uma comunidade, possuem peças, são autônomos, não requerem justificativas etc. No entanto, não há uma característica comum (uma essência) que esteja presente em todos os jogos. Sua idéia é que existem *semelhanças de família*, como nos membros de uma família, e estas semelhanças fornecem uma ideia geral do que seja um jogo.

Assim, a linguagem também possui certas características, como os jogos, e dentre estas, a principal é a relacionada a regras. Tanto os jogos como a linguagem são atividades constituídas e guiadas por regras, que podem ser explícitas ou implícitas. A partir desta ideia Wittgenstein cria o conceito de *jogo de linguagem* para discutir questões e resolver problemas filosóficos decorrentes do mau uso da linguagem, por intermédio de vários exemplos retirados da história da filosofia ou construídos para este fim.

A melhor caracterização dada por ele deste conceito, encontra-se nas *Investigações Filosóficas* §23; ali ele descreve vários *atos de fala* (comandar, descrever um objeto, relatar um fato, inventar e contar histórias, cantar, resolver um cálculo, pedir, agradecer, rezar etc.). Todas essas atividades estão inseridas numa *forma de vida*. A ideia de Wittgenstein é que os jogos de linguagem são partes integrantes de uma forma de vida, sendo indissociáveis; são “a totalidade da linguagem e das atividades com as quais está interligada” (PU §§7 e 23). De

um modo geral, pode ser entendido como todas as atividades linguísticas (não só o emprego de signos, mas sim todo o ambiente envolvido, o contexto, os gestos, a expressão facial etc.).

No §23 o autor ressalta a ideia de que a multiplicidade dos jogos de linguagem não é alguma coisa fixa no tempo, mas que se modificam: “... novos tipos de linguagem, novos jogos de linguagem, como poderíamos dizer, nascem e outros envelhecem e são esquecidos”, e no §18 utiliza uma metáfora para ilustrar o que disse: “nossa linguagem pode ser vista como uma velha cidade: uma rede de ruelas e praças, casas novas e velhas, e casas construídas em diferentes épocas; e isto tudo cercado por uma quantidade de novos subúrbios com ruas retas e regulares e com casas uniformes”. Já no *Sobre a Certeza* ele afirma: “Quando os jogos de linguagem mudam, modificam-se os conceitos e, com as mudanças nos conceitos mudam os significados das palavras”, e “o jogo de linguagem muda com o tempo” (UG §§65, 256).

#### 4.4

#### **Uma articulação entre esses conceitos e a clínica do grupo de escuta**

A partir destas noções, uma leitura da fala dos participantes que frequentavam o grupo de escuta. Escolhi três eixos das falas, e, para fazer uma leitura Wittgensteiniana, vou caracterizá-los como produtores de “jogos de linguagem”. Em seguida mostrar como estes jogos descrevem as “formas de vida” presentes na Instituição. Os três eixos serão respectivamente: “relação com a chefia”, “relação com o INCA” e “sintomas relacionados ao trabalho”. Além disto, comentar alguns aspectos de uma análise Austiniana da linguagem utilizada. As falas abaixo ilustram os atos de fala e os jogos de linguagem que descrevem as relações com as chefias:

“Tem muita gente fora do seu próprio controle, de chefia para funcionário, e de funcionário para funcionário”.

“Bati de frente com alguém que tinha cargo político, por isto fiquei com dor na coluna, depressão, fui para o IPH”.

“O problema com a chefia influencia na nossa saúde, a gente pode ter um infarto e morrer”.

- “Não existe forma de mudar a atitude da chefia”.
- “Minha chefe nada me pergunta, só me dá serviço depois da hora”.
- “Está havendo uma insensibilidade, a pessoa é tratada como se não fosse gente”.
- “Há chefes que estão doentes”.
- “Os chefes também precisam do grupo de escuta”.
- “O chefe tem que saber que o funcionário é humano”.
- “Tem que haver um trabalho junto à chefia”,
- “Eles (chefes) dizem: você tem que fazer isto... e não você quer fazer isto?”
- “Quando eu mandar você, tem que ser na hora...” (chefe), “fiquei muda...”  
(funcionária)
- “Prá ela se sentir bem tem que pisar no outro”.
- “Precisaria ser criada a avaliação dos chefes (os funcionários são avaliados anualmente) , poderia ajudar a cair a ficha...”
- “Tem que se ter muito jogo de cintura para lidar”.
- “Se fosse pela minha chefe eu estaria internada como um lixo...”
- “Eu era açoitada dez vezes por dia” (pela chefe).
- “Acho que a chefe deve se tratar...”
- “Eu tenho que aprender a ficar muda, senão ela fica com raiva de mim...”
- “Ali eu me sinto uma escrava... perde-se a liberdade para trabalhar...”
- “No momento devo acatar e silenciar”.
- “É muito ruim a pessoa se sentir subjugada...”
- “Tive baixa avaliação, isto contribuiu para que eu entrasse de licença...”
- “Fui *comunicada* que iria mudar de setor...”
- “Meu problema piorou lá no trabalho, meu chefe é muito centralizador... sempre fui de questionar, agora fico calada...”
- “Tenho vontade de voltar a trabalhar mas tenho medo da chefia...”
- “Tenho escutado que devo voltar logo, porque se não, vou se demitida”.
- “A palavra da chefia não combina com o que ela faz”.
- “O chefe tem um tratamento diferenciado para os funcionários...”
- “Todo mundo tá fugindo...tem um rapaz que não aguentou a pressão, deprimiu gravemente...”
- “Recebi elogios de uma colega, mas a chefia disse que isto era fruto do trabalho de outra colega... Tive vontade de ir embora e não voltar mais...”
- “O serviço é desumano...”

“Só nos dão valor quando estamos funcionando...”

“Quando vim para cá me disseram outra coisa, a prática é outra”.

Cada declaração destas tem, como nos ensina Austin, a força de atos. Os atos mencionados têm características de atos injustos, insensíveis, verticais, opressores. Pode-se observar a presença do que Austin chama de infelicidade dos atos.<sup>18</sup> Um dos exemplos deste tipo de infelicidade do ato acontece quando há quebra de compromisso entre o que é dito e o cumprimento do que foi dito.

Esta é uma característica dominante da comunicação no INCA, assim como na maioria dos hospitais. Uma coisa é o que é dito, outra, o que é praticado. Estes atos, que quero chamar também de jogos de linguagem, mostram como as relações, ou as formas de vida que predominam, são marcadas pela desumanização das relações. Seriam mais representativas de algo como formas de morte, do que propriamente de vida. As falas mostram como as relações são verticalizadas, como as pessoas se sentem desvalorizadas quando não estão totalmente bem. Deste grupo participam funcionários de setores diferentes, às vezes com endereços diferentes.<sup>19</sup> Portanto, poderíamos imaginar que houvesse vários contextos, com culturas institucionais diferentes e também com jogos de linguagem diferentes. No entanto, é interessante observar que a linguagem não varia com o contexto.

Funcionários de unidades e tipos de trabalho diversos queixam-se das mesmas situações. As falas acima são de pessoas de setores diferentes. Os contextos variam e os jogos de linguagem permanecem os mesmos. O vocabulário é fixo, como se fosse uma língua morta, que já não sofre a transformação dos falantes. A representação de si ou auto-imagem é a de máquinas que não podem ter algum defeito ou funcionar com menos intensidade em alguns períodos, já que há uma expectativa permanente de rendimento total e perfeito. A linguagem serve para comunicar, e não para comunicar-se. Ela deixa de ser um compromisso entre partes, como ensina Austin, para tornar-se um instrumento de manipulação daqueles que têm mais poder (os chefes), sobre os que lhes são inferiores. As chefias são vistas como imutáveis, talvez porque justamente as pessoas não vêm

---

<sup>18</sup> Para Austin os performativos podem ser infelizes de três maneiras: pela quebra de compromisso, pelo abuso de forma e pela nulidade do ato.

<sup>19</sup> Recorde-se que o INCA é dividido em muitas unidades, sendo 5 unidades hospitalares e ao todo dezoito endereços.

as palavras como instrumento que sirva para modificar as relações. A saúde física e mental é descrita como diretamente afetada pelo efeito do poder que as chefias têm sobre as pessoas. O vocabulário usado é, muitas vezes, o que se usava no tempo da escravidão.

Em seguida apresentarei o segundo eixo, no qual os funcionários falam de seus sentimentos em relação ao INCA:

“Não existe valorização do funcionário”.

“Você tem que rodar (pelos setores) porque é necessidade da Instituição; e a sua necessidade, onde fica?”

“Você é tratado como se fosse um irresponsável”.

“Está havendo um abuso de poder”.

“Se o funcionário não é combativo, ele chuta o balde, chega tarde, faz tudo errado”.

“As avaliações entre Ministério (funcionários que pertencem ao quadro dos Ministérios, e têm estabilidade) e FAF (fundação Ary Frausino, aqueles que não têm estabilidade) não são fiéis à realidade...”

“O Símbolo INCA dá uma arrogância para as pessoas”.

“Eu não estou deixando ninguém (referindo-se a estar de licença), só quero ficar viva...”

“Nós temos um plano de saúde que não cobre a psiquiatria e a psicologia...”

“De 30 pessoas que vêm trabalhar no INCA, 29 vêm com ar de Deus...”

“O profissional de enfermagem é muito exigido na humanização...”

“O hospital só quer produção, a gente que se dane...”, “ Por isto que o adoecimento é muito grande”.

“Não se sai para almoçar porque não dá tempo, quanto foi faturado?”

“O que se esconde atrás dos números?”

“Você sabe que está tudo errado, mas não pode falar, está desesperada e nada pode fazer...”

“Várias colegas perderam a mama porque não tiveram tempo de se cuidar...”

“Estou em depressão por causa do serviço, principalmente”.

“Quando você está do outro lado, como familiar do paciente, vive coisas aqui que nunca imaginou ver e ouvir”.

“É como se o hospital tivesse virado as costas prá você”.

“Estou me sentindo punida”.

“Eu acho que dei muito para o INCA... estou com cinquenta anos”.

“Eu acho o INCA muito desumano”.

“A comunicação entre as pessoas é muito difícil no INCA, está todo mundo armado...”

“No INCA existe roubo de serviço”.

“No INCA eles esperam que o funcionário caia duro, que deprima, para aí, mudá-lo de setor...”

“Sempre tinha sido uma apaixonada pelo INCA, sempre vesti a camisa... agora estou com hipertensão, glicemia alterada...”

“É muito difícil lidar com o câncer... ver a transformação das pessoas que chegam lindas e vão se desfigurando... a Psicologia é falha no INCA”.

“O INCA é um lugar em que você sofre. Saio arrasada todo dia. Sente-se aquela consumição.”

“O INCA era minha vida”.

“O serviço no INCA é desumano...”

“Só nos dão valor no INCA quando estamos funcionando...”

Neste segundo eixo, os atos de fala expressam de forma contundente a relação das funcionárias com a Instituição. Os jogos de linguagem usados para expressar esta relação são referidos a um tipo de dedicação total, no qual as pessoas fundem, fazem coincidir sua própria vida com o INCA. Podemos sugerir que quando as pessoas esperam que a instituição reconheça, (como se tivesse havido um contrato verbal imaginário) a dedicação de toda uma vida, há o que Austin chama de nulidade do ato, na medida em que nenhuma instituição está em posição de retribuir um tal nível de entrega.

Claro que neste caso, estou inferindo um diálogo a partir do que é dito e esperado pelas pessoas. Este é um aspecto interessante; as pessoas falam do INCA como se ele fosse um ser. Há um jogo de linguagem que antropomorfiza a Instituição, talvez numa tentativa de humanizá-la. De criar uma forma de vida mais próxima e de acesso mais fácil. Outro jogo de linguagem presente é o de que as pessoas adoecem em função do tipo de instituição em que trabalham. A grande maioria atribui o seu adoecimento a algum aspecto, ou a vários, do regime de trabalho e ao tipo de relação aí estabelecida. É possível levantar a hipótese de que o adoecimento é um processo que se constrói ao longo do tempo, inclusive em

função do tipo de jogos de linguagem cristalizados que imobilizam as formas de vida já existentes e impedem o aparecimento de novas formas.

O terceiro eixo é o que expressa as falas sobre o adoecer, os jogos de linguagem nos quais as funcionárias fazem a conexão entre o adoecer e o trabalho. Para ilustrar este jogo de linguagem apresento as falas do terceiro eixo, sintomas relacionados ao trabalho:

“No meu setor de origem tem quatro pessoas com o mesmo problema de coluna que eu”.

“Desgosto com relação ao trabalho vai matando aos poucos... vou refazer os exames... glicose alta, colesterol, hormônios”.

“Se vocês forem olhar a lista de funcionários, vão ver, é enorme... as pessoas querem fugir”.

“A gente tem uma carga horária absurda no INCA... mas estou mudando com relação a tanta exigência”.

“Não gosto do setor e fui obrigada a ficar lá... estou sentindo que isto está me prejudicando fisicamente”.

“Não quero continuar a me sentir assim, como um pastelzinho de botequim”.

“É uma caixinha montada, não quero fazer parte disso”.

“Estava estourando, precisava falar... alguém precisava nos ouvir”.

“Eu não tinha vida própria, vivia para o trabalho”.

“Eu acho que peguei uma aversão... não quero voltar prá lá”.

“Um acúmulo de situações que me causavam dor e virou estresse”.

“A dor ficou insuportável por causa do estresse”.

“Quando você está certa, tiram o seu tapete”.

“Me rotularam de uma tal maneira que eu não aguentei mais... estou com a glicose alterada, pressão alta... dói na gente saber que a gente se doa tanto e na hora que precisa, a Instituição vira as costas pra gente”.

“Fiz obstrução intestinal, depressão, estou somatizando os problemas com o trabalho... dois enfermeiros morreram”.

“Dois enfermeiros se mataram”.

“Os enfermeiros não cuidam de si”.

“Nós devíamos nos aposentar com 25 anos de serviço, é muita carga”.

“Esta doença foi o serviço que me botou”.

“Não se pode ter dor nas pernas, dor de cabeça, nada, tem que ser máquina”.

“Se você não funciona mais, te tratam como um nada”.

“Eu quero voltar da licença e mudar de setor, com uma carga horária menor”.

“O meu setor tem que funcionar sábado, isto é desumano”.

“Não adianta esperar reconhecimento de ninguém no INCA”.

“Lá é um purgatório”.

“O trabalho dos enfermeiros é muito estressante, eles ficam sobrecarregados”.

“O espaço é mínimo, o número de pessoal é reduzido, não dá pra trabalhar assim”.

“Já trabalhei muito sob pressão”.

“O ambiente de trabalho tem que ser mais humano”.

Estas falas mostram como as funcionárias fazem uma conexão entre o trabalho e o processo de adoecimento. Estresse, pressão, falta de humanidade, relato de sintomas físicos e psicológicos são exemplos bastante fortes de como o INCA é uma instituição onde não se brinca. Num dos encontros do grupo uma pessoa falou da impossibilidade de rir no trabalho. De como isso fazia falta. O jogo de linguagem da brincadeira, do humor não faz parte deste cotidiano. Muitas delas, no grupo, se descobriam fazendo brincadeiras e rindo como crianças...

O adoecimento, geralmente seguido da licença médica, parece ser o jogo que promove uma mudança no jogo de linguagem submissão-servidão-dedicação exclusiva-esquecimento de si, para o jogo questionamento-revolta-tratamentos vários-olhar para si. Parece ser somente no momento em que as pessoas adoecem que começam a se ver como seres individuais, com uma vida não fundida com a Instituição. Verifica-se que é preciso criar espaços novos, novas formas de vida para que novos jogos de linguagem possam ser criados.

## 4.5

### Do sujeito singular aos grupos coletivos

Um dos autores que ajudam a pensar a questão da singularidade e do grupo é Mikhail Bakhtin, filósofo da linguagem. Assim como Austin, para ele, a linguagem é sinônimo de ação, de intervenção na vida. Um dos conceitos centrais em sua teoria é o de dialogia. Pensar dialeticamente a realidade social é ver, através da língua dada, a palavra dando-se num movimento contínuo. A palavra é a mediadora entre o social e o individual. Ao aprender a falar, o ser humano também aprende a pensar, na medida em que cada palavra é a revelação

das experiências e valores de sua cultura. Deste ponto de vista, tem-se que o verbal influencia nosso modo de percepção da realidade. Portanto, cabe a cada um assumir a palavra como manutenção dos valores dados. Assim, é uma ação sempre interessada, uma ação política, examinar a prática dos grupos de uma perspectiva Bakhtiniana. Portanto, cabe a cada um assumir a palavra como manutenção dos valores dados ou como intervenção no mundo. Como diz Bakhtin : “Tudo se reduz ao diálogo, à contraposição dialógica enquanto centro. Tudo é meio, o diálogo é o fim. Uma só voz nada termina, nada resolve. Duas vozes são o mínimo de vida”. ( Bakhtin, 1978)

O pensamento de Bakhtin revelado em suas obras, apesar de plural, tem uma unidade garantida pela centralidade da linguagem; seu método de análise é a dialética. *Dialogismo* é o conceito que permeia toda a sua obra. É o princípio constitutivo da linguagem, o que quer dizer que toda a vida da linguagem, em qualquer campo, está impregnada de relações dialógicas. A concepção dialógica contém a ideia de relatividade da autoria individual e conseqüentemente o destaque do caráter coletivo, social da produção de ideias e textos. O próprio humano é um intertexto, não existe isolado, sua experiência de vida se tece, entrecruza-se e interpenetra com o outro. Pensar em relação dialógica é remeter a um outro princípio — a não autonomia do discurso.

As palavras de um falante estão sempre e inevitavelmente atravessadas pelas palavras do outro: o discurso elaborado pelo falante se constitui também do discurso do outro que o atravessa, condicionando o discurso do eu. Em linguagem bakhtiniana, a noção do eu nunca é individual, mas social. Nos seus escritos, Bakhtin aborda os processos de formação do eu por meio de três categorias: o eu-para-mim, o eu-para-os-outros, o outro-para-mim. Da formulação dessa tríade, pode-se entrever sua inquietude frente a algumas questões: Como o eu estabelece sua relação com o mundo? Existe uma oposição entre o sujeito e o objeto? Para ele, não há um mundo dado ao qual o sujeito possa se opor. É o próprio mundo externo que se torna determinado e concreto para o sujeito que com ele se relaciona.

Esta concepção parece-me muito apropriada para pensar a questão de como a individualidade se relaciona com o coletivo, de como o eu, na verdade, se forma e se transforma nas relações com os outros. A partir desta concepção, vou percorrer e retomar algumas das experiências de grupo (algumas já citadas

anteriormente) e mostrar como a realidade daqueles contextos foi modificada pela intervenção grupal.

## **No Hospital da Marinha**

Era o ano de 1979, o movimento da Reforma Psiquiátrica dava os seus primeiros passos. Eu recém-formada, pouco sabia desse movimento. Do que consigo lembrar, não tinha ouvido falar dele.

Meus anos de faculdade foram marcados por uma grande assepsia política, fruto sem gosto da ditadura militar. Ainda inexperiente, mas super interessada em mudar aquela realidade estática, na qual os chamados loucos ficavam presos nas enfermarias bem no fundo do hospital, comecei, junto com a equipe que havíamos formado, a fazer os grupos de jornal e de cinema. O grupo de jornal fazia com que os marinheiros organizassem suas ideias em forma de poesia, de prosa, ou de qualquer outro gênero discursivo, para depois discuti-las com os companheiros e conosco, a equipe. O grupo de cinema consistia na ida dos pacientes uma vez por semana ao auditório dos almirantes para assistir a um globo repórter, sempre seguido de uma discussão sobre o filme. Na ocasião, o padre do hospital tinha um contato na Globo e conseguia os documentários para nós. Não me esqueço do *frisson* que causávamos ao passar pelo hospital inteiro com os pacientes até a chegada ao auditório. Era como se as pessoas estivessem vendo um filme exótico.

Olhavam-nos com surpresa, curiosidade e espanto. O interessante é que os dois grupos continham a possibilidade de trazer à tona a individualidade de cada um e ao mesmo tempo significar uma mudança na prática coletiva daquele contexto. Os pacientes que nunca haviam sido escutados, eram solicitados a falar, dar suas opiniões, a escrever, produzir textos, falar sobre si, sobre suas vidas. Segundo Bakhtin, o que havia ali até a chegada da equipe com seus ideais de mudança, era um contexto monológico, sem trocas, sem responsividade, sem produção de subjetividades. Importante observar desde já que os grupos eram diferentes, e cada um produzia efeitos e resultados diferentes.

Não se trata de pensar que o grupo é um modelo que deve ser reproduzido tal e qual, porque deu certo em determinado lugar. Proponho que pensemos o grupo como um dispositivo, (noção que será abordada no capítulo quinto) para que venha a ser, como diz Bakhtin, um instaurador de discursividade. Ali, naquele

universo militar, no qual imperava o gênero de discurso padronizado, rígido, foi possível, com os grupos, criar um lugar para os pacientes, dando-lhes existência concreta, dando-lhes positividade através de suas vozes, de seus nomes, de seus olhares para o mundo. Foi possível mudá-los (literalmente) de lugar. Fazendo-os transitar fisicamente pela alameda do hospital, eles passaram a existir para os outros, saindo daquele fundo escuro, cheio de grades, onde o sol e as estrelas não brilhavam. Naquele período, a vida dos pacientes mudou e a vida do hospital também. E isto significou muito.

### **No Engenho de Dentro**

Quatro anos depois, tendo feito uma pós-graduação na França, onde estudei muita psicopatologia, voltei para o Brasil e passei no concurso para trabalhar numa enfermaria no então Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Nise da Silveira. Ali eu estava num dos embriões mais férteis da Reforma Psiquiátrica. Na enfermaria do Hospital Gustavo Riedel, éramos uma equipe formada exclusivamente de mulheres. Cuidávamos de sessenta pacientes. Neste hospital havia duas enfermarias masculinas e duas femininas. Havia pacientes com quadros agudos e outros que já chegavam com histórias de muitas internações. Os pacientes chegavam do Pronto-Socorro sem nenhum tipo de apresentação, e era difícil estabelecer a relação com pessoas que chegavam ali como laranjas chegam num supermercado. Pensamos então em fazer um grupo de recepção na enfermaria para recebermos os pacientes.

O grupo era composto pelas profissionais da equipe e pelos pacientes recém chegados. Fazíamos as apresentações dizendo nossos nomes e funções e fazíamos as perguntas para saber por que motivo eles tinham sido internados. É claro que o grupo demorava muito tempo. Pessoas em crise psicótica de um modo geral estão com dificuldade de falar de si de modo organizado e coerente. Por isto mesmo este dispositivo tornou-se tão importante. Ao fazer isto, dávamos a eles o crédito que ao serem internados, haviam perdido. “A palavra como compromisso”, ensinam Austin e também Bakhtin.

Sempre havia um espanto inicial quando o grupo começava. Nos olhares dos pacientes pairava uma certa suspeita que talvez os fizesse começar a relativizar suas experiências. Poderia ser algo assim: por que estas moças falam

conosco como se fôssemos gente, gente normal, que sabe de onde veio e para onde vai...??? A própria forma do grupo disparava, criava uma possibilidade subjetiva nova – o eu-para-o outro de Bakhtin. Depois do grupo encerrado a equipe discutia os casos, definia o terapeuta-base e o projeto terapêutico de cada um. Assim como o terapeuta-base, o técnico que seria o piloto do tratamento de cada paciente. Esse terapeuta-base podia ser qualquer técnico da equipe. O importante é que a equipe discutisse os casos diariamente. Éramos nós para eles e vice versa.

### **Na Colônia Juliano Moreira (1988)**

Essa experiência aconteceu na sequência do trabalho relatado no Engenho de Dentro. Quando relatei o caso de Paulo Braga, no capítulo 3, item 3.4, contei a história da mudança forçada de dezoito técnicos para a Colônia Juliano Moreira. Ao chegar lá fui trabalhar no ambulatório do Hospital Jurandyr Manfredini, onde ficava situada a emergência da Colônia. Ao iniciar o trabalho me deparei com uma lista de espera de 500 pacientes. Esse número me pareceu inverossímil. O que estariam essas pessoas esperando? Refletindo sobre a experiência recente no CPPII, na qual o pronto-socorro fazia apenas uma triagem dos pacientes, sem sequer ter a preocupação de reenviá-los às suas enfermarias de origem - o que nos fez criar o grupo de recepção, estimei que o mesmo deveria acontecer ali.

Conversando com um amigo, colega, Sergio Levcowitz, resolvemos fazer grupos para avaliar a lista de espera. Fizemos vários grupos durante alguns meses. O resultado foi muito interessante. Apenas um quarto das pessoas precisavam de tratamento. As outras já tinham resolvido suas questões com seus próprios recursos. Estes grupos serviram por um lado para avaliar a demanda daquela fila, e constatar que o número era falso. Serviram para questionarmos a qualidade do serviço feito na emergência. Serviram ainda de inspiração para o grupo de avaliação da demanda e psicoterapia, no Pinel, relatado no capítulo 5, item 5.4. A partir daí iniciamos o grupo de recepção no Pronto-socorro, atendendo as pessoas em equipe e em grupo. Os grupos de avaliação foram um dispositivo de conversa com uma população que havia sido atendida apenas de forma vertical pelo profissional médico. Um olhar monológico, que não estabelece troca com o outro.

Cito um caso como exemplo do olhar que escuta e conhece: D.B. veio ao grupo de segunda-feira, na emergência. Estava muito triste, e se dizia deprimida. Contou então que havia perdido uma neta de dez anos, há pouco tempo. A menina teve diagnósticos de “problemas de coluna” durante dois anos. Até que um novo médico fez o diagnóstico certo – câncer. O tempo perdido não pôde ser recuperado. Ela já estava no estágio terminal. Morreu logo depois. Perguntada sobre sua rotina, D.B. disse que estava fazendo suas tarefas de casa, as compras da casa, se alimentando bem e cuidando dos outros netos. Na hora de dormir, preparava um chá de alface e o sono vinha. Sentia muita dor pela perda da neta e chorava muito. Por isso procurou o hospital.

Chegamos à conclusão, aparentemente óbvia, que D.B. estava de luto, fazendo o luto, de maneira saudável. A médica da equipe manteve a medicação – chá de alface, e propusemos que viesse ao ambulatório conversar comigo. D.B. ficou perplexa. Dizia: “vocês não vão me dar medicação? Eu não vou fazer terapia?” Explicamos a ela o que concluímos, mas foi difícil. Relutou muito, até aceitar. Veio algumas vezes conversar comigo, e sempre me perguntava: “Doutora, a senhora tem certeza que não preciso de terapia?????????”

Esse caso de D.B. exemplifica bem como a população já está psiquiatrizada, mesmo antes de procurar algum serviço. Isso porque, assim como ela, muitas pessoas chegam já pedindo remédios e psicoterapia. O que pode ser um bom tema para outro trabalho. Mas, aqui, o que nos interessa, é que, certamente, D.B. estava na fila de espera do ambulatório, porque quando foi atendida na emergência pela primeira vez, o médico receitou para ela um antidepressivo que ela não tomou! Isso ela contou como uma confissão, num dos encontros comigo. E também disse a ela que precisava de psicoterapia! Ela confessou também que esse médico havia concordado com o seu pedido. É preciso explicar que D.B. não compareceu aos grupos de avaliação. Optou por voltar à emergência. Ou seja, esse trabalho é árduo e duplo – escutar as pessoas e fazê-las acreditar nos seus próprios recursos, como o chá de alface de D.B. e, por outro lado, desfazer a iatrogenia provocada por atendimentos que enxergam os sintomas sem levar em conta a história de cada um.

Neste contexto qualquer mal estar é igual a sintoma, que é igual a necessidade de tratamento. Nesta lógica não há profissional que chegue para atender. É a lógica da psiquiatrização das pessoas. Com o novo grupo na recepção

invertemos esta lógica e instauramos uma lógica dialógica, escutando as necessidades de cada um. Este grupo deu origem à RIPP, Recepção Integrada Philippe Pinel. (descrita no capítulo 3)

## 5

### O Grupo como Espaço de Resistência - como dispositivo, lugar de potência, espaço paradoxal

Tomo aqui, como principais referências: Gilles Deleuze, Michel Foucault, Spinoza, José Gil, Regina Benevides de Barros. No item 5.1, a noção do grupo como dispositivo de Foucault, revista por Deleuze - que se contrapõe à noção de grupo tal como foi utilizada pelos primeiros autores que teorizaram sobre grupos - o grupo como dispositivo não é uma entidade *a priori* – abstrata – que antecederia o seu próprio funcionamento - lógica molar: conectada a unidades - mas sim linhas de força – que na sua permanente tensão – produzem novos fluxos subjetivos – no decorrer de sua lógica molar, conectada à processualidade. No item 5.2 O grupo como potencializador da humanização do trabalho, a RIPP; 5.3 O grupo como espaço paradoxal, utilizando o conceito de espaço paradoxal de José Gil. O dispositivo/espaço - que entendido no plano da imanência, dos devires, produz mudanças no cotidiano das instituições, desestabilizando as estruturas rígidas, criando sem cessar novos modos de fazer e de ser. Proponho também a reflexão sobre a influência ocorrida ao longo das últimas décadas, da desvalorização do grupo como espaço analítico legítimo, em prol da análise individual – e a interrogação sobre a possível conexão entre este processo e a concepção utilizada pela maioria dos analistas de grupo – o grupo concebido como um todo – transcendente, que falava como uma entidade única! – Congelamento das histórias no tempo (atemporal) e no espaço (transcendente)? No item 5.4 A experiência do “Grupo de avaliação de demanda e psicoterapia”; 5.5 O que queremos dizer quando chamamos a este grupo - Grupo de demanda e psicoterapia, e à RIPP, de espaços paradoxais?

Escolhi esse trecho de Saramago pela beleza e conexão com os fluxos de que trato aqui. O rio, a vida, a memória, o corpo, a vida que flui.

“Do novelo emaranhado da memória, da escuridão dos nós cegos, puxo um fio que me aparece solto./ Devagar o liberto, de medo que se desfaça entre os dedos./ É um fio longo, verde e azul, com cheiro de limos, e tem a macieza quente do lodo vivo./É um rio./ Corre-me nas mãos, agora molhadas./Toda a água me passa entre as palmas, e de repente não sei se as águas nascem de mim, ou para mim

fluem./Continuo a puxar, não já memória apenas, mas o próprio corpo do rio./ Sobre a minha pele navegam barcos, e eu sou também os barcos e o céu que os cobre, e os altos choupos que vagorosamente deslizam sobre a película luminosa dos olhos./ Nadam-me peixes no sangue e oscilam entre duas águas como os apelos imprecisos da memória./ Sinto a força dos braços e a vara que os prolonga./ Ao fundo do rio e de mim desce como um lento e firme pulsar de coração./ Agora o céu está mais perto e mudou de cor./ É todo ele verde e sonoro porque de ramo em ramo acorda o canto das aves./ E quando num largo espaço o barco se detém, o meu corpo despido brilha debaixo do sol, entre o esplendor maior que acende a superfície das águas./ Aí se fundem numa só verdade as lembranças confusas da memória e o vulto subitamente anunciado do futuro./Uma ave sem nome desce donde não sei e vai pousar calada sobre a proa rigorosa do barco./ Imóvel, espero que toda a água se banhe de azul e que aves digam nos ramos por que são altos os choupos e rumorosas suas folhas./ Então, corpo de barco e de rio na dimensão do homem, sigo adiante para o fulvo remanso que as espadas verticais circundam./Aí, três palmos enterrarei minha vara até a pedra viva./ Haverá o grande silêncio primordial quando as mãos se juntarem às mãos./ Depois saberei tudo.” “Não se sabe tudo, nunca se saberá tudo, mas há horas em que somos capazes de acreditar que sim, talvez porque nesse momento nada mais podia caber na alma, na consciência, na mente, naquilo que se queira chamar ao que vai nos fazendo mais ou menos humanos”. (José Saramago)

## 5.1

### **Dispositivo: a definição de Deleuze na leitura de Foucault**

No texto *Dispositivos em ação: o grupo*, Regina Benevides faz referência à definição dada pelo Aurélio, de que dispositivo é aquilo que contém disposição, o que indica o caráter ativo do termo. Em seguida, retoma a leitura feita por Deleuze (1988) da definição de dispositivo dada por Foucault: “é de início um novelo, um conjunto multilinear... é composto de linhas de natureza diferente”. Segundo a autora, esta definição ajuda a pensar se o grupo pode ser um dispositivo.

Para esta reflexão, cita algumas definições de autores que trabalharam com grupos: “o grupo é mais que soma das partes, tendendo ao equilíbrio, configurando um campo dinâmico de forças pensadas em relação ao todo” (Lewin); “é um agregado de indivíduos... sendo a grupalidade uma qualidade inalienável do ser humano... é uma totalidade psicológica, unidade indivisa” (Bion); “o grupo é um objeto de investimento pulsional, lugar de intercâmbio entre inconscientes que produzem fantasma... é uma relação imaginária” (Anzieu, Pontalis, Kaes); “o grupo é um conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes

de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe explícita e implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade” (Pichon-Rivière).

Estas definições demonstram uma concepção de grupo fundada no modo de subjetivação do século XIX, na qual a noção de “indivíduo” predominava enquanto forma de expressão da subjetividade. Elas representam o grupo como um todo, uma estrutura, uma unidade. O grupo seria um indivíduo, assim como a sociedade também. O que está na base dessas concepções é a ideia de invariância, de um lugar universal, uma abstração.

O grupo aqui seria concebido como alguma coisa que funciona de forma independente dos movimentos que o produziram. Estamos aqui na tradição da filosofia grega platônica que se baseava na transcendência. É sempre o que está fora da relação que lhe dá significado. (Deus em Descartes, a Razão em Kant). A autora chama esta lógica de “molar”, aquela que apreende os objetos em seu estado já constituído. Em seguida, contrapõe a esta, a lógica molecular, a que corresponde o conceito de dispositivo de Foucault na leitura feita por Deleuze. Nesta, os dispositivos constituem um composto, um emaranhado de linhas, sendo que Foucault destaca quatro tipos de linha para desenhar a ideia de dispositivo: a de visibilidade, a de enunciação, a de força e a de subjetivação.

Para Foucault, segundo Deleuze (1988), com relação às linhas de visibilidade e de enunciação, os dispositivos são “máquinas que fazem ver e falar”. A realidade não foi, assim, feita para ser conhecida, mas, “é feita de modos de iluminação e de regimes discursivos. O saber é a combinação dos disíveis de um estrato, não há nada antes dele, nada por debaixo dele”. (Benevides, R., p.186) O grupo pensado deste modo seria descentrado do seu lugar de objeto de conhecimento, ou de objeto pulsional, tomado pelo emaranhado de linhas que nele se cruzam, das histórias que nele se tecem; o grupo é assim conectado não a unidades, mas a processualidades.

Segundo a leitura de Deleuze, é preciso rachar o grupo, para pegar as linhas que o atravessam, por onde elas crescem, pelo meio. Aqui aparece a dimensão do poder-saber, na qual as linhas levam as palavras e as coisas à luta incessante por sua afirmação. Estas linhas passam por todos os pontos do dispositivo. Segundo a autora, no “dispositivo-grupo, o rastreamento das forças em jogo se faz pelo mapeamento da manutenção/desmanchamento das

instituições, da naturalização/desnaturalização dos modos de viver/sentir, dos acompanhamentos dos fluxos, que se deslocam no tempo, produzindo modificações nos territórios constituídos” (Benevides, R., p.187).

O embate de forças se dará não apenas no eixo verticalidade/horizontalidade, mas no da transversalidade que não para de desmontar as linearidades explicativas dos atos-sujeitos”. (idem) Aqui trata-se de atos de expansão, atos de implosão, atos-corte-de-fluxos. As linhas de força nos levam a estar no meio o tempo todo. Estamos no meio, no entre, onde não há mais identidades que se sustentem, a não ser a da evidente provisoriedade. Neste universo de linhas não há mais a lógica da disposição ordenada entre partes, mas uma outra lógica, que é a das bifurcações divergentes, aquelas que se afirmam no “e” que se multiplica.

Na continuidade, vêm as linhas de subjetivação. São as linhas de invenção dos modos de existir. A dimensão de si não está determinada *a priori*... “a linha de subjetivação é um processo, uma produção de subjetividade, num dispositivo: deve fazer-se, para que o dispositivo a deixe ou torne possível.” (Deleuze,1988). O dispositivo-grupo pode incidir exatamente onde a linha de subjetivação do indivíduo prevalece. No trabalho de grupo existem conexões não apenas entre pessoas diferentes, mas também entre modos de existencialização diferentes. “Isto cria um vasto campo de confrontos, de interrogações, que se propagam, criando fossos onde antes estava cimentado.

Muitos diriam que isto não é exclusivo de um grupo, e que não há garantias que isso possa ocorrer no grupo. É verdade. Mas é verdade também que as falas portadoras de cristalizações, os afetos congelados em territórios fechados, quando acionados pelo dispositivo grupal, veem-se na adjacência de uma inquietação, podendo, se intensificadas, deslocarem-se do lugar naturalizado a que estavam remetidas...

O estar diante dos outros pode disparar movimentos inesperados, porque é o desconhecido – não só enquanto experiência, mas também enquanto modo de experimentar - que passa a percorrer a superfície dos encontros. O sentido de outro, aqui, é tanto o de outra pessoa-nível molar, quanto o de outrem-nível molecular. Outrem é a composição de linhas que desenham movimentos imprevisíveis, possibilitando a captação de um mundo das margens, de perturbação, que arrasta o pensamento do atual ao impensado. Outrem não é

nenhum objeto/sujeito particular. Outrem é multiplicidade, é coletivo”. (Idem, p.188)

Aqui, as linhas de subjetivação menores, parciais, poderão se fazer no dispositivo-grupo desmanchando o modo-indivíduo. Segundo Foucault (1991) é preciso desindividualizar pela multiplicação e pelo deslocamento, pelo agenciamento de combinações diferentes. “O grupo não deve ser o elo orgânico que une indivíduos hierarquizados, mas um constante gerador de desindividualização”. O contato com o outro e outrem pode destituir o eu de seu lugar emanador e sobrecodificador (Benevides, p.188)

Em seguida, a autora refere-se ao fato de que a experiência com grupos tem mostrado o quanto o “experimental ouvir o outro” irradia uma experimentação de ouvir outros modos de subjetivação, de existencialização, outras línguas para outros afetos, outros modos de experimentar. Além de provocar um deslocamento de espaço de vivência das angústias, fundamentalmente experimentadas como individuais. Poder penetrar no campo dos fluxos, acompanhar seus agenciamentos, sempre coletivos, permite-nos intervir por remetimento a esta ordem coletiva/múltipla e não aos “sujeitos”, seus fantasmas e histórias privadas. “Isto vai criando o contato com os outros-de-si, pré-individualidades ainda informes, vão se abrindo canais de contato com o coletivo que somos” (Benevides, R., p.189).

Na sequência, a autora discute o que caracteriza um dispositivo e o que se quer acionar quando se aciona o dispositivo-grupo; diz que como o trabalho dos grupos se dá no desembaraçamento das linhas que o compõem, este trabalho é cartográfico. É transformando que se conhece. Insiste em que não há sentidos a serem revelados, mas sim a serem criados.

É da fecunda tensão das linhas que configuram um dispositivo que poderá advir o novo. “O que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção, naquilo que se encontra bloqueado de criar, é o seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que procuram explicar dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e ao mesmo tempo produz outras...” (Benevides,R., p.189) Para nos alertar contra o perigo de elegermos um dispositivo como sendo a salvaguarda contra armadilhas em que já não se quer mais cair (em uma comunicação feita no Instituto Philippe Pinel sobre “O novo

modelo de cuidados” fiz referência à importância do “cuidado com o novo modelo” (Corbisier, C., 1998), a autora cita o exemplo da qualidade total, em franca expansão nos dias de hoje, como um antiexemplo do que vem defendendo. Neste caso trata-se de uma busca por homogeneidade de objetivos e ações, na qual até pequenas heterogeneidades já estão previstas.

O que está em jogo é a valorização do indivíduo como responsável pelo melhor rendimento com um esforço “concentrado”... Sem dúvida caberia uma análise detalhada situando historicamente esta tática travestida de novidade de exploração da mais-valia. Insiste no aspecto da sobre-implicação do trabalhador. Segundo Lourau (1990), a sobre-implicação é “a ideologia normativa do sobre-trabalho, da necessidade de implicar-se”. “Uma das pontas da sobre-implicação é a ilusão participacionista, um ativismo que quando analisado, parte-se em passividades obturadas em seu potencial criador. A sobre-implicação é a exigência não mais apenas de um corpo docilizado, mas de uma subjetividade serializada, ansiando por mais identificação com as instituições que lhe exigem um suplemento de valor. A sobre-implicação é o regime no qual a “Qualidade total” conforma o dispositivo-grupo como aliado em seu projeto de instalar um nós que vem carregado de uma pasteurização que homologa o modo-indivíduo. Os rituais de avaliação constantes, periódicos, vão muito além da “recompensa” por um bom desempenho, incidem nos processos de constituição/manutenção das subjetividades ressecadas de vigor, vampirizadas em sua capacidade criadora (Benevides, R., p. 191).

A autora finaliza o artigo enfatizando a importância de o dispositivo grupo fazer-se analítico, inventando fugas, penetrando no modo molecular, pondo a funcionar outros modos, e reiterando que é desta maneira que o singular ganha expressão, é aí que ele emerge do coletivo-multiplicidade, é aí que ele convida as identidades a mergulhar na agitação das diferenças.

## 5.2

### **Um exemplo do grupo como dispositivo**

Para citar um exemplo de um dispositivo que corresponde à definição de Foucault, retomada por Deleuze, e também para ilustrar a potência do dispositivo grupal gostaria de retomar o trabalho da Recepção Integrada, já descrito em

detalhes no capítulo 3, implantado no Instituto Philippe Pinel, em 1991. (Corbisier, C., 1991, 1993)

Esse trabalho caracterizou-se pela implantação de equipes multidisciplinares que atendiam em grupo na emergência do hospital. Partíamos da premissa de que era importante escutar as pessoas na porta de entrada para então saber porque elas estavam procurando um hospital psiquiátrico. Esta premissa já indicava que não inferíamos um saber *a priori* sobre os motivos das pessoas virem à emergência. Diferente do atendimento tradicional, o dispositivo-plantonista médico-paciente, que tende a considerar quem ali vem, *a priori*, como um paciente, na RIPP, (sigla que virou apelido com várias conotações!) escutávamos para depois avaliarmos o que cada um precisava, queria, podia. Este dispositivo desdobrava-se em três momentos - o da escuta em grupo, o da reunião da equipe para discutir as falas de todos, e o terceiro momento, no qual chamávamos as pessoas individualmente para conversar sobre o que havíamos pensado a respeito de sua situação. Importante ressaltar como a simples forma do dispositivo grupal instaurava e promovia possibilidades de descrições e experimentações das questões de cada um.

Na interação coletiva, a demanda deixava de ser meramente individual, na medida em que a presença de outras pessoas contribuía para a construção de suas experiências, de seus relatos. Havia a construção de uma demanda afetada pelo coletivo, que se sobrepunha ao, digamos assim, primeiro motivo individual que trouxera a pessoa até ali. Quantas vezes escutamos a frase: “ah, o meu problema é muito pequeno perto do da dona Priscila, já nem tô mais deprimido, estou triste porque perdi o emprego, cheguei aqui achando que o mundo tinha acabado...” Além disto, incluíamos nos atendimentos os acompanhantes, familiares, vizinhos, sempre que queriam participar. Este detalhe fazia deste dispositivo algo que dava à escuta uma dimensão que a ampliava, que acrescentava ao nosso universo de possibilidades de compreensão o plano das relações das pessoas nos seus universos particulares.

Parafraseando Foucault lido por Deleuze, acolhíamos e criávamos linhas de força, de visibilidade, de enunciação ao instituímos um dispositivo no qual não havia saber nem poderes prévios àqueles que eram construídos em cada grupo, a cada vez. Diga-se de passagem, saberes transitórios, na medida em que se desconstruíam e se reconstruíam no segundo e no terceiro momentos do processo.

No segundo momento: a equipe reunida discutia a situação de cada pessoa, à luz de diferentes óticas profissionais, de forma horizontalizada, sem que nenhum conhecimento prevalecesse sobre outro. Daí sempre nasce algo que é de todos, de cada um e de ninguém. Um saber-poder-fluxo que circula entre nós, sem se ancorar em ninguém, nem em nenhum invariante prévio.

Este saber-poder-fluxo fica submetido ao inesperado e ao imponderável do terceiro momento: a equipe conversava com cada um (e acompanhante, se benéfico fosse) e construía naquele momento outro fluxo, que era afetado pela maneira como cada um recebia a comunicação sobre o que fora conversado no grupo e reconversado pela equipe. Somente nessa etapa é que realmente algo se tornava mais definido quanto ao encaminhamento posterior - que incluía dentre as possibilidades até mesmo um retorno à RIPP para uma nova conversa, nos mesmos moldes ou com outra configuração. Em termos mais concretos – não fechávamos diagnósticos, não selávamos etiquetas psiquiátricas em ninguém. Este dispositivo permite aumentar a potência de agir das pessoas, no que, parafraseando Spinoza, podemos chamar de bons encontros, abrindo assim novas possibilidades de vida para quem nos procura.

### 5.3

#### O grupo como um espaço paradoxal

*“Deprived of a mother to love him,  
]Descartes divorced Mind from Matter”  
(W.H Auden)*

Constatamos que, historicamente, o grupo enquanto lugar de tratamento psicanalítico perdeu muito de sua legitimidade. Costuma-se considerar que o grupo pode ser terapêutico, mas fica restrito a isso. Embora a discussão das supostas diferenças entre as noções daquilo que é chamado de “verdadeira análise” e aquilo que seria “apenas terapêutico” seja um tema que mereça reflexão e aprofundamento, o objetivo deste trabalho não é dirigido a este tema, mas sim, a pensar de que maneira podemos lidar com o dispositivo-grupo como espaço paradoxal.

Pretendemos mostrar como o espaço do grupo, tomado como paradoxal, pode ser tão psicanalítico quanto uma análise individual. Para isto, faremos algumas reflexões teóricas, recorrendo a José Gil, Gilles Deleuze, Regina Benevides; e em seguida faremos conexão com a experiência realizada no Hospital Philippe Pinel, para mostrar que um grupo pode funcionar como um espaço paradoxal; e, desta forma, produzir agenciamentos psicanalíticos legítimos.

Considero importante lembrar a concepção de Foucault, retomada por Deleuze, sobre a noção de dispositivo, tomando como referência o artigo de Regina Benevides sobre o tema. No artigo, a autora mostra que há uma diferença entre lidar com o grupo como funcionando segundo uma lógica molar, ou segundo uma lógica molecular. Retoma a concepção de grupo de alguns autores como Lewin, Kaes, Bion e outros, para mostrar como estes psicanalistas tomavam o grupo como um todo, na lógica molar, onde a singularidade dos participantes desaparecia em função do grupo tomado como um ser que tinha vida própria, inconsciente, desejos, enfim, que falava por todos, como se não houvesse diferença alguma entre as falas dos participantes. Ora, sabemos que, pelo menos teoricamente, na análise individual, só existe a singularidade do paciente e do analista. O que, do nosso ponto de vista, não assegura que um verdadeiro processo analítico ocorra. Sabemos de muitas análises que duram anos, sem que de fato haja alguma mudança na posição subjetiva do sujeito em questão.

Pretendemos mostrar que o grupo, tomado como espaço paradoxal, pode ser um lugar de tratamento psicanalítico tão eficaz quanto uma análise individual.

Segundo Benevides, não devemos nem tomar o grupo como um todo, nem tão pouco, como indivíduos isolados, porém, partes do todo, pois ao fazer isto, estaríamos trocando seis por meia dúzia.

Nossa perspectiva é bem outra. Alternar o olhar sobre o grupo, tomado como outro ser, para o indivíduo como elemento básico dessa “unidade maior”, em nada mudaria, pois apenas estaríamos virando a moeda de lado. Em ambas as faces, o que encontramos são unidades, todas irreduzíveis a suas partes, indivíduos, enfim (Benevides, R. , 1997).

O que queremos discutir na linha daquela autora é a concepção una, totalizante, seja do indivíduo, ou do grupo. É a noção de invariância, do universal, algo que independe dos movimentos que o produziram e produzem. “É sempre

algo de fora da relação entre os seres que lhes dará significado (Deus, em Descartes; a Razão, em Kant), uma transcendência, sem dúvida” (Ibid.). Estaríamos aí em pleno plano da transcendência.

Para Foucault, segundo Deleuze (1988), “os dispositivos são máquinas que fazem ver e falar”. O que se destaca aqui é que em cada formação histórica há maneiras de sentir, perceber e dizer que conformam regiões de visibilidade e campos de dizibilidade. Isto quer dizer que em cada época, em cada estrato histórico, existem camadas de coisas e palavras, formas e substâncias de expressão, formas e substâncias de conteúdo. Não há, portanto, uma luminosidade em geral a iluminar objetos preexistentes, assim como não há enunciados que possam falar ou ser falados se não estiverem enviados a linhas de enunciação, elas mesmas compondo regimes que fazem nascer os enunciados. (Ibid.)

Foucault considera necessário fazermos extrações em cada estrato. Por que? Porque ao entrarmos em contato com o que está “fora” do saber, podemos anunciar outras formas de dizibilidade e visibilidade. Para utilizar uma expressão de Deleuze (1972): é “preciso pegar as coisas para extrair delas as visibilidades... é necessário rachar as palavras ou frases para delas extrair seus enunciados”. Trata-se de extrair as variações que não cessam de ocorrer

Pensemos agora num grupo. Descentrado do seu lugar de objeto de conhecimento ou de investigação pulsional, tomado pelo emaranhado de linhas das muitas histórias que nele se cruzam, pelos regimes de enunciação e visibilidade que o sustentam, o grupo é um dispositivo conectado não mais a unidades/totalidades, mas a processualidades. Caberá, pois, instalar-se sobre as linhas que o compõem e o atravessam seguindo suas múltiplas direções. “Rachar as palavras, rachar as coisas, rachar o grupo, para pegar as coisas por onde elas crescem, pelo meio.” (Ibid.) Estamos aqui no plano da imanência.

O que discutimos acima é o questionamento sobre aquilo que, enquanto dispositivo, pode abrir novos fluxos subjetivos, promover novos agenciamentos de vida e desterritorializações.

Mostramos que a concepção de grupo como totalizante, invariante, está situada no plano da transcendência. Pensando com Benevides, Foucault e Deleuze, esta é uma concepção que cristaliza as subjetividades. Deixamos aqui a questão – até que ponto, não foi esta maneira de pensar o grupo que fez com que

este, pelo menos no meio psicanalítico, tenha se tornado algo pouco respeitado, pouco legitimado, como tratamento psicanalítico?

## 5.4

### **A experiência do grupo de avaliação de demanda e psicoterapia**

A ideia de criar este grupo surgiu a partir do trabalho realizado na Recepção Integrada, a RIPP, (Corbisier, C., 1994) implantada em 1991 no Pinel. A RIPP atendia os pacientes em grupo e em equipe. Um dos objetivos principais deste trabalho, feito na emergência do hospital, era o de avaliar o que as pessoas vinham buscar ali – as chamadas demandas. Este tipo de atendimento não abrangeu toda a demanda que chegava ao Pinel. Na discussão sobre a implantação do projeto, a maioria dos plantonistas médicos não aderiu à RIPP. Por esse motivo, estabelecemos um critério para que estes atendessem as pessoas que chegavam em viaturas, da polícia, ou dos bombeiros. Na prática, as equipes da RIPP atendiam também estes casos; primeiro porque a proposta não tencionava “dividir” pessoas, nem pelo meio de transporte que vinham, nem pelos tipos de crises; segundo, porque havia dias em que o número de atendimentos era enorme, e os plantonistas não davam conta de todos os que chegavam nas viaturas.

Uma das características desse atendimento era a longa duração dos grupos: às vezes mais de duas horas. Este longo tempo costumava ser alvo de críticas; mas nossa ideia era exatamente escutar com calma e cuidado quem nos procurava ali. Acreditávamos que somente com tempo e atenção poderíamos realmente compreender e avaliar as demandas.

Não só fazíamos grupos muito demorados, (para desespero daqueles que entendem emergência psiquiátrica como sinônimo de atendimento rápido, muita medicação e silêncio das histórias), como muitas vezes fazíamos o que batizamos de “retorno de RIPP”. Isto significava pedir às pessoas que retornassem à RIPP, com a mesma equipe, para que a escuta e a avaliação da situação tivesse continuidade. Mais tempo com, e para as pessoas!

Apesar de todo esse trabalho, cuidadoso e delicado, acontecia, por vezes, que não se conseguisse saber o que de fato aquela pessoa queria, precisava ou podia. Foi a partir destas situações que surgiu a ideia do Grupo de Avaliação de Demanda. Era o ano de 1993. (Corbisier, C., 2000) Aliás, no início, o nome do

grupo era só esse. O “e Psicoterapia”, veio depois, no processo do trabalho, porque muitas pessoas iniciavam um processo de tratamento a partir da avaliação das demandas.

É importante observar que, na época, foi necessário, por exigências institucionais, dar um nome ao grupo; mas ressaltar que o que acontecia na prática transbordava em muito este nome.

Criamos então, junto com Priscila Magalhães e Liliane Mendes Penello, o grupo de avaliação de demanda. A ideia, a proposta, era continuar escutando as pessoas, sem que isto significasse que essas estivessem necessariamente em tratamento. Esta proposta mostrou-se uma possibilidade de inverter o modelo tradicional de encaminhamento para o ambulatório – avaliando na continuidade da escuta, só encaminhá-los para o ambulatório as situações cuja indicação para um tratamento individual ficasse bem clara e se mostrasse realmente necessária. Este dispositivo-grupo, concebido desta forma, foi único e funcionou durante 10 anos.

As pessoas chegavam a este grupo, encaminhadas pela RIPP, e ali, iniciavam um processo de conversa sobre suas vidas. Não havia nenhum contrato estabelecido sobre o tempo de duração da permanência de cada um, não se falava sobre diagnósticos. Havia o compromisso do sigilo e a informação de que se tratava de um grupo aberto, no qual as pessoas chegavam e ficavam o tempo que quisessem ou precisassem. Não havia também critérios pré-estabelecidos com referência à gravidade maior ou menor das questões em jogo para que viessem frequentar o grupo.

Eram pessoas, com problemas existenciais de várias ordens. E nosso propósito, enquanto psicanalistas, era o de escutá-las, e facilitar a escuta entre elas. Às vezes chamávamos algum parente ou amigo, ou vizinho, e fazíamos atendimentos extra-grupo, para ampliar a possibilidade de compreensão da situação. Estes atendimentos aconteciam em função de pedidos dos integrantes do grupo, ou também como sugestão nossa. O grupo acontecia uma vez por semana, às quintas-feiras, e durava cerca de duas horas e meia.

Um exemplo para ilustrar o caráter paradoxal deste grupo, e também, o espaço paradoxal existente entre a RIPP e este grupo:

a) O momento da chegada de Vera à RIPP:

Um dia à tarde, estava atendendo na RIPP com um residente médico (as equipes funcionavam de acordo com as necessidades de cada dia e, por algum motivo, naquele dia estava reduzida a nós dois).

Uma das integrantes do grupo era uma senhora, que chamarei de Vera. Bem vestida, cabelo arrumado, mas muito preocupada, contou-nos que havia algum tempo sofria de um engasgo que acontecia regularmente, que quase a sufocava, naquele momento, tinha a sensação de que ia morrer. Apressou-se em nos dizer que já havia procurado vários médicos especialistas, feito inúmeros exames, e que o diagnóstico de todos foi o mesmo – não havia nada orgânico, o problema era psicológico. Rapidamente nos disse: “Se vocês me disserem que o que tenho é emocional, saio daqui correndo!”

Diante desta surreal, mas real situação, no momento da discussão dos casos, quando pedíamos às pessoas que aguardassem fora da sala, o residente olhou-me, perplexo, e me perguntou: “O que ela veio fazer aqui?” Ao que respondi: “pedir ajuda”. “Mas ela não aceita que seja psicológico, o que a gente faz num caso destes?” continuou ele, cada vez mais embatucado. Conversei com ele sobre a importância de levarmos em conta a sua procura paradoxal: sua presença ali, na emergência do Pinel, afirmava o que ela negava com as palavras. “Sim”, disse ele, “mas como lidar com isto? Não aprendi nada parecido na faculdade!” Disse a ele que muitas vezes a faculdade nos prepara para que possamos aprender depois, na prática.

E dizia ele, nervoso: “ela não vai aceitar remédio, terapia, nada, vai sair correndo daqui!” Retruquei: “É, terapia, remédio, não vai mesmo. Mas isto significa que ela não quer aceitar nomes, rótulos, para o que lhe acontece. Mas sua vinda aqui expressa sua vontade de saber o que tem! E de parar de engasgar.” Ele continuou “você sabe fazer mágica?” Respondi: “não, sei escutar e tentar descobrir formas de ajudar as pessoas que não estão nos manuais. Estão na nossa capacidade de inventar, de criar modos de aliviar o sofrimento levando em conta o que não sabemos, tanto quanto elas.”

“Mas isso é muito difícil, inventar o quê?” Acho que tudo que aprendi até agora não serve para nada! Estou me sentindo um inútil! Um médico que não sabe como tratar uma paciente!” disse ele, cada vez mais desesperado. Eu disse:

primeiro, você não está sozinho, somos uma equipe, segundo, entre os manuais e as pessoas, existe a vida delas!

Fazer residência aqui no Pinel é aprender a lidar com gente que sofre, isto é, pôr em prática os princípios da reforma psiquiátrica. E Vera ainda não é uma paciente, pode vir a ser ou não, assim como todos que aqui desembarcam! Agir assim significa não psiquiatrizar o mal estar das pessoas de imediato, e, também, significa não mandar diretamente para o ambulatório alguém que, além de não aceitar isto, também sabemos nós dois do que ela realmente precisa! Precisamos ter a humildade de reconhecer que estamos diante de alguém que nos propõe um desafio, alguma coisa que foge totalmente ao que está instituído, ao que sabemos fazer sem ter que pensar muito, sem ter que conversarmos uns com os outros! Sentimo-nos inúteis quando achamos que precisamos seguir modelos, regras, monografias, manuais, e não achamos a resposta! Para exercermos nossa potência, nossa utilidade, o mais importante é podermos exercitar nossa capacidade criativa diante de cada um que chega com seu universo próprio, sempre único e disparador de perguntas em nós! Temos que admitir que as respostas que podemos dar são muitas vezes outras perguntas! O residente um pouco mais calmo disse: “Está ficando mais claro para mim... mas, Claudia, o que faremos com a Vera?”

Disse a ele então que a saída para aquela situação poderia ser conversarmos com ela, dizendo: “A senhora gostaria de vir aqui na quinta-feira, no terceiro andar do prédio em frente, conversar com outras pessoas, num grupo? A senhora vem, conhece as pessoas, vê como se sente, se gosta do ambiente; e, caso se sinta bem, pode voltar todas as vezes que quiser...” O residente com um jeito entre o espanto e muita interrogação no olhar disse: “Mas só isso? Não vamos falar nada sobre o engasgo, sobre o que pode ser?” Respondi: “você quer que ela saia correndo daqui e nunca mais volte, e acabe morrendo desse engasgo?” “Não, claro que não, Claudia. Mas você acha que ela vai aceitar algo tão inespecífico, tão vago?” Respondi: “não tenho certeza que ela vai aceitar; só posso apostar de que pode ser um jeito nosso, diferente, in/esperado por Vera de viver a contradição entre o que diz e o que faz com seu engasgo neste momento!”

Um jeito que contém respeito a sua enorme dificuldade atual de assumir nomeadamente que pode ter problemas psicológicos! Uma aposta de que possa vir a se tratar sem necessariamente ser obrigada a assumir esse passo, como um compromisso contra si própria! É uma aposta na força de sua presença, no esforço

que deve ter feito para vir até aqui para nos dizer que não queria estar aqui!” O residente, mais aliviado, mas ainda reticente, disse:” Claudia, você é muito engraçada, pode ser que dê certo, vamos tentar, falemos com Vera!”

Bom, depois de toda esta conversa, chamamos a Vera e propusemos a ela a nossa ideia, do jeito que descrevi acima. Ela disse, imediatamente: “que ótimo, estarei lá quinta-feira”, e saiu, toda satisfeita, com o semblante aliviado, depois de nos dar dois beijos em cada um... o residente, mais aliviado do que ela, disse: “Caramba, não é que funcionou?”

b) Vera no grupo:

Vera, como combinado na RIPP, veio na quinta-feira. Foi bem recebida por todos. Passou a vir regularmente às quintas-feiras. Não faltava. De início, escutava muito, pouco falava. Um tempo depois, começou a contar que ficou viúva com sessenta anos e que recentemente havia se casado novamente com o viúvo de uma prima. Moravam juntos, e tudo ia muito bem entre eles. Havia um detalhe: sua mãe de noventa anos morava com eles e a infernizava o tempo todo. Inclusive porque não gostou de Vera ter se casado novamente. Passou a falar muito disto, e da irritação que esta interferência de sua mãe em sua vida de casada lhe causava.

Nesta altura, já expressava sentimentos com palavras, gestos, olhares e precisava legitimar o que sentia de ruim por sua mãe quanto ao seu desconforto, deixando claro que esperava esta legitimação das outras pessoas. Todos lhe deram razão, e a incentivaram a impor limites às invasões maternas. Vera mostrava-se cada vez mais à vontade, passou a viajar com o marido, a sair para restaurantes, a viver sua vida de casada como queria e tinha direito.

No final de um ano frequentando o grupo, Vera, no início de uma sessão, disse: quero dizer para vocês que vim para este grupo porque tinha um engasgo que me perseguia, e que eu achava que um dia iria acabar morrendo numa das crises; pois bem, desde que estou aqui com vocês, nunca mais engasguei!” Todos riram muito e lhe deram parabéns pelo fim do engasgo! Vera continuou no grupo por alguns anos. Infelizmente teve que fazer uma pequena cirurgia que transcorreu bem, mas uma infecção hospitalar a levou de nós. Por muito tempo e ainda hoje sentimos a sua falta.

## 5.5

### **O que queremos dizer quando chamamos a este grupo - Grupo de demanda e psicoterapia, e à RIPP, de espaços paradoxais?**

A seguir, algumas ideias de José Gil, que trata destas questões no âmbito da dança, em seu livro *Movimento Total, o corpo e a dança*. (Gil,J., 2002), para tentar uma analogia com os processos do corpo na dança e nos grupos.

Gil contrapõe o ballet clássico à dança contemporânea, usando entre outras ideias, a contraposição entre o plano da transcendência e o plano da imanência. O ballet estaria no primeiro, e a dança contemporânea, no segundo.

No capítulo sobre “O corpo paradoxal”, Gil define o espaço paradoxal:

Espaço paradoxal: diferente do espaço objetivo, não está separado dele. Pelo contrário, imbrica-se nele totalmente, a ponto de não ser possível distingui-lo desse espaço: a cena transfigurada do ator não é espaço objetivo? E, todavia, é investida de afetos e de forças novas, os objetos que a ocupam ganham valores emocionais diferentes seguindo os corpos dos atores etc. (Gil,J.,p. 47)

Propomos pensar o espaço do grupo como um espaço paradoxal, onde as palavras-corpo de cada paciente criam uma atmosfera, ou zona, segundo Gil, na qual o dentro e o fora se diluem, acontecendo numa processualidade constante, no qual cada história, ao se conectar com outra, promove deslocamentos-fluxos, que tem como efeito uma nova conexão de cada um sobre sua própria história, agora já não só sua, mas ampliada e atravessada pelas palavras-fluxos dos outros. Neste contexto, o analista não está no lugar de suposto saber, como queria Lacan, mas no lugar paradoxal – ele sabe que quer saber do que não sabe, e precisa esquecer o que sabe para deixar circular as palavras-fluxo; passa a ocupar um lugar desejante de construção de fluxos de subjetividades. Neste caso, não há suposto saber, não há saber prévio, não há nada fora, nem acima, nem anterior ao que acontece no grupo. É no acontecer do tempo das palavras-gesto-respiração, que se constrói a tessitura das novas possibilidades subjetivas, o descentramento dos eus cristalizados, a desterritorialização de caminhos previamente construídos e fechados em si, na maior parte das vezes, fonte de sofrimento.

No capítulo “O que é uma dança atual? Yvonne Rainer”, Gil inicia a discussão sobre a diferença entre o real e a realidade; que segundo ele foi o que

determinou a recusa da dança moderna, em particular a de Cunningham, pelo grupo de Judith Church. Gil discute a diferença entre real e realidade:

“O que é o real? Brevemente direi que surge em ocasiões excepcionais, quando de uma descoberta que transforma o pensamento ou a existência, como acontece no decorrer das terapias psíquicas; ou em movimentos revolucionários, quando a percepção das coisas, do espaço e do tempo muda bruscamente; ou por vezes, quando o curso dos hábitos rompe-se violentamente, e os gestos exploram novos movimentos: um outro corpo emerge então.

Nessas ocasiões, temos a impressão de que um véu recobria a nossa vida anterior: era a realidade, que distinguiremos do real. Em todos os casos em que o real irrompe na realidade, arruinando a sua estabilidade, ocorrem sempre certos fenômenos: a relação do corpo com as coisas e com o espaço transforma-se, os corpos que até aí se mantinham separados das coisas e dos outros corpos entram de súbito em contato, senão em contágio. Como se uma barreira ou um muro invisível anteriormente os afastasse uns dos outros. Com o surgimento do real, a barreira rompe-se, o muro desmorona, o véu rasga-se.

Os lugares até então bem fixados nas coisas, mudam. O mapa dos movimentos (comportamentos) desloca-se e anima-se. O campo do possível imediato alarga-se – quando se supunha que a ordem do mundo iria durar para sempre num presente imutável. O possível agora é o do corpo concreto, do corpo-sensório motor portador de pensamento, como se os nós que os regulavam (e o amarravam) outrora se tivessem rompido, e o corpo tivesse entrado em expansão. Abertura do corpo ao espaço, intensificação das suas capacidades receptivas das vibrações do mundo. Acréscimo das potências ativas do corpo. Dilatação do espaço do corpo. A palavra liberta-se. Quando o real irrompe à superfície do tempo, o presente toma forma, o presente reapropriado, que não existia ainda porque dissolvido dos estratos do passado e do futuro. Jorra, e transforma profundamente o nosso sentimento do tempo. O tempo objetivo, o tempo da realidade e das coisas e dos outros, o tempo das instituições e do trabalho deixam de se impor. A defasagem entre o exterior e o interior desaparece. “Agora, os meus gestos ritmam e tecem um tempo presente em que minha ação e meu pensamento coincidem, e ambos se ajustam ao tempo coletivo. São o corpo e o espírito que se engendram e, por assim dizer, segregam o presente – que já não me

foge, mas se desdobra ao longo de toda a minha duração.” (Gil, J., 2007, p.154/155)

A definição de espaço paradoxal de Gil, assim como esta longa citação, nos parece, além de extremamente poética e bela, muito próxima do que acontece na experiência que relatamos. Pudemos criar, desde o atendimento de Vera na RIPP, uma experiência que podemos situar no plano da imanência, do devir, daquilo que ainda não sabemos, porque foi/é/e será sempre produzido no próprio momento da escuta, da conversa entre a equipe, no fluxo-acontecimento de cada atendimento, de cada sessão, de cada encontro.

O tratamento de Vera foi, do nosso ponto de vista, por intermédio de Gil, possibilitado pela criação inicial de um espaço paradoxal no momento do primeiro atendimento na RIPP e, na sequência, o desenrolar de um processo analítico que aconteceu de forma totalmente diferente de um processo padrão, onde se fazem contratos claros e bem definidos entre paciente e analista, onde há um *setting* geralmente pré-estabelecido de forma rígida, onde a estratégia de tratamento é explicitada, onde os sintomas são objeto de investigação explicitados. Onde tudo acontece no espaço da *doxa* (opinião), e não no espaço paradoxal. No caso de Vera, não falamos em tratamento, análise, psicoterapia. Não falamos do seu engasgo. Pela porosidade existente entre a RIPP e aquele grupo, pela forma aberta e inusitada de “conversarmos simplesmente”, Vera pôde tratar de seus conflitos e resolvê-los sem assumir que seu problema era psicológico!

Na época desse experimento, a maioria dos atendimentos feitos no ambulatório era individual. O que nem sempre correspondia à necessidade das pessoas. Nós, co-terapeutas do grupo, junto com Priscila Magalhães e Liliane Penello, que, na época, também era coordenadora do ambulatório, tentamos durante dois anos, fazendo reuniões semanais com os técnicos do ambulatório, ampliar esta lógica de grupos de avaliação como espaços de encaminhamento privilegiado a partir da emergência, para todo o universo do atendimento ambulatorial. Não conseguimos. A criação e funcionamento deste Grupo de Avaliação e Demanda foi uma experiência piloto que não foi ampliada para todo o ambulatório. Este fato pode ser expressão da dificuldade de colocar em movimento aquilo que já está cristalizado, mesmo num contexto no qual as mudanças estavam acontecendo, com o apoio da coordenação do ambulatório e da direção, como era o caso do Pinel naquela ocasião. Talvez tenha sido uma

experiência à frente do seu tempo. O tempo passou, e hoje, propomos que revisitemos este passado tão próximo, com o objetivo de repensar as lógicas institucionais, refletindo sobre as razões pelas quais não conseguimos fazer de todo o ambulatório, naqueles anos, um “espaço paradoxal”. Nossa proposta é repensar o que fizemos na Saúde Mental. No caso, contamos o exemplo da experiência piloto do Grupo de Avaliação e Demanda. A ideia é que experiências como estas possam vir a ser reavaliadas pela ótica atual, contribuindo para a ampliação e implantação da Política Nacional de Humanização. Há muitas questões para serem pensadas a este respeito; e certamente contribuiremos para a melhoria do Sistema Único de Saúde como sistema de atendimento de toda a população.

## Considerações finais

*Les étoiles ont été toujours au coeur des enfants et des poètes, mais ils ne savaient pas très bien pourquoi. L'astrophysique donne corps à cet amour en expliquant que les atomes, les étoiles les ont portés dans leur ventre. Le lien entre les étoiles, et plus généralement entre toutes formes du ciel, est génétique, matériel et historique. Le ciel est autant fait d'histoires que d'atomes. Toute lumière devient parole. Le big bang crie vers nous. (Michel Casé)*

Por que fazer uma tese sobre grupos hoje? A importância de recuperar as experiências realizadas durante mais de vinte anos está ligada a duas questões – a primeira, propor que possam servir de mola, base, inspiração para os profissionais que trabalham na clínica hospitalar. A segunda, ligada à primeira – a constatação e a pergunta – por que os grupos foram tão deixados de lado? Ao longo deste trabalho, ao contar as histórias, fiz alguns comentários sobre as possíveis respostas a esta pergunta.

A perigosa experiência contemporânea do culto ao individualismo - na qual, o espelho atual da maioria das pessoas não reflete a própria imagem – que costuma exigir uma imagem ditada pela mídia, na qual a perfeição, a juventude permanente, a homogeneização das formas dos corpos são as palavras de ordem, imagens estas que destroem a singularidade das pessoas, e as tiranizam na busca de uma suposta perfeição dificulta a possibilidade de cada um enxergar a própria imagem; dificulta também a possibilidade de enxergar o outro.

As pessoas tendem aos amontoamentos, aos agrupamentos, que em nada têm a ver com os grupos. Nesses agrupamentos, na maior parte do tempo, todos falam – poucos se escutam. O outro é uma espécie de plateia muda. Ou acontecem pequenos diálogos, cortados pela falta da real possibilidade de conversar. O fato de estar em grupos é um caminho para recuperar a própria imagem, a partir do olhar do outro, sempre imperfeito e real. Assim como, para Winnicott, o bebê precisa se ver refletido no rosto da mãe. (Winnicott, 1975)

Assim, os grupos vão na contramão desse ideário individualista “narciso acha feio o que não é espelho”, abrindo uma zona de compartilhamento, de vários

espelhos, de várias possibilidades de identificação, tecendo um espaço sempre em transição, sempre em movimento. Sim, vários espelhos, o que permite a relativização de muitas categorias, como por exemplo, dos defeitos – o que é defeito para um, pode ser qualidade para o outro!

A conversa que estabeleci com saberes tão diversos também faz parte de um ideário clínico que busca, como diz Morin, ligar os conhecimentos (Morin, 1999). Cito aqui três epígrafes desse colóquio organizado por Morin, em Paris, *Relier les Connaissances* (Morin, 1999)

O estrangeiro: Excelente amigo, aventurar-se a separar tudo de tudo, é algo não somente discordante, como também, desconhecer as Musas e a filosofia.

Théétète: Por que?

O estrangeiro: A maneira mais radical de aniquilar qualquer argumentação é separar cada coisa de todas as outras, porque a razão surge da ligação mútua entre as figuras. (Platão, O Sofista, 259, e)

Todas as coisas sendo causadas e causadoras, ajudadas e ajudantes, mediatas e imediatas, e todas se ligando por um elo natural e insensível que liga as mais distantes e as mais diferentes, penso ser impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, menos ainda conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes. (Pascal, Pensées, Ed. Brunscgwig, II, 72)

As ciências da natureza abraçarão as ciências do homem, e as ciências do homem abraçarão as ciências da natureza. (Marx, Manuscrit économique-philosophique)

Daí a insistência, ao longo deste trabalho, na conversa que tenta ligar os saberes. Percebo *a posteriori* que, ao lançar mão de saberes tão diferentes, construí uma equipe transdisciplinar para falar dos grupos. Retomo resumidamente a conversa com os autores escolhidos para essa tese-grupos.

Winnicott com toda a importância que dá ao ambiente – ao primeiro grupo humano – a unidade mãe-bebê.

Os grupos são sempre espaços paradoxais, concretos e fluidos, estão sempre no entre – uma situação e outra. Assim, nada mais coerente do que pensá-los como espaços transicionais. Assim como o espaço transicional de Winnicott, que está entre a criança e a mãe, os grupos estão entre cada um e o mundo. Mas, assim como Winnicott diz que a mãe, sinônimo de ambiente, precisa ser suficientemente boa, do meu ponto de vista, o mesmo ocorre com a construção dos grupos. É preciso uma dedicação muito grande, um investimento afetivo

suficientemente bom, uma barriga suficientemente boa, como illustrei no capítulo dois, falando do grupo barriga e da mãe-bebê. Nos grupos, podemos falar, gritar, gemer, chorar, cantar, silenciar, até fazer um parto. Porque há um ambiente que protege, que escuta, que cuida, que acolhe, que garante que depois dali poderemos todos ser melhores e diferentes.

Na interlocução com Bakhtin, a importância da dialógica, que contém a ideia da relatividade da autoria individual e conseqüentemente o destaque do caráter coletivo, social, da produção de ideias e textos. Sua noção de formação do eu, por meio das categorias do eu-para-mim, do eu-para-os-outros, o outro-para-mim. Para este autor, não há um mundo dado ao qual o sujeito possa opor-se. É o próprio mundo externo que se torna determinado e concreto para o sujeito que com ele se relaciona.

Do texto escrito ou falado cuja autoria é sempre relativa – a relevância de quem lê ou escuta, as apropriações necessárias e enriquecedoras das trocas.

Com Rorty, mostramos a importância da solidariedade, bastião do equilíbrio humano – a ideia de encontros não forçados, sua discussão sobre a ciência objetivista, estabelecendo uma analogia com a lógica objetivista hegemônica nos hospitais gerais, procurando mostrar como a clínica pode funcionar numa lógica da ciência enquanto solidariedade.

Déjournos mostra a importância do trabalho equilibrante. Para ele, o principal perigo é o subemprego de aptidões psíquicas, fantasmáticas ou psicomotoras, o que ocasiona uma retenção de energia pulsional, que é o que constitui precisamente a carga de trabalho. Segundo o autor, em matéria de economia psicossomática, motivação e aptidão estão a tal ponto ligadas que são quase equivalentes: para o sujeito com estrutura neurótica, a aptidão para produzir fantasmas se une à necessidade de se utilizar deles; confrontado com um trabalho em que a atividade fantasmática é inútil, ele enfraquece. Nos grupos, o trabalho se torna equilibrante, tanto pra os técnicos, quanto para os pacientes, na medida em que é possível e desejável escutar, relativizar o sofrimento, compartilhar as dores e as alegrias.

Marie-France Hirigoyen trata do assédio moral, conceito que utiliza para descrever diversas situações em diferentes contextos. Ilustrei este conceito com situações em que a clínica é atropelada por ele. Momentos em que a vida se perde – literalmente – em função desse comportamento de assédio. Assim como

também, situações clínicas e funcionais em que as pessoas foram desestabilizadas por chefes e familiares. Mostro como os grupos podem cumprir uma função de recuperação da auto-estima perdida em função dos agressores, recuperando as histórias, redescrevendo as subjetividades.

Com Austin, a palavra como ato, como compromisso entre partes – algo que é construído no grupo, e que se torna um elemento de consolidação dos laços. É algo notável como os grupos promovem a construção de novos laços, num processo verdadeiro e real de construção de relações.

Com Wittgenstein, as novas auto imagens, as novas formas de vida, os novos jogos de linguagem, os novos laços, coloridos e férteis de novas possibilidades. Nos grupos, tudo isso acontece de forma trabalhosa, mas consistente e verdadeira. E, em consequência, surgem as novas formas de vida, na medida em que, recuperando o passado, ou mesmo o presente podendo ser falado e escutado, compartilhado, as pessoas criam, descobrem, inventam formas diferentes de viver.

A noção dos grupos como dispositivos, retomando Foucault e Deleuze por meio de Benevides, mostra-nos como promovem novas situações, novos fluxos de vida, novos agenciamentos, novas linhas de visibilidade. Os grupos não como entidades abstratas, mas sim como processos sempre em construção. Nos devires, como diz Deleuze. Dispositivos que são criados na medida da necessidade dos contextos, dos territórios. Muitos diriam que isto não é exclusivo dos grupos, e que não há garantias de que isso aconteça. É verdade. Mas também é verdade que as falas portadoras de cristalizações, os afetos congelados em territórios fechados, quando acionados pelos dispositivos grupais, tornam-se inquietos, intensificam-se, podendo sair dos lugares congelados onde estavam. Os grupos são como aquela flor dormideira. Só que eles se abrem em qualquer momento, quando menos se espera.



Com José Gil, mostramos como o estar em grupo nos remete a uma memória ancestral, quando a sobrevivência dependia da solidariedade. Hoje,

curiosamente, as pessoas pensam que estão em grupos, mas na verdade, estão mais solitárias do que nunca. O objetivo dos grupos é recuperar a dimensão dos verdadeiros encontros, perdida em nossos tempos.

Aqui, os relatos foram fruto de uma construção ao longo de anos, sempre em função das necessidades das instituições. Em momento algum utilizamos modelos ou técnicas já propostas. Por isso, não há um método, uma técnica, uma pretensão de universalizar as experiências. Em cada momento, auscultávamos os corações de cada lugar, para tentar descobrir as batidas. Para descobrir que nota devíamos tocar. Para descobrir onde apertavam os sapatos.

O objetivo era contar as experiências, suas origens, e estabelecer uma interlocução com outros saberes. Contar as histórias dos grupos e compartilhá-las. Olhar os grupos de várias perspectivas. Mergulhar nos universos dos grupos para mostrar como são múltiplas as possibilidades de vivê-los, experimentá-los, transformá-los. Assim como participar deles modifica, redescreve, trata, ajuda a viver.

O reunir-se em rodas para rezar, dançar, silenciar, brincar, fez parte da história da humanidade há séculos, em diferentes tipos de sociedades. A experiência de estar em grupo promove efeitos que ligam as pessoas concretamente, e desta ligação surgem possibilidades de vínculos de vários tipos. Pessoas reunidas em grupo por motivos diversos experimentam possibilidades criadas pelo simples fato de terem se juntado ali.

- a) O conhecer-se é o primeiro efeito de estar num grupo. O que, no início, pode até ser vivido como uma obrigação. Estamos habituados a viver achando que não precisamos dos outros. O cruel mito contemporâneo. Mas logo surge a vontade de conhecer os outros, de saber o que esperam dali, para que estar ali juntos? – a vontade de conviver e de compartilhar.
- b) O comunicar-se: é a consequência natural das vontades acima. Para conhecer é preciso vencer as próprias barreiras, e ir em direção ao outro. Falar de si, querer escutar – a vontade da troca humana.
- c) O enfrentamento com a diferença: esta troca implica o difícil exercício de lidar com as diferenças. Saber escutar, no tempo do outro, saber falar no seu tempo, pensar sobre o que é dito e refletir, ter paciência com as dificuldades de cada um,

respeitar e aprender a falar sobre pontos de vista diferentes sem que isto signifique altercação. É a diferença que amplia o mundo.

Poderia falar ainda muito. Mas há o momento em que é preciso terminar.

Os aspectos citados parecem-me simples e profundos para justificar a proposta dos grupos como espaços transicionais – transição entre os eus solitários do mundo de hoje para eus acompanhados da riqueza do compartilhar a experiência de outros.

## Referências bibliográficas

ARENDDT, H. **Du mensonge à la violence**, Agora, éditions de poche, Calman-Lévy, 1972.

———. **A condição humana**, Ed. Forense Universitária, São Paulo, 2000.

AUSTIN, J. **Quando dizer é fazer**, Artes médicas, Porto Alegre, 1975.

BAKHTIN, MICAHIL, **Marxismo e filosofia da linguagem**. Tradução Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira, colaboração de Lúcia Teixeira Wisnik e Carlos Henrique D. Chagas Cruz. 5a. ed. São Paulo: Hucitec, 1978.

———. **Estética da Criação Verbal**, São Paulo, Martins Fontes, 2003.

BALINT, M. In **A experiência Balint, história e atualidade**, Casa do Psicólogo, 1995.

BENEVIDES DE BARROS, R. **Dispositivos em Ação: O Grupo** Em: Saúde e Loucura 6 - Subjetividade – Questões Contemporâneas. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997, págs. 183-191.

———. **Grupo, a afirmação de um simulacro**, Editora Salina, Porto Alegre, 2007.

BAREMBLITT, G. **Grupos e Técnicas**, Editora Graal, 1989.

BION, W.R. **Atenção e Interpretação**, Rio de Janeiro: Imago, 1973.

BRAIT; BETH; BAKHTIN. **Dialogismo e construção de sentido**. Campinas-SP: Educamp, 1997

CAMPOS, G.W.S. **A Reforma da Reforma, Repensando a Saúde**. São Paulo, Hucitec, 2006.

CORBISIER, C.; CAMPOS, G.; GOUVÊA C. Anais do Congresso Nacional de Psiquiatria, 1998, Fortaleza, 1987.

———. **Paulo Pergunta Por que?**, in Estrutura em Psicanálise, Cadernos de Psicanálise, número 7, Ano XIII, 1991

———. **A escuta da diferença na emergência psiquiátrica**, in Bezerra Jr., B., & Amarante, P. (orgs), Psiquiatria sem Hospício, Relume-Dumará, págs. 9-15, Rio de Janeiro, 1991.

———. **Da lógica psiquiátrica à lógica psicanalítica**, pg. 103-108 in Anuário de Psicanálise, Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1992/93.

———. **A ética da humildade**, in *Psicanálise e tempo*, cadernos de Psicanálise, ano XVI, número 8, revista do círculo psicanalítico do Rio de Janeiro, págs. 88- 99, 1994.

———. **Quando escutar é preciso**, in *Cadernos do IPUB*, vol.VI, número 17. págs. 59-69, 2000.

———. **A volta da TV Pinel**, in *Comunicação e Comunidade*, número 6, Editora Facha, 2000.

———. **A reforma psiquiátrica, avanços e limites**. In Amarante, P. (org) *Loucura e Civilização*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 279-299, 2001.

———. **A experiência da TV Pinel**, in *Anais do Encontro Comunicação e Comunidades Locais*, Porto Alegre, RS, 2002.

———. **Dos sujeitos singulares aos grupos coletivos**, in *Anais do Encontro Nacional de Saúde Mental*, Belo Horizonte, 2006, no prelo.

———. **A Reforma e a política de Humanização**, Rio de Janeiro, 2007 In: *Revista Polêmica*. Rio de Janeiro: UERJ. nº 22- novembro/dezembro de 2007. Disponível em <http://www.polemica.uerj.br/pol21/oficinas/lipis.htm>

CORBISIER, C. ; ZAMORA, M.H. ; VILHENA, J. **Réflexions sur le dispositif-groupe et l'humanization de la santé mentale au Brésil**, *Les Irreductibles – revue interculturelle et planétaire d'analyse institutionnelle*, número 12 Paris, França, junho de 2007.

COSTA, J.F. **A Faca no Coração**, *Jornal do Brasil*, Segundo caderno, 1988.

———. **Psicanálise e Contexto Cultural**, *Imaginário Psicanalítico Grupos e Psicoterapia*, Editora Campus, 1989.

———. **Violência e Psicanálise**, Editora Graal, 1984.

———. **Narcisismo em tempos sombrios** in *Percursos na história da psicanálise*, org. Joel Birman, Rio, Taurus, 1988, pp. 151-175.

———. **A Ética e o Espelho da Cultura**, Editora Rocco, 1994.

———. **Questão do Sentido na Teoria Psicanalítica**, in Bezerra, JR & Plastino, C. A., *Corpo, Afeto e Linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2001.

DÉJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **A Psicodinâmica do trabalho**, *Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*, Atlas, 1994.

DELEUZE, G. ; GUATTARI, F. **Mille Plateaux, Capitalisme et schizophrénie** 2, Les Éditions de Minuit, Paris,1980.

DELEUZE, G. **Spinoza et le problème de l'expression**. Les Éditions de Minuit, Paris, 1968.

———. **La Logique du Sens**, Les Éditions de Minuit, Paris, 1969.

———. **O que é um dispositivo?** Michel Foucault. *Philosophe Rencontre Internationale*. Paris: Deux travaux Seuil 9, 10, 11 janvier, 1988.

———. **Diferença e Repetição**, Edições Graal Ltda, São Paulo, 2006.

**DOCUMENTO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO**, Ministério da Saúde, 2002.

**ENCYCLOPÉDIE DE LA PHILOSOPHIE**, La Pochotèque, 1995

FREITAS, M.T.A. **Vygotski e Bakhtin**. 3ª ed. São Paulo, Ática, 1996.

FREUD, S. **Recordar, repetir y reelaborar**, Obras Completas, vol. XII, 1914. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1995.

———. **Construcciones en el analisis**, idem, vol. XXIII, 1937.

GIL, J. **Metamorfoses do Corpo**, ed. Relógio d'Água, Lisboa, 1997.

———. **Movimento Total, o corpo e a dança**, Editora Iluminuras, São Paulo, 2005.

HIRIGOYEN, MARIE-FRANCE. **Assédio Moral**, A Violência Perversa no Cotidiano, Bertrand Brasil, 2000.

JACQUET, C. **Le Corps**. Paris. Presses Universitaires de France, 2001.

———. **L'Unité du Corps et de L'esprit, Affects, Actions et Passions chez Spinoza**. Paris. Presses Universitaires de France, 2004.

KAES, R. In **A Instituição e as Instituições**, Estudos Psicanalíticos, pg. 19-56. Casa do Psicólogo, São Paulo, 1998.

MARX, K. **O Capital**, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1960.

MORIN, E. **Relier les Connaissances, le défi du XXI siècle**, in *Journées thématiques*, Seuil, 1999.

RORTY, R. Préface, in **Science et Solidarité: la Verité sans le pouvoir**, Éditions de L'éclat, 1990.

———. **Objetivismo, relativismo e verdade, escritos filosóficos I**, Relume-Dumará, 1994.

———. **A filosofia e o espelho da natureza**, Relume-Dumará, 2000.

ROTELLI, F. e al. **Desinstitucionalização**, Hucitec, São Paulo, 1990.

SAFRA, G. **A Po-Ética na Clínica Contemporânea**, Editora Ideias e Letras, Aparecida, São Paulo, 2004.

**Segunda Edição de Cartilhas da PNH/Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde, Material em fase de finalização** (circulação restrita)

SOUZA, C.E. **Fundacionalismo, evolução e relativismo**, Dissertação de mestrado, UFRJ, 2004.

VILHENA, J. & BARROSO, N. **As três tecelãs**. Notas sobre a relação entre a mulher, a violência e o trabalho. In: *Psikê*, vol.8, n.2. São Paulo, FMU, 2002.

———. **Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade. Pulsional Revista de Psicanálise**. Ed. Escuta. XV n. 163, 2002 <http://www.psiconet.com/brasil/pulsional/pulsional163.htm>

——— & BARROSO, N. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 8, N.1, P. 101-109, 1º Semestre de 2008.

WINNICOT, D. **O Brincar e a Realidade**, Imago, 1971.

———. **Da Pediatria à Psicanálise**, textos selecionados, Editora Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1978.

———. **O Ambiente e os Processos de Maturação**, Artes Médicas, 1979.

———. **Explorações Psicanalíticas**, D.W. Winnicott, orgs. Clare Winnicott, Ray Shepard, Madeleine Davis, Editora Artmed, Porto Alegre, 1994.

——— & SALEM, P. **“Reflexões sobre confiança e hábito em D.D. Winnicott e J. Dewey**, pg. 172 a 177, in “Winnicott e seus interlocutores”, org. Benilton Bezerra Jr, Francisco Ortega, Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 2007.

WITTENGENSTEIN, L. **Investigações Filosóficas**, Editora Vozes, quarta edição, 2005.

———. **Leçons et conversations**, Folio, Essais, 1992.