

CRISTIANE HELENA DIAS SIMÕES

**SOFREDORES, IMPOSTORES E VÍTIMAS DA
SOCIEDADE: IMAGINÁRIO DE UMA EQUIPE DE
SAÚDE MENTAL SOBRE O PACIENTE
PSIQUIÁTRICO**

PUC- CAMPINAS

2012

CRISTIANE HELENA DIAS SIMÕES

**SOFREDORES, IMPOSTORES E VÍTIMAS DA
SOCIEDADE: IMAGINÁRIO DE UMA EQUIPE DE
SAÚDE MENTAL SOBRE O PACIENTE
PSIQUIÁTRICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientador: Profa Dra Tania Maria José Aiello-Vaisberg

PUC- CAMPINAS

2012

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

t157.9
S593s

Simões, Cristiane Helena Dias.

Sofredores, impostores e vítimas da sociedade: imaginário de uma
equipe de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico / Cristiane Helena
Dias Simões. - Campinas: PUC – Campinas, 2012.
149p.

Orientadora: Tânia Aiello Vaisberg.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexos e bibliografia.

1. Psicologia clínica. 2. Imaginário. 3. Pessoal da área de saúde

CRISTIANE HELENA DIAS SIMÕES

**SOFREDORES, IMPOSTORES E VÍTIMAS DA
SOCIEDADE: IMAGINÁRIO DE UMA EQUIPE DE
SAÚDE MENTAL SOBRE O PACIENTE
PSIQUIÁTRICO**

BANCA EXAMINADORA



Presidente Profa. Livre Docente Tania Maria José Aiello- Vaisberg



Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato



Profa. Dra. Márcia Hespanhol Bernardo



Prof. Dr. José Roberto Brêtas



Profa. Dra. Vera Lúcia Mencarelli

PUC- CAMPINAS

2012

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Tania Maria José Aiello- Vaisberg.
Agradeço por ter acreditado no trabalho, pela parceria, imensa disponibilidade e conhecimento, leitura cuidadosa e paciência de discutir comigo os conceitos e minhas idéias sobre o tema.

Ao meu pai.
Reconheço todo seu apoio que me proporcionou chegar até aqui.

À minha mãe (*in memoriam*).
Saudosa recordação confortada por sentir que nossa união jamais foi interrompida.

Às minhas irmãs.
Obrigada por poder contar sempre com vocês.

Aos meus familiares, amigas, amigos e pessoas especiais.
Pelo apoio de cada um de sua maneira, com as mais variadas formas de contribuições.

Às examinadoras da banca de qualificação, Tania Granato e Márcia Hespanhol Bernardo.
Agradeço a leitura atenta e as contribuições.

Aos amigos do grupo de pesquisa, especialmente Aline Montezi , Antonina Muniz, Elisa Corbett, Fabiana Ambrósio, Kátia Zia, Mariana Pontes, Marcela Ferreira- Teixeira, Sueli Gallo- Belluzo e Tomiris Barcellos.
Sentir-se acompanhadas por todos em cada etapa desse trabalho foi uma experiência muito importante.

Ao Marco Antonio Beluzzo.
Por ter permitido o uso de suas fotografias para a realização de parte das entrevistas dessa investigação.

Aos participantes dessa pesquisa.
Pela disponibilidade de compartilhar as experiências profissionais.

Às secretárias do Programa de Pós- Graduação em Psicologia.
Pelo auxílio e orientações necessárias ao longo desses anos.

À CAPES.
Pelo apoio financeiro fundamental para a realização desse trabalho.

Finalmente, a todos que, embora permaneçam anônimos, indiretamente colaboraram com a realização desta tese.

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
RESUMEN.....	iii
APRESENTAÇÃO.....	iv
CAPÍTULO 1:	
PESQUISAS SOBRE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL.....	1
CAPÍTULO 2:	
ESTRATÉGIAS TEÓRICO- METODOLÓGICAS	25
CAPÍTULO 3:	
RELATOS DO ACONTECER CLÍNICO.....	45
CAPÍTULO 4	
SOFREDORES PSICÓTICOS, IMPOSTORES DEPENDENTES	
E VÍTIMAS DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA:	
CAMPOS DO IMAGINÁRIO.....	98
CAPÍTULO 5	
CAMPOS DO IMAGINÁRIO SOBRE O PACIENTE	
PSIQUIÁTRICO: CONSIDERAÇÕES	
REFLEXIVAS.....	109
REFERÊNCIAS.....	131
ANEXO 1.....	139
ANEXO 2.....	140

RESUMO

SIMÕES, Cristiane Helena Dias. Sofredores, impostores e vítimas da sociedade: imaginário de uma equipe de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico. 2012. 149f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

Considerando que as práticas clínicas baseiam-se tanto em conhecimentos científicos como em crenças e valores, o presente trabalho tem como objetivo investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo de trabalhadores de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico. A partir de entrevistas, articuladas ao redor do uso transicional de diferentes recursos mediadores, integrantes da equipe de uma instituição psiquiátrica foram abordados individual e coletivamente com o intuito de permitir a expressão subjetiva de uma personalidade transindividual. Os registros do acontecer clínico foram interpretativamente considerados à luz do método psicanalítico, permitindo a produção compreensiva de três campos de sentido afetivo-emocional: “Sofredores Psicóticos”, “Impostores Dependentes” e “Vítimas da Sociedade Contemporânea”. Os dois primeiros campos corresponderiam a subestruturas de um único imaginário, fundamentalmente comprometido com a tarefa de discriminar, para efeitos da obtenção de controle, o verdadeiro doente do indivíduo com problemas de caráter, o sintoma involuntário daquele que seria fruto da decisão pessoal de agir de modo moralmente condenável. O terceiro campo aponta para uma percepção diversa, que concebe o sofrimento psíquico como resultante direta de condições sociais concretas. O quadro geral suscita reflexões sobre a vinculação existente entre os campos do imaginário aqui criados/encontrados e importantes questões do campo da Psicopatologia, da Psiquiatria e da Psicologia psicanalítica.

Termos de indexação: *Trabalhador de saúde mental. Paciente psiquiátrico. Imaginário coletivo. Saúde mental. Psicanálise.*

ABSTRACT

SIMÕES, Cristiane Helena Dias. Sufferers, insincere e victims of society: imagination of a mental health team on the psychiatric patient. 2012. 149f. Thesis (Doctorate in Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

Considering that clinical practices are based upon scientific acknowledgement, beliefs and values, the purpose of this survey is to investigate mental health workers' collective imagination according to psychoanalysis point of view about psychiatric patient. By means of interviews articulated around different intermediary resources transitional use, constituents of a psychiatric institution team were interviewed individual and collectively with the intention of allowing the subjective expression of a transindividual character. The reports of the clinical occurrences were observed considering the psychoanalysis method, allowing comprehensive production of three fields of emotional-affective meaning: "Psychotic Sufferers", "Insincere Addicted", and "Victims of Contemporaneous Society". The two first fields are related to substructures of one single imaginary, fundamentally committed with the job of discriminating, in order to get control, the true diseased part from the individual with character problems, the involuntary symptom of that which would be a personal decision consequence of acting in a condemnable moral manner. The third field points to a different perception, which understands psychic suffering as a concrete social conditions straight result. The general situation rouses reflections about the existing linking between imaginary fields created/ found here and Psychopathology, Psychiatry and Psychoanalysis important issues.

Indexing terms: *Psychiatric patient. Mental health worker. Collective imagination. Mental health. Psychoanalysis*

RESUMEN

SIMÕES, Cristiane Helena Dias. Sufridores, Impostores y víctimas de la sociedad: imaginario de un grupo de salud mental sobre el paciente psiquiátrico. 2012. 149f. Tesis (Doctorado en Psicología) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

Considerando que las prácticas clínicas se basan tanto en conocimientos científicos como en creencias y valores, el presente trabajo tiene como objetivo averiguar psicoanalíticamente el imaginario colectivo de trabajadores de salud mental sobre el paciente psiquiátrico. A partir de entrevistas, articuladas alrededor del uso transicional de diferentes recursos mediadores, integrantes del equipo de una institución psiquiátrica fueron abordados individual y colectivamente con el intuito de permitir la expresión subjetiva de una personalidad transindividual. Los registros de lo que ocurre clínicamente fueron interpretativamente considerados a la luz del método psicoanalítico, permitiendo la producción comprensiva de tres campos de sentido afectivo-emocional: “Sufridores Psicóticos”, “Impostores Dependientes” y “Víctimas de la Sociedad Contemporánea”. Los dos primeros campos corresponderían a subestructuras de un único imaginario, fundamentalmente comprometido con la tarea de discriminar, para efectos de la obtención del control, el verdadero enfermo del individuo con problemas de carácter, el síntoma involuntario de aquel que sería fruto de la decisión personal de actuar de modo moralmente condenable. El tercer campo apunta para una percepción diversa, que concibe el sufrimiento psíquico como resultante directa de condiciones sociales concretas. El cuadro general suscita reflexiones sobre la vinculación existente entre los campos del imaginario aquí creados/encontrados e importantes cuestiones del campo de la Psicopatología, de la Psiquiatría y de la Psicología psicoanalítica.

Términos de indexación: *Paciente psiquiátrico. Trabajador de salud mental imaginario colectivo. Salud mental. Psicoanálisis.*

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste estudo é investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo de trabalhadores de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico. Entrevistamos nessa pesquisa 17 trabalhadores de saúde mental, com diferentes formações - médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêutico, assistente social, educadores físicos, enfermeiros, nutricionista. Esses compõem uma equipe de uma instituição privada que atende pacientes particulares e predominantemente de seguros de saúde.

Partimos da idéia de que as práticas de cuidado, atuadas cotidianamente, derivam tanto de conhecimentos científicos, adquiridos durante a educação superior, como de crenças e valores imaginativamente elaborados, que concebemos, adotando a perspectiva da Psicologia concreta como condutas, sob a precisa acepção que este conceito adquire no pensamento de José Bleger (1963). Esse termo, considerado como conceito fundamental da Psicologia, incluiria todas as manifestações do ser humano, quaisquer que sejam suas características de apresentação. É um fenômeno unitário que se expressa em três áreas: mente, corpo e mundo externo:

A conduta sempre implica manifestações coexistentes nas três áreas; é uma manifestação unitária do ser total e não pode, portanto, aparecer nenhum fenômeno em nenhuma das três áreas sem que implique necessariamente as outras duas; portanto, as três áreas são sempre coexistentes. O pensar ou imaginar – por exemplo – (condutas na área da mente) não podem se dar sem a

coexistência de manifestações no corpo e no mundo externo e – respectivamente- também o inverso. Essa permanente coexistência das três áreas não exclui o predomínio de alguma delas num dado momento, predomínio que permite qualificar a conduta como pertencente a cada uma das três áreas (Bleger, 1963, p.28).

Quando falamos em imaginário coletivo como conduta, referimo-nos não apenas à atividade imaginativa, em seu sentido mais conhecido, como produção de imagens psíquicas, mas também às práticas que geram produtos concretos, ou seja, objetos e procedimentos que se constituem como cultura, como ambiente humano, incluindo usos e costumes, crenças e valores socialmente compartilhados.

O imaginário, pensado blegerianamente como conduta, não seria a causa dos comportamentos exteriorizados de atuação no mundo, conforme as considerações da Psicologia clássica (Politzer, 1928/2004). Por este motivo, a determinação causal de toda atividade imaginativa, seja qual for a sua área de expressão – simbólica, corporal ou de atuação no mundo externo –, sejam tais expressões coincidentes ou contraditórias, será buscada na dimensão afetivo-emocional subjacente, ou seja, no campo psicológico não-consciente ou inconsciente relativo.

(...) deve tomar-se a conduta como uma unidade complexa que se manifesta sempre, em todo momento, simultaneamente nas três áreas e num campo total. O que um sujeito pensa ou deseja não

é – a rigor – o que inicia a conduta; é em si mesmo uma parte da conduta total e parte de um campo psicológico (...)

As respostas, as manifestações de conduta, não são psicológicas por uma presumida passagem pela área da mente; toda conduta é sempre, no ser humano, de caráter psicológico, porque se dá com os caracteres correspondentes ao mais alto nível de integração, seja qual for sua área de expressão predominante (Bleger, 1963, p. 53).

Assim, não entendemos o imaginário como fenômeno puramente e exclusivamente mental, a determinar causalmente as práticas, e sim como conduta unitária passível de se expressar segundo modos psíquicos (área 1) ou segundo modos de atuação, que pode inclusive gerar produtos materiais (área 3). Como se verá, configuramos as entrevistas, realizadas durante nossa pesquisa, como oportunidades transicionalmente configuradas, de aproximação ao que imaginam os trabalhadores de saúde mental sobre os pacientes psiquiátricos, o que pode fornecer boas pistas sobre o que é – e por que é – praticado e vivenciado no cotidiano laboral.

Essa investigação insere-se num grupo de pesquisa liderado pela professora Tania Maria José Aiello-Vaisberg, que, por ter sido responsável pelo ensino de Psicopatologia Psicanalítica, no curso de graduação em Psicologia

do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo¹, pôde perceber, desde muito cedo, que o maior desafio da tarefa que assumia não consistia na transmissão de conhecimentos teóricos e clínicos, e sim no lidar com o preconceito social relativo ao doente mental, do qual não pareciam totalmente isentos os próprios alunos. Tal exigência da prática impulsionou-a no sentido do desenvolvimento de uma série de investigações, a partir das quais, chegou a defender uma tese de livre docência especificamente sobre este tema (Aiello-Vaisberg,1999)². Nessa investigação, concluiu que uma transformação consistente das práticas psiquiátricas exigiria mais do que um esclarecimento racional, demandando uma elaboração de angústias subjacentes a um imaginário social povoado por temores profundos relativos à possibilidade humana de perda da razão. Conseqüentemente, considerou que o conhecimento de teorias psicopatológicas seria um elemento indispensável, porém não suficiente na formação do psicólogo clínico.

Nessa mesma pesquisa de livre docência, Aiello-Vaisberg (1999) propôs um estudo psicanalítico sobre representações sociais. Entretanto a continuidade e aprofundamento das investigações posteriores³ indicaram que essa noção, proposto por Moscovici (1961), padecia de limitações conceituais que não justificavam a continuidade de seu uso. Com sua difusão no campo das ciências humanas, passou a ser usada de modo que, cada vez mais, desconsiderava dimensões afetivas e sociais – aquelas que justamente mais

¹ Experiência que ocorreu de 1975 a 2003.

² Esta tese está disponível em <<http://www.teses.usp.br>>.

³ O leitor interessado em conhecer esta produção pode informar-se mediante o exame do currículo lattes desta orientadora, acessível em <<http://www.cnpq.br>>. Tais pesquisas foram transferidas, desde 2004, para a Pontifícia Universidade Católica de Campinas, seguindo a mesma linha de pensamento teórico-clínico.

interessam desde uma perspectiva blegeriana – para se limitar a registros esquematicamente cognitivos. Desse modo, delineou um tipo específico de investigação voltado ao estudo de “imaginários coletivos” ao invés de “representações sociais”. Esse conceito é, nessa perspectiva, concebido, seguindo indicações de José Bleger (1963), como conduta, como manifestação simbólico e concreto de subjetividades grupais que emergem de contextos inerentemente intersubjetivos (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008; Aiello-Vaisberg & Ambrósio, 2006)⁴.

Tais pesquisas, que eram inicialmente voltadas para o louco e/ou doente mental, indicaram que as estratégias metodológicas e as referências conceituais adotadas poderiam ser produtivamente utilizadas em investigações voltadas para outras problemáticas no campo do preconceito e da exclusão social. Destacamos, em meio a uma produção considerável, alguns estudos sobre imaginários coletivos de vários grupos sociais e em diferentes áreas da Psicologia. Dentre esses, destacamos alguns artigos e teses realizados ao longo desses anos: de pacientes psiquiátricos sobre a loucura (Machado, 1995); de endocrinologistas sobre pacientes obesos (Martins, 1998); de professores sobre o adolescente problema (Aiello-Vaisberg & Camps, 2002); de professores a respeito da criança adotiva (Pontes, Cabrera, Ferreira & Aiello-Vaisberg, 2006); de mães de portadores de Síndrome de Down sobre a condição de seus filhos (Couto, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007); de universitários no tocante a dificuldades sexuais masculinas (Martins, 2007); de professores relativamente a alunos com deficiência (Ávila, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007); de estudantes de Educação Física sobre pessoas com

⁴ Anos mais tarde, Florence Giusti Desprairies (2006) chegou a críticas bastante semelhantes.

deficiências (Russo, Couto & Aiello-Vaisberg, 2009); da equipe de Enfermagem quanto à gravidez interrompida (Tachibana, 2011); dos estudantes de Psicologia pertinentemente ao primeiro atendimento clínico (Gallo – Beluzzo, 2011).

Observamos, em nossa experiência como docentes e clínicos⁵, que o contato frente a frente com o paciente psicótico é acompanhado de muita expectativa, apreensão, sentimento de despreparo, de estar desprotegido, sendo um trabalho, muitas vezes, frustrante. O cuidado destinado a estas pessoas exige muito do profissional em termos emocionais, fato compreensivo quando lembramos que esse tipo de sofrimento corresponde a uma organização de defesas contra agonias impensáveis (Winnicott, 1963/1994).

Ao focalizarmos as dificuldades do clínico diante do paciente psicótico, devemos considerar o contexto específico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, processo que vem sendo implantado desde os anos oitenta. Esse substituiu uma antiga ordem, bastante conservadora, profundamente problemática, durante muito tempo, considerada como “natural”. Seu caráter, eminentemente autoritário e hierarquizado, atribuía a cada agente de saúde funções claramente especificadas a partir de uma perspectiva assumidamente organicista que, coerentemente, buscava a cura por via exclusivamente medicamentosa. Dentro dessa lógica, a internação psiquiátrica justificava-se

⁵ Temos realizado, desde a graduação, em âmbito do serviço privado, duas formas de atuação voltadas para pacientes psiquiátricos: psicoterapia psicanalítica e acompanhamento terapêutico. Tais práticas proporcionaram grande proximidade com o sofrimento de pacientes e seus familiares, motivando muitos questionamentos. Tivemos oportunidade de aprofundar nossa reflexão acerca da produção científica sobre o acompanhamento terapêutico (Simões, 2005) e acreditamos que esse tipo de enquadre, que não se reduz ao domínio de um conjunto de técnicas, define-se, essencialmente, pela adoção de um referencial teórico (Simões, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2008).

como medida facilitadora do tratamento e protetora daqueles que, convivendo com os pacientes, correriam riscos. Assim, as angústias e temores relativos à loucura e ao doente mental encontravam, neste dispositivo, um forte aliado no uso de defesas de tipo paranóide e obsessivo. Entretanto, o processo da Reforma Psiquiátrica⁶, no que se refere especificamente ao campo de tratamento, caracterizou-se pela desativação da maioria dos hospitais psiquiátricos, com o objetivo de substituí-los por outras redes de atendimento em saúde mental. Dessa maneira, os profissionais do asilo, até então familiarizados com certo tipo de prática, viram-se lançados em novas situações. Afinal, uma coisa é elaborar ou aceitar um novo pensamento e outra, bem diversa, é modificar hábitos e costumes. No caso em questão, a adesão à proposta antimanicomial implicou uma extraordinária aproximação em relação ao paciente, que pode ser considerada como uma verdadeira mudança paradigmática.

Assim, devemos considerar que além das dificuldades, até aqui apontadas, relativas à instauração de novas modalidades de aproximação e vinculação com o paciente, no cotidiano institucional, outros problemas, derivados da implantação deficiente das políticas públicas, ainda são simultaneamente enfrentados. A Associação Brasileira de Psiquiatria –ABP- (2010) protocolou um documento, no Ministério Público Federal, afirmando que o governo não está obtendo resultados satisfatórios no desenvolvimento de uma rede de atendimento em saúde mental, como é preconizado pela

⁶ Esse processo envolve uma grande variedade de indagações e críticas, que problematizam não apenas a dimensão do tratamento propriamente dito, mas também questões de ordem política e jurídica, epistemológicas e culturais (Amarante, 1995)

Organização Mundial de Saúde, por meio da Lei 10.216/01⁷, entre outros motivos, por adotar uma estratégia equivocada. Afirmam que parte significativa dos serviços de atendimento em saúde mental não funciona adequadamente, deixando grande parte da população desassistida. Embora o processo da Reforma Psiquiátrica tenha começado desde os anos 80, atualmente ainda ocorrem vários problemas: falta de leitos nos hospitais gerais, ausência de serviços especializados para atendimentos especializados em dependentes químicos, inexistência de serviços especializados para atendimentos de crianças e adolescentes, falta de medicação para pacientes dos serviços públicos, número reduzido de psiquiatras e escassez de residências médicas para combater o problema, além de nenhum investimento na formação dos profissionais. Quanto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs)⁸, a ABP (2010) aponta que muitos desses serviços estão com número reduzido de trabalhadores, não conseguem absorver adequadamente as demandas da população, não estão preparados para atender determinados diagnósticos, entre outros problemas que, por fim, acabam por reproduzir um modelo de cronificação asilar. Sobre a eficácia desses serviços abertos, Lima e Botega (2001) apontam que encontraram muitos portadores de transtornos afetivos e quadros não psicóticos com alto número de internações psiquiátricas,

⁷ Essa lei é conhecida como “antimanicomial”. Foi escrita pelo deputado Paulo Delgado nos anos 80 e após 12 anos tramitando na Câmara, foi aprovada em 06.04.2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (Brasil, 2001)

⁸ É um dos principais serviços substitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo de caráter aberto e comunitário. Esses equipamentos de referência têm o objetivo de oferecer atendimento a pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses e neuroses graves, entre outros quadros. Devem contar com uma equipe multiprofissional completa, voltada à assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, assistência social, psicoterapia, oficinas terapêuticas, atividades artísticas, atendimento domiciliar e familiar, entre outros serviços (Brasil, 2001).

provavelmente por necessitarem de um nível de atendimento além das possibilidades dos ambulatórios como estão hoje organizados.

Deste modo, é importante insistir, a bem da clareza, que dois tipos diferentes de fenômenos se encontram em jogo. Um deles diz respeito ao impacto emocional frente às vivências psicóticas dos pacientes, freqüentemente associadas a situações de precariedade social, enfraquecimento de vínculos e desamparo. O outro consiste no enfrentamento dos problemas colocados pela própria Reforma Psiquiátrica que, como todo discurso oficial, encontra obstáculos, de várias ordens, no processo de sua efetiva implantação.

Podemos considerar que os trabalhadores de saúde mental, isto é, os participantes dessa pesquisa, são agentes que tanto trabalham diretamente com os pacientes como também implantam e enfrentam concretamente, no seu dia-a-dia profissional, as mudanças preconizadas pelo processo da Reforma Psiquiátrica. Justifica-se, deste modo, o presente estudo, uma vez que visa investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo desses profissionais sobre o paciente psiquiátrico. Buscaremos produzir conhecimentos compreensivos sobre o modo como se posicionam em termos de idéias, emoções e crenças sobre o paciente psiquiátrico.

Esta tese está organizada em 5 capítulos, por meio dos quais pretendemos cumprir as exigências que logicamente estruturam todo e qualquer texto científico, independentemente da perspectiva epistemológica ou metodológica adotada: delimitação de objetivos, demonstração de sua relevância, descrição detalhada e fundamentada dos procedimentos metodológicos, resultados, que na pesquisa psicanalítica correspondem à

produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos, e discussão reflexiva sobre o conhecimento produzido.

O primeiro capítulo, intitulado “Pesquisas sobre trabalhadores de saúde mental”, apresentamos e discutimos recentes investigações que têm focalizado os profissionais de saúde mental com o intuito de informar o leitor sobre o debate científico no qual se insere o presente estudo.

No segundo capítulo, “Estratégias teórico- metodológicas”, descrevemos as estratégias teórico- metodológicas, que compreendem, na pesquisa psicanalítica empírica, um conjunto de procedimentos de configuração do acontecer clínico, de registros das comunicações emocionais e de produção interpretativa de campos de sentido afetivo- emocionais, ou inconscientes relativos. Cremos ser importante ressaltar que o método psicanalítico foi rigorosamente observado em todas as etapas da construção da investigação, porque entendemos que o modo de recortar o fenômeno a estudar, de registrar sua emergência e de produzir conhecimento devem estar coerentemente alinhados.

Apresentamos, numa primeira parte, pontualmente a pesquisa psicanalítica empírica. A configuração do acontecer clínico, na segunda parte do capítulo, fundamenta-se, como se verá, no uso de mediadores dialógicos que se baseiam paradigmaticamente no Jogo do Rabisco (Winnicott,1968/1994). Deste modo, operamos segundo um modelo epistemológico de produção de conhecimento a partir do encontro inter-humano, no sentido de dar “voz” aos trabalhadores de saúde mental (Gilligan, 1993). A terceira parte do capítulo metodológico focalizamos os procedimentos de registro, que abrangem as associações imaginativas diante das fotos,

relatos das dificuldades, os desenhos-estórias e a narrativa transferencial da entrevista grupal. Em seguida, na quarta parte, discorreremos sobre os procedimentos interpretativos. Estes últimos apóiam-se nas orientações de Bleger (1963) e nas “palavras de ordem” de Herrmann (1979/1991): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração de sentido”, tal como tem sido elaboradas por Aiello-Vaisberg & Machado (2008).

A fim de apresentar os diferentes registros do acontecer clínico, reservamos o terceiro capítulo, intitulado “Registros do Acontecer Clínico”, no qual apresentamos as associações imaginativas provocadas pelas fotografias, as dificuldades relatadas nas entrevistas individuais, os desenhos-estórias e a narrativa transferencial da entrevista coletiva, incluindo, deste modo, tanto as manifestações – a voz – dos participantes, como o impacto contratransferencial vivido pela pesquisadora. Disponibilizamos todo o material clínico registrado, permitindo que o leitor possa acompanhar detalhadamente nosso caminhar metodológico e que obtenha uma visão nítida e clara do acontecer clínico. Por outro lado, não deixaremos, a bem da clareza, de reapresentar fragmentos deste material no capítulo dedicado à apresentação dos campos de sentido afetivo- emocional.

Sob o título de “Sofredores Psicóticos, Impostores Dependentes e Vítimas da Sociedade Contemporânea: campos do imaginário”, delineamos, um quarto capítulo, de caráter essencialmente sintético, no qual expomos as interpretações realizadas, a partir de leituras e releituras dos registros, feitas tanto pela própria pesquisadora como coletivamente pelos integrantes do grupo de pesquisa, tendo em vista que toda compreensão emocional (Orange, 1995)

se enriquece quando pode ser compartilhada por múltiplos olhares clinicamente sensíveis.

No último capítulo, intitulado “Campos do Imaginário sobre o Paciente Psiquiátrico: Considerações Reflexivas”, tecemos reflexões teórico-clínicas a partir dos campos do imaginário interpretativamente criados/encontrados (Winnicott, 1971; Aiello- Vaisberg & Machado, 2008). Aqui, procuramos refletir, por meio da interlocução com outros autores, sobre as conseqüências que a vigência destes campos pode eventualmente gerar tanto em termos do cuidado ao paciente como em termos de seus efeitos sobre o cotidiano laboral dos trabalhadores e, eventualmente, sobre sua própria condição de saúde. Afinal de contas, certamente a presente pesquisa, cuja relevância esperamos demonstrar com clareza, fundamenta-se no que hoje conhecemos como “ética do cuidado” (Nurock,2010), uma perspectiva filosófica e política que valoriza a busca de condições de vida saudáveis e dignas não apenas para os pacientes, mas para todos, incluindo os próprios trabalhadores do campo da saúde e da saúde mental.

Finalmente, em anexo, traremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como prevê o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas⁹ (Anexo 1). Em seguida, apresentaremos os *slides* de imagens, previamente realizadas pela pesquisadora, para a entrevista coletiva com os participantes desse estudo, a fim de que o leitor possa acompanhar a narrativa transferencial descrita no capítulo 3, destinado aos registros do acontecer clínico (Anexo 2).

⁹ Esse projeto foi aprovado por esse comitê pelo protocolo 294/09.



Montserrat Gudiol

CAPÍTULO 1

PESQUISAS SOBRE TRABALHADORES DE SAUDE MENTAL

Nesse capítulo apresentamos e discutimos pesquisas que tem focalizado a figura do trabalhador de saúde mental brasileiro. Sabemos que, atualmente, muitos artigos científicos, produzidos por pesquisadores brasileiros, têm obtido sucesso na obtenção de espaço em periódicos estrangeiros, publicando sobre os mais variados temas. A questão que aqui nos ocupa não escapa a esta regra, como bem demonstra, por exemplo, a publicação dos trabalhos¹⁰ de Andreoli et al, 2007; Ishara, Bandeira & Zuardi, 2008 e Guimarães, Jorge & Assis, 2011, que investigaram questões tais como a organização dos serviços de saúde mental no Brasil e a condição de trabalho dos profissionais da área da saúde mental.

Entretanto, optamos centrar nossa atenção na literatura publicada em periódicos nacionais em virtude de ser aí que a maior parte dos pesquisadores brasileiros publica e também por ser, segundo nossa experiência, aqueles mais lidos em nosso país. Consideramos que, deste modo, sem pretender esgotar o assunto, introduzimos a questão de como o profissional de saúde mental vem sendo pesquisado entre nós de modo suficientemente claro, tendo em vista o objetivo da pesquisa ao redor da qual esta construída esta tese.

EM BUSCA DAS PESQUISAS SOBRE OS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

Organizamos esse capítulo, em termos metodológicos, realizando um levantamento bibliográfico de artigos brasileiros, publicados no período de 2003

¹⁰ Artigos encontrados em pesquisa realizada, no dia 28.03.2011, na base de dados internacional “PubMed”, com a palavra chave: “brazilian mental health workers”

a 2011, em periódicos científicos incluídos na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online). Justificamos essa escolha por ser um modelo que abrange todas as áreas de conhecimento, permitindo que tenhamos acesso a periódicos de diversas ciências, biológicas, humanas, sociais, da saúde, entre outras. Além do mais, é reconhecida no meio científico, em virtude de suas exigências, permitindo acesso fácil e direto a textos completos.

Realizamos uma busca inicial usando as palavras-chave “reforma psiquiátrica”, “doença mental”, “loucura” e “saúde mental”. Em um segundo momento, selecionamos, entre os artigos encontrados, aqueles que apresentavam pelo menos uma das seguintes expressões em seus títulos: “profissional(is)”, “trabalhadores”, “equipe”.

Obtida a lista, procedemos a uma leitura sistemática dos artigos, adotando como guia o exame das dimensões que estruturam a comunicação de investigações científicas: objetivos; metodologia, incluindo procedimentos de coleta, procedimentos de registro, modos de interpretação; resultados encontrados e interpretação dos resultados. Esclarecemos que consideramos essas divisões tanto na análise das pesquisas quantitativas quanto nas qualitativas, pois mesmo que estas últimas não adotem formalmente este tipo de organização, não deixam de seguir essa lógica de pensamento.

DESCRIÇÃO DAS PESQUISAS ENCONTRADAS SOBRE OS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

A primeira busca foi organizada a partir das palavras- chave: “reforma psiquiátrica”, “doença mental”, “loucura” e “saúde mental”. Apresentamos a seguir o quadro 1, no qual apontamos quantos artigos foram encontrados a partir de cada “palavra- chave” pesquisada e das possíveis combinações de pesquisas.

Quadro 1. Apontamento dos números de artigos encontrados a partir das pesquisas possíveis com as palavras-chave.

Buscas possíveis pelas palavras- chave	Número de artigos encontrados
Reforma Psiquiátrica	79
Doença mental	20
Loucura	124
Saúde mental	591
Reforma Psiquiátrica + Doença mental	4
Reforma Psiquiátrica + Loucura	11
Reforma Psiquiátrica + Saúde mental	27
Doença mental + Loucura	3
Doença mental + Saúde mental	3
Loucura + Saúde mental	35
Reforma Psiquiátrica + Doença mental + Loucura	2
Reforma Psiquiátrica + Doença mental + Saúde mental	2

Reforma Psiquiátrica + Loucura + Saúde Mental	3
Doença mental + Loucura + Saúde mental	1

Dentre o total dos artigos encontrados, selecionamos os estudos aplicando dois critérios: os publicados no período entre 2003 e 2011 e os que apresentaram pelo menos um dos seguintes termos em seus títulos: “profissional(is)”, “trabalhadores”, “equipe”. Dessa maneira, localizamos 14¹¹ pesquisas que focalizaram diretamente a figura do trabalhador de saúde mental e sua prática profissional (Campos & Soares, 2003; Rodrigues & Figueredo, 2003; Bernardes & Guareschi, 2004; Carvalho & Felli, 2006; Rabelo & Torres, 2006; Jorge et al., 2006; Nardi & Ramminger, 2007; Honorato & Pinheiro, 2008; Pinho, Hernández & Kantorski, 2010a; Pinho, Hernández & Kantorski, 2010b; Santos & Cardoso, 2010a; Santos & Cardoso, 2010b; Silva & Costa, 2010; Silveira & Santos Júnior, 2011). Apresentamos, a seguir, o quadro 2, no qual apontamos as palavras-chave dos artigos selecionados.

Quadro 2. Descrição das palavras-chave dos artigos selecionados.

Palavras-chave Artigos	Reforma Psiquiátrica	Doença Mental	Loucura	Saúde mental
1				X
2		X		X
3				X
4				X

¹¹ Denominamos cada artigo pela ordem crescente dos numerais 1 a 14, organizados pela ordem crescente de publicação.

5	X			
6				X
7	X			X
8	X			
9			X	X
10			X	X
11				X
12				X
13	X			
14				X

Apresentamos abaixo os quadros 3, 4, 5 com uma breve descrição dos artigos levantados, que serão apresentados em ordem crescente pelo ano de publicação. O quadro 3 permite a visualização de título, autor, periódico e qualificação deste último e ano de publicação.

Quadro 3. Descrição do título, autor, periódico, qualificação desse e ano de publicação.

Artigo	Título	Autores	Periódico	Qualis ¹²	Ano
1	A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores.	Célia Maria Sivalli Campos e Cássia Baldini Soares	Ciência e Saúde Coletiva	A2 (Administração) B1 (Psicologia)	2003
2	Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus	Cássia Regina Rodrigues e Marco Antonio de Castro Figueiredo	Estudos de Psicologia (Natal)	A2 (Psicologia)	2003

¹² Esclarecemos que a primeira qualificação assinalada está de acordo com maior nota da revista, prosseguida da descrição da área. Em seguida, apontamos a nota recebida pela área da Psicologia. Lembramos que alguns dos periódicos tem a nota maior em Psicologia, o que justifica ter apenas uma pontuação descrita.

	familiares				
3	Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação	Anita Guazzelli Bernardes e Neuza Maria de Fátima Guareschi	Psicologia USP	B1 (Interdisciplinar) B2 (Psicologia)	2004
4	O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores	Marissol Bastos de Carvalho e Vanda Elisa Andres Felli.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	A2 (Enfermagem) B1 (Psicologia)	2006
5	Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia	Ionara Vieira Moura Rabelo e Ana Raquel Rosas Torres	Estudos de Psicologia (Campinas)	A2 (Psicologia)	2006
6	Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental	Maria Salete Bessa Jorge, Norma Faustino Rocha Randemark, Maria Veraci Oliveira Queiroz e Erasmo Miessa Ruiz	Revista Brasileira de Enfermagem	B1 (Enfermagem) B3 (Psicologia)	2006
7	Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos da Reforma Psiquiátrica	Henrique Caetano Nardi e Tatiana Ramminger	Physis Revista de Saúde Coletiva	B1 (Psicologia)	2007

8	O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização.	Carlos Eduardo de Moraes Honorato e Roseni Pinheiro	Physis Revista de Saúde Coletiva	B1 (Psicologia)	2008
9	Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento.	Leandro Barbosa de Pinho, Antonio Miguel Bañon Hernández e Luciane Prado Kantorski	Interface- Comunicação, Saúde, Educação	A2 (Educação) B2 (Psicologia)	2010
10	Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica.	Leandro Barbosa de Pinho, Antonio Miguel Bañon Hernández e Luciane Prado Kantorski	Escola Anna Nery	B1 (Enfermagem) Não tem classificação na área de Psicologia	2010
11	Profissionais de saúde mental: manifestação de <i>stress</i> e <i>burnout</i> .	Ana Flávia de Oliveira Santos e Carmen Lúcia Cardoso	Estudos de Psicologia	A2 (Psicologia)	2010
12	Profissionais de Saúde Mental: Estresse, enfrentamento e qualidade de vida.	Ana Flávia de Oliveira Santos e Carmen Lúcia Cardoso	Psicologia: Teoria e Pesquisa	B1 (Educação) B1 (Psicologia)	2010
13	O profissional de referência em	Elisa Alves Silva e Ileno	Revista Latino-	A1 (Psicolo-	2010

	Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico.	Izídio da Costa	americana de Psicopatologia Fundamental	gia)	
14	Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas.	Maria de Fátima de Araújo Silveira e Hudson Pires de Oliveira Santos Júnior	Ciência e Saúde Coletiva	A2 (Administração) B1 (Psicologia)	2011

No quadro 4 são expostos os objetivos e a metodologia adotada, especificando procedimento de coleta, procedimento de registro, tratamento e análise dos dados.

Quadro 4. Descrição do Objetivo, Procedimento de Coleta, Procedimento de Registro e Tratamento e Análise dos Dados.

Artigo	Objetivos Principais	Procedimento de coleta	Procedimento de registro	Tratamento e análise dos dados
1	Descrever as concepções sobre produção de serviços de saúde mental de trabalhadores de diferentes serviços de saúde mental do município de São Paulo,	Roteiro com cinco subtemas.	Os próprios sujeitos preencheram o roteiro.	Sistematização de acordo com os subtemas, analisando de acordo com determinadas concepções teóricas.
2	Discutir conteúdos, crenças e	Entrevistas individuais, em três fases:	O próprio sujeito escreveu	Técnica de Análise de Enunciação

	valores que os profissionais, pacientes dos serviços de saúde mental e familiares apresentam em relação à doença mental.	evocação, enunciação e verificação. Abordaram quatro categorias.	tópicos e depois discorreu sobre o assunto. Foram feitas gravações e transcrições de cada entrevista.	de conteúdo, desenvolvida por Bardin.
3	Problematizar o modo como auxiliares de enfermagem da rede pública de saúde mental, mediante cuidados de si, se tornam trabalhadores de saúde mental.	Entrevistas individuais e em grupo; revisão da literatura e documentos oficiais.	Não especificaram.	Análise baseada no método genealógico de Foucault.
4	Identificar as cargas a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem em um hospital psiquiátrico, apreender os processos de desgaste vivenciados e analisar as estratégias de enfrentamento.	Grupo focal, organizado por meio de um roteiro de questões norteadoras.	Gravação e transcrição na íntegra.	Análise de conteúdo de Bardin.
5	Investigar a percepção dos trabalhadores de serviços de saúde mental do município de Goiânia sobre a reforma psiquiátrica.	Questionário individual com oito questões abertas.	Escrita dos participantes.	Categorização das respostas abertas, depois avaliada por juízes.

6	Interpretar as perspectivas dos profissionais de Saúde Mental acerca da reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental para compreender como eles buscam viabilizá-la em sua prática profissional.	Entrevistas semi estruturadas individuais; observação livre no local de trabalho.	Gravações e transcrições das entrevistas e do diário de campo da atividade de observação.	Análise de conteúdo de Bardin.
7	Discutir os modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica.	Revisão da literatura, análise de documentos e entrevistas.	Não especificaram.	Análise por meio de ferramentas teóricas construídas por Foucault.
8	Refletir sobre o trabalho em equipe dos profissionais de saúde mental responsáveis pelos serviços residenciais terapêuticos, bem como sobre a forma como se organizam para gerir sua ação específica.	Entrevistas individuais, observação direta, oficina grupal e entrevista individual.	Transcrições em um diário de campo. Não foi especificado o modo de registro da oficina e entrevista.	Análise ergológica.
9	Analisar o discurso de trabalhadores de saúde mental sobre a participação da	Entrevista individual semi estruturada, com três perguntas chave abertas.	Gravação em fita cassete e depois transliteração de cada entrevista.	Análise crítica do discurso conforme o Diagrama Axiologia

	família no tratamento em um serviço substitutivo de saúde mental.			Discursiva.
10	Analisar o discurso de trabalhadores, apontando caminhos, dúvidas e incertezas que rondam a constituição da equipe de um serviço comunitário de saúde mental.	Entrevista individual semi estruturada, com três perguntas chave abertas.	Gravação em fita cassete, depois encaminhada à digitação.	Análise crítica do discurso conforme o Diagrama Axiologia Discursiva
11	Avaliar a manifestação de <i>stress</i> e de <i>burnout</i> , a autopercepção quanto ao <i>stress</i> , bem como a percepção geral a respeito de o trabalho ser ou não fator estressante para profissionais de serviços substitutivos em saúde mental.	Inventários e escalas de <i>stress</i> , de <i>burnout</i> e avaliação de autopercepção	Folha de resposta de cada instrumento utilizado, no qual o próprio participante responde.	Procedimentos estatísticos
12	Avaliar a manifestação de <i>stress</i> , a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento de profissionais de saúde mental de serviços substitutivos	Inventários e Escalas de <i>stress</i> , estratégia de enfrentamento e qualidade de vida.	Folha de resposta de cada instrumento utilizado, no qual o próprio participante responde.	Procedimentos estatísticos.
13	Abordar as responsabiliza-	Pesquisa-ação realizada	Transcrições dos encontros	Análise de conteúdo de

	ções do profissional de referência relatadas como geradoras de sofrimento psíquico: vínculo com usuário, organização do trabalho e suporte institucional.	por meio de grupos operativos de reflexão	grupais.	Bardin.
14	Conhecer as dificuldades enfrentadas pelos profissionais do Serviço de Residências Terapêuticas, e identificar quais são as perspectivas que eles apontam para os moradores.	Entrevista semi estruturada e observação sistemática.	Não especificou o modo de registro das entrevistas. Foi elaborado um diário de campo feito pelo pesquisador.	Análise de conteúdo de Bardin.

Podemos constatar, pelo exame do quadro 5, quais foram os principais resultados e conclusões de cada pesquisa.

Quadro 5. Descrição dos Resultados Principais e Conclusões.

Artigo	Resultados Principais	Conclusão
1	Foi possível concluir que a concepção de saúde-doença é vista de forma multifatorial e centrada no indivíduo no âmbito hospitalar, e de determinação social nos CAPs.	Necessidade de avançar o entendimento da concepção do processo saúde-doença e redefinir processos de trabalho, pautados no âmbito dos determinantes do processo saúde- doença.

2	Foram obtidas seis subcategorias que constituem o eixo central das concepções de doença mental: instabilidade emocional; perda do padrão de normalidade; visão biológica; predisposição hereditária; estigma; conflitos sociais.	Sugere que as concepções acerca da doença mental ainda são estereotipadas, baseadas em conhecimentos adquiridos, sem a criação de novos modelos de intervenção.
3	Discute-se a relação de cuidado de si e subjetivação, vida política e educação da imperfeição. No primeiro tópico destaca-se que humanizar o paciente é humanizar a si próprio, no segundo enfatiza-se a cidadania e no terceiro aponta-se o cuidado que o trabalhador deve ter consigo mesmo.	A Reforma Psiquiátrica, ao enunciar o discurso da humanização, permite que os auxiliares de enfermagem se tornem trabalhadores de saúde mental na medida em que desenvolvem práticas e cuidados de si.
4	O paciente psiquiátrico é visto como excluído socialmente e existe uma demanda de trabalho que é potencializada pela carga psíquica, muitas vezes, apresentada pelo desgaste físico e mental.	Os trabalhadores apresentam intenso desgaste mental mais pelas condições de trabalho do que especificamente pelo convívio com o objeto de trabalho.
5	Houve ênfase nos aspectos técnico-assistenciais, o que reduz a prática pertinente ao campo da Reforma Psiquiátrica, já que poucos citam questões de ordem jurídica, política e sócio-cultural.	Os trabalhadores reduzem a prática a uma política de humanização, mas não pensam a desinstitucionalização pela proposta do paradigma psicossocial.
6	A reabilitação psicossocial é um processo que ainda necessita superação do paradigma tradicional de saúde/ doença mental.	Necessidade de articular práticas e saberes com uma educação continuada, o que permitiria a auto-realização pessoal e profissional dos trabalhadores.
7	Evidencia o embate que demarca a teoria da Reforma Psiquiátrica em relação a sua implementação propriamente dita.	Apontam a tensão vivida pelo trabalhador e a necessidade de reflexão permanente para evitar o adoecimento dos mesmos.
8	Discussão do trabalho do profissional de saúde mental em relação à possibilidade de relacionamento entre o louco e a	Destaca-se o papel dos cuidadores como novos intelectuais da Reforma, e a produção de uma prática que

	sociedade civil, principalmente dos cuidadores, que são os técnicos mais envolvidos com os pacientes.	não admite regras preestabelecidas ou imutáveis.
9	Os trabalhadores manifestam a importância da família no tratamento dos usuários, porém ainda existe uma ideia pautada na responsabilização e culpabilização, o que causa ainda distanciamento entre família e equipe.	Tais dimensões de valores precisam ser superadas para avanços no tratamento, principalmente no que se refere à reflexão sobre o papel das famílias em saúde mental.
10	Encontraram uma indefinição tanto no operacional dos objetos e instrumentos de trabalho em saúde mental como também na identificação de quem são os profissionais que devem cuidar da loucura nos serviços.	Observam os desafios que a Reforma Psiquiátrica vem trazendo para os processos de trabalho em saúde mental devido à complexidade da própria atividade.
11	36,0% dos participantes apresentaram indicadores de presença de manifestação de <i>stress</i> e 44% avaliaram-se como muito estressados. Para 60 % o trabalho é avaliado como muito estressante.	Tal quadro pode estar relacionado a novas exigências e demandas que o trabalho de saúde mental requer, baseado nas premissas da Reforma Psiquiátrica. Necessidade de intervenções de suporte ao trabalhador.
12	Verificou-se que 36% dos participantes apresentaram indicadores de presença de manifestação de <i>stress</i> . Sobre as estratégias de enfrentamento, encontrou-se maior uso de suporte social, resolução de problemas, autocontrole. As táticas menos utilizadas foram de afastamento e confronto.	Apontam a necessidade de elaboração e desenvolvimento de intervenções que auxiliem esses profissionais no manejo de situações estressantes, principalmente no que se refere à criação e manutenção de espaços para supervisão, tutoria e grupos de reflexão.
13	Três categorias relacionadas ao sofrimento psíquico foram evidenciadas pelos profissionais: Vínculo de mais responsabilidade com o usuário e o sofrimento; Organização precária do trabalho e o papel do referente; Suporte precário institucional e a dimensão clínica no trabalho do profissional ainda pouco definida.	Apontam a necessidade de garantir suporte institucional, como espaços sistemáticos de reuniões ou encontros que estabeleçam planejamento, discussões de caso, supervisão clínico-institucional, capacitação, entre outros que considerem a complexidade do campo da saúde mental.
14	Verificou-se que as principais	Apesar das dificuldades, é

	<p>dificuldades enfrentadas são de base estrutural, insuficiência de recursos humanos e/ou falta de capacitação e de apoio social</p>	<p>possível ter avanços em relação à autonomia de moradores. A residência terapêutica é vista como um serviço recente que precisa de constante avaliação.</p>
--	---	---

Observamos, em relação ao modo como são interpretados os resultados encontrados nas pesquisas, que todos os artigos analisados consideraram as informações dos profissionais de modo literal, como se lidassem com informantes puramente racionais e desprovidos de sensibilidade afetivo-emocional. Todos os estudos apontam que os profissionais são favoráveis ao processo da Reforma Psiquiátrica, mas que encontram muitas dificuldades no cotidiano de trabalho.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PESQUISAS ESTUDADAS

Este estudo bibliográfico permitiu uma constatação bastante interessante, relativa à ocorrência de evidente convergência nos resultados de pesquisas realizadas a partir de referenciais teóricos distintos entre si. Tal quadro significa, a nosso ver, que os profissionais estão sendo realmente escutados pelos estudiosos, pelo menos em termos de discurso manifesto. Assim, todos verificaram que a implantação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, em andamento desde a década de 1980, ainda é considerada como um grande desafio, principalmente quando deixa de ser abordada no plano da discussão ética e política para se colocar como prática cotidiana no contexto institucional. Este quadro geral suscita uma série de reflexões e

questões, duas das quais focalizaremos aqui, tanto pelos desdobramentos que contém como em função do nosso interesse de pesquisa.

Um primeiro ponto é que percebemos, avaliando as pesquisas selecionadas, que os profissionais, em seus discursos, são favoráveis aos tratamentos propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, também é possível notar, a partir do que foi dito, que sua prática ainda está impregnada por uma compreensão do processo de adoecimento fortemente calcada nos pressupostos teóricos do saber psiquiátrico tradicional. Conseqüentemente, a causa da doença é buscada, primariamente, na dimensão biológica do ser humano, sendo a cura concebida fundamentalmente como resultado de intervenção medicamentosa. Somos da opinião de que a persistência de tal concepção do adoecer é ainda um grande desafio para a Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que, como destacamos anteriormente, as diretrizes políticas e legislativas preconizam outra visão do sofrimento psíquico, chamando atenção para seu caráter fundamentalmente complexo e pluridimensional. Entretanto, os agentes efetivos do processo de desinstitucionalização, ou seja, os trabalhadores da área de saúde mental, ainda conservam, pelo que podemos inferir a partir dos resultados das pesquisas analisadas, uma visão etiológica conservadora. Esta seria, num sentido radical, não compatível com as mudanças nas leis e políticas de assistência em saúde mental. Acreditamos que este quadro possa estar gerando grandes divergências entre o plano das idéias e discursos e o plano das atitudes concretas realizadas no cotidiano profissional. Assim, podemos levantar a hipótese, amparados por uma perspectiva psicanalítica, de que muitas das idéias preconcebidas acerca do paciente psiquiátrico não estejam

conscientes para os próprios trabalhadores, já que se trata de um tema que se liga a dimensões emocionais e a angústias profundas.

Uma segunda questão a ser debatida se refere à forma como foi feita a análise dos resultados nos artigos consultados. Averiguamos que praticamente todos os estudos mencionaram reações emocionais dos técnicos perante os pacientes. Entretanto, mesmo quando defendem a importância de reconhecer as crenças e emoções dos profissionais, os autores tendem a escutá-las apenas como informações objetivas veiculadas por sujeitos puramente racionais, não valorizando devidamente as nuances emocionais veiculadas por essas comunicações ou nem mesmo as incluindo nas análises dos resultados encontrados. Deste modo, as dimensões afetivas, presentes nas manifestações dos profissionais de saúde, tendem a ser insuficientemente exploradas ou mesmo não consideradas.

Tais observações interrogam profundamente os leitores que são, como nós, psicólogos- psicanalistas, provocando reflexões. Evidentemente, discordamos daqueles que praticam uma escuta psicanalítica ingênua, que realiza traduções apressadas entre o plano das condutas e supostas motivações inconscientes “profundas”, ignorando planos intermediários nos quais a vida transcorre. Em nossa posição, consideramos perigoso tanto desqualificar o chamado discurso manifesto, como se este fosse sempre um mero truque de ocultação de algo mais verdadeiro, desvalorizando assim a fala do outro, como também o pensamento oposto, que considera que esse tipo de comunicação é unívoca, correspondendo a uma única interpretação, sem nenhuma outra ressonância que eventualmente aponte para questões emocionais encobertas.

É legítima a queixa de despreparo técnico enunciada pelos profissionais. Pensamos, contudo, que por meio desta queixa também expressam, de modo indireto, dificuldades de ordem afetiva. Até em casos nos quais os profissionais dos serviços apontaram o desgaste físico em decorrência do cotidiano com os doentes mentais, acreditamos poder encontrar também, obviamente não ignorando as condições concretas de exigências feitas ao corpo no cotidiano de trabalho, manifestações de desgaste emocional. Portanto, podemos aceitar a idéia de que estamos diante de um problema que teria duas faces, a do despreparo técnico-profissional e a do despreparo afetivo-emocional. A primeira seria solucionável por meio de cursos de atualização e aperfeiçoamento técnico e clínico. A segunda demandaria medidas diferenciadas, da ordem do cuidado emocional ao trabalhador, não porque este seria inerentemente frágil ou problemático, mas porque se reconhece que o trabalho, em si, seria inevitavelmente desgastante.

Em realidade, devemos ter em mente que essas dimensões não são rigidamente separadas, o que fica especialmente evidente em profissões que lidam com situações de vida que colocam os trabalhadores em relação muito próxima com o sofrimento humano. O trabalho em saúde mental mobiliza intensamente questões de ordem emocional, não podendo ser reduzido ao seu aspecto técnico. Ou seja, o saber teórico-clínico só encontra sua razão de ser no encontro humano concreto com a alteridade, tal como se realiza no cotidiano de trabalho, configurando uma relação complexa entre teoria e prática, na qual a dimensão emocional se faz sempre presente.

Quando focalizamos nossa atenção na dimensão emocional envolvida no trabalho em saúde mental, somos levados a constatar que simples

mudanças na política, nas leis e nas redes de atendimento, ainda que inegavelmente necessárias, não são suficientes para promover mudanças na relação com o complexo fenômeno da loucura, que se insere em um imaginário povoado por crenças preconceituosas que se ligam a angústias profundas.

Embora defendam a necessidade do combate social ao preconceito contra a pessoa psiquiatrizada, os trabalhadores de saúde mental não se vêem a ele imunes, enfrentando-o em seu cotidiano, expressando-o como dificuldade em lidar com os próprios sentimentos despertados no exercício do cuidado. Não obstante, pode-se perceber, nas pesquisas analisadas, que existe um esforço por parte dos trabalhadores em lidar com suas dificuldades emocionais, na medida em que apontam claramente a necessidade de formação específica, de supervisão e de análise pessoal, como vemos nos dois trechos seguintes:

“A experiência de si como humano implica aquilo que se estabelece como coisas do humano, nas estratificações do que é ser humano na contemporaneidade. Dessa forma, o “tu não é mais humano” não é não se sentir, não sofrer, pelo contrário, é justamente sentir, sofrer, mas aprender a lidar com isso, ocupar-se de si mesmo atento para aquilo que faz de si um ser humano” (Bernardes e Guareschi, 2004, p.9).

“Considerando a categoria processo saúde- doença, os TRE -trabalhadores de enfermagem psiquiátrica-

estão expostos a todas as cargas de trabalho, essas estão potencializadas pela cargas psíquicas. A exposição gera o processo de desgaste que se caracteriza em desgaste físico e mental...

As estratégias de enfrentamento adotadas pelo grupo constituem-se em estratégias individuais e não de modo coletivo à Instituição” (Carvalho e Felli, 2006, p.8).

A partir de tais considerações, algumas questões se colocam: as dificuldades emocionais devem ser resolvidas individualmente e de forma isolada por cada profissional, em processos psicoterapêuticos individuais ou na “escola da vida”? Como o próprio serviço de saúde pode desenvolver maneiras inovadoras para o cuidado de sua equipe, sem que a solução precise ser buscada fora da instituição e vista como uma necessidade não do coletivo, mas de cada sujeito individual? Consideramos fundamental esclarecer que pensamos que muitos trabalhadores, que chegam a adoecer, física e psicologicamente, devem ser individualmente atendidos, a partir de certo patamar de severidade do quadro apresentado. Por outro lado, entendemos que o fato de alguns indivíduos serem mais duramente atingidos do que outros não deve ser usado para escamotear uma situação concreta, vale dizer, a de nos encontrarmos diante de problemáticas que, mesmo quando se expressam unicamente no plano emocional, exigem a considerações em âmbitos coletivos (Bleger,1963).

Podemos declarar que essa investigação bibliográfica permitiu visualizar que tanto pesquisadores quanto profissionais de saúde, mesmo que vindos de

linhas e vertentes teóricas diferentes, estão engajados em uma corrente defensora da causa inclusiva, que valoriza o fortalecimento de vínculos éticos, solidários, igualitários e respeitosos entre pessoas e grupos. Estão, em suma, mobilizados pela busca de melhoras a serem realizadas no âmbito da saúde mental. Entretanto, percebemos também que o fato do movimento, como um todo, não focalizar suficiente e satisfatoriamente a dimensão afetivo-emocional que se mobiliza, quando a questão da loucura está em foco, possivelmente retardará avanços necessários e significativos.

Finalizando este capítulo, esperamos ter apresentado satisfatoriamente aspectos importantes do atual debate contemporâneo sobre a posição atual dos trabalhadores de saúde mental, em nosso país, a partir dos artigos examinados. Um exame crítico e reflexivo, psicanaliticamente orientado, das pesquisas focalizadas, permite a percepção da necessidade de provisão de cuidado emocional ao trabalhador de saúde mental, por dois motivos: pelo desgaste específico gerado pela proximidade cotidiana com sofrimento psíquico severo e pelas dificuldades inerentes aos modos como se desenvolve praticamente todo e qualquer trabalho em países periféricos, no atual período do capitalismo (Camps,2009).

Como já insistimos suficientemente, na página anterior, sobre o desgaste específico decorrente da proximidade como sofrimento psíquico grave, cabe tecer, no momento, alguns comentários, ainda que breve, sobre a condição de vida do trabalhador contemporâneo, que os participantes desta pesquisa compartilham com outros, de outras áreas e setores. Sabemos que muitos pesquisadores, vinculados ou não à perspectiva psicanalítica, têm reconhecido a existência de clara vinculação entre sofrimento psíquico e

condições de trabalho (Dejours, 1992 e 2000¹³; Lancman & Sznelman, 2004; Sato, Lacaz & Bernardo, 2006). À luz deste tipo de contribuição, ganham sentido os achados que tem surgido, sistematicamente, a partir de pesquisas, realizadas em nosso grupo de pesquisa, que não objetivavam estudar as condições de vida ou o sofrimento dos trabalhadores, e sim o fenômeno do preconceito contra vítimas de discriminação e exclusão social. Nesta linha, deparamo-nos, por exemplo, com o sofrimento de psicólogas que atuam junto a mulheres que sofrem violência doméstica (Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2006; Aiello-Vaisberg, 2009), de psicólogas que atuam junto a pacientes soropositivas (Mencarelli & Aiello- Vaisberg, 2007); de enfermeiras que atendem mulheres que sofreram interrupção da gestação (Tachibana, 2011) e de profissionais da saúde mental que atendem adolescentes (Pontes, 2011), entre outros. Prosseguiremos, assim, mantendo em mente tanto os desafios específicos enfrentados pelo trabalhador que se dedica ao cuidado do paciente psiquiátrico, como as dificuldades que cercam a vida desses na sociedade em que vivemos, que justificam e legitimam a preocupação clínica que conhecemos como campo da saúde do trabalhador.

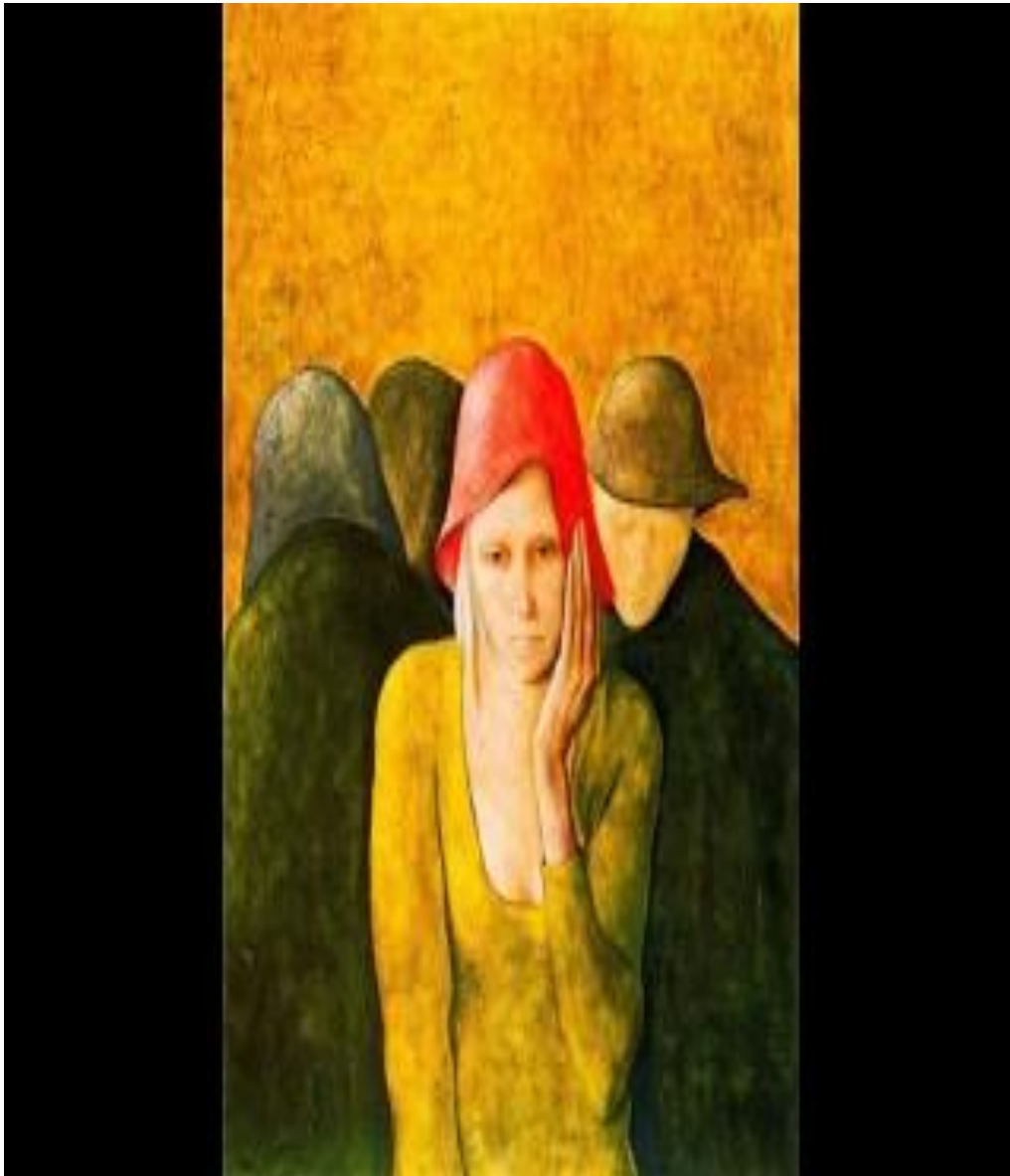
Apresentamos, no capítulo a seguir, as estratégias teórico-metodológicas adotadas em nossa pesquisa, relativas à investigação do imaginário coletivo de trabalhadores de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico. Procuraremos, deste modo, produzir conhecimentos sobre o modo como os trabalhadores de saúde mental se posicionam ideo-afetivamente¹⁴

¹³ O leitor que se interessar pelas idéias desse autor, poderá ter uma visão breve, geral, entretanto bem fundamentada através da leitura da resenha de Athayde (2005).

¹⁴ O fenômeno que aqui nos interessa foi designado pelo antropólogo e psicanalista Georges Devereux (1958) como “pensamentos-sentimentos”. Esta expressão caiu em desuso, mas tem

diante do paciente psiquiátrico, tendo em vista contribuir tanto para a melhoria do atendimento ao paciente como no cuidado emocional ao próprio profissional.

o mérito de transmitir a perspectiva blegeriana segundo a qual toda conduta, por ser unitária, é inconvenientemente abordada quando dimensões afetivas, cognitivas e volitivas são artificialmente dissociadas, segundo os procedimentos da Psicologia clássica (Bleger, 1963).



Montserrat Gudiol

CAPÍTULO 2

ESTRATÉGIAS TEÓRICO- METODOLÓGICAS

Delinearemos, nesse capítulo, as estratégias teórico-metodológicas. Apresentamos, pontualmente a pesquisa psicanalítica empírica, para que o leitor possa compreender de que ponto partimos bem como quais são e como se fundamentam as estratégias metodológicas adotadas nessa presente investigação.

PESQUISA PSICANALÍTICA EMPÍRICA

Existe um texto particularmente interessante, na copiosa e admirável produção freudiana, que se tornou muito conhecido, pelo fato de consistir numa definição particularmente clara e concisa do que é a Psicanálise:

Psicanálise é um nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (Freud, 1923 [1922]/1995, p. 253)

Esta definição mereceu figurar, no “Vocabulário da Psicanálise”, de Laplanche & Pontalis (1967/ 2001), sob aquele que deve ser considerado, sem dúvida, o mais importante verbete: “Psicanálise”.

Não passa desapercibido, quando lemos estas palavras, o fato de que a dimensão investigativa da Psicanálise figura, aqui, em primeiro lugar,

indicando que a produção rigorosa de conhecimento teria precedência tanto em relação ao tratamento psicoterapêutico como em relação ao conjunto de informações teóricas. Entretanto, malgrado a clareza dessa definição, que hierarquiza de forma evidente três planos de significado, cujo entrelaçamento abrange a ampla gama de atividades, por meio das quais a Psicanálise se concretiza, não tem evitado uma série de confusões práticas e conceituais.

Dentre os vários mal-entendidos, o mais comum consiste em considerar que o termo Psicanálise só seria legitimamente utilizado quando referido ao atendimento individual do paciente neurótico, no dispositivo clássico freudiano (Bleger,1963). Não poucos, apenas concederiam o título de Psicanálise a tal atividade apenas quando estivesse a cargo de profissional egresso de uma sociedade filiada à “*International Psychoanalytical Society*” ou se alinhasse ao pensamento lacaniano. Aqueles que cultivam este entendimento, indiscutivelmente conveniente do ponto de vista político-institucional, compreendem que a dimensão investigativa só operaria “dentro” e “durante” o processo da cura padrão. Complementarmente, admitiriam, por fidelidade e respeito aos textos freudianos que focalizam produções culturais e fenômenos sociais, a possibilidade do que denominam “Psicanálise aplicada”, como um fazer derivado e secundário a clínica propriamente dita.

Outra é nossa visão, na medida em que concordamos com Herrmann (1979/1991) quando aponta o caráter pernicioso de um equívoco que inverte e limita o sentido científico da Psicanálise. Afinal, uma coisa é lembrar que o atendimento de neuróticos precedeu historicamente a elaboração das teorias e a invenção e aprimoramento do método, outra é esquecer que Freud esteve,

desde os primórdios de sua prática clínica, claramente comprometido com uma empreitada de caráter heurístico-investigativo. Assim, não hesitamos em afirmar nossa adesão ao uso do método da Psicanálise em pesquisas empíricas, cujo campo não é o do enquadre padrão. No presente trabalho, usamos o método psicanalítico para abordar trabalhadores de saúde mental em entrevistas individuais e coletivas, conforme detalharemos a seguir.

A nosso ver, a pesquisa psicanalítica empírica, que pode ser hoje considerada como uma alternativa no rol das abordagens qualitativas, exige a apresentação de três tipos de procedimentos investigativos: procedimentos de configuração do acontecer clínico, procedimentos de registro do acontecer clínico e procedimentos de tratamento do material registrado.

CONFIGURAÇÃO DO ACONTECER CLÍNICO

O acontecer clínico, ao redor do qual foi realizada a presente pesquisa, organizou-se em duas etapas. A primeira etapa consistiu na realização de entrevistas individuais, concebidas de acordo com o enquadre denominado “Entrevista Individual para Abordagem de Pessoaalidade Coletiva” (Ferreira, 2004). A segunda etapa estruturou-se como entrevista coletiva (Ávila, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008), que se dividiu em dois momentos, conforme descreveremos a seguir.

As duas etapas tiveram, em comum, o fato de se articularem ao redor do uso de recursos mediadores, por meio dos quais visamos facilitar a comunicação emocional. Estes recursos, que podem lembrar, à primeira vista,

técnicas projetivas, não são usados com intuito avaliativo e sim como estratégias de favorecimento da expressão, vale dizer, da “voz” dos participantes (Gillinger,1993). Durante a primeira etapa, usamos como recurso mediador uma série de fotografias, solicitando aos participantes que nos dissessem que associações imaginativas lhes provocavam. Durante a segunda etapa, utilizamos dois diferentes recursos mediadores, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg,1999) e um conjunto de *slides* derivados das entrevistas individuais.

Os recursos mediadores utilizados nesta pesquisa tomam o Jogo do Rabisco como base paradigmática (Winnicott, 1968/1994). Este foi idealizado a partir do objetivo clínico de usar o método psicanalítico em um enquadre diferenciado, denominado “consulta terapêutica”, mediante o qual crianças e suas mães eram atendidas em contexto institucional. Tratava-se, para seu autor, de instaurar um campo relacional lúdico e acolhedor, um ambiente suficientemente bom, que favorecesse a emergência de comunicações emocionais significativas.

“É preciso enfatizar de início que essa técnica é extremamente flexível... O jogo do rabisco é simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança. O que acontece no jogo e em toda entrevista depende da utilização feita da experiência da criança, incluindo o material que se apresenta. (Winnicott, 1971/1984, p.11).

Ponto fundamental a ser destacado, no que se refere tanto ao próprio Jogo do Rabisco como aos recursos mediadores, que aqui utilizamos, diz respeito ao fato de permitirem que ambos os participantes vivenciem uma experiência de comunicação emocional, de permitirem que ambos se expressem, num campo intersubjetivo que em nada se assemelha ao que se instaura quando o que está em pauta é a realização de uma avaliação objetiva, como o próprio autor afirma:

(...) hesitei em descrever esta técnica (...) não apenas por ser um jogo natural que duas pessoas quaisquer podem jogar, mas também porque se começar a descrever o que faço é provável que alguém comece a reescrever o que descrevo como se fosse uma técnica estabelecida, com regras e regulamentos (...). Existe um perigo muito real (...) de que os outros o tomem e o transformem em algo que corresponda a um Teste de Apercepção Temática (Winnicott, 1968/1994, p. 231).

Primeira etapa do acontecer clínico:

as entrevistas individuais.

Esta etapa foi articulada no contexto de um enquadre diferenciado que, em pesquisas realizadas em nosso grupo de pesquisa, tem sido conhecido como “Entrevista Individual para Abordagem de Pessoaalidade Coletiva” (Ferreira, 2004). Trata-se de enquadre que se caracteriza tanto pelo fato do

indivíduo ser ouvido como integrante de um coletivo social, tais como mulheres, trabalhadores, educadores, e também pelo uso de um recurso mediador dialógico. No presente caso, decidimos utilizar um conjunto de dez retratos de pessoas, nos quais estão mescladas diferentes expressões fisionômicas de indivíduos em diversas situações de vida, para solicitar aos participantes que nos contassem que tipo de associações imaginativas tais figuras provocavam, mediante a seguinte instrução: “ Diga-me o que estas fotos fazem você pensar sobre cada uma delas, seguindo sua própria imaginação”. Assim, apresentávamos uma foto por vez para que o participante pudesse associar imaginativamente. Escolhemos uma instrução mais aberta porque nos parece mais condizente com a abertura que caracteriza essencialmente o método psicanalítico (Herrmann, 2001).

Esse conjunto de dez fotos foi selecionado no grupo de pesquisa, a partir de álbuns de um fotógrafo não-profissional, o médico psiquiatra Marco Antonio Belluzzo. Ele permitiu, gentilmente, o uso desse material para a realização desta pesquisa.

Este mediador dialógico guarda familiaridade evidente com o Teste de Apercepção Temática (Murray, 1943/2005), originalmente inventado com o intuito de desvelar aspectos inconscientes da personalidade. Trata-se de técnica projetiva amplamente utilizada, até hoje, tanto na clínica como na pesquisa, como bem atestam, por exemplo, os trabalhos de Brelet-Foulard & Chabert (2005) e, entre nós, Parada & Barbieri (2001). Por outro lado, tornamos a instrução um pouco mais próxima daquela utilizada por pesquisadores que conhecem bem a prova de Rorschach (Gavião 2002), considerando que facilitaria a expressão dos participantes.

Os métodos projetivos, originalmente concebidos para o diagnóstico da personalidade individual, ultrapassaram os limites da Psicologia clínica e vieram a ser modificados para uso em outras áreas de pesquisa, nas quais o interesse se centra em coletivos e grupos, vale dizer em personalidades coletivas (Aiello-Vaisberg,1999). Assim, têm sido utilizados em investigações da área de consumo e do *Marketing*, nas quais se deseja produzir conhecimentos sobre motivações, nem sempre conscientes, de comportamentos aquisitivos (Kassarjian, 1974; Berkman & Gilson, 1986; Loudon & Della Bitta, 1993; Donoghue, 2000). Podemos, assim, afirmar que, ainda que nossos objetivos, ao abordar imaginários coletivos, estejam ideologicamente bastante afastados do campo da Psicologia do consumidor, adotamos uma linha de raciocínio, que privilegia o estudo do coletivo, que se mantém logicamente próxima de certo tipo de pesquisa mercadológica. Este fato é de fácil compreensão quando lembramos que tanto o sanitarista, que visa que coletivos imensos adotem hábitos que favoreçam a higiene, como o sociólogo e o psicólogo social, que se interessam pela superação de preconceitos e hostilidade contra minorias, só para citar dois exemplos, operam segundo as mesmas linhas lógicas adotadas pela Psicologia do consumidor e pelo *Marketing*, que se interessam em motivar comportamentos de compra.

A criação de recursos mediadores sob a inspiração de métodos projetivos é um assunto amplo e complexo, que não cabe aqui aprofundar, considerado que o nosso foco, nessa presente pesquisa, é o estudo psicanalítico do imaginário de trabalhadores de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico. Entretanto, vale à pena lembrar que, seguindo um percurso aberto por Aiello-Vaisberg (1997), quando se dedicou a um trabalho de desconstrução

de idéias restritivas, estereotipadas e preconceituosas, contra o doente mental, fundamentamos a criação desta série de fotografias como mediador dialógico, porque pensamos que o próprio processo projetivo corresponde a formas transicionais de diálogo (Shentoub,1981). De fato, ao abordar o processo projetivo, esta autora fornece uma base teórica bastante interessante que permite a defesa da idéia de que todos os métodos projetivos correspondem a formas sofisticadas de brincar, como interação intersubjetiva. Desta maneira, inspirou-nos a pensar que um conjunto de fotografias, diante das quais convidaríamos os participantes da pesquisa a associar livre e imaginativamente, poderia se constituir como um recurso facilitador do acesso à subjetividade grupal em relação à figura do paciente psiquiátrico.

Declarado o objetivo, tinha início a entrevista propriamente dita, que acabou se configurando em três momentos: introdução ou aquecimento, durante o qual se conversava livremente sobre a inserção do participante no campo de trabalho e nesta instituição específica; apresentação da série de fotografias, juntamente com o pedido de que contassem que tipo de associações imaginativas estas despertavam e comentários sobre as dificuldades encontradas no dia a dia; finalmente, ocorria um fechamento, geralmente pontuado por perguntas e explicações sobre a própria entrevista e sobre os assuntos nela veiculados. Cabe lembrar que as fotos eram apresentadas em momento oportuno, ou seja, quando a pesquisadora percebia que o participante já estava suficientemente à vontade e envolvido na conversa.

É importante ressaltar que a organização da entrevista nestes três momentos não foi imposta pela pesquisadora, mas acabou acontecendo naturalmente. Tal fato não surpreende quando lembramos que, como bem demonstra o jogo winnicottiano da espátula, os encontros inter-humanos tendem a adotar uma estruturação em termos da sucessão de períodos de aquecimento ou aproximação da tarefa, envolvimento e desapego (Winnicott, 1941/2000).

Uma clara compreensão deste tipo de entrevista exige lembrar que a pesquisadora se manteve aberta para aceitar eventuais modificações no procedimento, em consonância com as diretrizes do método psicanalítico e do Jogo do Rabisco.

Fica, então, evidente que esta entrevista individual, organizada como enquadre para abordagem de personalidade coletiva, fundamenta-se, paradigmaticamente, tanto sobre o Jogo do Rabisco, mas busca respeitar o que ensina o Jogo da Espátula sobre a “experiência completa” (Winnicott, 1941/2000).

A seguinte etapa do acontecer clínico:

a entrevista coletiva

A segunda etapa foi organizada a partir de um enquadre diferenciado de pesquisa, denominado de “Entrevista Grupal para Abordagem de Personalidade Coletiva” (Ávila, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008). Trata-se de um tipo de entrevista coletiva que se define pela reunião de pessoas que compartilham

certas condições ou características, tendo em vista a investigação de um fenômeno de conduta em âmbito coletivo (Duchesne & Haegel, 2008; Bleger, 1963).

Organizamos nossa entrevista grupal em dois momentos, assim, no primeiro, utilizamos o Procedimento Desenho- Estórias com Tema como recurso mediador dialógico (Aiello- Vaisberg, 1999). No segundo momento, propusemos uma conversa grupal a partir da apresentação de uma série de imagens projetadas, previamente preparadas pela pesquisadora, em um aparelho de televisão.

O Procedimento Desenho- Estórias com Tema é um recurso dialógico desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1999) a partir do procedimento de desenhos-estórias de Walter Trinca (1976). A proposta original do professor visava à realização de um psicodiagnóstico individual compreensivo, consistindo no convite a realizar cinco desenhos livres, de inventar histórias sobre os desenhos e atribuir-lhes um título. A versão temática¹⁵ consiste na demanda do desenho de uma figura ligada a um tema escolhido previamente pelo pesquisador e da posterior solicitação de escrita de uma história sobre a figura desenhada. Para a presente investigação, foi solicitado ao grupo de profissionais de saúde mental que desenhassem “uma pessoa que procura um serviço de saúde mental”, e que, no verso, escrevessem uma história sobre a figura desenhada.

¹⁵ O Procedimento Desenho- Estória com Tema é um dos recursos mais utilizados no Grupo de Pesquisa “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção”, no qual se inscreve o presente trabalho, em virtude de seu potencial heurístico. É notável seu dom de provocar, no sentido literal de favorecer a vocalização, a fala, facilitando a expressão subjetiva. Deste modo, as pessoas realizam comunicações significativas, de modo imaginativo, relativas aos temas de pesquisa que lhes são propostos.

Organizamos o segundo momento da entrevista coletiva por meio da apresentação de uma série de imagens significativas, sob forma de *slides*, que foram previamente preparadas, pela pesquisadora, a partir do material clínico que emergiu durante as entrevistas individuais. Antes de começar a apresentação das imagens, que passariam na televisão, a pesquisadora deu a seguinte instrução: *“Achei melhor preparar alguns “slides” que vou mostrar para a gente ir conversando. Então, vou mostrando e falando, mas vocês podem tomar a palavra a qualquer momento. Trouxe uma espécie de rabisco e espero que vocês possam ir completando com reflexões, críticas e debates”*¹⁶.

Justificamos o uso de uma instrução mais aberta, assim como fizemos diante das fotos na entrevistas individuais, por ser condizente ao âmago do método psicanalítico (Herrmann, 2001).

Valorizamos, assim como Sirota (1998; 2003), uma conversa grupal aberta, na qual se busca uma atmosfera transicional, lúdica, facilitadora de expressão subjetiva. Desse modo, essa entrevista grupal foi organizada pela apresentação de imagens significativas, sob forma de *slides*, e previamente preparadas pela pesquisadora, resultantes do material clínico que emergiu durante as entrevistas individuais da primeira etapa da investigação. As imagens foram escolhidas em função de seu potencial “provocativo”, no sentido de favorecerem a expressão dos participantes. Essa proposta também seguiu o paradigma dos “rabiscos” winnicottianos, (Winnicott, 1968/1994), à medida que estes se configuram como verdadeiros convites que pedem e facilitam o gesto espontâneo dos participantes. Isto é, a pesquisadora trouxe um “rabisco” sob

¹⁶ A narrativa transferencial completa da entrevista grupal compõe uma das partes do próximo capítulo.

formas de imagens a fim de que os profissionais pudessem completá-los na entrevista grupal. Como se vê, os mediadores dialógicos, sejam usados em entrevistas individuais ou coletivas, são procedimentos a serviço do “dar voz” aos participantes (Gilligan, 1993) segundo uma perspectiva epistemológica que pensa a produção de conhecimento, nas ciências humanas, como processo intersubjetivo. Os participantes não são entes passivamente examinados, mas parceiros, na execução da pesquisa.

REGISTRO DO ACONTECER CLÍNICO

Escolhemos registrar o material clínico que emergiu nas entrevistas, individuais e coletiva, usando mais de um procedimento: anotações associativas, relatos de dificuldades, desenhos-estórias e narrativas transferenciais. Fizemos anotações para registrar as associações imaginativas provocadas pelas fotografias durante o próprio encontro e as dificuldades apontadas pelos trabalhadores ao final das entrevistas individuais. Os desenhos-estórias foram elaborados pelos participantes, aceitando deixá-los com a pesquisadora. A narrativa transferencial apresenta o acontecer grupal, tal como foi vivenciado pela pesquisadora, que dele participava, evidentemente, de modo ativo. Esclarecemos que apesar de usarmos diferentes tipos de registros, não deixamos de forma nenhuma de utilizar o método psicanalítico de pesquisa.

Escolhemos a narrativa transferencial ou psicanalítica (Aiello-Vaisberg et al., 2009)¹⁷ como forma de registro da entrevista coletiva. Essa é elaborada de

¹⁷ Essa foi desenvolvida de acordo com a perspectiva da Psicanálise intersubjetiva e tem sido usada tanto em investigações como também tem sido objeto de estudo, no que se refere à sua

memória e retrata o acontecer clínico em termos de registro de ocorrências, tal como podem ser percebidas desde a perspectiva do pesquisador, que, vamos lembrar, participa tanto do acontecer clínico, como em termos de registro dos afetos, sentimentos e emoções vivenciados pelo pesquisador. Desse modo, são inclusas impressões, associações, idéias, fantasias e sentimentos contratransferenciais, visto que o intuito é permitir que tanto o leitor como o próprio pesquisador se reaproximem da experiência vivida. Não se espera uma reprodução detalhada sobre os fatos que teriam ocorrido “verdadeiramente”, porque consideramos que todo conhecimento compreensivo pertinente à conduta humana é inerentemente perspectivado (Orange, 1995). Toda busca de objetividade, neste campo, seria esforço em vão e descabido, uma vez que estamos empenhados na produção de conhecimentos sobre sentidos afetivo-emocionais subjacentes às condutas manifestas.

Como forma de registro das associações diante das fotos e relatos de dificuldades, resolvemos adotar o procedimento aqui denominado de anotações associativas por dois motivos. O primeiro deriva do fato de entrevistas abertas, que permitem a vivência de experiências completas, segundo as fases do Jogo da Espátula (Winnicott, 1941/2000), gerarem, via de regra, um grande volume de comunicações, cuja organização significativa demanda um trabalho de leitura bastante trabalhoso. Se este volume puder ser organizado de modo a facilitar sua apreensão, sem prejuízo da profundidade, esta será, a nosso ver, uma boa opção. No presente caso, os destaques das associações provocadas pelas fotografias e as dificuldades declaradas, parecem se constituir como ponto de partida confiável para a produção

potencialidade heurística (Granato & Aiello- Vaisberg, 2004; Aiello- Vaisberg & Machado, 2005).

interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional. Como segundo motivo, lembramos o fato de que uma narrativa pormenorizada pode permitir que o entrevistado seja identificado de modo relativamente fácil por seus pares, uma vez que atualmente a pesquisa acadêmica fica, por lei, disponível na *web*, o que não respeitaria o sigilo e anonimato de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa ou Código de Ética em Psicologia .

Finalizando, ressaltamos, de acordo com nossos pressupostos epistemológicos baseados na Psicanálise Intersubjetiva, a importância da valorização da personalidade do pesquisador em todas as etapas da pesquisa. Acreditamos que a conduta, como fenômeno humano, só pode ser verdadeiramente compreendida, do ponto de vista psicológico, quando não é objetivada, contudo considerada como acontecer dramático (Politzer, 1928/1998).

TRATAMENTO DO MATERIAL CLÍNICO REGISTRADO

Os registros do acontecer clínico – anotações associativas, relatos de dificuldades, os próprios desenhos- estórias e a narrativa transferencial – bem como os recursos mediadores utilizados, vale dizer, a série de fotografias e os *slides*, foram abordados psicanaliticamente em termos da produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional, em busca do que é fundamental na *démarche* investigativa psicanalítica: compreensão emocional (Orange, 1995). Como se vê, operamos com um conjunto de procedimentos investigativos variados, o que não é usual e complexifica a metodologia, mas se justifica quando lembramos nossa opção por abordar uma única equipe,

considerando as dificuldades inerentes à conquista da confiança de participantes que, em virtude de sua vida cotidiana com a doença mental, muitas vezes, se mostram, segundo nossa experiência, muito reservados e defendidos.

Quando dizemos que o tratamento do material é feito mediante a busca de campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, nossa intenção é declarar que nos “relacionamos” com o material clínico do mesmo modo que um psicanalista clínico se relaciona com o que lhe diz seu paciente, no dispositivo padrão. Em outros termos, fazemos uso do método psicanalítico, que se constitui, classicamente, a partir da articulação entre associação livre e atenção flutuante, respectivamente:

“Método que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea (Laplanche & Pontalis, 1967/2001, p.38).

“Segundo Freud, modo como o analista deve escutar o analisando: não deve privilegiar *a priori* qualquer elemento do discurso dele, o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção. Essa recomendação técnica constitui o correspondente da

regra da associação livre proposta ao analisando.
(Laplanche & Pontalis, 1967/2001, p.40)

Pode-se dizer que hoje, a partir da ampliação da clínica psicanalítica em enquadres diferenciados (Aiello-Vaisberg, 2004), que este mesmo método pode deixar de ser considerado num plano de fala e escuta. Abrangendo toda a interação entre paciente e psicanalista, ou entre participante e pesquisador, as associações livres deixam de se limitar a comunicações puramente verbais, para incluir todas as formas de comunicação emocional como condutas, em qualquer área de expressão (Bleger, 1963)¹⁸. Complementarmente, a atenção flutuante passa a ser cultivada como abertura fenomenológica, maximamente desapegada de crenças, valores e teorias prévias, diante das comunicações emocionais do paciente, entendidas como condutas (Bleger, 1963) e diante daquilo que emerge como vivência emocional do próprio psicanalista. Uma forma bastante didática de descrever o modo como se faz uma interpretação psicanalítica forjado por Herrmann (2001), quando resumiu a tarefa usando três palavras de ordem: “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar o desenho”. A primeira é quando o analista e/ou pesquisador espera o que vai aparecer a partir do paciente e/ou participante da pesquisa. A segunda é quando o analista/pesquisador, ainda que aberto, já esteja considerando um conjunto da análise. E, finalizando, a terceira palavra é quando o analista atribuiria um sentido que estaria não acessível à consciência para o paciente e/ou participante da pesquisa. Preferimos mudar essa última expressão para “criar/encontrar sentidos afetivo-emocionais”, para não deixar a impressão de que iríamos completar as produções dos participantes com um sentido que

¹⁸ Explicamos o conceito de conduta e suas áreas na página i dessa tese.

estaria oculto. Desse modo, o método é colocado em marcha, exercendo sua função heurística.

Sob inspiração do pensamento winnicottiano, temos pensando as palavras de ordem de Herrmann (2001) como “criação/encontro” de sentidos, buscando, deste modo, chamar a atenção para o fato de que o ato interpretativo, por meio do qual os campos são produzidos, corresponde a uma criação que encontra algo na própria realidade fenomênica. Ou seja, nesta investigação, visamos alcançar uma compreensão emocional sobre o modo como a personalidade coletiva estudada se posiciona diante do paciente psiquiátrico, por meio de uma percepção perspectivada, mas não arbitrária dos campos de sentido afetivo-emocional subjacente às suas condutas. Sendo assim, estamos aliados ao nosso pressuposto da Psicanálise intersubjetiva e compreendemos que outros estudiosos poderiam captar outros campos em função de sua subjetividade. Tal entendimento faz sentido no contexto do presente trabalho porque aderimos, a partir da interlocução que mantemos com o pensamento winnicottiano, a um posicionamento epistemológico conhecido como “realismo perspectivado” (Orange, 1995).

Torna-se, então, oportuno, fundamentar teoricamente o modo como é feito o tratamento do material. O conceito, aqui designado como campo de sentido afetivo-emocional, é produto de uma articulação teórica, realizada por Aiello-Vaisberg & Machado (2008), das noções de campo, desenvolvidas de modo paralelo e relativamente independente por Bleger (1963) e Herrmann (1979/1991)¹⁹. Esta aproximação conceitual revelou-se metodologicamente

¹⁹ O conceito de campo tinha sido retomado por Madeleine e Willy Baranger (1969), a partir da leitura de Maurice Merleau-Ponty e da Psicologia da Gestalt, com a finalidade de descrever a

fecunda, conferindo rigor à interpretação psicanalítica, na medida em que tanto ampliam como aprofundam o conceito de inconsciente, liberando-os de restrições metapsicológicas (Aiello-Vaisberg & Machado,2008).

Considerando que a dimensão investigativa da psicanálise tem primazia lógica sobre a teórica e a psicoterapêutica, concluiu Herrmann (1979/1991; 2001) que aquilo que os psicanalistas consideravam como objeto de sua ciência, ou seja, o inconsciente, deve ser concebido como algo que supera sua concepção em termos de estruturas intrapsíquicas individuais. Nesta linha, Herrmann (2001) chegou a cunhar uma nova e interessante idéia, a de inconsciente relativo ou campo, que entende como avesso daquilo que se dá, fenomenicamente, na clínica. Ao longo de sua obra, referiu-se à dimensão manifesta, emergente do campo, de dois modos, usando conceitos distintos: representação e relação. O primeiro deles acentua aspectos discursivos, lembrando que, na concepção psicanalítica, não se dissociam do afeto. Já o segundo instala-se de modo mais franco e realizado em terreno clínico transferencial. Porém, Aiello-Vaisberg & Machado (2008) apontam que, por meio de investigações psicanalíticas sobre diversas manifestações coletivas, têm constatado que o uso indiferente desses dois termos pode gerar imprecisões conceituais relevantes quando realizamos pesquisas psicanalíticas que não focalizam sessões de atendimento clínico padrão, como fazemos no

situação psicanalítica. Dizem estes autores: “La necesidad de introducir el concepto de campo en la descripción de la situación analítica nos parece surgir de las características estructurales de esta situación (...) Este campo es nuestro objeto inmediato y específico de observación. La observación del analista siendo a la vez observación del analizando y auto-observación correlativas, no puede sino definirse como observación de este campo” (Baranger & Baranger, 1969,p. 129). Entendemos que o uso deste conceito provavelmente permeava discussões tanto nas sociedades e congressos psicanalíticos, como nas universidades.

presente trabalho. Tal fragilidade pode, entretanto, ser superada, a seu ver, se o conceito de campo for utilizado conjuntamente com o de conduta, no sentido blegeriano do termo (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008).

Ao participarem ativamente das entrevistas, aceitando as tarefas que lhes propusemos, produzindo associações imaginativas diante de fotografias selecionadas, relatando suas dificuldades de trabalho, elaborando desenhos-estórias ou, ainda, conversando sobre os *slides*, nossos entrevistados dispuseram-se a associar livremente, enquanto o pesquisador psicanalista buscou adotar uma postura de máxima abertura à expressão subjetiva do outro, tentando colocar “entre parênteses”, julgamentos, convicções, preferências teóricas, memórias e desejos, no cultivo do desapego possível. A seguir, no próximo capítulo, este acontecer clínico vivenciado de fato, na realização desta pesquisa, será apresentado, segundo os delineamentos descritos nos procedimentos de registro das entrevistas.



Montserrat Gudiol

CAPÍTULO 3

REGISTROS DO ACONTECER CLÍNICO

Neste capítulo apresentamos registros do que ocorreu nas entrevistas individuais e coletiva, sob a forma de associações imaginativas provocadas

pelas fotografias, de relatos de dificuldades, de desenhos-estórias com tema e da narrativa transferencial da entrevista coletiva.

Disponibilizamos todo o material para que o leitor possa acompanhar com precisão e clareza todo nosso trajeto metodológico. Reproduzimos todas as etapas da coleta de dados dessa pesquisa, e cuidamos para que não seja possível identificar os participantes dessa investigação, a fim de manter sigilo, conforme prevê Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Antes de apresentar os diferentes registros, julgamos importante apresentar o contexto onde foi realizada essa pesquisa - a instituição psiquiátrica. Essa presta assistência hospitalar e ambulatorial à pessoas com transtornos mentais, de ambos os sexos, numa abordagem multiprofissional integrada. A equipe é composta por trabalhadores de diferentes formações universitárias - médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos e enfermeiros. Esses trabalhadores realizam freqüentes reuniões a fim de conduzir o tratamento de cada paciente de forma integrada. A instituição é privada, atendendo pacientes particulares e predominantemente pessoas com determinados seguros de saúde.

Realizamos as entrevistas na própria instituição, no cotidiano de trabalho da equipe. As entrevistas individuais da primeira etapa da coleta de dados dessa pesquisa, realizadas com os trabalhadores, ocorreram na própria instituição, em sala que oferecia total privacidade aos entrevistados, que foram ouvidos durante aproximadamente uma hora, em horários que variaram de acordo com a disponibilidade de cada um. A entrevista grupal, referente à

segunda etapa, também, ocorreu na clínica, no período noturno, com a duração prevista em torno de 2 horas. Ressaltamos que, diferentemente das entrevistas individuais, que foram realizadas dentro da carga horária de trabalho de todos os profissionais, para a organização de uma entrevista grupal, os coordenadores acharam melhor um horário extra, levando em conta que todos os trabalhadores estivessem presentes, sem que os pacientes ficassem desassistidos. Tivemos o cuidado de buscar intervir minimamente na rotina institucional, trazendo vantagens práticas evidentes.

Além disso, a realização da pesquisa no local do trabalho foi adequada para comunicar, de modo claro, prático e concreto, que estávamos interessados pelos profissionais enquanto pessoas que participavam transindividualmente da uma mesma personalidade coletiva, ou seja, os trabalhadores de saúde mental (Goldmann, 1974).

Antes de descrever cada etapa da coleta de dados deste estudo, elucidamos que, ao total, participaram da pesquisa 17 trabalhadores de saúde mental, sendo 13 na primeira etapa - 3 médicos psiquiatras, 3 terapeutas ocupacionais, 3 psicólogos, 1 farmacêutica, 1 assistente social, 1 educador físico e 1 enfermeiro, e 7 na segunda - 1 psiquiatra, 2 terapeutas ocupacionais, 2 educadores físicos, 1 nutricionista, 1 psicóloga. Pontuamos que três deles participaram das duas etapas. Parece-nos oportuno lembrar, que, uma vez que focalizamos os trabalhadores como personalidade coletiva, transindividualmente constituída, numa busca de compreensão interpretativa do imaginário coletivo, que não visa estabelecer vinculações com a vida particular de cada um, não temos razões metodológicas que exijam que os mesmos indivíduos participem das duas etapas investigativas.

Como já sabíamos que no segundo encontro desta investigação, teríamos participantes que não tinham sido entrevistados individualmente, por terem sido empregados após esse contato, tomamos o cuidado de fazer com que eles pudessem compreender o estudo e, principalmente, participar ativamente desse segundo encontro (Sirota, 1998; 2004)²⁰.

ASSOCIAÇÕES IMAGINATIVAS DIANTE DAS FOTOS

Apresentamos, a seguir, tanto as fotos que utilizamos, como as associações imaginativas que suscitaram durante as 13 entrevistas individuais realizadas. Organizamos o material desta maneira, ao invés de transcrever o que cada indivíduo disse na sua entrevista individual diante da série completa das dez fotos, por estarmos interessadas em um sujeito coletivo transindividual (Bleger, 1963; Goldmann, 1974) e não em personalidades individuais.

²⁰ André Sirota vem realizando, há algumas décadas, encontros com equipes da área de saúde e educação que são consideradas como personalidades coletivas. Este autor valoriza a abertura de “espaços de palavras” durante e principalmente ao final das sessões.



“Penso em ser uma instituição asilar/hospitalar ou um jardim público... eles estão conversando e observando...”

“Um lugar bonito... 2 pessoas sentadas que podem ficar mais próximas... não entendo essa distância... poderiam estar conversando, não sei o porque...”

“A evolução natural... da velhice... isolamento e solidão... apesar desse contato com a natureza que está em volta... olhando para as pessoas parece ser uma questão mais deprimida, principalmente em relação a essa senhora... (apontando ser pela sua postura na foto)”

“Vejo duas pessoas geograficamente próximas, mas sem nenhum contato emocional...”

“Por mais que tenha um jardim gostoso... estão distantes... se conhecem ou não? bem, não estão em contato, sem troca.. vejo um peso...que pena... algo impede que eles dividam algo... estão um do lado do outro mas não se vêem...”

“A impressão que veio pela idade é a sabedoria... os dois estão juntos mas não estão próximos não, sem interação... dá uma sensação de tristeza e solidão...”

“Duas pessoas que não se conhecem pensando na vida e vendo o movimento... o lugar é conhecido para mim... esse senhor lembra meu avô... estão bem tranquilos...”

“Velhice... lembrou-me do filme Elza e Fred, com a questão da sexualidade dos idosos... as pessoas estão vivendo cada vez mais e estão buscando estabelecer vínculos, mesmo sabendo que a morte pode estar próxima... eles estão se permitindo... se aproximando...”

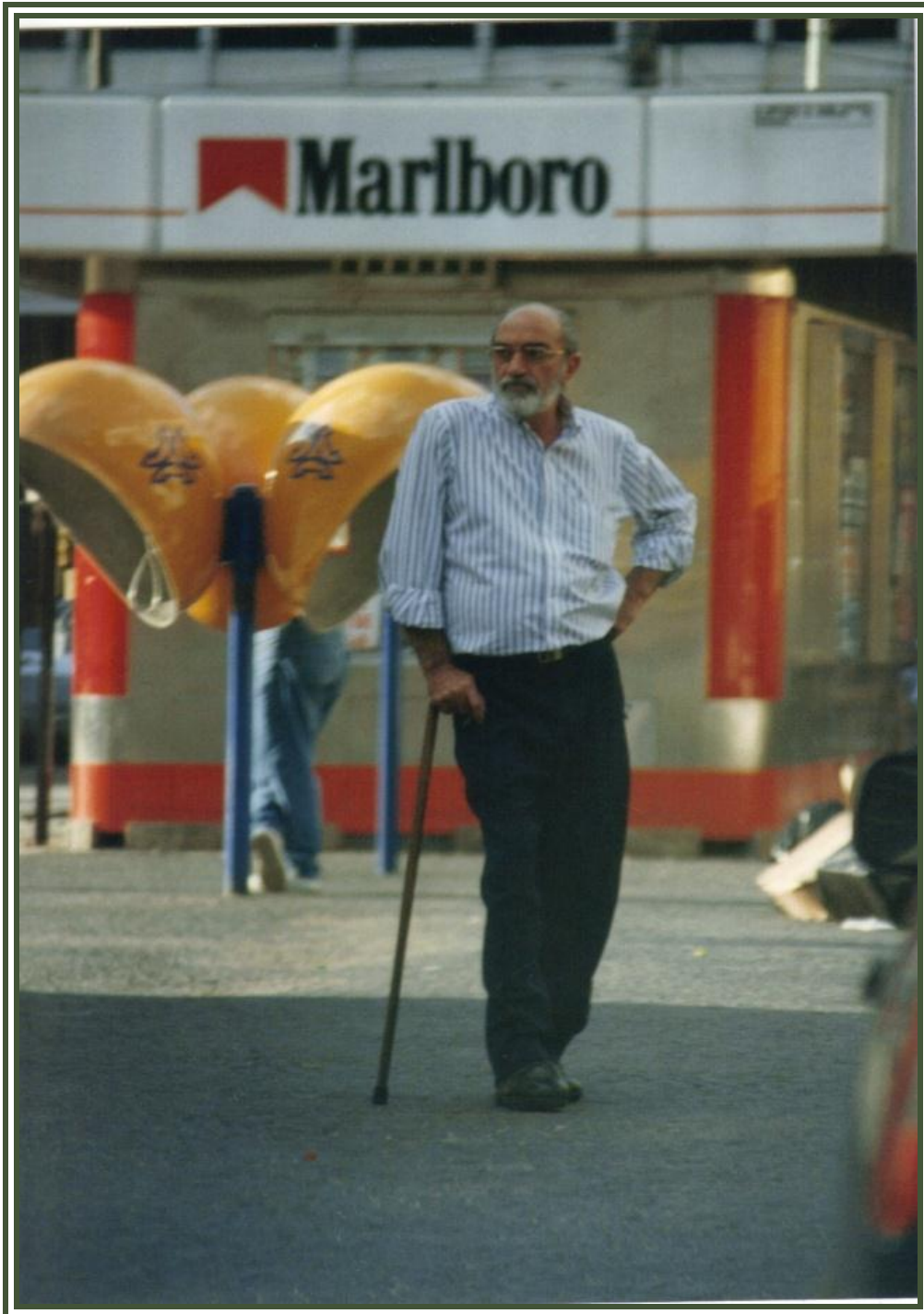
“Casal que perdeu um vínculo, o diálogo... um afastado do outro... aquela coisa bonita se perdeu... estão casados, mas a relação amorosa acabou... acostumaram um com o outro...”

“É uma situação de paquera na terceira idade... um movimento de aproximação...”

“Envelhecimento traz muita solidão, um distanciamento até entre eles mesmos... uns aceitam o envelhecimento, já outros não...”

“Ahhh que lugar gostoso... não é um casal não, mas vão sempre nessa praça e estão começando a apreciar tanto a praça como um ao outro...”

“Casal de senhores que por algum motivo teve um atrito e sentaram distantes, mas não se separaram... estão olhando para o jardim, esperando a hora passar...”



“É um lugar público, zona urbana e ele está esperando para atravessar a rua...”

“O que esse senhor está fazendo parado com essa bengala desse jeito??? Bem, vou me centrar no senhor... ele está observando todo o movimento...”

“A valorização da situação atual com os aspectos do marketing, do telefone... questões de comunicação com alguém de camisa longa, mais social e que tem uma necessidade para sobreviver...”

“O fato de não haver outra pessoa aparecendo na foto junto com ele, indica um isolamento... parece que está com olhar perdido, ausente... acho que pela posição da cabeça...”

“Descendência árabe... difícil de ver...tem um olhar de quem está muito atento, mas não parece bom o que ele está vendo... não é nada muito agradável, mas também não é uma tragédia... apoiado na bengala, observando...”

“Pessoa que está observando... mas não está sofrendo não, está só observando...”

“Esse senhor está indignado com alguma coisa que está vendo, alguma coisa está incomodando...”

“Senhor segurando essa muleta, bengala... está pensando em alguma coisa... a bengala está segurando algo na sua vida, figurativamente falando... olhando para a marca de cigarro e pensando que isso é uma porcária (ri e diz não escreve essa parte não)... está pensando na vida...”

“Pelo jeito uma pessoa tranqüila, viveu muito, sabe das coisas...”

“Que merda é esse trânsito? Como eu vou atravessar a rua com meus limites? ...

“Ele apesar de apresentar uma limitação física, tem um olhar para a vida, enfrenta com otimismo as dificuldades da vida...”

“É uma rotina de cidade grande, alguém com uma debilidade física, não pela sua idade, mas por algum outro motivo e deve estar sendo difícil atravessar a rua...”

“Senhor... senhor não... uma pessoa esperando um ônibus passar, acho que é fumante não pela propaganda, mas por algo que está no bolso de sua camisa...”



“Indivíduo descansando em um jardim público ou instituição...”

“Ele está sozinho... protegendo- se do sol... estava pensando, deita e fica bem... mas estava com algum problema...”

“Estou tentando entender a foto... ela está do lado de fora de uma casa... uma sensação de desconforto, desigualdade social, uma dificuldade... a pessoa se deita e diz: Por que isso? Por que eu assim? E talvez também esteja esperando um ônibus...”

“Alguém que está, embora parecendo estar à vontade, justamente não está à vontade... eu acho que a roupa não condiz com a temperatura que aparentemente está na fotografia... a posição do braço também indica que ele não está descansando e sim preocupado com alguma coisa...”

“Pesada, né? Um banco não confortável... não é só se protegendo do Sol... não consegue estar sentado no banco e nem fora do banco... desespero...”

“A idéia de uma pessoa mais sofrida... sem energia, sem força e acabou deitando não pelo cansaço físico não, mas por não agüentar mais...”

“Podem ser várias coisas, mas acho que é um rapaz descansando no seu horário de almoço, pois não parece um andarilho não...”

“Parece uma idoso, não é não... está entre os 40, 50 anos... parece que parou para descansar com um pouco de dor de cabeça... de estar tentando refletir sobre o que fazer da vida... que decisão da minha vida que vou tomar?....”

“Essa pessoa aqui está com o saco cheio da vida, perdeu o ânimo, quando chega a esse ponto de deitar na rua é porque perdeu todo o pique...”

“Não é um dependente químico... não é uma cidade pequena também... está cansado de procurar...”

“Realidade de muitos jovens que estão enfrentando dificuldades... pensei num usuário de drogas que está nessa situação... vejo uma pessoa deitada, desmotivada para a vida...”

“Alguém que não é de rua não, meio nem aí com as pessoas... está com calor, cansado e deitou na rua...”

“Um bêbado dormindo num banco da praça...”



“Idosos conhecidos, parentes ou até marido e mulher... esperando alguma coisa...”

“Duas pessoas companheiras de uma mesma situação, não só pedintes... ela esta mais esperta... podem ser companheiras ou não...”

“Realidade nossa brasileira... pessoa com aspectos mais envelhecidos até pelas questões sociais, econômicas... a realidade brasileira... é a cara do Brasil... tem um sofrimento, miséria...”

“Indica uma proximidade relacional... ou de marido e mulher ou de irmãos... mas cada um pensativo no seu mundo...”

“Ele de cara fechada, sentado num lugar que não é confortável... ela bem curvada, dando apoio a ele, não parece que estão conversando, mas esta do lado, esta sendo uma bengala para ele, de um modo ajudando, mas não é um peso para ela, também esta aprendendo com ele, têm uma troca...”

“Estão mais próximos... seria um casal, pararam para descansar... o senhor está mais cansado, acho que aqui é cansaço físico mesmo e são pessoas bem humildes...”

“O homem parece que esta passando mal e a senhora esta ajudando ele, acho que ele andou muito... talvez a fila do INSS, como a gente vê aqui os pacientes reclamando muito...”

“Parada para descanso... companheirismo... o senhor está com dor e ela estava junto e parou também... parece dor física a dele... não sei se é por causa do Sol essa cara, mas pelo jeito vai além disso...”

“Ela está com uma carinha melhor... casal de muitos anos, um não fica sem o outro, um complementa o outro, estão envelhecendo juntos...”

“A espera de uma compra, de um prazer...”

“Duas pessoas que se encontraram e estão trocando a respeito da vida, de suas dores...”

“Casalzinho cedinho que foi fazer compras... acho que não são compras não... eles foram tentar algum trocado, pedir algo na rua...ele esta com cara de sofrido, ela já esta mais espertinha...”

“Não sei se é casal não... sentados para descansar... acho que ela é uma cuidadora...”



“É um andarilho...”

“Cidadão caminhando... é difícil julgar algo assim... posso falar da sua falta de cuidado, da sua aparência... mas não posso dizer mais que isso...”

“Aqui também vejo um problema social... de um momento de mais de vinte anos atrás... hoje é diferente, a gente não vê mais mendigos assim, com essa expressão... hoje, o que vemos é nos semáforos pessoas que por escolha, como meio de renda vivem na rua... também existem os problemas com as drogas, usuários de pedra... fico pensando que antes esses mendigos tinham mais expressão e talvez são até menos adoecidos do que os moradores de rua hoje...”

“Pelas roupas... um andarilho que saiu na busca mas não sabe de que... sabe como ouço em muitos atendimentos dos depressivos... que tem vontade de sair para alguma coisa... fugir de alguma coisa...”

“Quem será? Quem será que ele foi? O que levou a chegar nesse estado? Sujo, sozinho, expressão pesada no rosto... ameaçado... assustado, bem defendido...”

“Um morador de rua, mas não vem uma idéia de tristeza não, está no limite, mas esta contornando a situação, adaptou-se a morar na rua, não esta sofrendo tanto...”

“Ele não é louco não, não pede nada, não incomoda e nem nunca fez nada de estranho...”

“Solidão... parece um morador de rua... fico me perguntando: porque ele mora na rua? ...penso que eles são tão comprometidos que vê aquilo como certo e que não precisam de um lugar para eles... e tem a questão da drogas aí também, talvez um jeito deles darem conta de tanto sofrimento...”

“Pessoa que se desiludiu da vida e entrou em surto e abandonou tudo e fica vagando... perdeu tudo, o sentido da vida... sem se cuidar, comer direito, o vestir... está perdido...”

“Uma história esquecida...”

“Relata bem o sofrimento do ser humano... perdeu o contato com a família, vida, até com a esperança... ele está esquecido...”

“Acho que é alguém de rua... ou de alguma tribo, dessas com esses cabelos esquisitos... ele pode até ter uma casa, mas não vai para lá... é um andarilho, tem para onde ir, mas fica na rua...”

“Um mendigo, sem perspectiva de melhora psicológica, física e nem social... andando por sua casa, que é a rua...”



“Família em sua casa... do lado de fora da casa...”

“Um casal lindo... curtindo e dando atenção para ela... ela já esta prestando atenção se vai ser fotografada”

“Me lembra muito o interior, questões de família, da importância disso, do pai para a constituição da pessoa com os pais e não outros cuidadores... ele (aponta para o homem da foto) apesar de estar fumando, o que não é legal, está presente... até parecem não ter muitos recursos financeiros, mas tem a presença... o que fica difícil hoje de ver na classe média...”

“Aqui parece que as pessoas estão mais conectadas, os dois olhando para a criança e a criança curiosa a respeito de quem esta tirando a fotografia...”

“Parece que são os pais mesmo... o pai de expressão olhando para o tamanho do menino, que já esta ocupando um lugar... a vida do menino ainda é incerta... mas isso é bom também!”

“Uma família... não sei bem o vínculo entre o homem e a mulher, estão juntos e a criança é o centro das atenções...”

“O pai ou o avó que esta dando mau exemplo por estar fumando... não sei mais o que dizer sobre essa foto...”

“Uma criança... isso me fez lembrar duas crianças que estão internadas aqui na clínica e sabe sou contra internação de menores de dezessete anos... aqui não temos espaço para acompanhantes e é muita responsabilidade para a gente, tanto é que eles estão com um uniforme da clinica, para mim como se fossem presidiários. Porém, acho que é preciso pelo risco de fuga, eles ficam mais fáceis de serem olhados dessa forma. Uma delas é uma menina de quinze anos e está grávida para ajudar a situação... bem deixa eu voltar aqui para a foto... criança é uma pessoa ingênua, mas que fala a verdade, entretanto, o choro delas me irrita facilmente...”

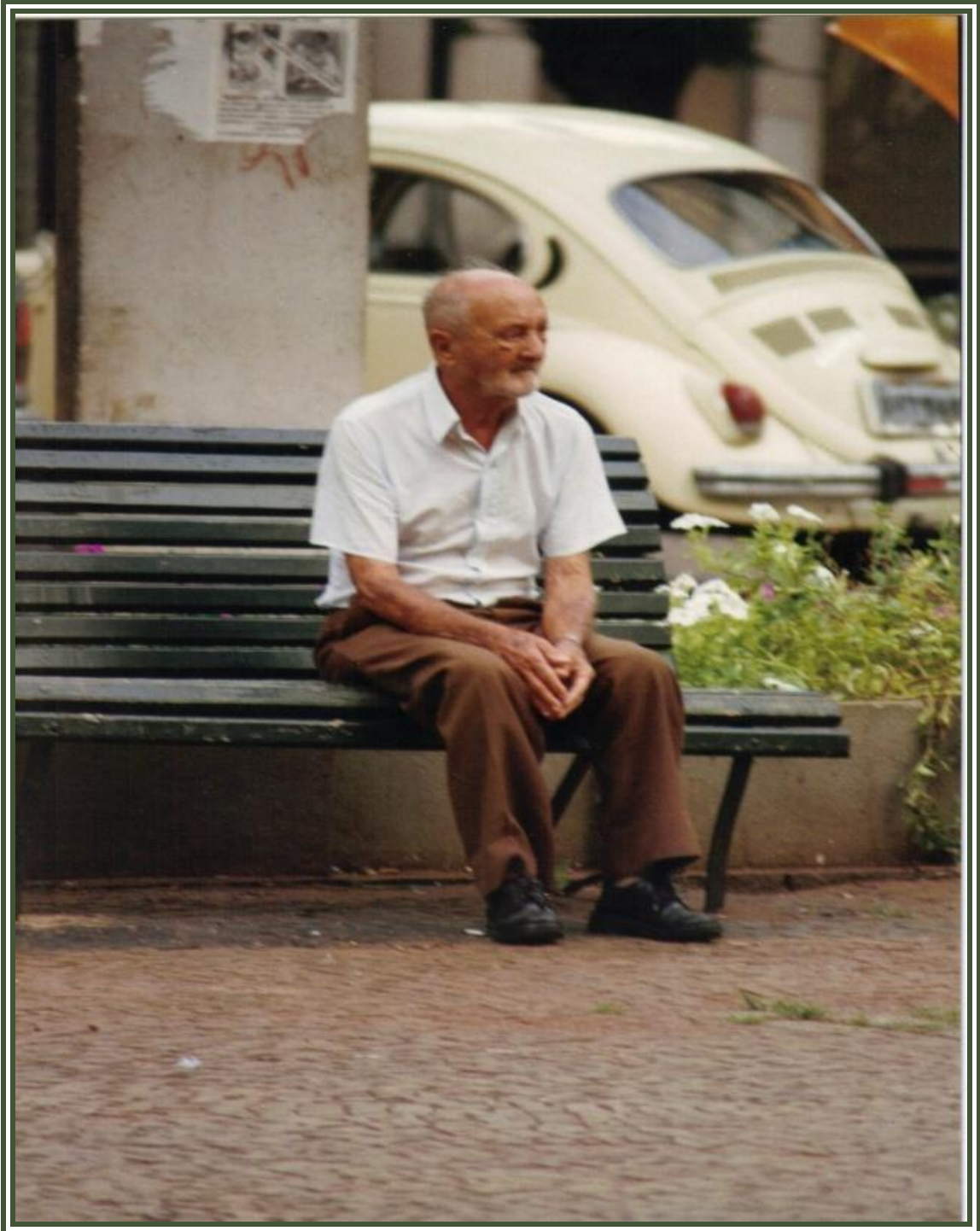
“Família normal de classe baixa socialmente, estão tentando educar o filho do jeito que eles podem... fazer algo para ele vencer na vida...”

“A espera de um acolhimento em saúde...”

“Uma família... mostra que tem sofrimento, mas está unida... parecem pessoas bem simples... pelo rosto parecem sofridos... não estão descontraídos...”

“Família simples sentado na porta de casa... ahhh o pai fumando perto da criança e acho que já é o segundo porque tem outra sujeira no chão... são simples... estão felizes... acho que ela esta com carinho de assustada, talvez pela máquina fotográfica que nunca tinha visto antes...”

“Filho... família de classe baixa, sentados na porta de casa...”



“Senhor num banco... espaço urbano...”

“Idoso, provavelmente está aposentado, sentado no banco da praça... uma cena comum... não me parece muito alegre, está pensativo e sozinho...”

“Sensação de sofrimento, não atende mais suas necessidades, pode até ter potencial, mas não tem mais força física... reconhece que está chegando ao fim... vai perdendo tudo... parece estar sem os dentes... de estar abandonado... Sabe, eu tenho dificuldades com essa questão da idade, do envelhecimento, de compreender esse processo tanto é que falei muito disso em análise já...”

“A desolação da velhice... aqui alguém que não tem perspectiva de vida...”

“Tão sozinho... expressão bem solitária... de abandono...”

“Uma velhice mais sofrida mesmo, mais deprimida...”

“É um senhorzinho tão sofrido... trabalhou muito e agora está parado e pensando no que pode fazer da vida agora... eu tenho muito dó de idosos, no fim da vida e muitas vezes ainda são judiados...”

“Senhor solitário... talvez a gente aprende a viver na solidão... uma parte é ser solitário e conviver com isso não é fácil... tenho falado muito de solidão né? Talvez seja porque em muitos momentos me sinto sozinho...”

“Solitário, abandonado pela família... sem amigos... perdeu tudo...”

“Solidão”

“Sentimento de solidão... olhar distante...”

“Senhorzinho em uma cidade pequena, sozinho, foi para praça, pensar na vida... tem um olhar envelhecido, meio tristonho, sozinho...”

“Um senhor descansando num banco da praça...”



“Grupo de torcedores de futebol... da Ponte Preta ou Vasco...”

“Aquele pessoal que vai, em grupo, para se divertir ou para brigar... acho que esses estão se divertindo... estão contentes...”

“Pessoas entrando no campo de futebol... essa foto é bem a cara do Brasil, mostrar bem nossa cultura, a nossa cara fora do país também... além disso aqui também pode ter a bandidagem, nem sempre vão para se divertir, pode pensar também no tráfico de drogas...”

“.Eu acho que aqui as pessoas estão unidas por algo em comum, um time de futebol, eu acho que também por questão da idade, de serem jovens...”

“Parece todos tão valentes, fase de grupo, se estivessem separados essa força não seria a mesma... nem a força e nem a alegria... torcida com esperança na vitória do time...”

“Uma torcida organizada, parece que estão bem descontraídos e se divertindo... não parece que estão indo para uma briga de torcidas não, é para torcer mesmo, mais saudável...”

“Não dá para saber se isso é comemoração ou se estão fazendo arruaça, acho que estão comemorando porque a Ponte Preta ganhou...”

“Os baderneiros... apaixonados pelo time de futebol... eu não gosto, mas aprendi a suportar, (rindo)... diria para essa foto... toma juízo... pois estão como somos os donos da verdade...”

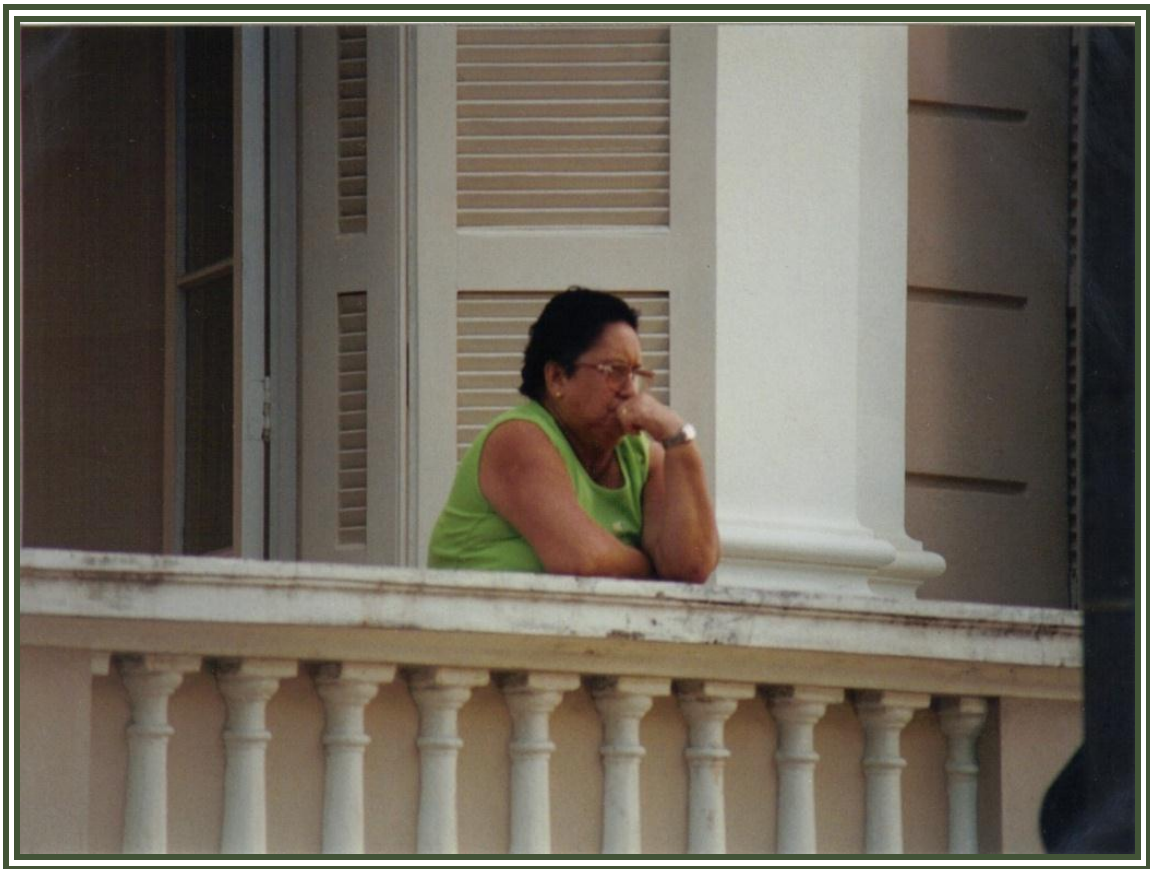
“Jovens que estão acreditando em alguma coisa, mesmo que seja num time de futebol, estão felizes, têm esperança, acreditando em alguma coisa, diferentes daqueles que já perderam isso das outras fotos que falei...”

“Ao contrário do que vem sendo falado... essa é a melhor idade, a juventude, o grupo e não a terceira idade...”

“Jovens querendo curtir... levam a vida de forma despreocupada...”

“Jovens saindo de um jogo de futebol, Ponte ou Santos, todos meio aí com nada, coisas de jovens, sem responsabilidade, sem preocupação um com outro apenas com a vitória do time...”

“Galera comemorando a vitória da Ponte Preta depois do jogo...”



“Senhora pensando em um intervalo de trabalho... está olhando a rua..”.

“É alguém em contato com ela mesma, eu acho isso importante... em uma sacada de uma casa ou hospital... refletindo, pensando, mas não acho que está triste não, apenas refletindo...”

“Típica senhorinha da cidade grande... não consegue sair, fica na janela... realidade nossa atual também... não podemos sair por questões de violência... fica olhando o mundo pela janela... traz também uma certa angústia... um ganho de peso, deprimida...que vão se agravando por essas questões sociais...”

“Pensando na vida... eu acho que aqui é mais uma situação de isolamento...”

“Super preocupada... uma coisa grave está passando na vida dela... mas não é o que ela está vendo não... pensando em algo que ela está vivendo... preocupada, tensa...”

“Uma pessoa observando, refletindo sobre alguma coisa que está vendo, não está com uma cara de paisagem como aquele da segunda foto, o que ela está vendo está mexendo com ela...”

“Está perdida nos pensamentos dela... com uma cara de tristeza...”

“Essa senhora está apreciando alguma coisa que está passando na rua e concentrada em alguma coisa... está pensativa... ar de reflexão, pensando na vida...”

“Super preocupada... bem preocupada... sinto que é uma pessoa que não acha muita solução para as coisas da vida, está preocupadíssima...”

“Está a espera de alguma coisa...”

“Ela está pensando na vida, acerca de suas questões... quem sou eu?”

“Senhora na sacada de um prédio antigo, pensando na vida e olhando o movimento, deixou as tarefas de casa e está descansando...”

“Uma senhora pensando na vida, na varanda de seu apartamento...”



“Dupla passeando na praia...”

“Tudo de bom... final da tarde, olhando o mar... ouvindo seu barulho... duas amigas caminhando e conversando e tem o privilégio de estar ao ar livre...”

“Dá uma cara de férias... tem a questão da vida, água, natureza... também o lado da amizade, estão resgatando o que fica reprimido durante quase todo o ano...”

“A paisagem é linda... eu acho que aqui tem contato pelo fato de serem duas garotas bem próximas...é isso...”

“Que bom, né? Delícia... algo tão simples, sem muitos recursos... mas só a vegetação, o mar, duas amigas se divertindo... relembrando um problema também... mas a situação é confortável... a amizade, o amor, o clima, tudo muito agradável...”

“Duas meninas... uma coisa boa, relação íntima... duas amigas que estão conversando e andando na praia, contando as coisas uma para outra, coisas de amigas...”

“Isso aqui é bom... duas amigas passeando, caminhando... o pôr-do-sol... que lugar bonito...”

“Duas jovens... lembrei de uma praia... me remeteu saudades de uma pessoa, e também de uma parte da minha família... venho escrevendo cartas à mão para ela e ela tem respondido, acho isso gostoso... interessante vir ela na memória...”

“Ahhh que delícia... essa é minha vida daqui uns 14 dias que vou para a praia... um lugar desses é maravilhoso, vida saudável, jovens conversando,... sabe, a gente precisa mesmo ter medidas para as coisas, trabalho, mas também um tempo para férias, ter espaço para uma vida pessoal”

“O medo do mergulho... embora não apareça isso...”

“Retrata como a gente deve estar sempre, na tranquilidade, na paz, acho que, principalmente, os jovens conseguem viver assim...”

“Ahhh que delícia... duas amigas no final do dia numa praia sossegada, caminhando e conversando... trocando intimidades de adolescentes...”

“Duas moças andando na praia... frustradas por não ver o pôr-do-sol que queriam ver...”

RELATOS DE DIFICULDADES

Descreveremos as 13 dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde mental durante as entrevistas individuais. Não consideramos essas informações como se tivessem sido fornecidas por sujeitos que não são apenas racionais e objetivos, mas também seres emocionais.

Relato de Dificuldade 1

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E²¹ disse que, com certeza, o mais trabalhoso era deixar a equipe homogênea, já que existem muitas flutuações na composição dos profissionais... Quanto aos motivos disso, ele acreditava que, em alguns casos, seja por mudanças de projetos de vida, porém a maioria quer ter a experiência de atuação em uma instituição, mas encara isso como uma experiência passageira, pois grande parte sai quando aumenta a clientela do consultório particular. Isso posto, perguntamos se considerava que a demanda/carga emocional exigida do contato com pacientes psiquiatrizados poderia contribuir para essa decisão, ao que E, rapidamente, respondeu que, com certeza, isso também é uma variável, pois, nesse trabalho, exige-se um envolvimento emocional muito grande, os pacientes e familiares solicitam muito e é preciso que o profissional tenha um tempo mental muito grande para tal, ademais, explicou que nessa instituição a proposta é que todos os profissionais, dentro da clínica, permaneçam em tempo integral junto aos pacientes e menos isolados dentro das salas de atendimento...”

²¹ Utilizamos a letra “E” para nomear os entrevistados dessa pesquisa.

Relato de Dificuldade 2

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E explicou que atualmente vem pensando muito no seu papel profissional dentro da equipe, o que esperam dele, pois muitas vezes a coordenação parece ter uma postura ambivalente, pede coisas e depois recua...”

Relato de Dificuldade 3

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E rapidamente revelou que é com os pacientes histéricos, pois estes são muito presos a questões de medicamentos, pedem muito isso e E percebe que não consegue trabalhar muito com eles. Acha que pode ser porque também não percebe muitos resultados positivos na forma como são tratados e acaba não conseguindo ver o sofrimento deles, tanto que sempre defende uma alta precoce, pois não acredita muito que a permanência na clínica irá ajudá-los a melhorar.”

Relato de Dificuldade 4

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E argumentou que pensa na instituição como um espaço, uma micro sociedade e que vê que, muitas vezes, o paciente precisa desse cuidado e ali é permitido tanto que ele se aproxime dos profissionais e de outros pacientes, como também que fique mais isolado. Acredita que ali tem menos cobranças sociais e faz com que o paciente possa lidar melhor com as coisas. Disse que percebe que a equipe é ‘bem afinada’, pois embora haja algumas discordâncias, sempre consegue-se chegar a um consenso e não vê problemas com relação à hierarquia entre os

profissionais. Disse, ainda, que percebe uma distância apenas entre os profissionais de nível superior e os técnicos, pois estes últimos não participam da equipe, o que é muito ruim...Falou de uma dificuldade econômica dos pacientes, que vê que tem alguns pacientes que não continuam o tratamento por não terem condições de pagar por passagens de ônibus para ir até a instituição, apesar de ter convênio médico, não estão livres desses problemas”.

Relato de Dificuldade 5

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E colocou que são as relações com pacientes, família e com a própria equipe, explicando que todos têm realidades muito diferentes. Declarou, ainda, com relação à equipe que não é apenas pelas diferenças de formação, mas sim pelas questões de personalidade. Muitas vezes, aparecem os conflitos, tem muito ‘pano para manga’. Acredita que hoje eles conseguiram não ter uma hierarquia entre os profissionais e enfatiza que ali não consegue ver só o paciente, é preciso ver todo o contexto social desse paciente também.”

Relato de Dificuldade 6

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E indagou se seria em relação ao paciente. Respondemos que não necessariamente, mas sobre o que vivencia no dia a dia. Acrescentamos que, a partir do que tínhamos conversado, percebia que o contato com os pacientes foi, no início, muito difícil. E concordou e relatou que foram muito complicados os primeiros contatos, que se perguntava muito o que estava acontecendo com cada um e também o que isso causava em si mesmo. Hoje em dia, tem observado muitas vezes uma sensação de irritação em relação à estagnação de alguns pacientes, parecem

que muitos não querem sair de determinada situação, não vêem os caminhos e que isso lhe tem causado certa impaciência. Incomoda-se por não ver a evolução de alguns casos, não em relação aos psicóticos, mas com os demais. Sente que não tem mais muita motivação para trabalhar com os dependentes químicos, de agüentar suas atuações, ataques, faltas e o descomprometimento de forma geral.”

Relato de Dificuldade 7

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E comentou que, no dia a dia da clínica, tem que aprender a separar as histórias de cada um, não se envolver muito com cada paciente, porém julga ser necessária essa aproximação. Falou novamente da necessidade de procurar um curso para saber como lidar melhor com isso. Acredita também que poderia ter um treinamento para as pessoas que entram no serviço, pois não é um trabalho fácil, já que a convivência com os pacientes é bem intensa e que nada é muito explicado.”

Relato de Dificuldade 8

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E respondeu que o contato muito próximo com os pacientes é bem desgastante, tanto que tem sido mais breve nesse contato, pois está muito sobrecarregado. Ademais, disse que percebe que tem grande afinidade para trabalhar com os deprimidos... e também lida bem com os psicóticos, porém não gosta do trabalho com os dependentes químicos, inclusive, em alguns momentos, já sentiu até medo deles.”

Relato de Dificuldade 9

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E comentou da necessidade de colocar limites para a vida profissional... Afirmou, também, que, apesar de ter contato direto com os pacientes dentro da clínica, vai trabalhar mais dentro de seus limites. Questionamos em relação a esse contato com os pacientes, relatou que é bem tranquilo, porém vê muita dificuldade com relação aos dependentes químicos, pois eles, muitas vezes, não querem se tratar, outra questão é avaliar os ganhos secundários da internação. Entretanto, considerou que muitos estão procurando um verdadeiro tratamento.”

Relato de Dificuldade 10

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E afirmou que, atualmente, não é o contato com os pacientes, mas avaliar o papel da instituição na sociedade, quais seus alcances, o significado disso... Outra questão também colocada pelo participante como uma dificuldade ou até mesmo como “leitura” sobre as questões do tratamento é a mudança no perfil de pacientes. Antes a maioria era de psicóticos, e atualmente, a maioria é os denominados “borderlines” e os psicopatas que atuam muito, o que faz pensar num aumento de risco de segurança institucional. Além disso, muitos pacientes buscam tratamentos pelos ganhos secundários de um diagnóstico psiquiátrico, uma internação. Como saída para tais questões, considerou a importância da abordagem familiar inicial, permissão de um acolhimento inicial e, assim, uma possibilidade de tratamento. Relembrou uma família que já chegou para a consulta psiquiátrica com anotações do que a médica teria de colocar nos

relatórios de avaliação para que conseguisse um recurso. Também conta que muitos pacientes, principalmente os dependentes químicos, provocam uma internação ou até uma troca de diagnóstico para conseguir mais licenças e afastamento de trabalho, entre outros ganhos. Disse que isso não ocorre apenas na área de saúde mental... Acrescentou que existem algumas questões do ponto de vista dos convênios médicos ... que consideram apenas a necessidade de internação e desconsideram a continuidade do trabalho com os pacientes a fim de evitar novas internações e a importância da ressocialização desses. Mesmo na internação, os profissionais lidam com questões burocráticas, pois é permitido, por ano, 30 dias de internação e para o regime de hospital-dia apenas para os considerados dentro do diagnóstico F.20, que são os esquizofrênicos na classificação do CID 10, que permitem 180 dias e para os demais 56 dias durante o ano. Adiante, citou, ainda, a intolerância que, hoje, a sociedade se encontra, no esquema de 'tolerância zero para as diferenças', onde tudo é exigido de forma rápida e perfeita. Pensou que isso interfere diretamente nas novas psicopatologias que vêm surgindo nos últimos anos, ou seja, a questão é o que essa incapacidade com as diferenças vem produzindo psicicamente nos indivíduos. Acredita que é preciso levar em consideração a questão do social, do contexto onde esta ocorrendo o problema, pois isso pode interferir diretamente."

Relato de Dificuldade 11

"No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E relatou que existe um desgaste com o próprio paciente e sua família, que o tempo é curto para atender a todos e que, muitas vezes, o próprio paciente fica pouco tempo,

entretanto é necessário fazer encaminhamentos precisos, além de orientar a família. Com relação aos pacientes, disse que é mais fácil lidar, muitas vezes, com esses, do que com a própria equipe. Pedi, de acordo com sua afirmação, que esclarecesse o que chama de problemas com a hierarquia de equipe, e explicou que, muitas vezes, observa alguns problemas no sentido de que a decisão médica tem maior poder, alguns combinam algo com a equipe, depois, fazem outra coisa. Observou, ainda, que, hoje, está ocorrendo mais rotatividade de profissionais dentro da clínica e acredita que isso possa ser por conta de tais questões. Perguntei, ainda, se tinha algo mais a acrescentar sobre as dificuldades de seu dia a dia, e E esclareceu que as divergências entre a equipe não são em relação à formação, mas uma questão de personalidade. Referiu que os pacientes gostam muito dos grupos, e percebe que precisariam aumentar ou o número de horas de cada profissional ou a contratação de novos”.

Relato de Dificuldade 12

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E explicou que, nas reuniões, ocorrem muitas divergências, contudo acredita que isso se dá muito mais por diferenças de personalidade do que por profissões. Acrescentou que os profissionais ficam tomados pelas resoluções diante das burocracias e que infelizmente sobra pouco tempo para a discussão de uma compreensão psicodinâmica do paciente. Disse que o contato com o paciente não é o mais difícil, embora exija toda uma demanda emocional. Assim, refletiu que lidar com as diferentes demandas, do plano de saúde, da família, de cada profissional e dos pacientes deixa o trabalho bastante desgastante, embora motivador...”

Mencionou que um dos pontos que os profissionais não podem esquecer é não apenas enxergar a doença de um indivíduo, mas, também, suas potencialidades”.

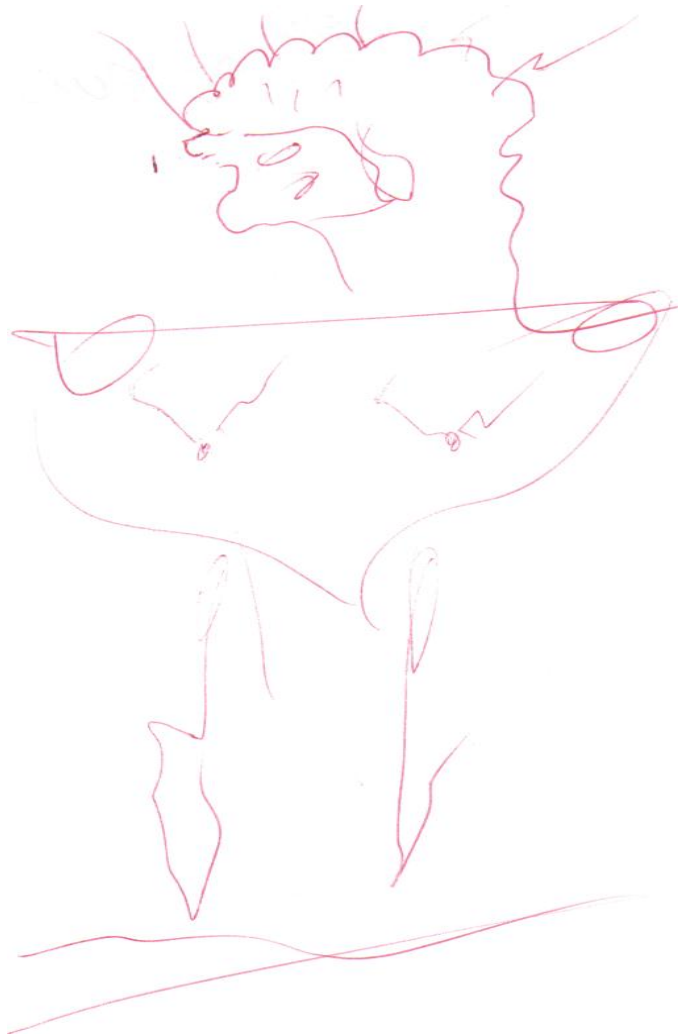
Relato de Dificuldade 13

“No tocante às dificuldades cotidianas de trabalho, E respondeu que, não tem muita experiência na área de saúde mental e que existem poucas publicações na sua área, formando um “abismo”. Muitas vezes, até pela própria equipe, é difícil explicar o que é feito e, no o dia a dia, poucos profissionais conseguem participar dessas atividades, integrando diferentes áreas. Outra dificuldade é manter algum contato com o paciente quando esse está em crise, ficando impossível alguma intervenção”.

DESENHOS-ESTÓRIAS

Apresentaremos, a seguir, as produções gráficas²² dos sete participantes que estavam presentes na entrevista grupal.

Desenho- Estória 1 (DE1)



*“Cabeça quente
Filha única
De mãe que se matou
Com freqüentes crises nervosas e de delírios e alucinações com internações
cíclicas
Idade de 40 anos”.*

²² Será respeitada a forma gramatical dos textos produzidos pelos trabalhadores de saúde mental.

Desenho- Estória 2 (DE2)



*“Ando ouvindo e ando vendo
coisas terríveis de imaginar e admitir que elas existem.
O que faço com isso?
Estou perdido”.*

Desenho- Estória 3 (DE 3)



Estou muito perdido e precisando de ajuda o mundo enlouqueceu ou eu?

Não sei...

*O que garantia a tranquilidade e equilíbrio na minha vida já não em satisfaz.
Sendo assim perdi minhas referências e a partir disso não sei que rumo tomar.*

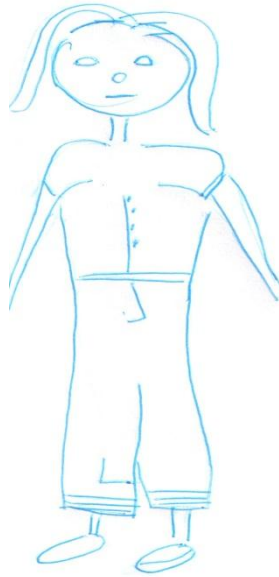
Sinto que será necessário para mim um tratamento intenso e profundo.

Desenho- Estória 4 (DE 4)



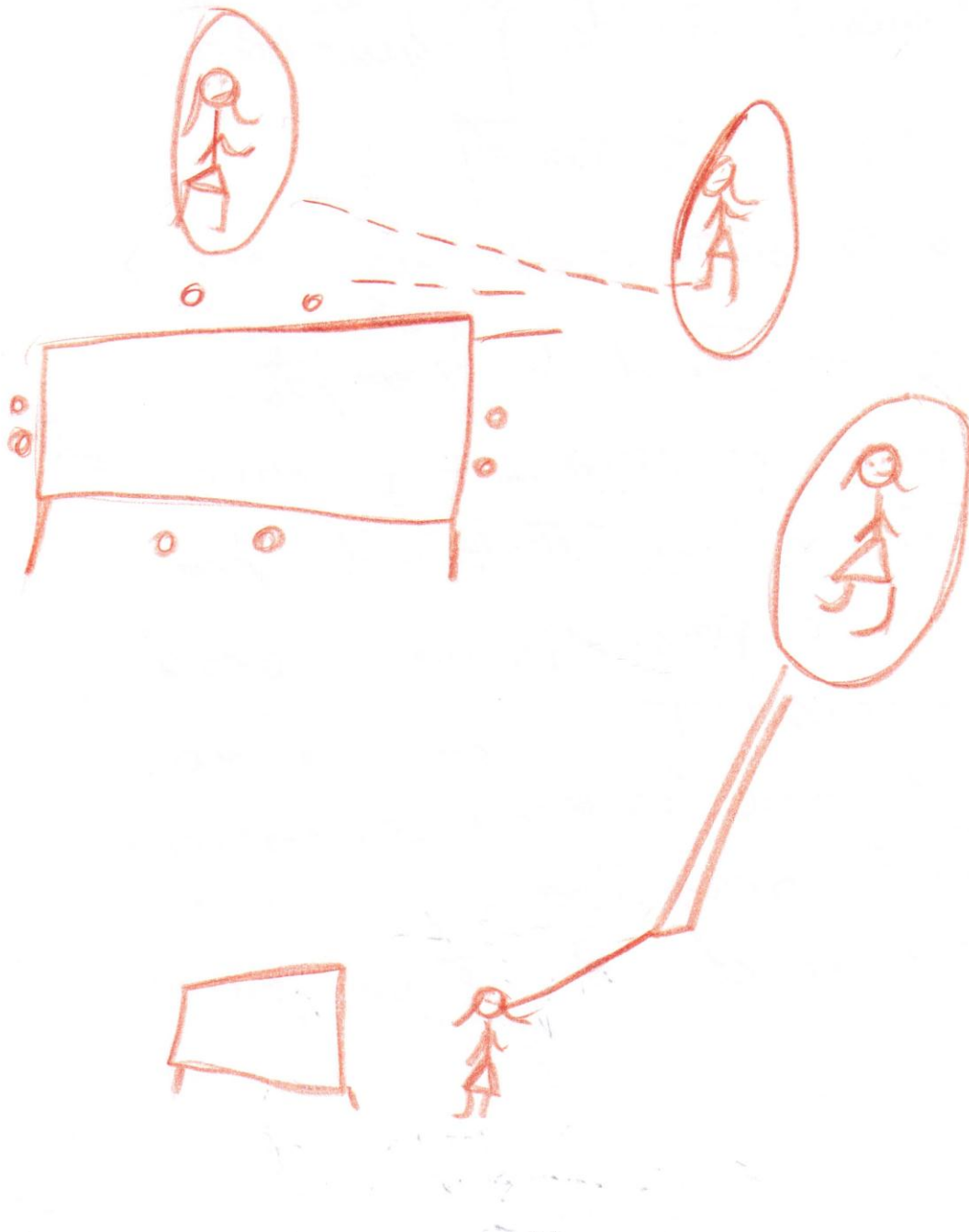
“Totalmente desorganizado, pediu ajuda aos familiares, que por sua vez nos procurou para que os ajudasse. Ajuda esta que deveria acontecer, pois ela estava muito depressiva...”

Desenho- Estória 5 (DE 5)



“Preocupação exagerada com a aparência, frustrações, inseguranças...dependência química... uma luta constante para manter relacionamentos saudáveis entre os familiares, luta para perder peso, luta para manter corpo e mente sãos.”

Desenho- Estória 6 (DE 6)



“Trata-se de uma mulher por volta dos 40 anos que de tempos em tempo procura alguma ajuda psiquiátrica. Fez medicação, fez psicoterapia... e após uma consulta onde presenciou um grupo em atividade, manifestou seu desejo em fazer algo mais abrangente no seu tratamento, sem muito saber o porquê, qual indicação, desejo, marcou sessão, mas esta na tentativa, não consegue comparecer para entrevista, mas tem remarcado. Acho que em breve conseguirá chegar...”

Desenho- Estória 7 (DE 7)



“João é um rapaz que vive longe da realidade comum das pessoas. Um belo dia alguém o informou que as coisas poderiam melhorar com o auxílio. As dúvidas e as fugas do João são sempre constantes. E quando surgiu a situação de auxílio ele entrou em dúvida.

Será que vale a pena ir? Será que a minha realidade é tão diferente dos outros. Em curto momento resolveu procurar ajuda para tentar esclarecer as situações de sua cabeça. E a esperança de melhorar sempre continua”.

NARRATIVA TRANSFERENCIAL DA ENTREVISTA COLETIVA

Finalizando esse capítulo, apresentamos abaixo à narrativa transferencial realizada de memória, contendo as impressões contratransferenciais da pesquisadora. Informamos ao leitor que iremos disponibilizar a seqüência das imagens, organizadas em slides, que foram apresentadas aos participantes, na entrevista grupal, em anexo 2. Lembramos que os desenhos-estórias presentes nessa narrativa já foram ilustrados no item anterior desse mesmo capítulo, intitulado “Desenhos- Estórias”.

“Para o agendamento da entrevista grupal, entrei em contato por telefone com um dos coordenadores da instituição. Disponibilizados alguns dias e horários, frisei apenas que seria interessante que todos pudessem participar. Após ter conversado com toda a equipe, o dirigente retornou, através de uma ligação telefônica, e marcamos uma data próxima, no período noturno. Esse período escolhido foi pelo fato de que a maioria dos trabalhadores não teria compromissos com a instituição, podendo estar presente, entretanto sabíamos que muitos deles trabalham em consultórios particulares em diferentes horários. Ressalto que diferentemente das entrevistas individuais, que foram realizadas dentro da carga horária de trabalho de todos os profissionais, para a organização de um entrevista grupal, os coordenadores acharam melhor um horário extra, considerando que para que todos os trabalhadores estarem presentes, os pacientes não poderiam ficar desassistidos. O coordenador quando retornou a ligação telefônica, mostrou-se

bastante solícito no sentido de providenciar algum tipo de equipamento ou material necessário para esse encontro. Pedi que separasse folhas brancas, algumas canetas, lápis pretos e canetinhas coloridas. Esse material, segundo ele, seria de fácil acesso, pois isso já tinha constantemente na instituição, principalmente na sala da terapeuta ocupacional. Também, avisei que levaria “slides” em formato “power point”, porém fomos informados de que não havia equipamento adequado para isso. Como o aluguel desse equipamento é de alto custo, resolvi organizar e passar os slides na televisão da instituição ou, em último caso, no notebook. Pensando em viabilizar uma melhor visualização, adequiei a formatação e gravação das gravuras para que pudesse passar na tela da televisão, garantindo boa visibilidade aos participantes.

No dia e horário combinado, cheguei com certa antecedência para que pudesse organizar todo o material que iria utilizar. Organizei previamente a disposição das cadeiras em círculo. Um dos coordenadores estava presente, conforme havia combinado com ele. Os participantes foram chegando no horário estipulado e fomos recebendo um por vez. Recebi todos de uma forma bastante amigável e percebi que todos aparentemente mantêm um relacionamento bem amistoso. Alguns dos trabalhadores que ainda não conhecia, fui apresentada e fiquei tranqüila com o fato de perceber que sabiam da pesquisa e pareciam motivados, mesmo que não tenham participado diretamente da outra fase. Um dos profissionais resolveu fazer um café, enquanto as demais pessoas foram chegando e se acomodando nas cadeiras, que como mencionamos estavam organizadas em círculos, visando mais assimetria entre os participantes e até mesmo com a pesquisadora.

No horário bem próximo ao mercado, todos já haviam chegado e estavam acomodados. Estavam presentes 7 trabalhadores: 1 psiquiatra, 2 terapeutas ocupacionais, 2 educadores físicos, 1 nutricionista, 1 psicóloga. Como aquele era a segunda fase desta investigação, sabia que estavam esperando um material que havia organizado a partir da primeira fase. Para essa ocasião, no meio do círculo de cadeiras, coloquei algumas folhas sulfites brancas, algumas canetas, canetinhas coloridas e lápis de cor.

Pesquisadora: - Boa noite a todos! Agradeço a presença e a oportunidade de estar aqui com vocês. Sei que alguns de vocês não participaram das entrevistas individuais, por isso, tomei o cuidado de fazer com que possam também compreender o estudo e, principalmente, participarem ativamente dessa segunda fase. Explico que realmente não tem problema algum não terem participado anteriormente, como também o fato de que outros só terem feito as entrevistas individuais, pois, afinal, estou interessada nas expressões da personalidade coletiva dos “profissionais de saúde mental”. Lembro que a pesquisa trata do imaginário coletivo sobre a doença mental e/ou loucura. Para começarmos a conversar sobre a questão da imaginação, peço que todos desenhem “uma pessoa que precisou procurar um serviço de saúde mental”.

Imediatamente todos foram pegando folhas e canetas que estavam disponibilizadas no chão entre o círculo de cadeiras.

Entrevistado (s): - Nossa será que ainda sei desenhar... ahh eu não sei desenhar nada...e eu também desenho muito mal...

Pesquisadora: - Gente, não tem nada a ver com verificar quem sabe desenhar bem e quem não sabe desenhar bem. Isso é espécie de um jogo,

algo para “brincar”, para começar a conversa, não tem certo e errado....

Desenhem o que vinha à cabeça quando falamos do tema.

Percebi que alguns já estavam finalizando as figuras.

Pesquisadora: - *Quem for terminando o desenho já pode ir escrevendo, no verso da folha, uma história sobre essa pessoa que desenharam.*

Rapidamente também começaram a finalizar as produções, tanto que em aproximadamente quinze minutos todos já haviam acabado.

Pesquisadora: - *O que vocês acharam? Como foi fazer essa atividade imaginativa?*

Entrevistado(s): - *Achei uma tarefa fácil, pois vimos pacientes psiquiátricos constantemente no nosso cotidiano de trabalho.... num primeiro momento foi esquisito desenhar, mas depois não... eu achei uma atividade interessante... logo que você falou me veio à cabeça uma pessoa que sempre é internada na clínica (mostra sua produção para o grupo DE 1)... Eu não pensei assim, imaginei uma pessoa qualquer pedindo ajuda em um serviço especializado (mostra sua produção para o grupo DE 2).*

Como os dois primeiros acabaram fazendo uma comparação entre eles...

Pesquisadora: - *Como havia dito é um exercício de imaginação, sem certo ou errado, e assim, que já estamos conversando a respeito do paciente psiquiátrico. Seria interessante que vocês pudessem comentar um pouco sobre as produções.*

Entrevistado(s): - *Eu acabei pensando em uma paciente que ainda está chegando aqui na clínica, que ainda não aderiu à proposta, mas vem se aproximando, acho que já está acontecendo um acolhimento (mostra sua*

produção para o grupo DE 3). Eu também não pensei em ninguém da instituição, mas de uma pessoa que veio na minha cabeça e que está perdida e precisando de muita ajuda (mostra sua produção para o grupo DE 4).

Observando que os entrevistados estavam comentando suas produções com mais naturalidade, sem uma organização de ordem, resolvi não interferir na forma como eles mesmo estavam conduzindo.

Entrevistado(s): - *Eu desenhei uma pessoa bastante desorganizada, depressiva, que não conseguia pedir ajuda, e que precisou da intervenção dos familiares, para conseguir pedir e até chegar a uma ajuda adequada (mostra sua produção para o grupo DE 5). Pensei na mesma linha de outra colega, pois desenhei e escrevi a respeito de uma pessoa que estava em dúvida se precisava mesmo de tratamento, pois ela ainda precisava aceitar que estava com problemas e necessitava de ajuda (mostra sua produção para o grupo DE 6). Eu fiz algo bem próximo do meu dia-a-dia de trabalho, mas que não é alguém específico da clínica, e sim do meu outro trabalho (mostra sua produção para o grupo DE 7).*

Pesquisadora: - *Bem, já começamos nossa conversa sobre o paciente psiquiátrico, por meio dos desenhos-estórias que vocês inventaram, então vamos passar para uma próxima atividade, pois sei que vocês estão esperando ouvir sobre o que aconteceu nas entrevistas individuais que fizemos. Achei melhor preparar alguns “slides” que vou mostrar para a gente ir conversando. Então, vou mostrando e falando, mas vocês podem tomar a palavra a qualquer momento. Trouxe um rabisco e espero que vocês possam ir completando com reflexões, críticas e debates.*

Pesquisadora (Slide 1): - Aqui coloquei o título, ainda provisório, da pesquisa, que é o imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre a loucura e/ou doença mental.

Pesquisadora (Slide 2): - Também coloquei o objetivo dessa pesquisa, que é investigar o imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre a loucura e/ou doença mental.

Pesquisadora (Slide 3): - Agora, preciso explicar o que é imaginário coletivo. Nossa formação científica é um evento relativamente tardio na vida de uma pessoa, já que o início ocorre após os 18 anos. Isso ainda para os que se formam “direto”... Mas, antes desse aprendizado técnico-profissional, já existem idéias, conceitos de vários assuntos. Então, dependendo do assunto, já vamos para uma formação com algumas pré-concepções, ou seja, com alguns conhecimentos prévios que circulam no ambiente social... Vamos aprendendo com a própria família, com os objetos que vamos encontrando, como ursinho, livros, instrumentos, com os primeiros amigos, primos da infância...

Pesquisadora (Slide 4): - Mais adiante, com as professoras no ensino formal, com os amigos da adolescência. Aprendemos também com os meios de comunicação, como a televisão, a internet, que cada vez são mais utilizadas, até, enfim, chegar à conclusão de uma graduação... Assim, nenhuma pessoa está livre desse tipo de conhecimento, chamado de senso comum. Então, o conhecimento científico se estabelece sob uma base de crenças e pensamentos mais ou menos já estabelecidos. Então, são todos esses conhecimentos, crenças e imagens que estamos chamando aqui de imaginário coletivo.

Pesquisadora (Slide 5): - Por exemplo: aqui todos vocês, independente da formação, antes de entrarem na faculdade já tinham alguma idéia do que seria um louco, um doente mental. Diferentemente de quando alguém vai estudar um processo biológico como a mitose e a meiose...

Pesquisadora (Slide 6): - Brincando com algumas associações de idéias e imagens, vemos que é comum associar o louco com... algumas frases vindas de uma sabedoria popular como essa “De médico e louco todo mundo tem um pouco” ou associações com alguém que é muito bagunceiro ou, ainda, que está sofrendo e chorando ou precisando buscar um analista e, até mesmo, quando apaixonado... isso tudo pode estar associado à palavra loucura...

Pesquisadora (Slide 7): - Ainda podemos associar a loucura a uma pessoa com muitas tarefas a cumprir, com alguém que está internado em um hospital psiquiátrico, com alguém que está diferente da maioria. Lembrando ainda que adquirimos conhecimento a esse respeito por meio de filmes, novelas, como o caso do filme da Camille Claudel e o conhecido filme “Mente Brilhante”.

Pesquisadora (Slide 8): - Bem, ainda preciso explicar melhor então por que estudar o imaginário coletivo. Em alguns momentos de tomada de decisão, em um processo de tratamento, não seguimos apenas os conhecimentos científicos, mas toda essa bagagem de conhecimentos adquiridos durante a vida, mesmo que não sejam científicos. Dessa maneira, acreditamos que, na prática, os profissionais de saúde conduzem-se tanto pelos conhecimentos teóricos e clínicos, como também por esse imaginário, que é composto de crenças, imagens, fantasias, eventualmente, muito bem estabelecidas, sobre a loucura e/ou doença mental.

Pesquisadora (Slide 9): - Assim, posso assumir que, ao estudar o imaginário coletivo, obtemos boas pistas daquilo que provavelmente será praticado e atuado no cotidiano, diante de pacientes psiquiátricos, pelos profissionais de saúde.

Pesquisadora (Slide 10 e 11): - Agora, vou explicar um pouco sobre a metodologia deste trabalho. Ele faz parte de um estudo maior sobre investigações de imaginários coletivos de determinados grupos sobre um tema específico. No meu caso o interesse é o imaginário de trabalhadores de saúde mental sobre a loucura e/ou doença mental e, por isso, essa presente investigação. No nosso primeiro encontro, usei as fotos para ativar a imaginação. Para lembrar ou para aqueles que não foram entrevistados, essas foram as 10 fotos utilizadas.

Pesquisadora (Slide 12): - Por exemplo: se tivesse solicitado a cada um de vocês para falarem o que acham de um alcoólatra, não desejaria que vocês trouxessem apenas os conhecimentos sobre essa dependência, mas sim, falando de outra maneira, o que vocês pensam de um bêbado...

Pesquisadora (Slide 13): - Agora, tendo ficado claro o que é o imaginário coletivo e o motivo de estudá-lo, bem como a forma como estou pesquisando, começarei a apresentar “esboços” dos campos de sentido afetivo-emocional que foram criados/ encontrados a partir de uma análise psicanalítica, cuja explicação, neste momento, não se faz importante. O primeiro é referente à nosografia. Diferentemente das classificações do CID 10 e DSM-IV e até da Psicopatologia psicanalítica, nessa classificação imaginária, existem 2 tipos de pacientes.

Pesquisadora (Slide 14): - Os pacientes dividem-se entre as vítimas sofredoras e os aproveitadores. Os primeiros buscam um verdadeiro tratamento e realmente possuem um sofrimento emocional. Já o outro grupo é composto pelos mentirosos, manipuladores e que não possuem um sofrimento. Assim, buscam um tratamento apenas para conseguir ganhos secundários.

Pesquisadora (Slide 15): - Sobre esse segundo grupo, houve muitas menções no sentido de que os principais pacientes seriam os dependentes químicos, ocorrendo pouca tolerância para esse tipo de paciente, pois abusam de várias substâncias, são mentirosos, manipulam demais toda a equipe, parecendo sempre ter “duas caras”...

Entrevistado (s): - Posso interromper ou acha melhor eu falar no final apenas?

Pesquisadora: - Lógico que pode falar, como havia dito, a idéia aqui é de uma conversa, um diálogo...

Entrevistado (s): - Então, eu achei extremamente interessante isso, porque vejo claramente o quanto alguns pacientes “incomodam” na clínica... vejo muitos profissionais incomodados com alguns pacientes que recaem, que vão e voltam da internação, sem melhoras...

Percebo, na seqüência dessa afirmação, que todos parecem concordar com aquela fala e que muitos pareciam estar pensativos no que foi falado. Por isso, resolvi permanecer em silêncio para que os demais pudessem se manifestar, caso quisessem.

Entrevistado (s): - Nossa tem um paciente nesse momento na clínica que acho que é bem essa situação que está sendo colocado aqui, parece que ninguém sabe mais o que fazer com ele... Eu estou entendendo que não se

trata aqui de pessoas específicas, mas que realmente cada vez mais surgem pacientes que se comportam de uma maneira complicada frente aos profissionais e à clínica, que parece não existir uma melhora desses pacientes, aqui chamados de aproveitadores... Olha, quanto aos dependentes químicos falo sempre que não gosto e acho que não tenho habilidade para lidar com eles, eu fico cansada, desmotivada com a questão da reinternação e tudo mais.... atualmente, o número de pacientes com diagnóstico de dependência vem ocupando grande parte dos leitos da clínica e, muitas vezes, ainda querem uma mudança de diagnóstico para conseguir mais dias pelo convênio, além de outras manipulações que a equipe percebe e não sabe como lidar.. percebo que o número de pacientes que abusa de alguma coisa vem aumentando consideravelmente..

Aparentemente todos os profissionais presentes concordam com essa última fala...

Entrevistado (s): *- Fiquei aqui pensando que estudamos e sabemos lidar com os psicóticos, porém com esses pacientes que apresentam muitas características da psicopatia seria muito difícil de lidar e de tratar.*

Como percebi que a conversa estava se desenvolvendo bem, permitindo claramente posições e reflexões, julguei melhor não interferir nesse momento.

Entrevistado (s): *- Tem uma paciente que todos conhecem aqui e que vem dando muito trabalho para a equipe, pois percebemos um uso “inadequado” do tratamento... olha, eu estou entendendo que aqui não estamos falando apenas dos dependentes químicos, pela minha experiência adquirida na clínica, vejo que, atualmente, existem pacientes, os chamados “borderlines”, que atuam o tempo inteiro, seja pelo uso de substâncias, seja de outras*

maneiras, e então porque de alguma maneira essas atuações acabam “incomodando” a gente... esses são os pacientes que nos são apresentados e não possuímos conhecimentos e formas de tratamento para lidar... eu acho que estamos em uma sociedade que vem produzindo uma quantidade enorme dos chamados “borderlines” ou outras nomenclaturas por aí e que estamos inseridos nisso, temos que pensar nisso, pois convivemos com muitos por aí que querem e dão um jeito de tirar vantagem em tudo e nós até sentamos numa mesa de bar com eles, mas que, como pacientes, incomodam-nos porque não sabemos tratá-los e eles não apresentam mudanças do jeito que estamos tratando...

No momento constatei o quanto essas declarações causaram um impacto na equipe, o que me fez pensar que realmente era uma questão que eles vêm lidando constantemente no dia a dia de trabalho e aparentemente do sujeito coletivo e não apenas de alguns isoladamente.

Pesquisadora: - Aproveitando essa discussão, vejo que nos desenhos-estórias foram desenhados apenas os “sofredores”, vocês imaginaram apenas esse tipo de paciente, esperam eles na verdade pedindo uma internação e não os aproveitadores...

Entrevistado (s): - É, na verdade pensamos no paciente sofredor, num psicótico... eu imaginei alguém que estava precisando de ajuda... eu me baseei em uma paciente psicótica que sempre é internada na clínica.. eu fiz uma paciente que ainda não conseguiu vir a clínica, mas está chegando, que isso é uma situação que também exige manejo...

Pesquisadora: - *É realmente praticamente todos os desenhos e histórias foram de psicóticos, mas pelo que falaram o que recebem aqui na clínica, atualmente, não são apenas eles...*

Entrevistado (s): - *Acredito ser de extrema importância essa questão aqui discutida, isso exige muita reflexão de todos nós aqui e até mesmo posicionamentos diferentes... Nossa, fiquei aqui pensando em como consegui colher isso daquela entrevista com as fotos, fiquei curioso!*

Pesquisadora: - *Como tinha explicado usamos o método psicanalítico em todas as etapas da pesquisa, e o material foi visto de forma geral, peguei os pontos em comum e não uma análise de cada um.*

Entrevistado (s): - *Achei muito interessante e a conversa realmente aqueceu, inclusive estou preocupado com o tempo, pois acabei interrompendo e sei que tem mais “slides” para apresentar.*

Pesquisadora: - *Fique tranquilo, já tinha notado que grande parte do tempo da reunião tinha passado, mas considerei melhor não interromper, porque todos estavam discutindo, participando ou prestando atenção. Porém, agora vou retomar a apresentação, mas a idéia é essa mesma, ir conversando, afinal, um dos intuitos da pesquisa era, também, retornar algo para a própria instituição. Assim, vou prosseguir com as imagens.*

Pesquisadora (Slide 16): - *Seguindo o próximo slide que é sobre a etiologia imaginária da loucura que seria uma doença vincular, ou seja, a causa é a relação problemática entre as pessoas...*

Pesquisadora (Slide 17): - *Assim, o tratamento imaginário, sucedendo a causa, deve ser baseado na convivência entre as pessoas, tanto entre os próprios pacientes como também entre os profissionais e pacientes.*

Pesquisadora (Slide 18): - E, por último, as dificuldades enfrentadas no trabalho não seriam mais com o paciente psicótico, e sim com os pacientes “aproveitadores”, além do próprio contato com os profissionais.

Pesquisadora (Slide 19): - A apresentação chegou ao final. Estamos abertos para comentários, ainda temos um tempo...

Consideramos importante mencionar que após a apresentação do slide 15 não houve nenhuma manifestação de falas dos participantes, porém percebemos que todos permaneciam atentos. Ao final da última imagem...

Entrevistado (s): Foi muito interessante a conversa a partir dos “slides”, nossa percebi muita mobilização de todos nós, principalmente, no primeiro campo, no que se refere ao paciente aproveitador... é realmente esta sendo muito difícil lidar com esse tipo de paciente aproveitador... como já tinha dito, parece que está faltando recursos no tratamento, antigamente, ninguém sabia o que fazer com o delírio, com o paciente psicótico, mas todo o tratamento foi sendo aperfeiçoado e, hoje, sabemos lidar com ele, mas ocorre que o aproveitador incomoda não por suas características, mas porque, com o tratamento atual, ele não melhora, e que ainda mais, podemos pensar, que se ainda hoje um paciente psicótico ficar delirante um mês, sem nenhuma melhora, também vai incomodar, mas que como temos remédio e uma escuta adequada, eles melhoram, diferente do que acontece com o aproveitador, como está sendo chamado aqui.

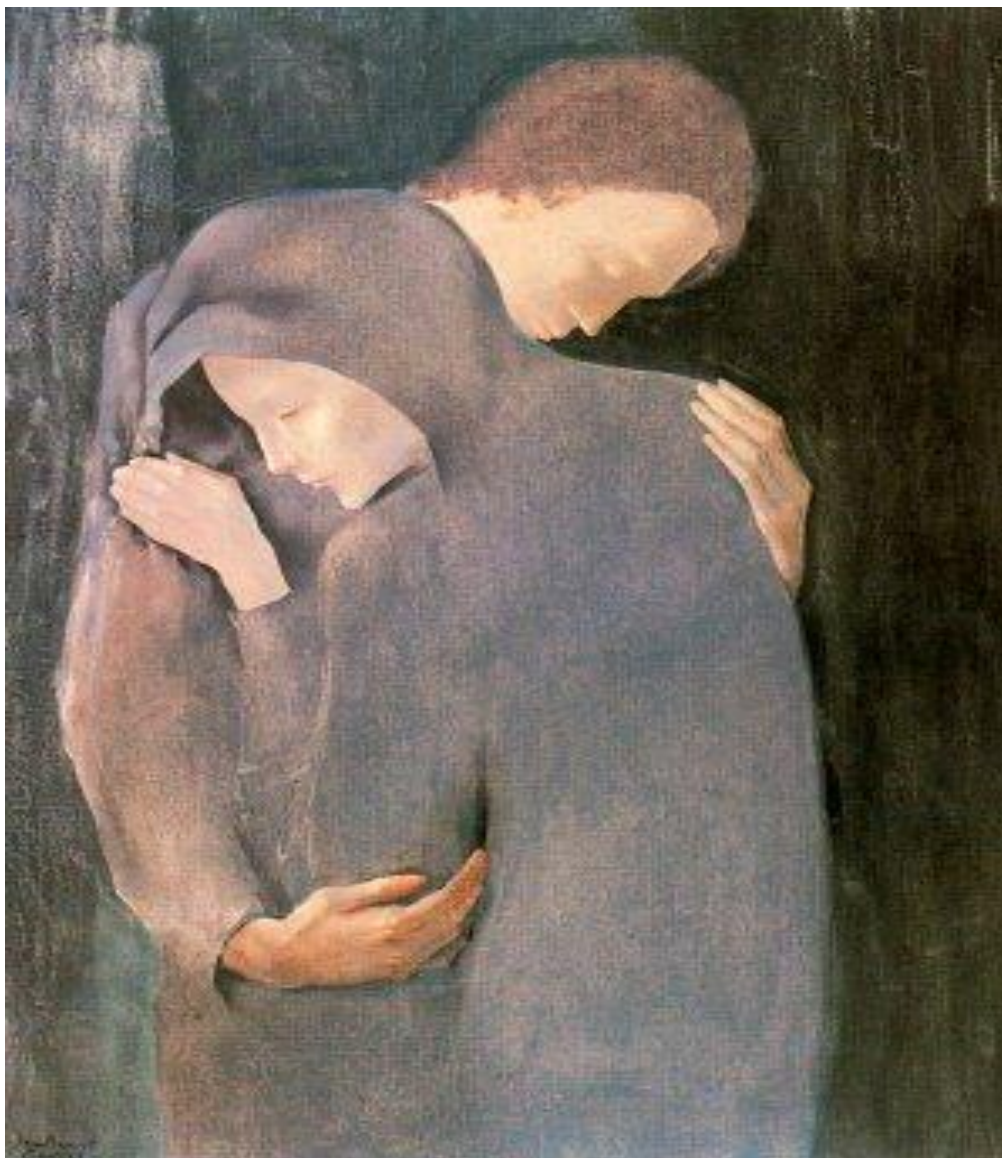
Todos parecem concordar com essas falas e nesse momento, até em função do horário previsto para o término do encontro, coloquei as principais questões que foram aparecendo durante a entrevista para finalizar.

Pesquisadora: - Nesse encontro pareceu ser relevante a questão do diagnóstico imaginário, do paciente sofredor ou do aproveitador. Isso ficou ainda mais claro com a nossa primeira atividade, que foi o desenho-estória, que não apareceu nenhum paciente “aproveitador”. Porém, na discussão, certamente, ficou evidente o incomodo com esses, ainda mais contando com o aumento desse número de pacientes na clínica. Fiquei com algumas questões reflexivas: Será que quando falamos “paciente psiquiátrico”, na verdade, vocês esperam o psicótico, não é mesmo? Seriam os aproveitadores considerados pacientes? Será que sofrem de alguma coisa?

Entrevistado (s): - Nossa, realmente esse encontro poderia durar muito mais, temos muito trabalho de reflexão, de posicionamentos da prática pela frente... é realmente seu trabalho mobilizou muitas discussões, veio “cutucar” toda a equipe... foi muito importante e interessante para todos nós refletirmos...

Pesquisadora: - Realmente hoje conseguimos muitas discussões, e nosso horário já se esgotou. Agradeço a presença e colaboração de todos!!! Além disso, agradeço também a oportunidade pela pesquisa. Espero ter contribuído com o trabalho de vocês.

Todos os profissionais ainda vieram pessoalmente se despedir e parabenizar-nos pela investigação.



Montserrat Gudiol

CAPÍTULO 4

SOFREDORES PSICÓTICOS, IMPOSTORES DEPENDENTES

E VÍTIMAS DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA:

CAMPOS DO IMAGINÁRIO

Neste capítulo, definimos os campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, que pudemos produzir interpretativamente a partir da consideração das associações imaginativas diante das fotografias, dos relatos de dificuldades, dos desenhos-estórias e da narrativa transferencial da entrevista coletiva, que apresentamos no capítulo anterior. Podemos, assim, afirmar, que leituras e releituras, em estado de atenção flutuante, conduziram-nos a criar/encontrar os três campos seguintes: “Sofredores Psicóticos”, “Impostores Dependentes” e “Vítimas da Sociedade Contemporânea”.

A seguir, delinearemos as configurações de cada campo a partir das regras lógico-emocionais segundo as quais se organizam. Procuramos fazê-lo de modo conciso e preciso, justamente porque os campos subjacentes, ou inconscientes relativos, tendem a funcionar segundo lógicas simplificadoras da complexidade do real (Matte-Blanco, 1988; Rayner, 1995)

Ainda que o material clínico tenha sido apresentado na íntegra, no capítulo 3, não deixaremos de ilustrar, a partir dele, cada um dos campos, visando proporcionar uma compreensão clara. Tais ilustrações serão retiradas de todos os tipos de manifestação dos participantes, que, vale lembrar, foram considerados, ao longo de toda a pesquisa, como integrantes de uma personalidade coletiva de caráter transindividual²³. Desnecessário explicar que este capítulo será, forçosamente, bastante menor do que os anteriores, sobre os quais evidentemente se apóia.

²³ Esclarecemos que os trechos dos relatos de dificuldades selecionados nesse capítulo foram escritos na primeira pessoa do singular.

CAMPO IMAGINÁRIO DOS “SOFREDORES PSICÓTICOS”

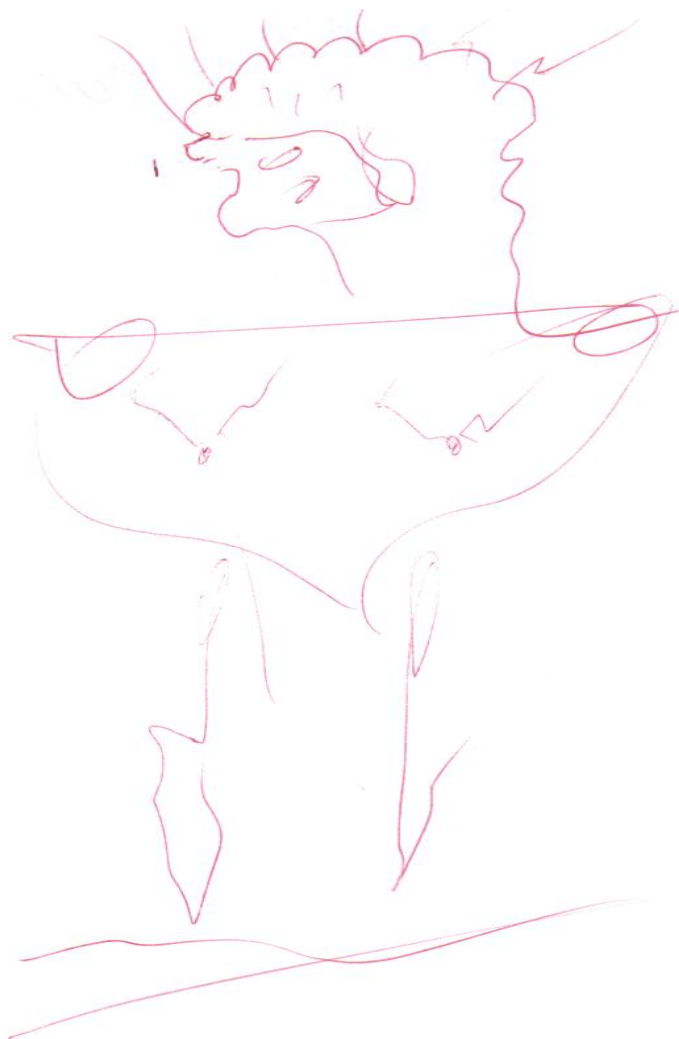
Atribuimos, ao primeiro campo de sentido afetivo-emocional criado/encontrado, a seguinte denominação: “Sofredores Psicóticos”. Sob sua vigência, predomina uma crença segundo a qual o paciente psiquiátrico verdadeiro seria aquele que apresenta sintomas que os manuais de psiquiatria consideram como psicóticos, vale dizer, que afetam o juízo de realidade. Seleccionamos as seguintes manifestações como exemplos do tipo de conduta imaginativa que pode emergir a partir deste primeiro campo:



*“Ando ouvindo e ando vendo
coisas terríveis de imaginar e admitir que elas existem.
O que faço com isso?
Estou perdido”.*



“João é um rapaz que vive longe da realidade comum das pessoas. Um belo dia alguém o informou que as coisas poderiam melhorar com o auxílio. As dúvidas e as fugas do João são sempre constantes. E quando surgiu a situação de auxílio ele entrou em dúvida. Será que vale a pena ir? Será que a minha realidade é tão diferente dos outros. Em curto momento resolveu procurar ajuda para tentar esclarecer as situações de sua cabeça. E a esperança de melhorar sempre continua”.



*“Cabeça quente
Filha única
De mãe que se matou
Com freqüentes crises nervosas e de delírios e alucinações com internações
cíclicas
Idade de 40 anos”.*



*“Totalmente desorganizado, pediu ajuda aos familiares, que por sua vez nos procurou para que os ajudasse.
Ajuda esta que deveria acontecer, pois ela estava muito depressiva...”*

Percebemos, nessas produções imaginativas, que, quando solicitamos um desenho-estória de um paciente que tenha procurado um serviço de saúde mental, foram realizados, principalmente, personagens com claras manifestações de sofrimento psicótico, tais como delírios, alucinações e perda da realidade.

CAMPO IMAGINÁRIO DOS “IMPOSTORES DEPENDENTES”

Definimos o campo de sentido afetivo emocional denominado “Impostores Dependentes” como aquele regido pela crença de que muitos usuários seriam falsos pacientes, que voluntariamente forjam sintomas por uso abusivo de substâncias e/ou por simulação de sintomas. Selecionamos

algumas manifestações dos participantes como exemplos ilustrativos do tipo de conduta imaginativa que deste campo pode surgir.

“vejo muita dificuldade com relação aos dependentes químicos, pois eles, muitas vezes, não querem se tratar também, outra questão importante é avaliar os ganhos secundários da internação, mas não posso esquecer que muitos estão procurando um verdadeiro tratamento”.

“...eu não gosto do trabalhar com os dependentes químicos, e em alguns momentos, para falar a verdade, sinto até medo deles”.

“Sinto que não tenho mais muita motivação para trabalhar com os dependentes químicos, de agüentar suas atuações, ataques, faltas e o descomprometimento de forma geral”.

“...vejo aqui que muitos pacientes, principalmente os dependentes químicos, provocam uma internação ou até uma troca de diagnóstico para conseguir mais licenças e afastamento de trabalho, entre outros ganhos”.

“Olha, quanto aos dependentes químicos falo sempre que não gosto e acho que não tenho habilidade para lidar com eles...”

“eu fico cansada, desmotivada com a questão de reinternação e tudo mais...”

“Atualmente, o número de pacientes com esse diagnóstico de dependência vem ocupando grande parte dos leitos da clínica, muitas vezes, ainda querem uma mudança de diagnóstico para conseguir mais dias pelo

convênio, além de outras manipulações que a equipe percebe e não sabe como lidar...”

CAMPO IMAGINÁRIO DAS “VÍTIMAS DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA”

O terceiro campo de sentido afetivo-emocional criado/encontrado interpretativamente intitula-se “Vítimas da Sociedade Contemporânea” e articula-se ao redor da crença de que a sociedade produziria sofrimentos psíquicos e existenciais em função dos modos pelos quais se organiza na época atual. Apresentamos, a seguir, manifestações que emergiram a partir deste campo:

“Cito a intolerância que hoje a sociedade se encontra, no esquema de ‘tolerância zero para as diferenças’, onde tudo é exigido de forma rápida e perfeita. Penso que isso interfere diretamente nessas novas psicopatologias que vêm surgindo nos últimos anos... o que essa incapacidade com as diferenças vem produzindo psicologicamente nos indivíduos? Acredito que é preciso levar em consideração a questão do social, do contexto onde esta ocorrendo o problema, pois isso pode interferir diretamente.”

“Eu acho que estamos em uma sociedade atual que vem produzindo uma quantidade enorme dos chamados “borderlines” ou outras nomenclaturas por aí e que estamos inseridos nisso, tempo que pensar nisso, pois convivemos com muitos por aí que querem e dão um jeito de tirar vantagem em tudo e nós até sentamos numa mesa de bar com eles, mas que, como

pacientes, incomodam-nos porque não sabemos tratá-los e eles não apresentam mudanças do jeito que estamos tratando...”

Finalizada a apresentação dos campos do imaginário, com as devidas exemplificações vindas do material clínico dessa pesquisa, cabe ainda aqui deixar uma explanação sobre várias menções feitas pelos trabalhadores de saúde mental do sofrimento depressivo por meio de suas associações imaginativas diante das fotos apresentadas nas entrevistas individuais. Tais comunicações não chegaram a demandar a criação/encontro de um campo de sentido afetivo emocional por várias razões. Primeiramente, porque esses pacientes não são, atualmente, encargo exclusivo dos psiquiatras, já que médicos de outras especialidades também prescrevem psicotrópicos anti-depressivos. Em segundo lugar pelo fato de não serem vivenciados como pacientes aceitáveis, como os “Sofredores Psicóticos”, nem como indesejáveis, como os “Impostores Dependentes”, ou inquietantes, como as “Vítimas da Sociedade Contemporânea”, diante dos quais os conhecimentos disponíveis parecem revelar-se insuficientes. Finalmente há que lembrar que nestas associações imaginativas, as pessoas vistas como deprimidas, solitárias ou entristecidas não são encaradas como pacientes psiquiátricos, mesmo quando aparecem em cenários que poderiam ser facilmente concebidos como estabelecimentos psiquiátricos.

Relembramos aqui as associações imaginativas que veiculam este tipo de sofrimento, chamando a atenção para o fato de não ter ocorrido, em todo o

estudo, nenhuma associação de idéias relativa a depressão psicótica²⁴:

“A evolução natural... da velhice... isolamento e solidão... apesar desse contato com a natureza que está em volta... olhando para as pessoas parece ser uma questão mais deprimida, principalmente em relação a essa senhora...”

“Envelhecimento traz muita solidão, um distanciamento até entre eles mesmos...uns aceitam o envelhecimento, já outros não...”

“Sensação de sofrimento, não atende mais suas necessidades, pode até ter potencial, mas não tem mais força física... reconhece que está chegando ao fim... vai perdendo tudo... parece estar sem os dentes... de estar abandonado... Sabe, eu tenho dificuldades com essa questão da idade, do envelhecimento, de compreender esse processo tanto é que falei muito disso em análise já...”

“A desolação da velhice... aqui alguém que não tem perspectiva de vida...”

“Tão sozinho... expressão bem solitária... de abandono...”

“Uma velhice mais sofrida mesmo, mais deprimida...”

“É um senhorzinho tão sofrido... trabalhou muito e agora está parado e pensando no que pode fazer da vida agora... eu tenho muito dó de idosos, no fim da vida e muitas vezes ainda são judiados...”

“Senhor solitário... talvez a gente aprende a viver na solidão... uma parte é ser solitário e conviver com isso não é fácil... tenho falado muito de solidão né? Talvez seja porque em muitos momentos me sinto sozinho...”

“Solitário, abandonado pela família... sem amigos... perdeu tudo...”

“Senhorzinho em uma cidade pequena, sozinho, foi para praça, pensar na vida... tem um olhar envelhecido, meio tristonho, sozinho...”

Finalizando esse capítulo, consideramos ser oportuno lembrar que compreendemos que as comunicações aqui registradas, feitas por diferentes indivíduos, podem ser concebidas como associações livres de uma única personalidade coletiva, o trabalhador de saúde mental da instituição

²⁴ Como se pode ver, encontramos várias menções que associavam a questão do envelhecimento com o sofrimento a partir de duas fotos específicas. Este material gerou um trabalho que foi apresentado em evento científico (Simões, Corbett e Aiello-Vaisberg, 2010.)

pesquisada. Assim, se de um lado demos voz a vários trabalhadores, escolhemos escutá-los como unidade subjetiva transindividual, segundo a visão de Goldmann (1974) e Bleger (1963). Na perspectiva desses autores, à qual aderimos, toda conduta é, simultaneamente, individual e coletiva. Condutas imaginativas não escapam, evidentemente, desta regra. Deste modo, sua consideração em âmbitos individuais ou coletivas deriva da escolha do pesquisador, em vista do tipo de conhecimento que deseja produzir. Dito em outros termos, produções imaginativas individuais e coletivas não correspondem a diferentes fenômenos, mas a dois modos de considerar um fenômeno unitário e complexo. No presente caso, o tratamento do material clínico, que gerou a criação/encontro dos campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, aqui apresentados, resultou, como temos deixado claro ao longo da tese, da decisão de focalizar a conduta em âmbito coletivo (Bleger,1963). As reflexões teórico- clínicas que seguem, no próximo capítulo, mantêm, coerentemente, do respeito metodológico desta decisão.



Montserrat Gudiol

CAPÍTULO 5

CAMPOS DO IMAGINÁRIO SOBRE O PACIENTE

PSIQUIÁTRICO:

CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS

Apresentamos, neste capítulo final, considerações sobre o imaginário coletivo dos trabalhadores de saúde mental, que participaram de nossa pesquisa, sobre o paciente psiquiátrico. A nosso ver, os três campos de sentido afetivo-emocional interpretativamente produzidos, “Sofredores Psicóticos”, “Impostores Dependentes” e “Vítimas da Sociedade Contemporânea”, fundamentam-se em dois posicionamentos imaginativos. O primeiro deles engloba os campos dos “Sofredores Psicóticos” e dos “Impostores Dependentes”. A partir do segundo posicionamento deriva o campo “Vítimas da Sociedade Contemporânea”. Como pretendemos demonstrar a seguir, o que aqui designamos como primeiro posicionamento imaginativo guarda claras relações de parentesco com a Psiquiatria clássica, enquanto o segundo mantém afinidade com o movimento Anti-psiquiátrico.

Se nos lembrarmos, com Bercherie (1980), que a Psiquiatria clássica se constituiu, como disciplina científica, a partir do uso do chamado “índice de não compreensão do observador”, concluiremos facilmente que uma das primeiras tarefas daqueles que se ocupam de pessoas que apresentam comportamentos problemáticos é a de diferenciar o que pode ser ou não ser considerado como reação compreensível em uma dada situação. O incompreensível seria, nesta linha de pensamento, involuntário, irracional e provavelmente resultante de distúrbios orgânicos (Schneider, 1950). Caso houvesse evidência de doença neurológica, o neurologista seria chamado a intervir. Inexistindo a evidência orgânica, mas persistindo a aposta de que somente o biológico poderia levar o indivíduo à loucura, entraria em cena o Psiquiatra, com a incumbência de internar e, se possível, tratar.

Deste modo, podemos afirmar, com razoável convicção, que o fenômeno fundamental, a partir do qual a Psiquiatria se configura, é o paciente psicótico que apresenta comportamentos bizarros sem comprometimento neurológico detectável. Trata-se de um paciente delirante, que alucina e tende ao autismo. No material clínico produzido pelos participantes desta pesquisa, corresponde ao psicótico sofredor, que padece em virtude sintomas sobre os quais não tem controle voluntário.

Entretanto, muito próximo, em termos dos distúrbios relacionais que pode criar, encontram-se pessoas que adotam condutas que trazem prejuízo a si mesmas e aos demais, sem contudo apresentarem-se como confusas, delirantes ou incapazes de controlar voluntariamente seus sintomas. Encaixam-se aqui os usuários de álcool e drogas, aqueles que não controlam satisfatoriamente impulsos agressivos e sexuais, aqueles que praticam atos de delinqüência contra pessoas ou patrimônio e jogadores compulsivos, entre outros. Várias denominações têm sido usadas em relação a tais indivíduos, como personalidades psicopáticas, anti-sociais, alcoólatras ou toxicômanos, em clara alusão de que o caráter está afetado. Claro que certos termos tendem a cair em desuso, chegando até a ser banidos da linguagem psiquiátrica, mas a idéia persiste no sentido de uma dúvida acerca de se tratariam de pacientes verdadeiros ou de pessoas “sem caráter”, “sem vergonha”²⁵, completa e absolutamente responsáveis pelos sintomas que apresentam.

²⁵ Já focalizamos o tema sobre dependência química e falta de caráter. Descrevemos que esses pacientes seriam vistos, pelos profissionais de saúde mental, como aproveitadores e manipuladores. A seu ver, estariam buscando, por meio de internações psiquiátricas tirar proveitos indevidos como benefícios financeiros, licenças médicas, perturbando significativamente o andamento da instituição (Simões & Aiello-Vaisberg (2010) Em outro estudo, do nosso grupo de pesquisa (Pontes, 2011,) encontramos que os trabalhadores da

Este segundo tipo de pacientes provoca nas demais pessoas, pensamentos perturbadores. De um lado, dão a clara impressão de que não estão involuntariamente submetidos às condutas inadequadas que apresentam. Parecem escolher conscientemente os atos que praticam. De outro, não conseguem ser realmente compreendidos. Por que bebem de modo compulsivo e não como as pessoas comuns? Por que agridem violentamente, machucam e até matam pessoas, quando grande parte dos indivíduos sente raiva, mas conseguem não comprometer a integridade psicológica e física dos semelhantes? Todas estas questões deságuam num questionamento maior: seriam estes legítimos pacientes psiquiátricos ou verdadeiros casos de polícia?

Enquanto a questão permanece controversa, na prática as instituições de saúde mental continuam tratando tanto pacientes psicóticos, vistos como pessoas que padecem independentemente de sua vontade e de seus atos, e pessoas que, no “sentir/ pensar” dos trabalhadores de saúde mental, talvez não sejam exatamente dignos do cuidado que lhes é dedicado. A nosso ver, é exatamente esta situação o que gera campos de sentido afetivo-emocional que demandam o cultivo de atitudes de atenção, de vigilância e controle, no sentido da busca de uma discriminação confiável entre sofredores e impostores.

Diferenciar pacientes verdadeiros e falsos é uma preocupação que circula entre os trabalhadores de saúde mental ao longo do tempo. É clássico o estudo de Rosenhan(1976), que realizou uma importante investigação que questionava se os profissionais de saúde mental estariam realmente capacitados a diagnosticarem pacientes psiquiátricos, de modo preciso e

saúde mental definem o adolescente dos dias atuais basicamente como um indivíduo problemático, ligado diretamente a área da tendência anti- social.

confiável. Com tal objetivo em mente, providenciou o ingresso de oito pessoas “normais”, em realidade um estudante de Psicologia, três psicólogos, um pediatra, um psiquiatra, um pintor e uma dona de casa, em diferentes hospitais psiquiátricos, localizados em diferentes regiões. Estes chegavam aos atendimentos apresentando-se como pacientes psiquiátricos, queixando-se de alucinações auditivas, do tipo “escutar vozes”. Imediatamente após a internação, cada pseudo-paciente deixava de relatar este sintoma e passava a se comportar de modo isento de alterações psicopatológicas. Quando questionado, em diferentes situações, por médicos e enfermeiras, respondia que estava bem e que o sintoma relatado havia cessado.

O fato é que os trabalhadores psiquiátricos que trataram os pseudo-pacientes nunca foram capazes de identificar a simulação. Todos os participantes da pesquisa foram admitidos como esquizofrênicos e liberados como esquizofrênicos em remissão sintomática. Rosenhan(1976) concluiu que os pacientes não eram competentemente examinados, problema que, a seu ver, refletia não apenas descaso deste ou daquele profissional, e sim que o modelo psiquiátrico, em si, seria profundamente questionável, em seus próprios fundamentos. Discutiu, também, o fato dos diagnósticos terem se revelado irreversíveis, funcionando como rótulos fixos, que não são revistos diante de notórias mudanças comportamentais e sintomáticas.

Numa segunda fase, o experimento foi repetido em um hospital de ensino e pesquisa, desta vez com uma importante mudança nos procedimentos investigativos. Assim, a equipe foi notificada do fato de que em algum momento, de um período de três meses, um dos falsos pacientes tentaria ser

internado em seu hospital. Rosenhan (1976) pode, assim, relatar que dos 193 paciente admitidos, durante esta fase de sua pesquisa, 41 foram apontados como falsos por algum membro da equipe, 23 foram considerados suspeitos por pelo menos um psiquiatra e 19 foram vistos como suspeitos por um psiquiatra e outro membro da equipe profissional. Entretanto, a verdade é que nenhum pseudo- paciente buscara atendimento, de fato, neste estabelecimento psiquiátrico. Face tal situação, impôs-se a conclusão de que o diagnóstico psiquiátrico é muito pouco confiável.

Não é difícil imaginar o impacto que a proposta de Rosenhan (1976) gerou nos meios psiquiátricos, na medida em que desnudou a fragilidade do processo diagnóstico. Não pretendemos nos alongar sobre este estudo, que deixou claro que a partir do momento em que um indivíduo recebe o diagnóstico de esquizofrênico, praticamente deixa de ser visto. Se lembrarmos que os pseudo- pacientes passaram a se comportar de modo “normal”, concluímos que uma declaração de “ouvir vozes” tem o poder de praticamente cegar profissionais capacitados para a observação de todas as suas demais condutas durante o período de internação. O que, contudo, interessa destacar, é que esta pesquisa incidiu sobre um campo de caráter evidentemente vigilante e controlador, que segue aquilo que Bleger (1963) denomina estruturas de conduta paranóide e ritualista. A estrutura de conduta paranóide se faz presente quando existe necessidade de diferenciar o bom do mau, o confiável do perigoso, o puro do impuro, o verdadeiro do falso. Por sua vez, a estrutura de conduta ritualista surge quando existe, no horizonte, a crença de que é possível exercer algum controle sobre a maldade, evitando a ocorrência de algum prejuízo.

É possível pensar que tenha sido a própria iniciativa de Rosenhan (1976), a partir da comunicação dos seus primeiros resultados de pesquisa, aquilo que gerou condutas vigilantes e controladoras na equipe que participou da segunda fase do processo investigativo, ao suspeitar que pacientes que atenderam seriam pseudo-pacientes. Entretanto, cremos que mais importante do que valorizar este fenômeno, que consideramos compreensível, seja sublinhar que o impacto do estudo pode ter sido potencializado pelo fato da instituição psiquiátrica já funcionar habitualmente segundo estas mesmas linhas vigilantes e controladoras. Esta é a nossa visão, que a ocorrência dos campos “Sofredores Psicóticos” e “Impostores Dependentes” parece comprovar.

Rosenhan (1976) queria saber que pessoas seriam internadas e quais seriam dispensadas a partir da referência a alucinações auditivas e quanto tempo ainda permaneceriam antes de receberem alta, bem como o tipo de alta que lhes seria concedido que foi, como vimos, “remissão de sintomas esquizofrênicos”. Os participantes da presente pesquisa não querem, em princípio, dispensar nenhum paciente por várias razões. Dentre elas, talvez sejam fundamentais tanto o fato de existir expressiva demanda de tratamento por parte dos “Impostores Dependentes” como a necessidade de gerar renda que cubra gastos institucionais e permita o pagamento de todos os profissionais. Não se pode trabalhar com outra demanda que não seja a existente, de modo que os “Impostores”, que se apresentam ao tratamento por vontade própria ou trazidos por suas famílias, tornam-se, formalmente, pacientes. Contudo, o mal-estar que geram alimenta o que estamos denominando como um primeiro posicionamento imaginativo, que se mantém

pela constante atenção a sinais que possam indicar quem são estas pessoas que sofrem porque, segundo a crença organizadora do campo dos “impostores dependentes” age erradamente porque quer.

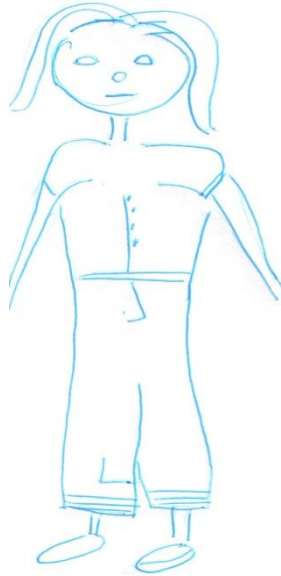
Talvez seja desnecessário lembrar que os “Sofredores Psicóticos” são o outro lado da moeda desta história. Aqui, um fenômeno curioso, e relativamente novo, tem lugar. O psicótico com sintomas produtivos, figura temida, rejeitada, discriminada e socialmente excluída, ganha contornos conhecidos há poucas décadas. Cotejado ao paciente dependente químico e/ou violento, sem sintomatologia psicótica visível ao exame do estado mental, torna-se o esquizofrênico um paciente tratável, controlável e bem vindo. Seus delírios e alucinações, bem como suas angústias e terrores, que podem ser psicofarmacologicamente amenizados e aliviados, incomodam muito menos, como pudemos constatar examinando as comunicações dos participantes da pesquisa, do que os falsos pacientes, estes sim, quase insuportáveis.

É interessante lembrar que este posicionamento imaginativo, que abrange os “Sofredores” e os “Impostores” encontra ressonâncias em investigação realizada por Machado (1995), que entrevistou quatro pacientes psiquiátricos crônicos com o objetivo de pesquisar suas crenças e fantasias sobre a loucura e/ou doença mental. Esta autora não tinha interesse prévio em relação ao problema do alcoolismo, mas os entrevistados trouxeram a questão, na medida em que se preocupavam em discriminar a loucura do vício. No entender dos pacientes entrevistados, os loucos seriam verdadeiramente doentes, enquanto os alcoólatras, mesmo se bebem para aliviar suas mágoas, estão agindo de forma imoral. A internação, para alcoólatras, não seria

exatamente um tratamento, mas uma estratégia para dificultar acesso à bebida, aliviando sintomas orgânicos e psíquicos diretamente derivados do álcool, e também uma punição, pela perda da liberdade. Deste modo, estes pacientes reconheciam que o hospital psiquiátrico geraria efeitos sobre o dependente de álcool, mas consideravam importante que sua doença mental não fosse confundida com uma problemática decorrente de falha de caráter.

O segundo posicionamento imaginativo, derivado do terceiro campo de sentido afetivo-emocional interpretativamente produzido aqui, “Vítimas da Sociedade Contemporânea”, traz consigo ressonâncias do movimento Anti-psiquiátrico, na medida em que vincula a doença mental às condições concretas de vida atualmente vigentes. Laing (1986), um dos principais precursores da Anti-psiquiatria, chegou a afirmar que a loucura seria um mito. Não a considerava como fenômeno originariamente psicológico-existencial, nem biológico, e sim como fato socialmente criado. Vale notar que chegou a tais conclusões a partir de uma duradoura experiência em hospitais tradicionais, que, segundo relata em sua biografia (Laing, 1986), antecedeu sua tomada de consciência.

Nas comunicações dos trabalhadores aqui entrevistados, encontramos várias menções a características da chamada pós-modernidade, como o culto a certos padrões de beleza física, como fortes tendências a consumismo e excessiva valorização do individualismo. A seu ver, tais aspectos da vida contemporânea contribuiriam para a perda da saúde mental:



“Preocupação exagerada com a aparência, frustrações, inseguranças...dependência química... uma luta constante para manter relacionamentos saudáveis entre os familiares, luta para perder peso, luta para manter corpo e mente sãos”.

Numa outra linha, que enfatiza outros aspectos da vida social, questões como a pobreza e a violência urbana, são lembradas como aspectos de uma sociedade que pode enlouquecer o indivíduo:

“Vejo que tem alguns pacientes que não continuam o tratamento por não terem condições de pagar por passagens de ônibus para ir até a instituição, apesar de ter convênio médico, não estão livres dos problemas econômicos”.

“Realidade nossa brasileira... pessoa com aspectos mais envelhecidos até pelas questões sociais, econômicas... a realidade brasileira, é a cara do Brasil... tem um sofrimento, miséria...”

“Típica senhorinha da cidade grande... não consegue sair, fica na janela... realidade nossa atual também... não podemos sair por questões de

violência... fica olhando o mundo pela janela... traz também uma certa angústia... um ganho de peso, deprimida... que vão se agravando por essas questões sociais brasileiras...”.

Esta dimensão social está ausente nas comunicações emergentes do campo “Impostores Dependentes”. Ai, a fraqueza moral do indivíduo que faz escolhas inadequadas, prejudicando a si e aos demais, de diferentes formas, emanaria daquilo que poderíamos chamar seu “ser interior”. Tem-se a clara impressão de que a origem dos problemas seria uma falha de caráter essencial, faceta fundamental do seu modo de ser como pessoa. Estamos, ao que tudo indica, quando este campo está ativado, próximos de concepções segundo as quais o ser humano pode ser considerado de modo isolado das condições concretas de sua vida. Há um ditado popular que expressa bem esta idéia: “Não é a ocasião que faz o ladrão, o ladrão nasce feito”.

A consideração da dimensão social, quando lidamos com comunicações derivadas do campo “Sofredores Psicóticos” descortina, a nosso ver, um quadro um pouco mais complexo. Ai, somos confrontados com uma certa ambigüidade, bastante interessante. Considerados como sofredores que não tem poder voluntário sobre seus sintomas, estes pacientes são facilmente reconhecidos como “doentes”, idéia que se harmoniza tanto com concepções organicistas de causalidade da doença mental como com uso de medicação. Por outro lado, a oferta de condições que favoreçam a sociabilidade e uma convivência afetiva, na linha do que seria desejável em famílias “saudáveis”, completando o programa terapêutico, indica que alguma importância é atribuída à coexistência social. Um exame mais detido revelará, contudo, que

este social é, de fato, familiar, restringindo-se à consideração dos grupos primários, onde vigoram fortes laços afetivos.

Assim, será apenas no campo “Vítimas da Sociedade Contemporânea” que veremos surgir um posicionamento imaginativo segundo o qual o paciente psiquiátrico adoece em função das formas mais de organização social, econômica, política e cultural do mundo em que vive, algo que pode ser veiculado pela família mas cuja origem ultrapassa o âmbito familiar. Vale ressaltar que as “vítimas da sociedade”, como os sofredores, são inocentes. Contrapõem-se, portanto, aos impostores, que são responsabilizados e culpabilizados pelos seus atos.

Esta inocência merece ser examinada, porque, a nosso ver, tem diferente significado quando ocorre no contexto dos “Sofredores” ou no das “Vítimas”. Os “Sofredores”, como doentes, seriam tão inocentes quanto qualquer outro tipo de enfermo. Talvez sejam até mais inocentes do que certos doentes, tais como aqueles que cultivam maus hábitos de saúde, tais como vida sedentária, dieta desequilibrada ou hábitos nocivos como o fumar. Por outro lado, a inocência das “Vítimas da Sociedade Contemporânea” se configura, no nosso entender, como um fenômeno de maior complexidade, em função dos pressupostos sobre os quais se sustenta²⁶.

À primeira vista, a crença de que é possível enlouquecer porque se vive numa época de capitalismo tecnológico avançado, em um país periférico,

²⁶ Arós & Aiello- Vaisberg (2009) trata de fenômenos de despersonalização e desrealização, típicos dos quadros *borderlines* e psicóticos, muito frequentes na sociedade contemporânea. Concluíram que essas problemáticas estão intimamente ligadas a novas formas de organização da sociedade atual, que cultivam certo tipo de individualismo que dificulta um amadurecimento emocional pessoal.

marcado pela pobreza e por profundas desigualdades sociais, parece corresponder a um posicionamento politicamente esclarecido do ponto de vista sociológico. Além disso, apostar numa causalidade social do sofrimento psíquico exige o reconhecimento de que a loucura é uma possibilidade humana, da qual ninguém estaria, a princípio, isento. Estes dois aspectos parecem indicar a superação do conservadorismo claro que impregna o primeiro posicionamento imaginativo que, vale a pena lembrar, é fundamentalmente vigilante e controlador. Entretanto, um exame mais criterioso, acaba por revelar uma tendência a desconsiderar o indivíduo, que parece ser reduzido a mero efeito da estrutura político-social, segundo um viés estruturalista.

Sem pretender sequer esboçar uma crítica ao estruturalismo, como posição filosófica, o que fugiria tanto dos objetivos do presente trabalho, como de nossas competências, parece oportuno lembrar que se trata de posicionamento que, desvalorizando sujeitos individuais e coletivos, desemboca, facilmente, em atitudes pessimistas, que desacreditam em gestos e iniciativas de transformação do viver, descrêem na possibilidade de “mudar de vida” (Heller,1982). Quando entendemos que indivíduos e coletivos são meros “efeitos da estrutura”, somos reduzidos a posicionamentos impotentes, tanto na vida política, como na prática clínica. O conservador que não quer mudança e aquele que desacredita na mudança acaba se tornando, no final das contas, aliados...

Então, quando se diz que o sofrimento emocional é gerado pelas condições sociais e culturais vigentes no atual sistema capitalista, estamos

apenas no início de uma discussão, clínica e política, sobre a possibilidade de mudança. O material de que dispomos, nesta pesquisa, não permite concluirmos com precisão se estamos diante de uma personalidade coletiva esperançosa, no sentido de capaz de pensar em indivíduos e coletivos humanos como agentes dotados de certa potência, ou pessimista e impotente²⁷. Entretanto, esta questão não pode deixar de ser aqui levantada na medida em que se encontra no cerne do debate nas ciências humanas (Belinsky,2007) e tem reflexos diretos sobre aquilo que fundamentalmente nos interessa e justifica a realização desta pesquisa: o sofrimento psíquico e a busca de práticas que visem sua superação.

O quadro até aqui delineado permite que percebamos que a personalidade coletiva composta pelos trabalhadores de saúde mental entrevistados parece sentir-se mais confortável diante dos “Sofredores Psicóticos” do que dos outros dois tipos de pacientes apontados. Os “Impostores Dependentes” incomodam por sua falsidade, por sua manipulação, pelo fato de se fazerem passar por pacientes verdadeiros para auferir “vantagens” indevidas. As “Vítimas da Sociedade Contemporânea” desconcertam, seja porque não ainda não se conhecem formas de tratamento adequadas, equivalentes, em eficácia, ao que se pode proporcionar aos “Sofredores Psicóticos”, seja porque subsiste, um pessimismo terapêutico e político, como vestígio do estruturalismo que dominou o pensamento filosófico e político de esquerda a partir de meados do século XX. Vale, então, a pena,

²⁷ Quando definimos as loucuras contemporâneas como sofrimento psíquico decorrente de conteúdos sociais, econômicos e políticos do inconsciente (Beaune & Ayouch,2009), estamos certamente avançando na percepção das intrincadas malhas, por meio das quais se entrelaçam o social e o psíquico. Contudo este conhecimento nos levará para diferentes caminhos segundo sejamos capazes de admitir ou não a capacidade de indivíduos e coletivos de operar mudanças significativas.

para prosseguirmos nestas reflexões sobre os campos criados/encontrados, focalizar mais de perto os “pacientes verdadeiros”.

Podemos visualizar, examinando os desenhos-estórias, que praticamente todos eles descrevem sintomatologia psicótica produtiva, na linha dos delírios e alucinações. Este parece ser o paciente eleito, o paciente esperado, para o qual existem respostas, ainda que limitadas. De fato, os entrevistados não falam em cura, mas acreditam que o alívio de sintomas e a ampliação de possibilidades de convivência social são ganhos significativos e valiosos.

“...incomodo de não ver a evolução de alguns casos, não em relação aos psicóticos, mas com os demais.”

“... percebo que tenho grande afinidade para trabalhar com os deprimidos... e também com os psicóticos, porém não gosto do trabalho com os dependentes químicos

“Fiquei aqui pensando que estudamos e sabemos lidar com os psicóticos...”

O campo dos “Sofredores Psicóticos” coloca uma interrogação importante: o reconhecimento da existência de sofrimento emocional na experiência de enlouquecimento pode ser interpretado como indício da adoção de uma postura ética e inclusiva diante do paciente psiquiátrico? A nosso ver, esta interessante questão não pode ser suficientemente examinada à luz do material clínico de que dispomos. Evidentemente, a adoção de valores éticos inclusivos pressupõe a percepção do sofrimento psicótico como acontecer

humano, bizarro à primeira vista, passível de ser emocionalmente compreendido desde que adotemos o referencial psicanalítico. Contudo, a mera percepção do sofrimento não garante, por si mesma, a superação de uma visão da loucura como fenômeno não compreensível, mas meramente explicável (Jaspers, 1913), vale dizer, como irrupção do biológico que interrompe o viver humano, tornando o psiquismo algo equivalente a uma máquina danificada (Aiello-Vaisberg,1999). Em outros termos, considerar a loucura como fenômeno psíquico e socialmente produzido, resultado de falha ambiental (Winnicott, 1963a/2008/ 1963b/12008) que se expressa no plano afetivo- vincular, mas também se insere em contextos sociais mais amplos, é condição *sine qua non* para adesão à inclusão do paciente psiquiátrico.

Podemos afirmar que as práticas antimanicomiais brasileiras, pautadas no modelo italiano, alcançam uma fundamentação verdadeiramente inclusiva? Não questionamos as boas intenções dos trabalhadores e dos militantes da Reforma Psiquiátrica, com os quais nos alinhamos, mas sim o fato do reconhecimento do sofrimento subjetivo não se traduzir na criação de dispositivos psicoterapêuticos, para limitar-se a práticas sócio-educativas e à medicação psicotrópica (Sato,2007). Este movimento, cujo sucesso não questionamos, representou, historicamente, um passo decisivo, cuja importância nunca será inoportuno lembrar. Entretanto, é justamente porque o modelo asilar foi superado que temos hoje condições de nos interrogarmos sobre novas e mais profundas questões, tendo em vista produzir maior clareza sobre o que de fato está sendo feito.

Defendemos a tese de que a Psicanálise traz em seu bojo uma nova visão sobre a loucura, que cria as condições de possibilidade de práticas inclusivas, na medida em que rompe com a idéia jaspersiniana de existência de limites para a compreensão da conduta, que implodiria radicalmente a Psiquiatria como campo organizado ao redor do “índice de não compreensão do observador” (Bercherie, 1980; Aiello-Vaisberg, 1999). Esta implosão, contudo, não teve lugar como acontecer concreto, porque ao mesmo tempo em que foi capaz de compreender – e aqui devemos frisar que o verbo é compreender, e não explicar – a psicose, mostrou-se Freud, ao longo de sua obra, pessimista em relação à cura psicanalítica desta condição.

Sendo vastíssima, a obra de Freud oferece muitas possibilidades em termos de citações esclarecedoras. Citamos, abaixo, um trecho bastante interessante, anterior ao rompimento com Jung:

Noutra perturbação neurótica, a demência precoce (parafrenia ou esquizofrenia), condição na realidade incurável, o paciente fica, nos casos mais graves, num estado evidente de completa apatia. Com freqüência, as únicas ações que lhe restam são certos movimentos e gestos monotonamente repetidos e que têm o nome de estereotípias. Uma investigação analítica desse tipo de resíduos, feita por Jung, demonstrou constituírem os remanescentes de ações miméticas perfeitamente significativas, as quais, em certa época,

expressaram os desejos dominantes do indivíduo. Os discursos mais loucos e as mais estranhas posturas e atitudes adotadas por esses pacientes tornam-se inteligíveis e podem ser encaixadas na cadeia de seus processos mentais, se forem abordados com base em hipóteses psicanalíticas... Considerações similares aplicam-se aos delírios e às alucinações, bem como aos sistemas delirantes, apresentados por diversos pacientes psicóticos. Onde até então parecia prevalecer apenas o mais aberrante capricho, a pesquisa psicanalítica introduziu regras, ordem e conexão, ou pelo menos nos permitiu suspeitar de sua presença nas investigações que ainda se acham incompletas.

Freud (1913/1995, p. 176)

Percebe-se claro entusiasmo pelo fato das condutas bizarras se tornarem passíveis de compreensão. Contudo, o pessimismo terapêutico de Freud seguiu persistente, mesmo que, em alguns momentos, tenha feito algumas concessões. O texto abaixo transcrito é bastante ilustrativo, na medida em que tanto coloca a psicose como contra-indicação para o tratamento psicanalítico, como admite a possibilidade de uma futura psicoterapia a partir de “modificações”.

Psicoses, estados de confusão e depressão, profundamente arraigados (poderia dizer tóxicos)

não se prestam, portanto, à psicanálise, pelo menos não para o método como vem sendo praticado até o presente. Não considero de modo algum impossível que, mediante modificações adequadas do método, possamos ser bem-sucedidos em superar essa contra-indicação e assim podermos iniciar uma psicoterapia das psicoses (Freud, 1904/1995, p. 274).

O posicionamento freudiano frente à psicose, que se justificava teórica e clinicamente pela suposta incapacidade de estabelecimento de uma relação transferencial, segundo a teoria da libido, gerou repercussões interessantes. Seu pessimismo terapêutico permitiu que mantivesse boas relações com a Psiquiatria clássica, que manteve o tratamento da psicose sob seu domínio. Em troca, reivindicou, para a Psicanálise, a psicoterapia das neuroses, concebidas como quadros psicogênicos. A Psicanálise sofreu vários desenvolvimentos e transformações depois da morte do seu fundador, mas são ainda extremamente numerosos aqueles que seguem cultivando o posicionamento terapêutico pessimista em relação ao paciente psicótico.

Encontramo-nos, portanto, diante de uma situação bastante problemática, na medida em que o método que permite a inclusão ética de todas as formas de manifestações humanas, por mais absurdas ou bizarras que se apresentem, como parte do acontecer humano, não foi operado de modo radical, durante a vida de Freud, poupando a Psiquiatria de uma revisão profunda de sua própria existência. Muitas décadas se passaram até

chegarmos aos Anti-psiquiatras que claramente perceberam os limites da Psiquiatria clássica, que se mantinha por se encarregar do “serviço mais pesado” (Bercherie,1980).

A nosso ver, reflexos desta incoerência entre a admissão de que toda conduta pertence ao acontecer humano, repelindo toda e qualquer forma de exclusão, e o plano do pessimismo psicoterapêutico, atingem, até hoje, as práticas de cuidado aos pacientes psicóticos. Um dos modos como esta influencia se faz presente, que muitos nos interessa, diz respeito ao modo como se configura a Reforma Psiquiátrica Brasileira, adotando o modelo italiano como inspiração.

De acordo com Basaglia et al (1994), a Psiquiatria Democrática acentuava de modo enfático a necessidade de combinar transformações no sistema assistencial com intervenções de ordem social, política e cultural, que sustentavam o universo manicomial. Basaglia e Rotelli, na direção dos serviços psiquiátricos da cidade de Trieste, iniciam um movimento que parte do colocar a doença mental entre parênteses, não para negá-la, mas considerando-a uma produção ou invenção social, sem substância ontológica própria. Nessa linha, o objetivo desse movimento seria reconstituir a identidade complexa do indivíduo e seu poder de sujeito social, ou seja, produzir vida e reconstrução das pessoas como atores sociais.

Tais idéias têm um aspecto sumamente interessante: acreditam na possibilidade de mudança. Por outro lado, parecem ingênuas, porque não se dão conta dos intrincados caminhos que permeiam as condições sociais e os processos psicológicos subjacentes à psicose. Se é verdade que muitos não

conseguem, em formações sociais marcadas por fortes desigualdades sociais, econômicas e políticas, apropriar-se de seu poder como sujeito social, não há motivos para pensar que a psicose, em toda a sua complexidade, seja tão diretamente determinada pela estrutura social. Sem a Psicanálise, que caminhou até uma compreensão bastante esclarecedora da psicose, como fruto de falha ambiental, em período precoce da vida (Winnicott, 1945/2000), a idéia de reabilitação psicossocial permanece ingênua e clinicamente ineficaz. É por esse motivo que Sato (2007) afirma que, embora a reforma basagliana tenha sido o maior movimento de superação do manicômio e que seja capaz de prover certos cuidados ao paciente, está limitada pelo fato de subestimar a dimensão psíquica e emocional em suas práticas e formulações.

O preço a pagar quando se subestima a dimensão psíquica e emocional, que consiste em esfera fundamental do modo humano de ser, é alto. A resposta à falta de dispositivos especializados em psicoterapia de psicoses é o aumento do uso de psicofármacos que, nunca é demais repetir, quando bem prescritos diminuem os sintomas e trazem alívio ao paciente. Ao final, ficam os trabalhadores de saúde mental, que não conhecem suficientemente a Psicanálise e o tratamento de psicóticos²⁸, aparentemente confortáveis quando tem seus pacientes medicados, freqüentando grupos sócio-educativos e sendo tratados com respeito e urbanidade.

Mas até onde conseguem se manter realmente confortáveis? Aparentemente conformados, ou até satisfeitos, com o cuidado ao paciente

²⁸ Como exemplos de obras importantes para a compreensão e tratamento de psicoses podemos recomendar Sécheraye (1950), Winnicott (1954/2000), Jung (1961/2006) e Silveira (1992), Sato(2007), entre outros.

psicótico, numa linha semelhante ao que encontramos em outros ramos da Medicina, que lidam com doenças severas, não deixam os trabalhadores de saúde mental de buscar “suspeitos” e “culpados”, num desconforto de feição paranóide, talvez intuindo que a desconsideração da pessoa, em favor do sujeito²⁹ possa ser um equívoco desastroso perfeitamente evitável. Afinal, a dignidade do sujeito social e a consideração pela pessoa são faces indissociáveis de um mesmo gesto que é o do respeito ético ao semelhante.

²⁹ Vernant (1986) propõe que se diferencie entre o indivíduo, como ente biológico, o sujeito, como ente social e discursivo e a pessoa, como sujeito dotado de interioridade afetiva. Tais dimensões coexistem na vida de todos os seres humanos.

REFERÊNCIAS

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. São Paulo: Idéias e Letras.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). Haine et compassion dans e face à la violence domestique. In J. Kristeve. *Guerre et paix des sexes*. Paris: Hachette.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Camps, C.I.C.M. (2002). Representações sociais de professores sobre o adolescente problema. *Revista de Ciências Humanas*, 1 (1), 353-362.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrósio, F.F. (2006). Imaginários Coletivos como Mundos Transicionais. In T.M.J. Aiello-Vaisberg & F.F. Ambrósio (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Imaginários Coletivos como Mundos Transicionais*. São Paulo: IPUSP.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Machado, M.C.L. (2008). Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In J. Monzani & L. R. Monzani (Org.). *Olhar: Fábio Herrmann Uma Viagem Psicanalítica*. (pp. 311-324). São Carlos: Pedro e João/CECH - UFSCar.

Aiello-Vaisberg, T.M.J., Machado, M.C.L., Ayouch, T., Caron, R. & Beaune, D. (2009). Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D. Beaune (Org.). *Psychanalyse, Philosophie et Art: dialogues* (pp. 39-52). Paris: L'Étarmattan.

Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Caderno Saúde Pública*, 11(3), 491-4.

Andreoli, S.B., Almeida-Filho, N, Martin, D., Mateus, M.D. & Mari, J.J. (2007). *É reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil*. Rev. Bras. Psiquiatr., 29(1), 43-6.

Arós, A.C.S.P.C. & Aiello-Vaisberg, T.M.J.A. (2009). Clube da Luta: Sofrimentos Radicais e Sociedade Contemporânea. *Psicologia. Teoria e Prática*, 11, 3-16.

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (2010/mar.). *Psiquiatria Hoje. Jornal Impresso*, Ano XXXII, (3).

Ávila, C.M., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*, 18, 155-164.

Basaglia, F., Ongaro, F.B., Casagrande, D., Jervis, G., Comba, L.J. & Pirella, A. et al. (1994). In P. Amarante (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 11-40). Rio de Janeiro. FIOCRUZ.

Baranger, W. & Baranger, M. (1969). *Problemas Del Campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman.

Bercherie, P. (1980). *Histoire et structure de la psychiatrie*. Belgique: Navarin.

Belinsky, J. (2007). *Lo imaginario: um estúdio*. Buenos Aires: Nueva Vision.

Beaune, D. & Ayouch, T. (2009). *Folies Contemporaines*. Paris, L'Harmatann.

Bernardes, A.G. & Guareschi, N.M.F. (2004). Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. *Psicologia USP*, 15 (3), 81-101.

Berkmen, H.W. & Gilson, C. (1986). *Consumer behaviour. Concepts and strategies* (3rd ed.). Boston: Kent.

Bleger, J. (1963). *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*.

Brelet-Fourlard, F. & Chabert, C. (2005). *O novo manual do TAT: abordagem psicanalítica*. São Paulo, SP: Vetor.

Camps, C.I.C.M. (2009). *Ser e Fazer na escolha profissional: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Campos, C.M.S. & Soares, C.B. (2003). A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 621-628.

Carvalho, M.B. & Felli, V.E.A. (2006). O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 61-9.

Couto, T., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2007). A mãe, o filho e a síndrome de Down. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 17, 265-272.

Devereux, G. (1958). Cultural thought models in primitive and modern psychiatric theories. *Psychiatry*.

Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (Trad. A.I. Paraguay e L.L. Ferreira). São Paulo: Cortez.

- Dejours, C. (2000). *Souffrance en France*. Paris: Du Seuil.
- Donoghue, S. (2000). Projective techniques in consumer research. *Journal of Family Ecology and Consumer Sciences*, (28).
- Duscheles, S. & Haegel, F. (2005). *L'Entretien Collectif*. Paris: Armand Collen.
- Ferreira, J.C. (2004). *Encontrando a Mulher: a Psicanálise do Self na abordagem do singular plural*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Freud, S. (1904/1995). Sobre a psicoterapia. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (v. XII pp. 265-278). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1913/1995). O interesse científico da Psicanálise – Parte I. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (v. XIII pp.166- 178). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923/1976). Dois verbetes de enciclopédia. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (v.18 pp.253- 274 , Coord. Geral da trad. Jaime Salomão). Rio de Janeiro: Imago.
- Gallo-Belluzzo, S.R. (2011). *O imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre o primeiro atendimento clínico: um estudo psicanalítico*. Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas-São Paulo.
- Gavião, A.C.D. (2002). *A passagem do tempo e suas ressonâncias íntimas: psicanálise, Rorschach e envelhecimento*. São Paulo: Vetor.
- Gilligan, C. (1993). *In a Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Goldmann, L. (1974). El sujeto de La creación. In *Varios Sociologia contra psicoanalysis*. Barcelona: Martinez Roca.
- Granato, T.M.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças*, 12(2), 253-271.
- Guimarães, J.M., Jorge, M.S. & Assis, M.M. (2011/abr.). Satisfação (Dis) com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc. Saúde Colet.*, 16(4), 2145-2154.
- Heller, A. (1982). *Para mudar a vida*. São Paulo: Brasiliense.
- Herrmann, F. (1979/1991). *Andaimos do real: o método da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.

Herrmann, F. (2001). *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Honorato, C.E.M. & Pinheiro, R. (2008). O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(2), 361-380.

Ishara, S., Bandeira, M. & Zuardi, A.W. (2008, março). Os serviços públicos de psiquiatria: avaliação a satisfação no trabalho. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 38-41.

Jaspers, K. (1913). *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Jorge, M.S.B., Randemark, N.F.R., Queiroz, M.V.O. & Ruiz, E.M. (2006). Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 734-739.

Jung, C.G. (1961/2006). *Memórias, sonhos e reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Kassarjian, H.H. (1974). Projective methods. In R. Ferber. *Handbook of marketing research*. New York: McGraw-Hill.

Laing, R.D. (1986). *Sagesse, déraison et folie*. Paris: Seuil.

Lancman, S. & Sznelman, L.I. (2004). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/Brasília: Fiocruz/Paralelo 15.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967/2001). *Vocabulário de Psicanálise*. (P. Tamen, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Lima, M. C. P & Botega, N. J. (2001/dez.). Hospital-dia: para quem e para quê?. *Rev. Bras. Psiquiatr.* (São Paulo), 23(4).

Loudon, D.L. & Della Bitta, A.J. (1993). *Consumer behaviour: concepts and application* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.

Machado, M.C.L. (1995). *Universo em Desencanto: Conceitos, Imagens e Fantasias de Pacientes Psiquiátricos Sobre Loucura E/Ou Doença Mental*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo. São Paulo.

Martins, D.F.G. (1998). *Representações de Endocrinologistas e Obesos sobre tratamento da obesidade*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo. São Paulo.

Martins, P.C.R. (2007). *O amante competente e outros campos do imaginário coletivo de universitários sobre dificuldades sexuais masculinas*. Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas-São Paulo.

Matte Blanco, I. (1988). *Thinking, Feeling and Being*. London/New York: Routledge.

Mencarelli, V.L. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007). Contratransferência e compaixão: encontro clínico com um rapaz HIV+. *Psicologia Clínica*, 19(1), 93-107.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.

Murray, H.A. (1943/2005). *T.A.T. Teste de Apercepção Temática/Henry A. Murray e colaboradores da Clínica Psicológica de Harvard* (3. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nardi, H.C. & Ramminger, T. (2007). Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 265-267.

Nurock, V. (2010). *Carol Gilligan et l'étiqúe du care*. Paris: PUF.

Orange, D. (1995). *Thinking for Clinicians: Philosophical Resources for Contemporary Psychoanalysis and the Humanistic Psychotherapies*. London: Routledge.

Parada, A.P. & Barbieri, V. (2011). Reflexões sobre o uso clínico do TAT na contemporaneidade. *Psico-USF*, 16(1), 117-125.

Pinho, L.B., Hernández, A.M.B. & Kantorski, L.P. (2010a). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. *Interface* (Botucatu), 14(32), 103-113.

Pinho, L.B., Hernández, A.M.B. & Kantorski, L.P. (2010b). Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc. Anna Nery*, 14(2), 260-267.

Politzer, G. (1928/2004). *Crítica dos fundamentos da psicologia: psicologia e psicanálise* (2. ed.). São Paulo: UNIMEP.

Pontes, M.L.S., Cabrera, J.C., Ferreira, M.C. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). Adoção e Exclusão Insidiosa: O Imaginário de Professores sobre a Criança Adotiva. *Psicologia em Estudo*, 13, 495-502.

Pontes, M.L.S. (2011). *A hora H: o imaginário coletivo de profissionais da saúde mental sobre a adolescência*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas-São Paulo.

Rabelo, I.V.M. & Torres, A.R.R. (2006). Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(3), 219-228.

Rayner, E. (1995). *Unconscious Logic: An Introduction to Matte Blanco's Bi-logic and Its Uses*. London/New York: Routledge.

Rodrigues, C.R. e Figueiredo, M.A.C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos Psicologia (Natal)*; 2003, 8(1): 117-125.

Rosenhan, D.L. (1976). On being sane in insane places. *Science*, 179-258.

Russo, R., Couto, T. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007). Investigando o imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiências. In Primeira Jornada de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia. *Trabalhos e resumos da Primeira Jornada de Pesquisa em Psicanálise de Fenomenologia* (pp.365-387). Campinas- São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Santos, A.F.O. & Cardoso, C.L. (2010a). Profissionais de Saúde Mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 543-548.

Santos, A.F.O. & Cardoso, C.L. (2010b). Profissionais de saúde mental: manifestação de *stress* e *burnout*. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1), 67-74.

Sato, H. T. (2007). *Enquadres clínicos diferenciados na reforma psiquiátrica*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo-São Paulo.

Sato, L., Lacaz, F.A.C. & Bernardo, M.H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na saúde pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 281-288.

Schneider, K. (1968). *Psicopatologia Clínica*. Tradução Emanuel Carneiro Leão. São Paulo, Mestre Jou.

Sécheaye, M.A. (1950). *Memórias de uma esquizofrênica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Shentoub, V. (1981). TAT: test de créativité. *Psychologie Française*, 26(11), 66-70.

Silva, E.A. & Costa, I.I. (2010). O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 13(4), 635-647.

Silveira, M.F.A. & Santos Júnior, H.P.O. (2011). Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2089-2098.

Silveira, N. (1992). *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática.

Simões, C.H.D. (2005). *A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica*. Dissertação de Mestrado, Unicamp. Campinas-São Paulo.

Simões, C.H.D., Corbett, E. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). Considerações sobre o acompanhamento terapêutico desde uma visão winnicottiana. In *Anais do XIII Colóquio Winnicott: os casos clínicos de Winnicott*. São Paulo.

Simões, C. H. D. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010a). Cuidado com o malandro: imaginário coletivo de profissionais de saúde sobre a dependência química. In VIII Jornada Apoiar Promoção de vida e vulnerabilidade social na América Latina: reflexões e propostas, 2010, São Paulo. *Anais da VIII Jornada Apoiar promoção de vida e vulnerabilidade social na América Latina: reflexões e propostas*.

Simões, C.H.D., Corbett, E. & Aiello- Vaisberg, T.M.J. (2010b). A vida é breve, a velhice é longa: imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre o envelhecimento. *Apresentação de Trabalho no III Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão*.

Sirota, A. (1998). Des espaces culturels intermédiaires. In J. Barus-Michel & F. Giust-Desprairies. *La scène sociale: crise, mutation, émergence*. Paris: Eska.

Sirota, A. (2003). *Figures de la Perversion Sociale*. Paris: Eres.

Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). O interior do cacto: o imaginário coletivo de psicólogos a respeito da mulher que sofre violência doméstica. In T.M.J. Aiello-Vaisberg & F.F. Ambrósio (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: imaginários coletivos como mundo transicionais* (pp. 80-94). São Paulo: IPUSP.

Tachibana, M. (2011). *Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas-São Paulo.

Trinca, W. (1976). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo: Pedagógica e Universitária.

Vernant, J.P. (1986). *L'individu, la mort, l'amour*. Paris: Gallimard.

Winnicott, D.W. (1941/2000). A observação de bebês numa situação padronizada. In D.W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.112-132). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D.W. (1945/2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In D.W. Winnicott. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise* (Trad. Jane Russo. pp. 269-285). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D.W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In D.W. Winnicott. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise* (Trad. Jane Russo. pp. 355-373). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D.W. (1963a/1994). O medo do colapso. In C. Winnicott, R. Sheperd & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1963b/2008). Os doentes mentais na prática clínica. In D.W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. pp. 196-206). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D.W. (1963c/2008). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil In D.W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. pp. 207-217). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D.W. (1968/1994). O Jogo do Rabisco. In C. Winnicott, R. Sheperd & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas* (pp.230-243). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1971a/1975). *O brincar e a realidade*. (J. O. de A. Abreu & V. Nobre, Trads.). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1971b/1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. (J. M. X. C. Trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1984.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Apresentação da pesquisadora e do estudo

Meu nome é Cristiane Helena Dias Simões, RG 32763628-2. Sou psicóloga, doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em que sou identificada pelo RA 08501116. Estou realizando um estudo que objetiva investigar o imaginário coletivo de profissionais de saúde sobre a loucura e/ou doença mental. Para tanto, estou realizando entrevistas, com duração de 1 a 2 horas, individuais e grupal, com tais trabalhadores. Nessas, peço-lhes diversas formas de participação: invenção de histórias a partir de fotos apresentadas, produção de um desenhos-estória sobre um tema solicitado e a discussão a partir de imagens apresentadas escolhidas previamente pela pesquisadora. Nestes materiais, seu nome não será identificado.

As coisas que você por ventura me contar durante a entrevista não serão divulgadas em nenhum lugar, mas o relatório final da pesquisa, contendo as diferentes produções criadas pelos participantes, sem identificação do autor, estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Tais entrevistas visam a coleta de dados para esse trabalho e não envolvem riscos a você e, embora, não esteja previsto nenhum benefício, poderá ocorrer o fato de que ser escutado sobre sua prática cotidiana profissional possa lhe fazer bem. Após a análise do material será feito um convite a todos os participantes, para uma reunião de devolutiva dos resultados. É importante ressaltar que você tem a opção pela não participação, que será respeitada.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÕES

Este termo, em duas vias, é pra certificar que eu,

concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para eu ser entrevistado e para a utilização das minhas produções, da forma como me foi explicado.

Estou ciente de que meu nome não será identificado no material resultante da entrevista, e de que será preservado o sigilo das coisas que eu vier a contar à pesquisadora durante a entrevista.

Estou ciente de que, ao término da pesquisa, os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça.

Estou ciente de que não haverá riscos para a minha saúde resultante da participação na pesquisa.

Estou ciente de que sou livre para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento.

Nome/assinatura:

data:

Em caso de dúvidas ou queixa, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa – PUC – CAMPINAS, Rodovia Dom Pedro I, Km 136– CEP 13086-900 – Parque das Universidades – Campinas – Telefone (019) 3343-6777.

Telefone de contato da pesquisadora: (019) 91327928.

ANEXO 2

SLIDE 1



**O IMAGINÁRIO COLETIVO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A
LOUCURA E/ OU DOENÇA MENTAL**

Cristiane Helena Dias Simões
2010

SLIDE 2

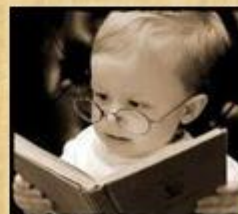
OBJETIVO DA PESQUISA

O objetivo desse estudo é investigar o imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre a loucura e/ou doença mental.



SLIDE 3

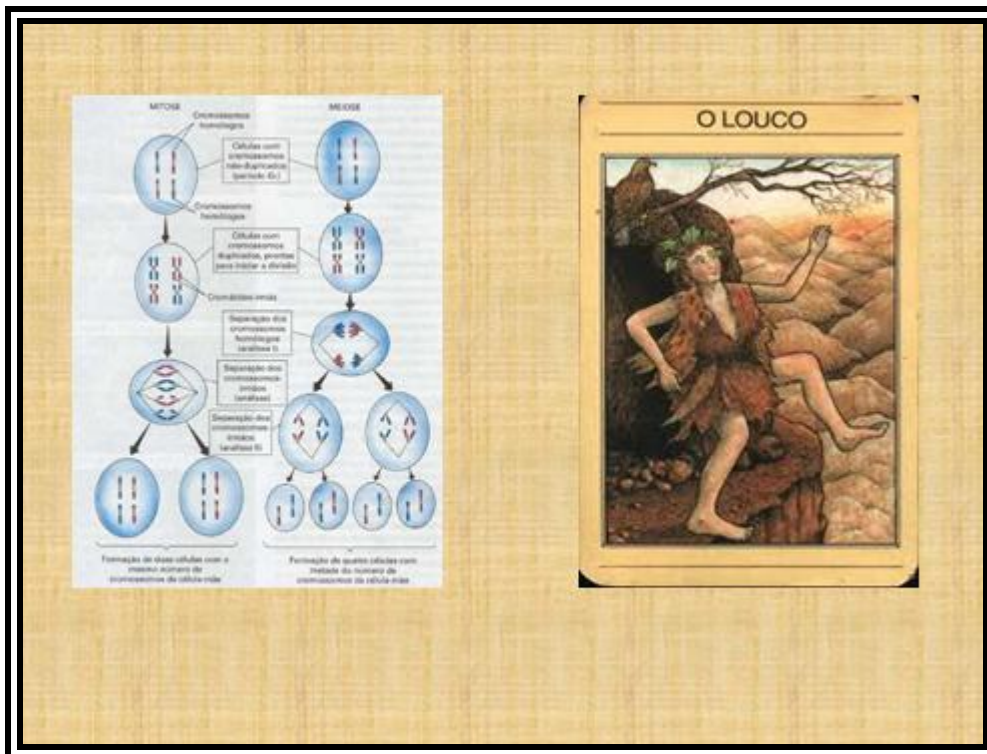
O QUE É O IMAGINÁRIO COLETIVO?



SLIDE 4



SLIDE 5



SLIDE 6



SLIDE 7



SLIDE 8

POR QUE ESTUDAR O IMAGINÁRIO COLETIVO?

- Em alguns momentos de tomada de decisão em um processo de tratamento, não seguimos apenas os conhecimentos científicos, e sim toda essa bagagem de conhecimentos adquiridos durante a vida, mesmo que não seja os científicos.
- Dessa maneira, acreditamos que na prática os profissionais de saúde se conduzem tanto pelos conhecimentos teóricos e clínicos como também por esse imaginário, que é composto de crenças, imagens e fantasias, eventualmente muito bem estabelecidas, sobre a loucura e/ou doença mental.



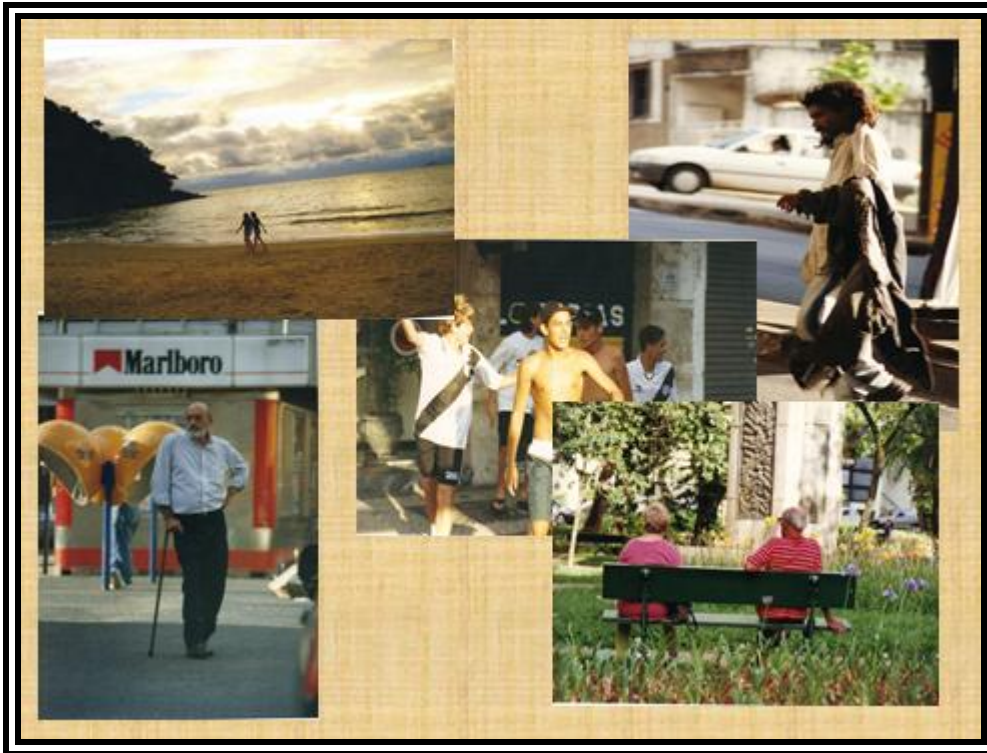
SLIDE 9

POR QUE ESTUDAR O IMAGINÁRIO COLETIVO?

Assim, podemos assumir que ao estudar o imaginário obtemos boas pistas daquilo que provavelmente será praticado e atuado no cotidiano, diante de pacientes psiquiátricos, pelos profissionais de saúde.



SLIDE10



SLIDE 11



SLIDE 12

Alcoólatra X Dependência Química x Bêbado



SLIDE 13

CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL CRIADOS/ENCONTRADOS:

1. Nosografia imaginária

Diferentemente das classificações do CID 10, do DSM-IV e até da psicopatologia psicanalítica, nessa classificação existem 2 tipos de pacientes:



SLIDE 14

Vítimas sofredoras x Aproveitadores:



SLIDE 15



SLIDE 16

2. Etiologia imaginária

Loucura é uma doença vincular, ou seja, o que vai causar são as relações problemáticas entre as pessoas.



SLIDE 17

3. Tratamento imaginário

O tratamento deve ser baseado na convivência entre as pessoas, tanto entre os pacientes como também entre os profissionais e pacientes.



SLIDE 18

4. Dificuldades no trabalho

Uma grande parte dos profissionais destaca que não é a convivência com o paciente que gera dificuldades, principalmente com o paciente psicótico, e sim com os aqui denominados aproveitadores. Alguns mencionam também problemas entre o contato entre os profissionais.



SLIDE 19

Aberto para comentários

