

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SILVIA MARINI

A Contratransferência dos Profissionais de Saúde Mental no cuidado do Paciente  
Psicótico: do horror e inveja à indiferença

Maringá

2019

SILVIA MARNI

A Contratransferência dos Profissionais de Saúde Mental no cuidado do Paciente  
Psicótico: do horror e inveja à indiferença

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Linha de pesquisa: Psicanálise e Civilização

Orientadora: Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martinez

Maringá

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

M339c

Marini, Silvia

A contratransferência dos profissionais de saúde mental no cuidado do paciente psicótico: do horror e inveja à indiferença / Silvia Marini. -- Maringá, PR, 2019. 186 f.

Orientadora: Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martinez.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019.

1. Psicanálise . 2. Profissionais de saúde mental - Contratransferência . 3. Psicose - Pacientes. 4. Psicose - Inveja. 5. Psicose - Horror. I. Martinez, Viviana Carola Velasco, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

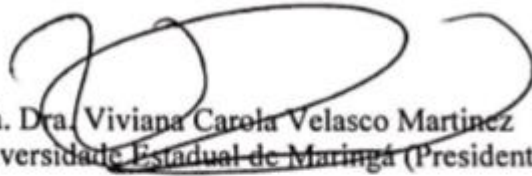
CDD 23.ed. 150.195

SILVIA MARINI


A Contratransferência dos Profissionais de Saúde Mental no cuidado do Paciente  
Psicótico: do horror e inveja à indiferença

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências  
Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a  
obtenção do título de doutora em Psicologia.

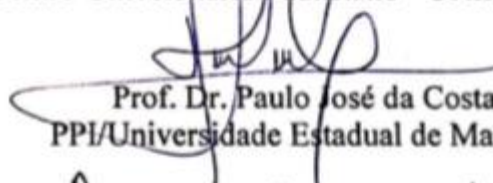
COMISSÃO JULGADORA



Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martinez  
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



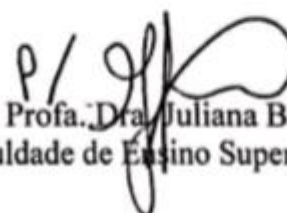
Profa. Dra. Laura Belluzo de Campos Silva  
Centro Universitário Paulistano - UNIPaulistana



Prof. Dr. Paulo José da Costa  
PPI/Universidade Estadual de Maringá



Prof. Dr. Richard Theinsen Simanke  
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF



Profa. Dra. Juliana Baracat  
Faculdade de Ensino Superior - FAEF

Aprovada em: 15 de agosto de 2019.

Local da defesa: Bloco 118 - sala de vídeo, Campus da UEM

Dedico esta tese ao meu irmão,  
Cesar Augusto Marini (*in memoriam*),  
pois foi a sua vida e a nossa relação  
que me conduziu para a psicologia e  
para a pesquisa em saúde mental.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, que durante um dos momentos mais dolorosos da minha vida me fortaleceu para enfrentar o processo seletivo, o cumprimento dos créditos e a realização da pesquisa.

Cito novamente meu irmão, Cesar Augusto Marini (*in memoriam*), que me motivou na busca por ser alguém com condições intelectuais e financeiras para lhe oferecer o que necessitava diante da sua deficiência intelectual. Sempre disse a mim mesma: “preciso estudar, ter um bom trabalho e ser uma boa irmã para ele!”. E foi por meio da vida acadêmica que vislumbrei essa possibilidade. Contudo, a morte o levou antes que sentisse ter realizado plenamente o meu objetivo. De alguma forma, a participação no processo seletivo do doutorado – pouco mais de um mês depois da sua morte – assim como a aprovação, o início das atividades e, sobretudo, a elaboração da tese, me auxiliaram no processo do luto e da ressignificação do meu papel na minha própria vida. Já não tinha mais meu irmão para cuidar, mas tinha uma tese para construir! A tese que me ajudou a traduzir nossa relação, o sentimento diante da sua morte e, de algum modo, a me perdoar pelos excessos e limitações durante o seu cuidado. Me sinto agora em condições de continuar a minha jornada mais tranquila diante da minha história!

À Maria, minha mãe, Nalva, minha irmã, e Noemi e Rebeca, minhas sobrinhas, pela paciência, amor e apoio incondicionais.

Ao Fernando, que me motivou e acreditou que eu conseguiria muito mais do que eu mesma. Sem seu incentivo, não teria feito a minha inscrição no processo seletivo!

Às minhas amigas, Joicy e Thalita, por me incentivarem e acolherem as minhas angústias. E a todos os amigos(as) que estiveram ao meu lado nessa trajetória.

À minha orientadora, Professora Viviana Carola Velasco Martinez, por confiar em mim e na minha capacidade intelectual sempre e, sobretudo, por ter sido uma excelente orientadora. Nunca me senti sozinha nesse processo!

Agradeço aos integrantes do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicanálise – LEPPSIC, por todas as importantes contribuições intelectuais e pelo apoio afetivo durante essa trajetória. Em especial, ao Professor Gustavo Adolfo Mello Neto pelas importantes orientações e pela presidência da banca de qualificação em substituição à orientadora que se encontrava com problemas de saúde. Suas recomendações foram fundamentais!

À CAPES pela bolsa concedida no início do doutorado, sem a qual não seria possível o tempo e a dedicação necessária ao comprimento dos créditos. Defendo a importância das agências de fomento, principalmente, neste momento de cortes e ataque à pesquisa e às instituições públicas de ensino superior brasileiras.

Aos professores do PPI/UEM e aos meus colegas de turma, pelo compromisso com a docência, com a pesquisa e com a psicologia.

Aos professores da banca de qualificação e defesa, que se dispuseram a ler e contribuir com este trabalho. O olhar de vocês foi fundamental para o enriquecimento e término da pesquisa.

Por fim, aos meus amados(as) alunos(as), pelos quais me dedico à aprendizagem e ao ensino da psicologia e da psicanálise.

# A Contratransferência dos Profissionais de Saúde Mental no cuidado do Paciente Psicótico: do horror e inveja à indiferença

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo compreender as dimensões inconscientes da relação profissionais de saúde mental e pacientes psicóticos de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Maringá-PR e que estão implicadas na prática assistencial. Como tese propomos que a psicose, pelo modo de funcionamento psíquico e pelos sintomas que apresenta, mobiliza Fantasias Primitivas de Satisfação Pulsional Ilimitada e Fantasias Primitivas de Desintegração do Eu e, com elas, dois tipos de afetos: inveja e horror. Essa mobilização violenta entra em choque com o funcionamento psíquico dos profissionais e com seus mecanismos de defesa, de modo que as consequências desse conflito estão implicadas diretamente na prática assistencial e podem se materializar em indiferença por parte de alguns deles diante dos pacientes e dos seus discursos. Para nova investigação utilizamos o método psicanalítico e buscamos compreender as produções limites de profissionais acerca da loucura. Produções limite é um conceito emprestado de Mello Neto (1994) para designar o pensamento representante do espaço limite, ou seja, de transição da representação puramente psíquica, fantasia, para a material-social (crenças, valores, concepções etc), conservando-se a moção desejante enquanto elemento constituinte e organizador. Aqui, as produções limites foram buscadas na análise das entrevistas realizadas com profissionais de diferentes categorias de um Centro de Atenção Psicossocial do município de Maringá. Em termos estruturais, este trabalho foi dividido em quatro capítulos. No primeiro, abordamos as concepções teóricas dos seguintes autores da psicanálise acerca das psicoses: Freud, Tausk, Federn e Tarelho. A escolha desses autores se deve ao lugar que atribuem à alteridade no processo de constituição e funcionamento psíquico e na relação com o desejo, discussão importante para pensar a relação dos pacientes com os profissionais e suas possíveis mobilizações. No segundo capítulo, abordamos o conceito de fantasia, e apresentamos o que denominamos de Fantasias Primitivas de Satisfação Pulsional Ilimitada e Fantasias Primitivas de Desintegração do Eu mobilizadas pela psicose, bem como os afetos de inveja e horror que elas dão origem. Já no terceiro capítulo realizamos algumas reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no município de Maringá, em seus aspectos políticos, teóricos e práticos, nos quais nos baseamos para a proposição dos nossos



questionamentos e da nossa tese. No quarto capítulo apresentamos as análises das entrevistas realizadas, ou seja, as produções limites dos profissionais de saúde mental acerca das psicoses e suas relações com a tese proposta. E, por fim, nas considerações finais concluímos como as mobilizações contratransferências das psicoses são enfrentadas pelos profissionais de saúde mental e dão sustentação à construção do que denominamos de projeto contratransferencial defensivo e que, na prática de alguns deles, materializa-se em atitudes de indiferença e silenciamento dos pacientes. Diante desses apontamentos, apresentamos a importância da seleção adequada dos trabalhadores dos CAPS, da oferta de formação, capacitação e a escuta dos profissionais diante dos desafios do trabalho com o paciente e com as psicoses para a superação dessas dificuldades e para a realização de uma efetiva clínica das psicoses.

Palavras-chave: psicose, profissionais de saúde mental, horror, inveja.

# The Countertransference of Mental Health Professionals in the Care of the Psychotic Patient: From Horror and Envy to Indifference

## ABSTRACT

This research aims to understand the unconscious dimensions of the relationship between mental health professionals and psychotic patients of a Psychosocial Care Center (CAPS) in the city of Maringá-Pr and that are involved in care practice. As a thesis we propose that the psychosis, by the psychic way of functioning and the symptoms that presents, mobilizes Primitive Fantasies of Unlimited Pulsional Satisfaction and Primitive Fantasies of Disintegration of the Self and, with them, two types of affections: envy and horror. This violent mobilization clashes with the psychic functioning of the professionals and their defense mechanisms, so that the consequences of this conflict are directly implicated in the care practice and may materialize in indifference on the part of some of the patients and their discourses. For further investigation we use the psychoanalytic method and seek to understand the limiting productions of professionals about madness. Limit productions is a concept borrowed from Mello Neto (1994) to designate the representative thought of the limit space, ie, the transition from purely psychic, fantasy, to social-material representation (beliefs, values, conceptions, etc.). the desiring motion as a constituent and organizing element. Here, the limit productions were sought in the analysis of interviews conducted with professionals from different categories of a Psychosocial Care Center in the city of Maringá. In structural terms, this work has been divided into four chapters. In the first, we approach the theoretical conceptions of the following psychoanalysis authors about psychosis: Freud, Tausk, Federn and Tarelho. The choice of these authors is due to the place they attribute to alterity in the process of constitution and psychic functioning and in the relationship with desire, an important discussion to think about the relationship of patients with professionals and their possible mobilizations. In the second chapter, we discuss the concept of fantasy, and present what we call the Primitive Fantasies of Unlimited Pulsional Satisfaction and Primitive Self-Disintegrating Fantasies mobilized by psychosis, as well as the affections of envy and horror that they give rise to. Already in the third chapter we made some reflections on the Psychiatric Reform in Brazil and the city of Maringá, in its political, theoretical and practical aspects, on which we base ourselves for the proposition of our questions and our thesis. In the fourth chapter we present the analyzes of the interviews performed, that is, the limiting productions of mental health professionals about psychoses and

their relations with the proposed thesis. And finally, in the final considerations we conclude that the countertransference mobilizations of psychoses are faced by mental health professionals and support the construction of what we call the defensive countertransference project and that, in the practice of some of them, materializes in attitudes of indifference. and patient silencing. Given these notes, we present the importance of proper selection of CAPS workers, offering training, training and listening to professionals in the face of the challenges of working with patients and psychoses to overcome these difficulties and to achieve effective clinic of psychoses.

Keywords: psychosis, mental health professionals, horror, envy.

# Le contre-transfert des professionnels de la santé mentale aux soins du patient psychotique: de l'horreur à l'envie à l'indifférence

## RÉSUMÉ

Cette recherche a pour objectif de comprendre les dimensions inconscientes de la relation entre les professionnels de la santé mentale et les patients psychotiques d'un centre de soins psychosociaux (CAPS) de la ville de Maringá-Pr et impliqués dans la pratique des soins. En tant que thèse, nous proposons que la psychose, par son mode de fonctionnement psychique et ses symptômes, mobilise les fantasmes primitifs de satisfaction pulsatoire illimitée et les fantasmes primitifs de désintégration du Soi et, avec eux, deux types d'affect: l'envie et l'horreur. Cette mobilisation violente se heurte au fonctionnement psychique des professionnels et à leurs mécanismes de défense, de sorte que les conséquences de ce conflit sont directement impliquées dans la pratique des soins et peuvent se traduire par une indifférence de la part de certains patients et de leurs discours. Pour approfondir notre recherche, nous utilisons la méthode psychanalytique et cherchons à comprendre les productions limitées des professionnels sur la folie. Les productions limites sont un concept emprunté à Mello Neto (1994) pour désigner la pensée représentative de l'espace limite, c'est-à-dire le passage de la représentation purement psychique, imaginaire à la représentation social-matérielle (croyances, valeurs, conceptions, etc.). la motion désirante en tant qu'élément constitutif et organisateur. Ici, les productions limites ont été recherchées dans l'analyse des entretiens menés avec des professionnels de différentes catégories d'un centre de soins psychosociaux de la ville de Maringá. Sur le plan structurel, ce travail a été divisé en quatre chapitres. Dans le premier, nous abordons les conceptions théoriques des auteurs de psychanalyse suivants sur la psychose: Freud, Tausk, Federn et Tarelho. Le choix de ces auteurs est dû à la place qu'ils attribuent à l'altérité dans le processus de constitution et de fonctionnement psychique et dans la relation avec le désir, une discussion importante pour réfléchir à la relation des patients avec les professionnels et à leurs mobilisations possibles. Dans le deuxième chapitre, nous abordons le concept de fantasme et présentons ce que nous appelons les fantasmes primitifs de satisfaction pulsionnelle illimitée et les fantasmes auto-désintégrateurs primitifs mobilisés par la psychose, ainsi que les affections de jalousie et d'horreur qu'elles suscitent. Dans le troisième chapitre, nous avons déjà présenté des réflexions sur la réforme psychiatrique au Brésil et dans la ville de Maringá, dans ses aspects politique, théorique et pratique, sur lesquels nous nous basons pour la proposition de nos

questions et de notre thèse. Dans le quatrième chapitre, nous présentons les analyses des entretiens réalisés, à savoir les productions limitantes des professionnels de la santé mentale sur les psychoses et leurs relations avec la thèse proposée. Enfin, nous concluons en conclusion de la manière dont les professionnels de la santé mentale font face aux mobilisations de psychoses contre-transférentielles et soutenons la construction de ce que nous appelons le projet de contre-transfert défensif et qui, dans la pratique de certains d'entre eux, se matérialise par des attitudes d'indifférence et le silence du patient. Compte tenu de ces remarques, nous présentons l'importance d'une sélection appropriée des travailleurs de CAPS, en offrant formation, formation et écoute aux professionnels face aux défis du travail avec le patient et des psychoses pour surmonter ces difficultés et parvenir à un résultat efficace clinique des psychoses.

Mots-clés: psychose, professionnels de la santé mentale, horreur, envie.

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 – Número de CAPS por tipo no Brasil até dezembro de 2014.....	108
--	-----

## **LISTA DE SIGLAS**

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**TSG** – Teoria da Sedução Generalizada

**Ics** – Inconsciente

**Pcs** – Pré-Consciente

**Pcpt(Cs)** – Pré-Consciente-Consciente

**SAF** – Situação Antropológica Fundamental

**DSM V** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**CID 10** – Catálogo Internacional de Doenças

**DINSAM** – Divisão Nacional de Saúde Mental

**MS** – Ministério da Saúde

**MTSM** – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

**CSM** – Coordenadoria de Saúde Mental

**MLA** – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

**NAPS** – Núcleos de Atenção Psicossocial

**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial

**RMM** – Região Metropolitana de Maringá

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**UBS** – Unidades Básicas de Saúde

**NASF** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

**UEM** – Universidade Estadual de Maringá

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SSBES** – Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social

**CISAM** – Centro Integrado de Saúde Mental

**PSF** – Programa Saúde da Família

**Profilurb** – Programa de Financiamento de Lotes Urbanizados

**UBS** – Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1 – AS PSICOSES E O LUGAR DO DESEJO.....</b>	<b>31</b>
<b>1.1 A teoria freudiana das psicoses e a primazia do desejo .....</b>	<b>33</b>
<i>1.1.1 As psicoses e o desejo na primeira tópica freudiana .....</i>	<i>35</i>
<i>1.1.2 As psicoses e o desejo na segunda tópica freudiana.....</i>	<i>46</i>
<b>1.2 Tausk e o “aparelho de influenciar” das psicoses.....</b>	<b>50</b>
<b>1.3 Federn e o fracasso do Eu nas psicoses.....</b>	<b>58</b>
<b>1.4 A Teoria da Sedução Generalizada e as psicoses como resultado das mensagens sexuais paradoxais intrometidas .....</b>	<b>65</b>
<b>CAPÍTULO 2 – FANTASIAS INCONSCIENTES, HORROR E INVEJA: O DESEJO E AS DEFESAS MOBILIZADOS CONTRATRANSFERENCIALMENTE PELAS PSICOSES .....</b>	<b>80</b>
<b>2.1 A contratransferência na relação com as psicoses.....</b>	<b>80</b>
<b>2.2 As fantasias.....</b>	<b>85</b>
<b>2.3 O horror à loucura nossa de cada dia.....</b>	<b>89</b>
<b>2.4 A inveja e o ódio na relação assistencial .....</b>	<b>94</b>
<b>CAPÍTULO 3 – SAÚDE MENTAL E A CLÍNICA DAS PSICOSES: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O CAMPO E SOBRE O CUIDADO DAS PSICOSES .....</b>	<b>102</b>
<b>3.1 Breve histórico da Assistência à Saúde Mental no Brasil e em Maringá/PR: aspectos teóricos, práticos e políticos .....</b>	<b>102</b>
<i>3.1.1 A Rede de Atenção à Saúde Mental de Maringá.....</i>	<i>111</i>
<i>3.2.1 Saúde Mental em Maringá: a avaliação dos usuários entrevistados durante o mestrado .....</i>	<i>118</i>
<b>3.2 A transformação assistencial e a clínica das psicoses nos serviços de saúde mental .....</b>	<b>122</b>



<b>CAPÍTULO 4 – AS ENTREVISTAS: DAS GENERALIDADES ÀS ESPECIFICIDADES... A ANÁLISE DAS PRODUÇÕES LIMITES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE AS PSICOSES</b> .....	<b>131</b>
<b>4.1 Caracterização dos entrevistados.....</b>	<b>132</b>
4.1.1 <i>Profissional de Enfermagem</i> .....	133
4.1.2 <i>Profissional de Serviço Social</i> .....	133
4.1.3 <i>Profissional de Terapia Ocupacional</i> .....	134
4.1.4 <i>Profissional Agente Administrativo</i> .....	135
4.1.5 <i>Profissional Psicóloga</i> .....	135
<b>4.2 O trabalho no CAPS.....</b>	<b>137</b>
<b>4.3 A comunicação dos psicóticos e a mobilização inconsciente dos profissionais ....</b>	<b>144</b>
<b>4.4 Os mecanismos de defesas diante das psicoses.....</b>	<b>151</b>
<b>4.5 As especificidades: o lugar da escolha do profissional .....</b>	<b>156</b>
<b>4.6 Observações gerais acerca das entrevistas .....</b>	<b>160</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: O PROJETO CONTRATRANSFERENCIAL DEFENSIVO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....</b>	<b>162</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>174</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>184</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>185</b>

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo compreender as dimensões inconscientes da relação profissionais de saúde mental e pacientes psicóticos<sup>1</sup> de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Maringá-Pr. Como tese, proponho que a psicose, pelo modo de funcionamento psíquico e pelos sintomas que apresenta, mobiliza fantasias inconscientes de satisfação da sexualidade polimórfica infantil reprimida, que denominarei de Fantasias Primitivas de Satisfação Pulsional Ilimitada, e de retorno à modos primitivos de funcionamento e organização psíquica marcados pelo excesso pulsional, ou seja, Fantasias Primitivas de Desintegração do Eu e, com elas, dois tipos de afetos: inveja e horror. Essa mobilização violenta, promovida pela psicose, entra em choque com o funcionamento psíquico dos profissionais e com seus mecanismos de defesa, de modo que as consequências desse conflito estão implicadas diretamente na prática assistencial e podem se materializar em indiferença por parte de alguns profissionais diante dos pacientes e dos seus discursos.

O interesse pelo estudo da loucura e, sobretudo, pelo modo de assistência e cuidado ofertado às pessoas com sofrimento psíquico no Brasil, surgiu durante a graduação em Psicologia, quando, ao cursar a disciplina de Psicopatologia, conheci a trágica história da assistência psiquiátrica no país. Mobilizada com os registros de práticas violentas, que feriam os usuários em seus direitos humanos básicos, passei a me dedicar ao estudo do Movimento de Reforma Psiquiátrica e do conjunto de práticas substitutivas aos manicômios que devem apresentar o compromisso de ofertar assistência digna e garantia do respeito aos direitos dos usuários que são atendidos.

Hoje compreendo que meu interesse foi mobilizado, sobretudo, pela proximidade afetiva com o tema. Irmã de um deficiente intelectual, vivi situações de preconceito, hostilidade e negligência frente às demandas de saúde e sociais do meu irmão e de minha família, de modo geral. Um fato marcante que me recordo é do estranhamento e desconforto que ele despertava nas pessoas, que, ao reagirem e/ou agirem a sua presença, promoviam violência e discriminação.

Em várias situações sociais, percebia a preocupação dos pais em afastar as crianças dele, embora fosse sempre muito carinhoso com elas. Muitos dos meus amigos e amigas, quando iam na minha casa pela primeira vez, relatavam sentir-se extremamente angustiados diante dele, diziam que não sabiam como agir, o que esperar dele, quais seriam seus

---

<sup>1</sup> As psicoses aqui serão consideradas na sua generalidade, de modo que não haverá preocupação com a descrição ou análise de características específicas de cada quadro.

comportamentos. Muitas vezes deixamos de ser convidados para os eventos em família, pois a presença dele, seu modo de falar e as coisas que dizia, incomodavam nossos familiares.

A situação mais marcante, contudo, foi a negligência dos médicos com relação à sua saúde, o que, infelizmente, resultou em sua morte. Embora frequentasse uma escola especial e fosse consultado mensalmente por um psiquiatra e, ainda, tivesse minha mãe como porta voz para relatar seus sintomas, morreu de câncer no intestino sem nunca ter realizado um exame específico. Diante das queixas apresentadas pela minha mãe, que informava das dores que meu irmão sentia, o médico dizia que era normal, que era assim mesmo e que ele não tinha nada. Em várias outras consultas médicas de diferentes especialidades, quando já apresentava sintomas sérios, e isso pude acompanhar pessoalmente, era completamente ignorado, alguns médicos sequer olhavam para o seu rosto.

Essa é uma realidade comum para deficientes intelectuais e pacientes psiquiátricos. Quando fazia minha pesquisa de mestrado, fui informada, pela então coordenadora do Serviço de Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá, que os pacientes só eram recebidos para internação no serviço se viessem de suas cidades de origem com atestado de consulta clínica. Isso porque era frequente a morte de pacientes com doenças clínicas em estágio avançado não diagnosticadas, pois os profissionais da rede básica, quando os pacientes psiquiátricos chegavam até às unidades básicas de saúde, negligenciavam as queixas sob o pretexto de serem delírios. O doente mental é visto, em muitos casos, apenas como uma cabeça doente, destituída de um corpo que também adocece.

Em suma, o interesse pela assistência das pessoas com sofrimento psíquico teve seus desdobramentos em uma monografia apresentada ao curso de especialização em Saúde Mental e Intervenção Psicológica da Universidade Estadual de Maringá, intitulada *Reforma Psiquiátrica: elementos teóricos, políticos e sociais do movimento determinante para a construção da política de saúde mental brasileira* (Marini, 2010) e em uma dissertação de mestrado, *Saúde mental e cidadania: ações e desafios da política pública de saúde mental do município de Maringá-PR* (Marini, 2012), apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da mesma instituição. A pesquisa de mestrado, vinculada à área de concentração Sociedade e Políticas Públicas, buscou analisar as contribuições da Política Pública de Saúde Mental maringaense para a garantia da cidadania de seus usuários e, para isso, entrevistei 12 usuários de dois Centros de Atenção Psicossocial de Maringá (CAPS II e CAPSad).

Como resultado desse trabalho, conclui que a maior contribuição da política maringaense, isso a partir da análise das entrevistas realizadas, estava na qualidade da

assistência psiquiátrica, se comparada à assistência recebida nos hospitais psiquiátricos tradicionais. Conclui, também, que há um desafio importante para a qualidade assistencial que é a eliminação de relações discriminatórias, tutelares e infantilizadoras estabelecidas e produzidas por alguns profissionais no interior dos serviços substitutivos pesquisados.

A última constatação levantou algumas inquietações, uma vez que no discurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica encontra-se a necessidade de construir um novo lugar social para a loucura e novos modos de cuidado<sup>2</sup>. Contudo, o que pude perceber nos serviços substitutivos pesquisados, mesmo considerando as mudanças positivas na forma de assistência<sup>3</sup>, foram dificuldades assistenciais que levam à manutenção, por parte de alguns profissionais, das relações tradicionais com a loucura, tão combatidas pelo Movimento, como: autoritarismo, infantilização, silenciamento dos pacientes e escassez de recursos terapêuticos em termos materiais e estruturais. (Marini, 2012).

Foucault (1972), em seu célebre livro *A História da Loucura na Idade Clássica*, apresenta as condições que possibilitaram a transformação da loucura em doença mental e o seu conseqüente aprisionamento nos manicômios. A tese principal apresentada pelo autor é a de que o conhecimento científico desenvolvido pela psiquiatria, a partir do século XVIII, apresentou-se como resposta às necessidades política e social de segregação e exclusão de todos aqueles que desviavam dos padrões de normalidade produtiva e moral das sociedades modernas.

O louco, ao lado de uma série de outros desvios, foi aprisionado nos manicômios e passou a ser alvo de uma série de experimentos e terapias que levaram à cronicidade das doenças e, em muitos casos, à morte de grande contingente de internos de hospitais psiquiátricos por todo o mundo. E foi contra essa forma de assistência que muitas propostas reformadoras foram desenvolvidas em todo o mundo.

Para o Brasil, o movimento da Antipsiquiatria proposto por Basaglia, na Itália, foi o modelo mais importante de transformação teórico-assistencial. Tal modelo inspirou o

---

<sup>2</sup> Como exemplo de modos de cuidado construídos a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica temos o primeiro CAPS brasileiro inaugurado em 1986 na cidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira. Neste CAPS ocorreu um importante trabalho de produção de cuidados que se tornou modelo para a política de saúde mental brasileira. A descrição do processo de implantação do CAPS, bem como do projeto assistencial proposto a partir dele pode ser encontrado no livro “A Clínica das Psicoses” de Jairo Goldeberg, muito embora o analisaremos com mais detalhes no decorrer deste trabalho.

<sup>3</sup> As mudanças positivas relatadas pelos usuários entrevistados referem-se à higiene, alimentação, variedade de atividades terapêuticas e mesmo o vínculo com os profissionais. Contudo, a partir da análise e reflexão das falas, o que os usuários percebem como positivo nos vínculos é o simples fato de serem cumprimentados ou lhe ser dirigida a palavra, o que, claro, é um avanço frente à história de invisibilidade social que apresentam. Porém, penso que um vínculo saudável e terapêutico exige mais que isso. Exige disponibilidade para ouvir e, sobretudo, para atribuir verdade e sentido àquilo que é dito pelo usuário, fato que parece não ocorrer.

Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro e hoje, fruto de um intenso processo de luta e transformações, existe no país uma Política de Saúde Mental organizada a partir de uma rede de serviços substitutivos de base comunitária<sup>4</sup>.

Contudo, mesmo após décadas de questionamentos e mudanças assistenciais, pude perceber, tanto a partir das falas dos usuários que entrevistei para a dissertação quanto a partir de observações ao acompanhar grupos de estágios em serviços substitutivos de atenção à saúde mental do município de Maringá, a ocorrência de alguns modos de cuidado que produzem relações de tutela, silenciamento e discriminação dos usuários.

Denominei esse fenômeno de morte social e subjetiva, em aproximação às discussões realizadas por Goffman (1961/2007) acerca da mortificação do eu dos pacientes institucionalizados nos manicômios em função das terapêuticas marcadas pela disciplina e pelo autoritarismo e estabelecidas nessas instituições. E, quando acrescento à morte subjetiva, ou seja, à mortificação do eu do paciente psicótico, a morte social, reconheço que a invisibilidade e a indiferença são os fatores de maior importância para a intensificação do sofrimento psíquico do paciente psicótico. (Marini, 2012).

Nas minhas observações e a partir da fala de alguns usuários, identifiquei nos serviços pesquisados a postura autoritária de alguns profissionais que decidem e organizam as atividades e o projeto terapêutico sem oferecer espaço de participação e crítica dos usuários nesse processo, participação defendida pela Reforma Psiquiátrica. Alguns entrevistados, quando avaliaram o atendimento recebido nos CAPS, denunciaram a existência de autoritarismo e violência moral e psicológica por parte de alguns profissionais. Seguem suas falas:

**Usuária 9:** – *Depende do profissional, com alguns a relação é boa e outros desestruturam a gente. Quando acontece isso? – Dizem para aqueles que não conseguem fazer alguma atividade que ele não sabe fazer nada, eles estão aqui para ensinar e não para brigar e xingar, a gente fica magoado. Mas fazer o que, aqui a gente tem o tratamento, mas às vezes sai pior. [...] Aqui a assistência é muito boa. Mas eu já tive problemas com alguns funcionários que acho que não deveriam estar trabalhando em CAPS. Eu que tenho bom funcionamento percebo que eles não tratam bem. Falam coisas que o paciente não devia ouvir, como se fosse bullying. Há agressões com palavras, mas como quero melhorar e preciso do tratamento eu deixo para lá.*

**Usuário 4:** – *[...] cheguei a discutir com o psicólogo, porque eu gostaria de aumentar meus dias de vir e também porque eu queria ser atendido pela psicóloga. Por que eu não posso, não*

---

<sup>4</sup> No Brasil, marca-se a importante atuação da psiquiatra Nise da Silveira, que desde a década de 1940 lutou pela assistência digna e humana nos hospitais psiquiátricos. Na contramão da adoção de recursos como os eletrochoques, camisas de força e o isolamento, ela criou espaços para a expressão artística dos pacientes, sobretudo, através da pintura. Como resultado foram criadas belíssimas obras de arte que foram expostas em Zurique e outras cidades do mundo, além, principalmente, de proporcionar importantes melhoras nas condições de saúde dos pacientes.

*é direito meu escolher o psicólogo. Você perguntou isso ao psicólogo? – Nem perguntei por que eles sempre quer ter razão.* (Marini, 2012, pp. 90-91).

Como expressão dessa realidade de manutenção das relações marcadas pela indiferença, cito, ainda, a fala de um usuário diante da pergunta: “Você se sente discriminado por ter transtorno mental?”, à qual ele respondeu: “Não sei se chega a ser discriminação, mas as pessoas levam você na esportiva porque sabem que tem problema, as pessoas passam a não acreditar mais em você e passam a levar na esportiva o que você diz”. (Marini, 2012, p. 109).

A maioria dos entrevistados forneceu respostas semelhantes no que se refere a uma convivência familiar e social marcada pela exclusão e pelo silenciamento. Para aqueles aos quais é permitido falar, o discurso é levado na esportiva, ou seja, na brincadeira. Nada sério fala a pessoa com sofrimento psíquico, o louco, nada de importante sabe sobre o mundo, a vida e seu sofrimento.

Ao acompanhar grupos de estágios nos serviços de saúde mental que compõem a rede de atenção psicossocial de Maringá, enquanto docente do curso de Psicologia, pude presenciar algumas práticas que confirmam o lugar de silenciamento atribuído aos usuários com sofrimento psíquico. Ou melhor, o lugar de não ouvir de alguns profissionais que lhes prestavam assistência. Não raras vezes, quando os usuários falavam palavras obscenas ou de sua sexualidade, ouvíamos desses profissionais frases como: “Não liga não, ignora, ele(a) é assim mesmo”. As expressões faciais de desconforto também eram frequentes. Nos relatos das estagiárias haviam denúncias de que alguns profissionais, ao serem abordados por pacientes com queixas ou mesmo com tentativas de travar diálogos, os ignoravam completamente fingindo não ouvir.

Assim, os resultados do trabalho de mestrado, somados às experiências da prática de supervisão de estágio, despertaram alguns questionamentos: Por que no interior dos serviços foi possível encontrar relações discriminatórias da parte de alguns profissionais, as mesmas relações que tais serviços foram criados para combater? Se a relação, o vínculo estabelecido entre profissionais e usuários é elemento fundamental para a assistência, o que tem dificultado, ou em alguns casos, impedido o estabelecimento de um vínculo que possibilite o tratamento e o alívio do sofrimento? Haveria algo inconsciente na relação profissional-paciente que influenciaria a assistência?

O alívio do sofrimento aqui é entendido em uma perspectiva psicanalítica e não médica, de supressão de sintomas via medicação. Isso significa reconhecer a fala como elemento fundamental para que o sujeito possa ressignificar seu sofrimento e seu desejo, sendo a

supressão dos sintomas uma possível consequência desse processo. Sobre a assistência da pessoa com sofrimento psíquico, Mannoni (1981) nos diz que

O êxito da “doença mental” depende da possibilidade dada ou não do indivíduo de traduzir em palavras seu distúrbio (ao médico cabendo fornecer, em certas circunstâncias, numa palavra sua o significante que falta ao discurso do paciente). Se o paciente recebe como resposta única à sua angústia o silêncio de um médico, que *sabe* o que se *passa* com ele e não tem mais necessidade de escutar o que lhe é dito, o paciente não terá outro remédio senão desaparecer como indivíduo que fala no seio de uma classificação nosográfica. (p. 26, grifos da autora).

Em concordância com a autora, e adotando a psicanálise como recurso teórico e metodológico para a realização deste trabalho, destaco o papel da fala no processo terapêutico e no alívio do sofrimento proposto desde Freud. Tal importância é o elemento inovador e revolucionário desse campo, pois foi Freud o primeiro a atribuir uma verdade ao discurso histórico. Um saber de si mesmo que, até então, era prerrogativa apenas do saber médico.

Desse modo, diferentes autores da psicanálise serão citados, não raro, para debater elementos gerais do campo da saúde mental e da psicanálise. Um exemplo é o já citado trabalho de Maud Mannoni intitulado: *O Psiquiatra, Seu “Louco” e a Psicanálise*, de 1981, no qual a autora problematiza a atenção psiquiátrica francesa no interior das discussões da antipsiquiatria, bem como o papel da psicanálise no contexto de transformação assistencial.

Se a psicanálise revolucionou ao atribuir legitimidade e verdade ao discurso histórico possibilitando um novo olhar para as neuroses e também para outros modos de sofrimento psíquico, ainda, apesar das conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica que propõe ações assistenciais que garantam a cidadania, vemos, em alguns serviços de saúde mental de Maringá-PR, a existência de algumas ações que dificultam isso.

Assim, apesar das propostas inovadoras que foram responsáveis por importantes transformações, sobretudo no âmbito da organização externa dos serviços assistenciais e mesmo nas práticas desenvolvidas, nos parece, entre outros fatores, que algo do mundo psíquico e inconsciente dos profissionais diante da loucura pode influenciar sua conduta. É esse algo da interioridade dos profissionais, mobilizado pela loucura, que localizamos no plano contratransferencial de conflito psíquico e de defesas e que pretendemos investigar. Tudo isso, com o fim de pensar nessa dimensão da prática assistencial que, ao ser conhecida, pode ser pensada e transformada.

Destaca-se que reconhecemos a complexidade do campo da saúde mental e das políticas públicas e, por isso, a existência de muitas questões que estão implicadas na assistência e no

vínculo. Neste trabalho, esses fatores serão apresentados, muito embora nosso foco seja a dimensão inconsciente dos profissionais que trabalham com a psicose.

Mannoni (1981), ao tecer a crítica acerca do modo de relações sociais estabelecidas diante da anormalidade, sobretudo por aqueles responsáveis pelo cuidado dos considerados anormais, afirma que tais relações negam o sujeito enquanto ser que sofre e o inserem em uma teia de cuidados com vistas à recuperação, ou seja, a normalização. Para a autora:

O doente serve muitas vezes de tela para aquilo que o encarregado não deseja saber ou ouvir, e isso situa de imediato as motivações profundas das relações hierárquicas instituídas assim como a função de um tipo de ordem instaurada. A ação do encarregado dos cuidados se revela, antes de mais nada, e principalmente, como de natureza defensiva. Ao tocarmos neste setor, esbarra-se com os efeitos de resistência do pessoal encarregado, e este, na sua relação com o doente, esforça-se (inconscientemente) por subtrair-se a qualquer risco da aparição de uma verdade. Reeduções, orientações, cuidados de toda a sorte têm assim por função obstruir, antes de mais nada, a angústia do pessoal. (Mannoni, 1981, p.17).

Nesse aspecto, interessa-nos em particular as práticas assistenciais e terapêuticas que terminam funcionando como defesas diante da angústia, o que nos levou à formulação de novos questionamentos: Qual a fonte dessa angústia? Seriam as fantasias contratransferenciais e seus afetos mobilizados pela psicose que levariam à construção de práticas defensivas por parte de alguns profissionais, as quais silenciam os psicóticos?

Acredito que a indiferença, autoritarismo e mesmo a infantilização, ou seja, as práticas que tornam os psicóticos indivíduos que não sabem o que fazem, tal como as crianças, apresentam-se como ações de defesa frente às mobilizações inconscientes das psicoses. Se no plano intrapsíquico a defesa é egóica e inconsciente, acessível apenas pela análise das fantasias, na relação assistencial parecem se efetivar, no caso de alguns profissionais, em ações que calam, desrespeitam e mantêm o lugar do paciente psicótico de dependência e submissão. Os exemplos citados acima, de levar na esportiva o que os pacientes dizem, de ignorar suas falas fingindo não ouvir, bem como o posicionamento de sempre ter razão, parecem ilustrar a atitude defensiva de alguns profissionais marcada pela desqualificação do discurso e do saber do paciente.

Em face dessas considerações, partimos da hipótese de que essa angústia é derivada de fantasias inconscientes e de dois conjuntos de afetos vinculados a elas. Falo do horror e da inveja em torno do polimórfico perverso ativado.

O horror acreditamos se relacionar às características do psicótico, sobretudo no que se refere à expressão e satisfação pulsional que não se submetem aos padrões socialmente construídos e aceitos, bem como à ineficácia dos métodos de tratamento que visam à cura desses pacientes. Esses fatos podem se apresentar como ataques ao narcisismo dos profissionais que,



submetendo-se às regras e valores sociais, têm seu saber e eficácia teórico-técnicos postos à prova.

A inveja, por sua vez, também teria como fonte a realidade psíquica do psicótico na qual a sexualidade, sobretudo a polimórfica perversa, bem como o ódio e a agressividade encontram livre trânsito para expressão, mobilizando fantasia de satisfação polimórfica perversa que leva ao conflito. Para Freud (1905/1996):

não se observa entre os loucos quaisquer perturbações da pulsão sexual diferentes das encontradas entre os sadios. [...] Os loucos apenas exibem tal aberração em grau intensificado, ou então, o que é particularmente significativo, elevado a uma prática exclusiva e substituindo a satisfação sexual normal. (pp. 140-1410).

Ao considerar que a psicose mobiliza fantasias inconscientes, assim como horror e inveja, adentro em pleno território da contratransferência. É no sentido de obstáculo e rigidez que a contratransferência interessa para este trabalho, uma vez que acreditamos que a mobilização de fantasias e desejos recalcados dos próprios profissionais diante do discurso e do comportamento dos psicóticos pode ter como consequência, para alguns deles, ações defensivas rígidas que visam protegê-los dos seus próprios conteúdos inconscientes.

Muito embora as concepções atuais considerem a contratransferência como um importante instrumento da análise e não mais como obstáculo, defendemos essa características na relação dos profissionais diante das psicoses por duas razões: primeiro, pelas características da transferência psicótica marcada pelo excesso pulsional, do qual os profissionais precisam se defender, e segundo, pela ausência de espaços para a escuta, supervisão e mesmo análise desses profissionais, que os auxiliem na assistência às psicoses e com isso na construção por parte dos que encontram maiores dificuldades, quem sabe, de mecanismos defensivos menos rígidos e obstaculizantes à escuta dos pacientes.

Assim, a partir desta proposição, esse trabalho terá como objetivo principal analisar, através do pensamento dos profissionais de diferentes categorias, as fantasias e afetos contratransferencialmente mobilizados frente às psicoses. Para isso, buscamos compreender as produções limites de profissionais acerca da loucura. Produções limite é um conceito emprestado de Mello Neto (1994), em *O Ardil da Criança*, para designar o pensamento do adulto sobre a criança enquanto representante do espaço limite, ou seja, de transição da representação puramente psíquica, fantasia, para a material-social (crenças, valores, concepções etc), conservando-se a moção desejante enquanto elemento constituinte e organizador.

Aqui, as produções limites foram buscadas nas falas dos profissionais sobre a psicose e o paciente psicótico. Para analisar as fantasias e desejos mobilizados pelo paciente psicótico, foram entrevistados profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Maringá. No projeto desta pesquisa tínhamos por objetivo entrevistar profissionais do CAPS e da Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal. Contudo, a realização das entrevistas no CAPS gerou grande quantidade de material e achamos por bem restringir a pesquisa a um único serviço, de modo a torná-la factível.

Elencamos as seguintes categorias profissionais para as entrevistas: psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e atendente. Para a seleção dos profissionais, fomos a duas reuniões de equipe, uma no período da manhã e outra no período da tarde, nas quais apresentamos a pesquisa e os convidamos a participar. Ao final da reunião, pedimos que aqueles que desejassem participar comunicassem à Coordenadora do serviço. De todas as categorias elencadas, não foi possível entrevistar apenas a psiquiatria, já que nenhum profissional aceitou participar. Assim, ao todo, analisamos os dados de 5 entrevistas.

Figueiredo e Minerbo (2006, p. 269) afirmam que as pesquisas em psicanálise e com o método psicanalítico “podem ter como alvo, entre outros, processos socioculturais e/ou fenômenos psíquicos transcorridos e contemplados fora de uma situação analítica no sentido estrito”. A utilização da psicanálise e do método para a pesquisa fora da clínica foi proposta por Freud (1919a/1996) no texto *Deve-se Ensinar a Psicanálise na Universidade*. Nele, o autor afirma que outras ciências, para além da medicina e da psiquiatria, poderiam se beneficiar do conhecimento e do método produzido pela Psicanálise. Segundo o autor, “a aplicação desse método não está de modo algum confinada ao campo dos distúrbios psicológicos, mas estende-se também à solução de problemas da arte, da filosofia e da religião”. (Freud, 1919a/1996, pp. 186-187).

Martinez (2003) destaca que a Psicanálise, exercida fora do âmbito clínico, foi denominada de psicanálise aplicada e que já havia sido delineada por Freud na carta a Fliess de 1887, na qual ele apresenta suas considerações sobre Hamlet, de Shakespeare, e Édipo Rei, de Sófocles, e outras produções literárias e artísticas. Destaca-se que o interesse de Freud pela análise de produções artísticas e culturais permeou toda a sua obra.

Para Mello Neto (1994), Freud, com sua autoanálise e com a publicação da *Interpretação dos Sonhos*, apresentou uma transição da preocupação estrita com as psicopatologias para a compreensão da universalidade da análise das produções do inconsciente e do seu simbolismo.

A incorporação das manifestações culturais como os mitos, a literatura e as obras de arte enquanto objeto da Psicanálise, denotam a compreensão freudiana de tais fenômenos enquanto expressões das realidades psíquicas humanas universais. O mesmo se estende aos textos sociais, como: *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921), *Mal-Estar na Civilização* (1930) e a obra *Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana* (1901), que apresentam a compreensão de um inconsciente que fala a nós e de nós de diferentes formas e em diferentes situações.

Nesse sentido, os objetos de análise da pesquisa psicanalítica são os mais diversificados. Contudo, para Figueiredo e Minerbo (2006), o elemento fundamental de toda a pesquisa com o método psicanalítico é a indissociação entre pesquisador e referencial teórico, sendo que nem a psicanálise e nem o psicanalista saem, no final do percurso investigativo, da mesma forma como entraram. Esse fator garante seu caráter de produção/transformação teórica e terapêutico.

Com essa perspectiva, esta pesquisa pode contribuir na compreensão dos fenômenos que silenciosamente operam na transferência e, sobretudo, na contratransferência, expressos no pensamento dos profissionais sobre o tratamento da psicose e suas influências nas práticas assistenciais. Isso porque a loucura sempre foi um enigma nas diferentes sociedades e momentos históricos, de modo que cada uma delas apresentou tentativas diferenciadas de tradução e compreensão para lidar com esse fenômeno humano. Hoje os loucos não vagam de uma cidade para outra, expulsos pela sua condição, mas encontram, no discurso científico, nos serviços de saúde mental e nos psicotrópicos, as práticas e espaços de tratamento. Contudo, o caráter enigmático da loucura, que foge à capacidade científica e cultural inequívoca de explicação, se mantém.

A adoção das entrevistas, enquanto técnica, se deve à influência do trabalho de Mello Neto (1994) com o qual compartilhamos a crença de que as falas de quem se debruça sobre determinados fenômenos expressam fantasias ligadas ao desejo e, por isso, configuram-se em realidades psíquicas em sentido freudiano.

Para o autor, tomar um pensamento como realidade psíquica significa suspeitar da sua objetividade e da sua autenticidade, visto que para Freud, segundo Laplanche e Pontalis (1988, citados por Mello Neto, 1994, p. 39), “trata-se fundamentalmente do desejo inconsciente e dos fantasmas conexos”.

A descoberta da realidade psíquica enquanto uma verdade que apresenta coerência e que, no entanto, está do lado do inconsciente e do desejo e, por isso, acessível à consciência apenas pela interpretação, expressa a contribuição de Freud para a construção de um conhecimento hermenêutico das produções simbólicas humanas. (Mello Neto, 1994).

Segundo Mello Neto (1994), o sentido da palavra realidade, expressa nessa produção humana inconsciente, está no fato

*‘que no psiquismo do indivíduo apresenta uma coerência e uma resistência comparáveis às da realidade material’.* Essa resistência (do desejo) faz do psiquismo algo tão ‘palpável’, tão objetivo, como a realidade do mundo exterior. A coerência estaria mais do que na maneira organizada da manifestação de certas fantasias, mas na coerência inteira da vida psíquica, na qual a consciência não passa de fragmento lembrado que, para Freud, o inconsciente *‘é o psiquismo verdadeiramente real’.* (p. 42, grifos do autor).

No contexto das entrevistas, portanto, é necessária a análise da fala como expressão dessas fantasias que são desconhecidas pelos entrevistados e que poderão ser acessadas e analisadas apenas por meio da interpretação. A análise das falas requer ir além dos conteúdos manifestos, racionalizados e conscientes, em busca das lacunas, dos “sintomas”, dos espaços frouxos e desconexos que se oferecem como caminhos para a expressão do desejo.

Mello Neto (1994) destaca que as fantasias conscientes se originam de um cenário inconsciente, com leis próprias e incompreensíveis, ou seja, submetidas ao processo primário, sem temporalidade e contradições e a serviço do princípio de prazer. O tornar-se consciente dessas fantasias exige transformações no conteúdo, no sentido da lógica e da coesão, ou seja, do processo secundário vinculado ao princípio de realidade e, por isso, cultural. A passagem de um estado puramente psíquico a outro, com as marcas do material-social, o lugar limite que ele define como “um lugar de significações, ou ainda, de processo de significação”. (Mello Neto, 1994, p. 45).

Esse lugar limite caracteriza o espaço de conflito entre os desejos e as exigências culturais expressas em termos intrapsíquicos pelo conflito entre o eu e seu ideal, herdeiro da identificação das figuras parentais e das interdições culturais. A renúncia à satisfação em prol do amor do ideal de ego não significa o desaparecimento da pulsão e do desejo, significa, antes de mais nada, modos alternativos de satisfação expressos nas produções culturais sublimatórias. “Por esse caminho, onde a libido não é mais solipsista, a região, ou o limite entre realidade psíquica e material, é todo o ser enquanto ser em cultura ou sob ela”. (Mello Neto, 1994, p. 47).

As elaborações teóricas de Mello Neto (1994) se tornam fundamentais para este trabalho, haja vista que levam ao caminho da compreensão dos discursos, das falas individuais ou coletivas sobre determinado assunto como “produções limites”. Essas produções, embora conscientes, comportam níveis de latência que expressam os desejos.

Desse modo, as falas dos entrevistados sobre os pacientes psicóticos serão analisadas a partir de duas esferas formadoras na busca do sentido oculto: a psíquica e a material-social.

Nessa busca hermenêutica, a figura do pesquisador, com seus valores, conhecimentos e fantasias inconscientes, é elemento fundamental.

Para Figueiredo e Minerbo (2006), qualquer objeto de pesquisa da psicanálise apresenta a ambiguidade da objetividade e da subjetividade, seja o depoimento colhido em uma entrevista, um texto, uma obra de arte, ou a própria fantasia do analisando, isso porque todos eles existem independentemente do analista, mas ganharão novos contornos a partir da análise que, necessariamente, têm no psiquismo dele – do analista –, mais precisamente no seu inconsciente, o principal instrumento.

“Estamos nos referindo, naturalmente às relações transferenciais (e seus equivalentes) e contratransferenciais que dão a marca da singularidade ao que se descobre e ao que se inventa e cria em uma ‘pesquisa com o método psicanalítico’”. (Figueiredo & Minerbo, 2006, p. 261).

Os autores afirmam, o que nos remete às ideias de Mello Neto (1994) acerca das produções limite, que a pesquisa com o método psicanalítico envolve duas lógicas: a dos processos secundários, marcados pela consciência e pela razão, e a dos processos primários, marcados pelo inconsciente e pelos afetos. Ambas as realidades estão interligadas e são incomensuráveis. É o reconhecimento dessas duas lógicas, presentes na produção científica psicanalítica e que partem tanto do objeto de pesquisa quanto do pesquisador, que lhe garante momentos de “descoberta” e “invenção criativa”. (Figueiredo & Minerbo, 2006).

Ao discutir sobre a análise de entrevistas, os autores se referem a um interjogo entre as lógicas secundárias e primárias, pois apenas o depoimento não justifica as interpretações e nem as interpretações esgotam as possibilidades presentes no depoimento, “trata-se de um trabalho de descoberta/invenção que se alimenta do depoimento e, em contrapartida, o enriquece e abre para dimensões psíquicas, individuais e sociais, inesperadas”. (Figueiredo & Minerbo, 2006, p. 262).

É o que afirma Mello Neto (1994), quando diz que, no falar de sujeitos marcados histórica e ideologicamente por seu tempo, os elementos culturais não devem ser negligenciados. O que nos leva a concluir que muitos dos elementos que emergirão nas falas dos entrevistados apresentarão um caráter valorativo e ideológico, correspondente à profissão, às crenças e outras características suas. Contudo, tanto esses elementos, definidos pelo autor como realidades conscientes, quanto os conteúdos que representam as realidades psíquicas, serão analisados e interpretados como produções interligadas e que podem levar às fantasias e ao desejo.

O instrumento de pesquisa adotado e ainda inspirado no trabalho de Mello Neto (1994) consistiu em um roteiro semiestruturado com questões amplas e disparadoras de associações

livres acerca dos assuntos abordados, tais como: O que é a psicose? E o que é um psicótico em sua vida (Apêndice A). Tal metodologia permite a inserção de novas perguntas quando há necessidade de explorar ou de obter mais associações diante de determinados conteúdos expressos pelos entrevistados.

E como procedimento importante para o desenvolvimento deste projeto, foi realizado um levantamento bibliográfico em bases eletrônicas com o objetivo de selecionar artigos e livros que contemplem o tema da pesquisa. Para isso foram acessadas as seguintes bases de dados: PsycInfo; Pepsic; Indexpsi e Scielo.

Os descritores utilizados na busca de material foram divididos em dois blocos, o primeiro composto pelos descritores: psicanálise, psicose, angústia, horror e inveja<sup>5</sup>. E o segundo bloco composto pelos descritores: psicanálise, psicose, angústia e contratransferência. Contudo, como nenhum material foi encontrado na busca por todos os descritores, alguns foram retirados. Desse modo, o primeiro bloco foi reduzido aos descritores: psicanálise, psicose e angústia. E o segundo bloco aos descritores: psicanálise, psicose e contratransferência. Em cada base de dados, os descritores foram utilizados na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Destaca-se que nem todos os materiais encontrados foram selecionados. Selecionei, a partir da leitura dos resumos, aqueles que apresentam discussões pertinentes à tese, totalizando 31 trabalhos.

Assim, este trabalho foi dividido em quatro capítulos. No primeiro, abordamos as concepções teóricas de diferentes autores acerca das psicoses. Partimos de Freud para a compreensão das psicoses com base no conceito narcisismo e recorreremos a dois de seus discípulos, que se utilizando do mesmo conceito teorizaram sobre a dinâmica psíquica e o trabalho com as psicoses no interior da psicanálise, quando o próprio Freud dizia não ser possível. Tanto Tausk quanto Federn reconhecem a existência da transferência psicótica e atribuem um lugar importante para o analista no processo terapêutico.

Em seguida apresentamos as contribuições da Teoria da Sedução Generalizada (TSG) com base nas ideias de Tarelho sobre a paranoia. A TSG é uma teoria que atribui à relação com o outro real, ou seja, à sedução que ele empreende, as bases para a constituição do psiquismo humano e, conseqüentemente, das psicopatologias.

---

<sup>5</sup> Em seu parecer durante a qualificação, a professora Josiane Cristina Bocchi nos questionou acerca da ausência do descritor profissional de saúde mental. Ao refletir sobre sua dúvida, concluímos, que durante as buscas na base de dados, estávamos interessadas nas mobilizações universais da psicose, de modo a procurar artigos que tratassem dessa mobilização em qualquer pessoa. Desse modo, não restringimos a busca com o descritor profissional de saúde mental.

Desse modo, a escolha desses autores da psicanálise se deve ao lugar que atribuem à alteridade no processo de constituição e funcionamento psíquico e na relação com o desejo nos casos de psicoses, discussão importante para pensar a relação dos pacientes com os profissionais e suas possíveis mobilizações. Tausk o faz por meio da análise do sintoma psicótico que denomina de “aparelho de influenciar”, que tem sempre um outro no comando e no controle do aparelho e do próprio sujeito. Federn, por sua vez, atribui ao contato com os objetos externos a condição para o estabelecimento dos limites do eu e, portanto, para o seu adoecimento. E, por fim, Tarelho localiza na qualidade das mensagens enigmáticas emitidas pelo outro real que seduz a criança a etiologia das psicoses.

No segundo capítulo abordamos o conceito de fantasia, e apresentamos o que denominamos de Fantasias Primitivas de Satisfação Pulsional Ilimitada e Fantasias Primitivas de Desintegração do Eu, bem como os afetos de inveja e horror que elas dão origem.

Já no terceiro capítulo apresentamos algumas reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no município de Maringá, em seus aspectos políticos, teóricos e práticos, nos quais nos baseamos para a proposição dos nossos questionamentos e da nossa tese. Para na sequência, no quarto capítulo, apresentar as análises das entrevistas realizadas, ou seja, as produções limites dos profissionais de saúde mental acerca das psicoses e suas relações com a tese proposta. E, por fim, nas considerações finais apresentamos como as mobilizações contratransferências das psicoses são enfrentadas pelos profissionais de saúde mental e dão sustentação à construção do que denomino de projeto contratransferencial defensivo e que, na prática de alguns deles, materializa-se em atitudes de indiferença e silenciamento dos pacientes.

## CAPÍTULO 1 AS PSICOSES E O LUGAR DO DESEJO

Apresentei na introdução deste trabalho a hipótese que a psicose, por meio do modo de funcionamento psíquico que lhe é característico, dos sintomas e dos conteúdos que o psicótico comunica, mobiliza intensa angústia nos profissionais de saúde mental. Isso porque, entre pacientes e profissionais se interpõe o inconsciente comunicado a céu aberto de forma violenta.

Ela – a psicose – comunica, ou melhor, evidencia pulsões e modos de satisfação característicos da sexualidade polimórfica perversa, e, ainda, modos de funcionamento psíquico e defesas experimentados na infância e atuantes, ainda que sob o controle da repressão, no psiquismo neurótico. A angústia, portanto, é derivada do perigo da proximidade, da possibilidade de se deixar dominar por modos de satisfação pulsionais inconscientes e tão duramente renunciados e reprimidos. Ou seja, de enlouquecer, de perder a organização psíquica já alcançada.

Freud, em toda a sua obra, ao caracterizar neurose e psicose, nunca estabeleceu uma fronteira clara entre elas, antes, as colocou numa relação de continuidade. Assim, “desde o ponto de vista da teoria da libido, havia entre neurose e psicose um contínuo, uma progressão sem rupturas, a diferença entre ambas obedecia, em todo o caso, ao grau em que o interesse libidinal do indivíduo se concentra nos objetos ou no eu”. (Arriola, 2008, p. 7).

Ao considerar essa continuidade estabelecida entre psicose e neurose, localizamos o efeito mobilizador, que os pacientes psicóticos possuem na história do desenvolvimento psíquico e pulsional dos profissionais, ao que eles parecem responder sintomaticamente com fantasias e com ações defensivas, como a indiferença, por exemplo. A problemática central, portanto, se refere aos modos de satisfação das pulsões, ou seja, da satisfação dos desejos empregadas pelos psicóticos e que se expressam nos seus sintomas e modo de funcionamento psíquico regressivos, o que estaria em pauta na transferência estabelecida com os profissionais diante da qual devem reagir contratransferencialmente.

Esta discussão remete aos conceitos de linguagem da paixão e linguagem da ternura propostos por Ferenczi (1933/1992), de modo que podemos pensar a linguagem do psicótico com os mesmos efeitos traumáticos sobre os profissionais de saúde mental que a linguagem do adulto tem sobre a criança. Essa analogia é possível, porque, para o autor, o adulto se comunica com a criança com a linguagem da paixão, caracterizada pela presença do desejo inconsciente e com o sentimento de culpa decorrente, ao passo que a criança imatura e ainda com sua sexualidade pouco desenvolvida, se comunica com a linguagem da ternura.



A confusão decorrente dessa comunicação estabelecida a partir de códigos diferentes, um marcado pelo sexual e pela culpa e o outro não, é extremamente traumática para a criança que empregará recursos para lidar com a angústia. Dessa relação, a própria sexualidade da criança será despertada, ainda que antes do tempo, ou seja, como o fruto amadurecido pela picada do pássaro (metáfora utilizada pelo autor).

Ao retomar Ferenczi (1933/1992), pretendemos ressaltar o caráter traumático que a linguagem do psicótico tem, isso porque o inconsciente à céu aberto está presente em todas as suas comunicações, apresentando-se em um código concreto, organizado pelo processo primário e com a paixão expressa diretamente e, diferente da linguagem simbólica que domina o psiquismo dos profissionais, marcada pela censura e defesas psíquicas que mantém a paixão mantida sob certo controle. Ainda que eles – os profissionais – não possam ser mais comparados à criança, pois possuem a sexualidade infantil reprimida e os recursos psíquicos para se defender dela, o contato com a psicose tem um potencial altamente traumático e desorganizador, mobilizando o sexual, os modos de satisfação primitivos e colocando em perigo a organização psíquica alcançada.

Por outro lado, o profissional também pode retraumatizar os pacientes com o seu distanciamento e frieza. Ferenczi (1933/1992) discute esse aspecto da técnica analítica e o denomina de hipocrisia profissional, caracterizada pela negação do analista dos aspectos mais profundos que são mobilizados pelos pacientes e que são escondidos na polidez e distanciamento profissional. Para o autor, essa reação do profissional não se difere da reação do adulto que desmentiu o trauma vivido pela criança, de modo que a análise construída em uma relação assim só pode ter como fim reeditar o trauma tal como vivido na infância, o que inviabiliza a cura ou a melhora dos sintomas. Desse modo, tanto pacientes quanto os profissionais podem retraumatizar um ao outro por meio do vínculo assistencial e suas comunicações.

Por isso, neste capítulo analisamos o desejo e seus modos de satisfação nas psicoses como elementos composicionais de sua linguagem, daquilo que comunicam e interpõem, ou ainda, daquilo que constitui a relação estabelecida entre pacientes e profissionais. E, também, como esses profissionais reagem a tal comunicação e a implicação disso na prática assistencial. Para isso, apresentamos as contribuições de Freud, Tausk, Federn e Tarelho sobre as psicoses, para assim localizar o lugar do desejo nessas patologias, os modos de satisfação, bem como o lugar dos profissionais de saúde mental no interior dessa dinâmica psíquica e na relação assistencial. A escolha desses autores se deve ao reconhecimento que dão à alteridade, ou seja, ao outro concreto na constituição e no funcionamento das psicoses.

## 1.1 A teoria freudiana das psicoses e a primazia do desejo

A opção de recorrer a Freud, muito embora o autor não apresente uma teoria sobre as psicoses, se deve às suas fundamentais contribuições para a compreensão do funcionamento psíquico e o papel que o narcisismo apresenta nesse processo, sobretudo, na constituição e no funcionamento do Eu. É precisamente no âmbito do narcisismo que analisamos como os modos de satisfação do desejo nos psicóticos, comunicados por meio de seus sintomas, podem se apresentar como elementos traumáticos dos quais os profissionais de saúde mental precisam se defender.

No *Projeto de Psicologia* (1895a/ 2001), Freud descreve o desejo como o registro psíquico da primeira vivência de satisfação do bebê. Há, segundo ele, uma quantidade (Q) de energia investida nos neurônios e que possibilita a percepção ou inscrição da necessidade. Essa necessidade, ao ser satisfeita por um adulto, possibilita a inscrição psíquica do objeto de satisfação. A memorização dessa experiência fará com que a necessidade, ao ser sentida novamente, invista na representação mental do objeto de satisfação. Essa ativação simultânea da inscrição da necessidade e do objeto de satisfação constitui o desejo. “Talvez seja a imagem recordada do objeto alcançada primeiro pela reanimação do desejo. ... Eu não duvido que essa reanimação do desejo produz o mesmo efeito que a percepção, a saber, uma alucinação”. (Freud, 1895a/2001, p. 364).

Mais tarde, no Capítulo VII da *Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900/1996) retoma a noção de desejo ao problematizar o funcionamento inicial do aparelho psíquico e ao apresentar a tópica. Para analisar o tema, ele se refere à primeira vivência de satisfação da fome do bebê. Segundo o autor, as exigências da vida manifestam-se inicialmente sob a forma de grandes necessidades somáticas que são descarregadas a partir da expressão emocional. É assim, com gritos e movimentos corporais, que, inicialmente, o bebê reage à fome. Contudo, sua ação não transforma sua condição e a fome permanece. Será a vivência de satisfação, ao ser alimentado por outrem, que cessará o estímulo interno e promoverá a sensação de satisfação.

A vivência de satisfação fornece ao aparelho psíquico uma percepção específica da experiência que, ao ser registrada na memória, será associada ao traço mnêmico da excitação produzida pela fome. Assim, todas as vezes que a necessidade de alimento elevar o nível de excitação no aparelho, essa energia investirá o traço mnêmico da fome e por associação, o traço mnêmico da vivência de satisfação original. De acordo com Freud (1900/1996, p. 591), “uma moção dessa espécie é o que chamamos de desejo; o reaparecimento da percepção é a realização

do desejo, e o caminho mais curto para essa realização é a via que conduz diretamente da excitação produzida pelo desejo para uma completa catexia da percepção”.

Para o autor, é provável que, em seu estado primitivo, o aparelho tenha percorrido esse caminho, conduzindo o desejo à alucinação com o objetivo de repetir a experiência de satisfação. Assim, nessa primeira definição de desejo de Freud, a satisfação alucinatória se apresenta como a primeira ação de satisfação empreendida pela criança. Essa forma primitiva de pensamento, no entanto, precisa ser abandonada, haja vista que ela não promove a real satisfação. Assim, gradativamente o aparelho transformará essa atividade ineficaz de pensamento em outras mais elaboradas, o que pressupõe um processo de evolução e, conseqüentemente, do pensamento infantil à idade adulta. Ou seja, da alucinação ao pensamento abstrato.

No conceito de desejo apresentado até aqui, o mecanismo psíquico da alucinação tem vinculação direta com a primeira vivência de satisfação que está na origem do aparelho psíquico. Tanto no *Projeto de Psicologia* quanto no Capítulo VII da *Interpretação dos Sonhos*, Freud (1895a/2001; 1900/1996) utiliza o modelo de satisfação da fome para caracterizar o desejo. Contudo, a importância da satisfação do desejo sexual e agressivo são as mais interessantes para o autor e para a Psicanálise.

E para caracterizar a primeira vivência de satisfação do desejo sexual, é preciso considerar o narcisismo primário, descrito por Freud (1914/2010) como estado no qual a pulsão sexual está inteiramente investida no Eu. O narcisismo primário pressupõe um Eu relativamente organizado e é esse o principal elemento que distingue esse estágio daquele, denominado de sexualidade autoerótica e polimorfa, presente desde a origem psíquica. Isso porque, somente com o desenvolvimento do aparelho e de uma nova ação mental, ou seja, da constituição do Eu, é que as pulsões autoeróticas se unem às pulsões de autoconservação e são investidas no Eu.

Assim, o Eu é o primeiro objeto integral das pulsões. E para Simanke (2009), é a constituição do “ego oficial” que se sobrepõe ao autoerotismo, ou seja:

a imagem unificada pela qual o sujeito se representa para si mesmo, o que permite à libido tomar essa imagem como objeto total, e não mais parcial, como acontecia com as pulsões sexuais autônomas do autoerotismo. Essa diferenciação é de suma importância. Permite intuir uma *origem* para o *desejo* (movimento psíquico em direção a um objeto representado) a partir da pulsão, definindo-a agora dentro da esfera *sexual*, enquanto o Projeto... e A interpretação dos Sonhos prendiam-se ainda ao modelo de satisfação da fome. (p. 132, grifos nossos).

Portanto, é a partir da constituição do Eu e do narcisismo primário que a pulsão sexual poderá investir os objetos externos e suas representações, o que caracteriza um novo estágio de

desenvolvimento libidinal. Contudo, tanto as alucinações, como o próprio narcisismo deixam resquícios no funcionamento mental e não são abandonados completamente, mesmo nas pessoas saudáveis. Esses modos primitivos de satisfação dos desejos se mantêm, ainda que transformados, sob a forma de sonhos, devaneios, fantasias e amor-próprio.

Porém, a prevalência no psiquismo adulto das alucinações, assim como do estado de narcisismo como formas predominantes, quando não exclusivas, de satisfação pulsional, foram consideradas por Freud como expressões da dinâmica psíquica característica das psicoses. E muito embora, como já dito, não exista uma teoria freudiana consistente para as psicoses, tal como para as neuroses, suas descobertas foram fundamentais para as futuras teorizações psicanalíticas dessas psicopatologias.

### *1.1.1 As psicoses e o desejo na primeira tópica freudiana*

A primeira diferenciação nosográfica freudiana das psicopatologias foi delineada na década de 1890 e consistiu-se no agrupamento dessas em dois grandes grupos: psiconeuroses de defesa – histeria, neurose obsessiva, psicoses alucinatórias e paranoia – e as neuroses atuais – neurastenia, neurose de angústia e, por aproximação, a melancolia (1894/1996; 1895b/1996; 1895c/1996; 1896a/1996; 1896b/1996) e, mais tarde, as hipocondrias. As neuroses de defesa foram caracterizadas por uma lembrança que, por causar desprazer, era reprimida. Já as neuroses atuais, foram caracterizadas a partir da ausência de lembrança e, por isso, como reações psíquicas frente à insatisfação sexual atual.

Os dois principais trabalhos de Freud sobre o grupo das psiconeuroses de defesa e, conseqüentemente, sobre os dois tipos de psicoses considerados por ele na época (confusão alucinatória e paranoia) são: *As Neuropsicoses de Defesa* (1894/1996) e *Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa* (1896b/ 1996). Nesses trabalhos, as psicoses alucinatórias foram consideradas as psiconeuroses de defesa por excelência. Isso porque nelas, a defesa – mecanismo psíquico que objetiva retirar da consciência a representação que entra em conflito com o eu – era considerada mais poderosa e bem-sucedida.

Para Freud (1894/1996), nas psicoses alucinatórias, o Eu recusa (*Verwerfung*<sup>6</sup>) completamente a representação conflituosa e o afeto vinculado a ela, como se jamais tivessem

---

<sup>6</sup> Segundo Simanke (2009), nesse momento da teoria, Freud emprega o termo *Verwerfung* com o sentido próximo ao adotado por Lacan na construção do conceito da forclusão como o mecanismo de defesa específico da psicose. Contudo, o autor destaca que o termo foi utilizado na obra freudiana em contextos mais abrangentes.

ocorrido. “Mas a partir do momento em que isso é conseguido, o sujeito fica numa psicose que só pode ser qualificada como ‘confusão alucinatória’.”. (Freud, 1894/1996, p. 65).

A recusa empreendida nas psicoses alucinatórias, para o autor, se refere às representações que ameaçam a satisfação do desejo, de modo que as representações que possibilitam a satisfação, em contrapartida, são super investidas. A alucinação, o principal sintoma nesses casos, apresenta-se como o resultado do rompimento do eu com a representação incompatível e, sucessivamente, com os elementos da realidade vinculados a ela. Esse processo possibilita ao Eu construir uma nova realidade que lhe é própria, na qual a representação incompatível encontra-se ausente e o desejo pode ser satisfeito.

Assim, diferente do que acontece na histeria e na neurose obsessiva nas quais o desejo proibido e suas representações são reprimidas e retornam de modo simbólico e, como solução de compromisso, por meio dos sintomas conversivos e das ideias obsessivas, a defesa nas psicoses alucinatórias possibilita ao Eu recusar tanto a representação quanto o seu afeto, de modo que a solução de compromisso, na origem da produção dos sintomas, não se encontra no afeto da representação reprimida.

Para Simanke (2009), um problema importante se coloca aí na teorização freudiana, já que os afetos são indissociáveis das representações, ou, em outras palavras, não existem neurônios sem Q (quantidade) e não há afeto que não esteja ligado a um neurônio. Desse modo, a recusa da representação só pode ser conseguida às custas da descarga afetiva. “A única solução viável para o destino do afeto parece se orientar para um extravasamento da excitação em direção ao sistema de signos perceptivos, cujo sobreinvestimento conduz à alucinação”. (Simanke, 2009, p. 89).

É justamente no plano do sobre investimento das representações prazerosas que se localizará o caráter das alucinações nas psicoses alucinatórias e isso as aproxima das vivências primitivas de satisfação de desejos da origem do psiquismo. Portanto, a recusa da representação conflituosa, nesse momento da teoria freudiana, possibilita o emprego do afeto para a construção alucinatória de uma nova realidade que garanta a satisfação do desejo.

Já nas *Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa* (1896/ 1996), Freud aborda a paranoia enquanto neuropsicose de defesa e apresenta a projeção como seu mecanismo defensivo peculiar. As teorizações sobre a paranoia, apresentadas neste texto, podem ser encontradas de forma mais detalhada no *Rascunho H* (1895c/ 1996) e no *Rascunho K* (1896a/ 1996). No *Rascunho H* (1895c/ 1996) a projeção aparece pela primeira vez como a característica distintiva da paranoia. Nele, Freud (1895c/ 1996, p. 262) afirma: “o propósito da

paranóia é rechaçar uma ideia que é incompatível com o ego, projetando seu conteúdo no mundo externo”.

Portanto, a projeção seria um mecanismo defensivo que possibilitaria ao paranoico recusar as origens internas da sua excitação, não àquelas que se referem ao desejo, mas à autocensura que lhe seria proveniente e, desse modo, lançá-la no mundo exterior. A censura que chega ao Eu por meio das alucinações auditivas e dos delírios, percebida como vinda de fora, para o paranoico seria mais tolerável e, podemos inferir, menos perigosa ao desejo, já que é mais fácil ao psiquismo se defender dos estímulos externos, como nos diz Freud no *Projeto de Psicologia* (1895a/ 2001).

Desse modo, o autor apresenta a paranoia e as confusões alucinatórias como as duas psicoses de *desafio* e *oposição*. Simanke (2009, p. 111) destaca que “a obstinação e o desafio a que Freud se refere parecerem, portanto, consistir não só em excluir, mas também em manter uma representação na consciência, à revelia da informação oriunda da realidade externa e em desafio às imposições e exigências desta mesma realidade”. Assim, no início da teoria freudiana, os sintomas distintivos das psicoses, alucinações e projeções, caracterizam um Eu que para se defender do conflito, sacrifica a realidade e sucumbe ao desejo.

Essa primeira teorização, sobre as psicoses, foi transformada a partir da ideia de narcisismo e uma nova classificação nosográfica, ainda que passageira, foi proposta para dividir as psicopatologias em neuroses de transferência – histeria e neurose obsessiva – e neuroses narcísicas – esquizofrenia, paranoia e melancolia.

A descoberta do narcisismo foi responsável por importantes transformações na teoria freudiana, não apenas para a psicoses, mas, sobretudo, na ampliação das teorizações sobre o Eu. Freud se baseará nos fenômenos patológicos para a compreensão dos mecanismos psíquicos normais, de modo que o foco de análise deixa de ser as manifestações sintomáticas, como as alucinações, para se voltar à economia libidinal do Eu.

Assim como as neuroses de transferência nos possibilitaram rastrear os impulsos instintuais libidinais, a *dementia praecox* [grifo do autor] e a paranóia nos permitirão entender a psicologia do Eu. Mais uma vez teremos que descobrir, a partir dos exageros e distorções do patológico, o que é aparentemente simples no normal. (Freud, 1914/ 2010, p. 17).

Os sintomas, como as alucinações e os delírios, aqui, foram tratados como tentativas do Eu para lidar com o excesso pulsional resultante do narcisismo secundário que impera nessas psicopatologias. Nesse sentido, o desejo, diante da impossibilidade de satisfação nos objetos e no mundo externo, retoma o Eu como objeto de satisfação, condição primitiva da economia

libidinal psíquica. Já a condição de diferenciação das neuroses de transferência e das neuroses narcísicas teve como base o fenômeno clínico da transferência.

O texto *Introdução ao Narcisismo* (1914/ 2010) marca a apresentação oficial da importância teórica do conceito. Antes dele, o termo já havia aparecido em outros trabalhos, como nos *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade* (1905/ 1996), para se referir a um tipo de escolha objetal, a narcísica, nos casos de homossexualidade. O termo narcisismo, segundo Freud (1917a/ 2010), foi emprestado de Paul Näcke que o atribuiu a um tipo de perversão na qual o indivíduo acaricia o próprio corpo como normalmente faria com um objeto externo.

Freud (1914/ 2010; 1917a/ 2010), a partir da análise da megalomania, sintoma encontrado sobretudo na paranoia, utilizou o conceito para nomear o estado psíquico no qual o investimento libidinal se restringe ao Eu. Para o autor, essa condição psíquica inicial da libido é universal e caracteriza o narcisismo primário, ou seja, o estado no qual toda a libido, dividida em pulsões de autoconservação – pulsões do Eu – e pulsões sexuais<sup>7</sup>, ainda não encontrou o caminho dos objetos e da realidade externa e, por isso, toma o Eu como único objeto de investimento e satisfação.

Esse estado de investimento libidinal é caracterizado por um estágio de desenvolvimento localizado entre o autoerotismo e o amor objetal. Essa discussão já pode ser encontrada na seção III – “Sobre o Mecanismo da Paranoia do *Caso Schreber*”, onde Freud (1911a / 2010) afirma que o narcisismo:

consiste no fato de o indivíduo em desenvolvimento, que unificou seus instintos sexuais que agem de forma autoerótica, a fim de obter um objeto de amor, primeiramente toma a si mesmo, a seu próprio corpo, como objeto de amor, antes de passar à escolha de uma outra pessoa como objeto. (p. 52).

Essa fase mediadora entre o autoerotismo e a escolha objetal, como já dito, é considerada etapa universal de todo o desenvolvimento psicosssexual. Assim, o que caracteriza a paranoia e a esquizofrenia é o retorno a esse estado, daí o conceito de narcisismo secundário, como processo defensivo frente à impossibilidade do Eu em obter satisfação libidinal nos objetos e na realidade externa.

Para sustentar a hipótese de um narcisismo primário na origem do psiquismo, Freud (1914/ 2010) retoma a importância das relações de cuidado destinadas à criança no início da vida e que funcionam como apoio para o desenvolvimento das pulsões sexuais. Para ele, o

---

<sup>7</sup> Mais tarde, em *Além do Princípio do Prazer*, Freud (1920/1996) transforma sua teoria das pulsões defendendo um antagonismo pulsional originário entre pulsão de vida, que congrega as pulsões do Eu e as pulsões sexuais, e pulsão de morte caracterizada pela agressividade.

investimento da libido em objetos do mundo externo dá-se a partir das relações de apoio estabelecidas entre as crianças e os adultos – sobretudo a mãe – que cuidam dela e garantem a satisfação de suas necessidades inicialmente, e, depois, apresentam-se como objetos para a satisfação de seus desejos. O investimento objetal requer um Eu diferenciado do mundo externo.

Mesmo o narcisismo primário, como já dito, pressupõe um Eu relativamente organizado. Assim, é a constituição do Eu, da sua representação mental, que possibilita a eleição do primeiro objeto integral da pulsão sexual, nesse caso, do próprio Eu.

Essa compreensão teórica, como já dito, Freud (1914/ 2010) alcançou graças à análise dos quadros de neuroses de transferência e dos quadros de psicose. Segundo ele, nas neuroses o investimento objetal da libido se mantém, mesmo em face das alterações do Eu e de sua relação com a realidade. Já as psicoses seriam caracterizadas pela ausência total de objetos externos, mesmo na fantasia. É possível encontrar nesse texto, portanto, uma clara distinção entre essas psicopatologias, a partir da presença ou ausência da condição psíquica de transferência, que pressupõe a manutenção das relações objetais.

Mais adiante, retomaremos a discussão sobre a transferência nos casos de psicose, mas, por enquanto, nos indagamos sobre as mobilizações e enfrentamentos com os quais se deparam os profissionais de saúde mental diante da exacerbação do narcisismo de seus pacientes. Sobretudo, acerca dos desafios impostos para que sejam produzidos caminhos de comunicação e compreensão dos sentidos e de suas manifestações, dos seus sintomas e dos seus discursos, quando as línguas, ou seja, os códigos de comunicação, operam sob lógicas diferentes: uma, a língua da paixão, inconsciente e organizada pelo processo primário, e a outra, dominada pelo processo secundário e com a paixão submetida à censura psíquica e, portanto, menos intensa e traumatizante.

Freud (1914/ 2010) chama de fascínio a mobilização que o estado de narcisismo, a independência dos vínculos afetivos e a megalomania encontrada nos psicóticos, nas crianças e nos povos primitivos despertam em todos nós. Segundo o autor, são essas características que comprovam a existência de um Eu superinvestido libidinalmente e, por isso, poderoso e superestimando nos seus desejos e atos psíquicos. A diferença entre as crianças e os psicóticos está no fato de que nas primeiras o narcisismo é primário e nos segundos trata-se de um “narcisismo que surge por retração dos investimentos objetais como secundário, edificado sobre um narcisismo primário que foi obscurecido por influências várias”. (Freud, 1914/ 2010, p. 11).

Assim, nas psicoses a retirada da libido objetal e o reinvestimento no Eu promovem o aumento do amor próprio e a regressão ao estado primitivo de onipotência e independência da



relação com os objetos externos e suas representações para a satisfação do desejo. Sobre isso Freud (1914/ 2010) afirma:

parece bem claro que o narcisismo de uma pessoa tem grande fascínio para aquelas que desistiram da dimensão plena de seu próprio narcisismo e estão em busca do amor objetal; a atração de um bebê se deve em boa parte ao seu narcisismo, sua autossuficiência e inacessibilidade, assim como a atração de alguns bichos que parecem não se importar conosco, como os gatos e os grandes animais de rapina.... É como se os invejássemos pela conservação de um estado psíquico bem-aventurado, uma posição libidinal inatacável, que desde então nós mesmos abandonamos. (p. 23).

A reintroversão da libido nas psicoses é representada pela megalomania. Contudo, quando a megalomania fracassa, diz Freud (1914/ 2010), há intensa sensação de angústia e desprazer, dado o excesso de excitação psíquica que o narcisismo promove. Para Freud (1917a/ 2010), a libido narcisista, nas psicoses, não encontra novamente o caminho dos objetos e isso torna o processo patogênico. É por isso que o autor defende o ato psíquico de amar como recurso necessário à manutenção da saúde mental, uma vez que ele garante a manutenção do limiar de excitação pulsional tolerável ao Eu ao possibilitar o investimento do excesso sexual nos objetos e no mundo externo.

Assim, a megalomania é compreendida como recurso do Eu dos psicóticos para a elaboração interna do excesso pulsional, “talvez somente com o fracasso desta o represamento de libido no Eu se torne patogênico e incite o processo de cura que aparece para nós como doença”. (Freud 1914/ 2010, p. 21).<sup>8</sup> A hipocondria, e podemos aproximar dela a centralidade ocupada pelo órgão no discurso desses pacientes<sup>9</sup>, é demonstração do fracasso da megalomania e, por isso, do investimento pulsional nos órgãos como recursos para lidar com o excesso de excitação. Assim, os órgãos investidos enviam estímulos sexualmente excitantes ao psiquismo e à satisfação permanece vinculada à dimensão, agora corporal, do Eu.

Aqui, sugerimos localizar, ainda, a reativação intensa da sexualidade autoerótica (polimórfica perversa) encontrada nessas afecções, dada a possível estimulação das zonas erógenas que o investimento libidinal nos órgãos e no corpo pode acarretar. Assim, “para cada alteração dessas na erogenidade dos órgãos poderia haver uma alteração paralela no investimento libidinal do Eu”. (Freud, 1914/ 2010, p. 19).

---

<sup>8</sup> No texto *O Inconsciente* (1915/ 2010), Freud aborda com mais detalhes a ideia de que os sintomas psicóticos, tal como o sobre investimento nas representações verbais dos objetos e a consequente fala concreta, são tentativas de reaver os objetos, ou seja, de cura.

<sup>9</sup> Ideia também defendida no texto *O Inconsciente* (1915/ 2010).

É da disposição psíquica universal, em manter parte da libido primária investida no próprio Eu, que o Ideal de Eu se constitui. Essa dimensão é portadora da consciência moral, construída a partir da internalização das normas e valores culturais. Para o autor “a incitação a formar o ideal do Eu, cuja tutela foi confiada à consciência moral, partiu da influência crítica dos pais intermediada pela voz, aos quais se juntaram no curso do tempo os educadores, instrutores... (o próximo, a opinião pública)”. (Freud, 1914/ 2010, p.29). É do ideal do Eu que partem as tendências à repressão das pulsões sexuais que entram em conflito com os valores morais que o constituem. É função dele, ainda, medir e fiscalizar o Eu a partir do modelo que representa. “Para o Eu, a formação do ideal seria a condição para a repressão”. (Freud, 1914/ 2010, p. 27).

Como já dito, a libido narcísica primária é a fonte energética dirigida a esse ideal, ela congrega toda a perfeição vivida na infância e posta à prova pelo contato com a realidade externa e pelo valor dos objetos. Desse modo, afirma o autor, a impossibilidade de renunciar à satisfação libidinal narcísica, faz com que o Eu construa um ideal que represente sua perfeição original e, desse modo, desloque para ele a libido que desfrutava.

Para Freud (1914/ 2010), nas psicoses, sobretudo na paranoia, há a revolta contra essa instância moral e a retirada da libido utilizada na sua constituição, tal como ocorre com a libido investida nos objetos e no mundo externo. O paranoico objetiva livrar-se da sua influência. Desinvestida, a consciência moral aparece, regressivamente, como censora crítica vinda de fora por meio do mecanismo de projeção. Nessa condição, o Eu se mantém em posse de todo o investimento libidinal e a salvo das censuras e das limitações impostas internamente.

Outra dimensão psíquica derivada do narcisismo primário, nos diz Freud (1914/ 2010), é o amor próprio. Ele encontra estreitas relações com a libido sexual e é marcado pelos resíduos da onipotência vivenciada na infância, acrescido das conquistas posteriores da vida.

Desse modo, o que nas psicoses se apresenta de forma primitiva – narcisismo, projeção da censura, alucinações – nos neuróticos e, portanto, na maioria dos profissionais de saúde mental, estão atuantes predominantemente sob o domínio do Eu e em acordo com a realidade e o amor objetal. Por isso, tanto o Ideal de Eu, quanto o amor próprio – produções do narcisismo – são mantidos a partir da repressão dos desejos infantis e, ainda, pelas realizações da vida, entre elas, as profissionais.

Essas duas dimensões psíquicas dos profissionais são ameaçadas e postas à prova no contato com as psicoses, porquanto a sua sexualidade infantil, a paixão, é mobilizada e se apresenta como ameaça intensificada que exigirá novas formas de renúncias e de defesas. O que se intensifica pelas feridas narcísicas causadas pelas dificuldades e fracassos terapêuticos

que a assistência à psicose impõe e, que, conseqüentemente, os distancia do Ideal expresso nas exigências profissionais.

Assim, a dinâmica psíquica dos psicóticos, marcada pelo excesso de investimento libidinal no Eu, apresenta risco para o narcisismo dos profissionais, ou seja, o excesso do desejo nos primeiros tem o potencial de ocasionar a angústia e a falta narcísica nos segundos. Melhor dizendo, a linguagem da paixão – do desejo – dos pacientes se torna traumática e ameaçadora para os profissionais que submeteram seus desejos à censura do seu Ideal.

Além desses elementos característicos do excesso pulsional, destaco, ainda, os possíveis efeitos que a fala concreta, ou seja, a fala pobre de simbolismo das psicoses, pode provocar nos profissionais, como a angústia frente ao pulsional comunicado em estado bruto.

No texto *O Inconsciente*, ao analisar os estados de consciência ou não dos atos psíquicos, Freud (1915a/ 2010) parte justamente das características dos conteúdos comunicados pelos esquizofrênicos. E, ao analisar a relação entre os sistemas Inconsciente (Ics) e Pré-consciente (Consciente) nessas afecções, o autor afirma que nelas se tornam conscientes muitos conteúdos que, nas neuroses de transferência, só seriam possíveis mediante a análise e, portanto, após vencidas as resistências e a repressão. A partir disso, ela afirma que a psicose é o inconsciente a céu aberto.

A relação desse Eu-objeto, ou seja, narcisicamente investido, característico da esquizofrenia, com a Consciência é complexa e se expressa, inicialmente, por mudanças na linguagem, a qual se torna rebuscada e com frases sem sentido. O discurso é incompreensível e a relação com algum órgão do corpo ou inervação somática conduz os conteúdos comunicados. “A fala esquizofrênica tem aí um traço hipocondríaco, torna-se linguagem do órgão”. (Freud, 1915a/ 2010, p. 103).

O autor conclui que tais características da fala esquizofrênica estão relacionadas a sua organização a partir do processo psíquico primário, ou seja, a partir dos processos que governam o Ics e que, por isso, a submetem aos mecanismos de deslocamento e condensação. Assim, uma palavra pode assumir a representação de toda uma cadeia de pensamentos, o que, a princípio, torna a linguagem incompreensível.

Outra característica importante expressa na fala esquizofrênica é a predominância da representação de palavra à representação de coisa. Segundo ele:

Antes de tirarmos uma conclusão dessas impressões, vamos ainda considerar as diferenças sutis, mas surpreendentes, entre a formação substituta esquizofrênica, de um lado, e a histérica e neurótico-obsessiva, de outro. Num paciente que acompanho atualmente, o mau estado da pele do rosto causou o abandono dos interesses da vida. Ele afirma ter cravos e fundos buracos no

rosto, que qualquer pessoa enxerga. A análise demonstra que ele encena\* seu complexo da castração em sua pele. Num primeiro instante mexeu sem pena nos seus cravos; tinha grande satisfação em espremer-los, pois nisso saltava fora alguma coisa, explicou. Depois começou a achar que em todo lugar onde havia eliminado um cravo surgia uma cavidade, e recriminou-se bastante por haver estragado para sempre a pele com sua “constante manipulação”. É evidente que espremer os cravos, para ele, é um substituto da masturbação. A cavidade que, por sua culpa, surgia então, é o genital feminino, ou seja, o cumprimento da ameaça de castração (ou da fantasia que a representa) provocada pela masturbação. Essa formação substitutiva tem, apesar de seu caráter hipocondríaco, muita semelhança com uma conversão histérica; no entanto, é inevitável a sensação de que aí deve suceder outra coisa, de que uma formação substitutiva como essa não pode ser atribuída a uma histeria, mesmo antes de poder dizer em que se estriba a diferença. Um histérico dificilmente tomará uma cavidade pequena como um poro da pele por símbolo da vagina, que ele geralmente compara com todos os objetos possíveis que encerram um espaço vazio. Acharmos também que a multiplicidade de pequenos buracos o impedirá de vê-los como substituto para o genital feminino. Algo semelhante vale para um jovem paciente. Algo semelhante vale para um jovem paciente sobre o qual, anos atrás, Tausk fez um relato à Sociedade Psicanalítica de Viena. Ele se comportava como um neurótico obsessivo, levava horas fazendo a toailete etc. Mas chamava a atenção o fato de que podia informar sem resistências o significado de suas inibições. Ao calçar as meias, por exemplo, incomodava-o a ideia de que ia afastar os pontos da malha, isto é, revelar os buracos, e cada buraco, para ele, simbolizava a abertura sexual feminina. Também isso é algo que não podemos esperar de um neurótico obsessivo; um desses, observado por Rudolf Reitler, que sofria da mesma demora em calçar as meias, após superar as resistências achou a explicação de que o pé era um símbolo do pênis, a colocação da meia, um ato masturbatório, e ele tinha de constantemente pôr e tirar a meia, em parte para completar o quadro da masturbação, em parte para desfazê-lo. Se nos perguntamos o que empresta à formação substitutiva e ao sintoma esquizofrênico esse caráter estranho, compreendemos enfim que é a predominância da referência à palavra sobre a referência à coisa. Entre espremer um cravo e ejacular sêmen há uma semelhança mínima da coisa, e ela é ainda menor entre os inúmeros, pouco profundos poros da pele e a vagina; mas no primeiro caso algo esguicha a cada vez, e no segundo vale, literalmente, a cínica frase que diz: ‘Um buraco é um buraco’. O que determinou o substituto foi a uniformidade da expressão linguística, não a semelhança das coisas designadas. Quando as duas — palavra e coisa — não coincidem, a formação substitutiva esquizofrênica diverge daquela das neuroses de transferência. (Freud, 1915a/2010, pp. 104-105).

Assim, na esquizofrenia a palavra se torna a coisa e perde seu caráter simbólico de representação. E, a partir da compreensão da função da palavra nos casos de psicose, o autor modifica sua hipótese de abandono completo do investimento objetal nessas afecções, para reconhecer o sobreinvestimento da representação verbal do objeto, em detrimento da ausência da representação de coisa, como parte das tentativas de cura empreendida pelo Eu. (Freud, 1915a/ 2010).

A repressão nas neuroses de transferência consiste na recusa da representação de palavra ligada ao objeto. “A representação não colocada em palavras ou o ato psíquico não sobreinvestido permanece então no inconsciente, como algo reprimido”. (Freud, 1915a/ 2010, p. 106). O ato de tornar uma representação consciente, por sua vez, significa estabelecer uma ligação entre a representação de palavra e a representação de coisa.

Já nas psicoses, o que se manifesta conscientemente é a representação de palavra. Para o autor, isso se explica à medida que se compreende o sobreinvestimento nas representações de palavra como tentativas do Eu de se vincular ou de reaver seus objetos. Inicialmente o desinvestimento, na realidade e nos objetos, é possível a partir do desinvestimento da representação de palavra e da representação de coisa e do reinvestimento da libido no próprio Eu. Já aquilo que se apresenta como sintoma, inclusive as transformações na linguagem, seria o esforço para a cura, de modo que as palavras sejam investidas com a intensidade pulsional do próprio objeto.

Segundo Freud (1915a/ 2010), há dois caminhos que guiam os processos psíquicos: aquele das pulsões, que parte do Ics, passa pelo Pcs e chega ao pensamento consciente, e aquele que parte da realidade externa, passa pela Pcs(Cs) e chega ao Ics. Esse segundo caminho, transitável nas neuroses, é obstruído nas psicoses pela recusa (*Verleugnung*<sup>10</sup>) da realidade. Assim, o caminho das pulsões prevalece na atividade anímica dos psicóticos e as palavras são investidas como coisas, o que permite “caracterizar o modo de pensar dos esquizofrênicos dizendo que eles tratam as coisas concretas como se fossem abstratas”. (p. 108).

Portanto, muito embora as representações de palavra existam, elas são tomadas como as próprias coisas, o que pressupõe um Eu dominado pelas pulsões e por um de funcionamento

---

<sup>10</sup> Ou *Verwerfung*? Há na literatura psicanalítica uma extensa discussão acerca do mecanismo de defesa específico das psicoses, uma vez que Freud utilizará em alguns textos, inclusive para se referir aos mecanismos psíquicos mais gerais, o conceito de renegação (*Verleugnung*) e em outros o conceito de rejeição (*Verwerfung*). Laplanche e Pontalis (1988) se referem a outros termos que, em Freud, aparecem próximos à *Verwerfung*, como *Ablehnen*, *Aufheben* e *Verleugnung*. Será Lacan quem proporá uma especificidade para a *Verwerfung* – traduzida como forclusão (do Nome do Pai) -, associando-a fortemente às psicoses, diferenciando-a da *Verleugnung*, das perversões e, ainda, da *Verdrängung*, das neuroses, mecanismos de defesas estes próprios de cada estrutura. Contudo, é muito interessante o comentário de Laplanche e Pontalis (1988) a esse respeito: “Podemos verificar, limitando-nos ao ponto de vista terminológico, que o uso do termo *Verwerfung* não abrange sempre a ideia expressa por forclusão e que, inversamente, outras formas freudianas designam o que Lacan procura evidenciar” (p. 573). Por outro lado, Lacan (cit. por Hanns, 1996) destaca pelo menos dois textos em que Freud efetivamente vai discriminar ambos os mecanismos de defesa. No Homem dos Lobos, onde aparece o verbo *verwerfen*, e no Fetichismo, onde encontramos a *Verleugnung*. Mas, mesmo assim, a reflexão de Freud em torno da *Verleugnung* do fetichismo, afirmam Laplanche e Pontalis (1988) “indica explicitamente que esse mecanismo cria um parentesco entre esta perversão e a psicose (7, 8a). A recusa oposta pela criança, pelo fetichista, pelo psicótico, a esta ‘realidade’ que seria a ausência de pênis na mulher é concebida como uma recusa a admitir a própria ‘percepção’ e a fortiori a tirar a respectiva consequência, quer dizer, a ‘teoria sexual infantil’ da castração”. (p. 574). Para Penot (cit. por. Mijolla, 2005), a forclusão que, para Lacan, impede que uma representação desempenhe algum papel simbólico, “pode intervir, por outro lado, de uma forma relativa ou paradoxal ao inscrever-se na tópica particular do Eu clivado, realizando nesse caso uma rejeição-negação característica das chamadas estruturas perversas. Resta o fato de que, em graus diversos, uma tal rejeição à margem da simbolização constitui um profundo entrave para que a representação mental envolvida possa participar como elementos no jogo simbólico que constitui a vida mental e fantasmática do sujeito” (p. 1595)

Mais tarde, continuam Laplanche e Pontalis (1988), em 1938, Freud vai se referir a “dois modos de defesa: ‘repelir uma exigência pulsional do mundo interior’ e ‘recusar um fragmento do mundo exterior real’ (8b)” (p. 574), retomando de certa forma a defesa psicótica proposta, em 1894, em que “O Ego separa-se da representação insuportável, mas esta está indissolivelmente ligada a um fragmento da realidade e, realizando esta ação, o ego separou-se também totalmente ou parcialmente da realidade (2b).” (p. 574)

primário. Na fala psicótica e nos delírios, as palavras correspondem, portanto, aos objetos de desejo. Desse modo, a comunicação do psicótico se dá pela linguagem da paixão bruta, sem mediações simbólicas, já que as palavras são os próprios objetos investidos. É discurso maciçamente investido que os profissionais precisam traduzir, decifrar, buscar o sentido atribuído pelo sujeito, mesmo diante da sua própria paixão – o sexual – mobilizada e, conseqüentemente, das suas defesas psíquicas ativadas.

As condições regressivas temporal, já que os desejos comunicados são os infantis, e tópica presentes nas psicoses representam o domínio do Inconsciente sobre o Eu e, portanto, são recursos adotados para garantir a satisfação dos desejos, seja pela via do narcisismo secundário, seja pelas tentativas de reaver os objetos.

Nas psicoses, segundo Freud (1917a/ 2010), é possível uma desvinculação do Eu com um de seus sistemas mais importantes. Tal fenômeno implica que os sintomas, como delírios e alucinações, devem ser reconhecidos como secundários, precedidos pelo narcisismo silencioso e pela desintegração do Eu que ele promove. O Eu, portanto, dominado pelo processo primário, já não empreende o exame da realidade e nem censura os conteúdos inconscientes, o que possibilita o retorno à satisfação alucinatória primitiva dos desejos.

Assim, a partir das considerações realizadas até aqui, as psicoses, na teoria freudiana, aparecem descritas em seus sintomas, conflitos e relações com a realidade externa. São como expressões do funcionamento psíquico regredido aos estágios primitivos do desenvolvimento psicosexual, e de satisfação do desejo, que fizeram parte da história de desenvolvimento de todos os psiquismos. Isso sugere a existência, ou os resquícios, de elementos ou partes psicóticas em todos nós. Aqui parece residir o grande perigo do encontro com os pacientes psicóticos.

Posto isso, as psicoses são apenas intensificações desse modo de funcionamento, ou, ainda, um retorno radical a ele. O narcisismo secundário dessas patologias parece ser o exemplo máximo da busca pelo estado de onipotência vivenciado durante a infância, marcado pela libido restrita ao Eu, pela ausência total de objetos externos e, conseqüentemente, pela independência deles para a satisfação do desejo.

Ao psiquismo neurótico, o desenvolvimento do Eu impôs a renúncia a esse estado, que, no entanto, é buscado constantemente por meio de ações que o engrandecem e aumentam a sua libido, como as conquistas da vida, da satisfação do Ideal de Eu e a retribuição do amor objetual. Tarefas nada fáceis de realizar e que nunca garantirão esse retorno, já que os objetos e o mundo estão sempre investidos.

Assim, nas psicoses, a impossibilidade de satisfação pulsional a partir do investimento objetal, seja pela força das pulsões que não se submetem às restrições externas e internas, por fatores constitucionais, seja pelas características dos vínculos objetais ou por uma mistura desses fatores, nos parece ter potencial para intensas mobilizações contratransferenciais.

### *1.1.2 As psicoses e o desejo na segunda tópica freudiana*

O Eu e sua relação com o desejo ganha destaque, ainda maior, no interior da segunda tópica freudiana para a compreensão dos processos patológicos. Simanke (2009) destaca que a problemática que orientará Freud, nesse novo momento de teorização, é a compreensão do mecanismo de defesa empregado nas psicoses em substituição à repressão característica das neuroses. Para ele, nas psicoses, o conflito dá-se entre o Eu e a realidade externa, pois à “medida que a realidade externa impede a satisfação pulsional ela é recusada e deixa de ter influência sobre o Eu”. (Freud, 1924b/ 2010, p. 160).

Mas a qual parte da realidade Freud se refere? Ou ainda, qual dado da realidade pode ter tamanho efeito sobre o Eu e a satisfação pulsional? A resposta pode ser encontrada na castração, isso porque é a renegação (*Verleugnung*<sup>11</sup>) da castração que colocará a psicose e o fetichismo lado a lado na nosografia freudiana em oposição às neuroses. Para o autor, é o reconhecimento da castração que leva o Eu a reprimir e renunciar à satisfação do desejo edípico nas neuroses. Já nas psicoses e no fetichismo, a castração não leva à repressão e sim à sua renegação (*Verleugnung*).

O estabelecimento do complexo de castração, como organizador psíquico, pode ser atribuído à centralidade do falo na obra freudiana. Pois, para Freud (1923b/ 2010, p. 152), “a principal característica dessa ‘organização genital infantil’[...] consiste no fato de que, para ambos os sexos, apenas um genital, o masculino, entra em consideração. Não há, portanto, uma primazia genital, mas uma primazia do falo”.

Por isso, esse processo importante do desenvolvimento sexual infantil e da organização psíquica decorrente, marca as consequências da descoberta da castração. Para os meninos, o complexo de castração leva à renúncia da satisfação do desejo e à saída do Édipo, ao passo que para as meninas, o reconhecimento da castração leva à renúncia da mãe enquanto principal

---

<sup>11</sup> No texto *Fetichismo* (1927) o termo *Verleugnung* é utilizado para designar o mecanismo de defesa específico do fetichismo e das psicoses.

objeto de amor e à entrada no Édipo, ou seja, à escolha do pai na esperança de obter o falo<sup>12</sup>. Essa descrição é da vivência neurótica, na medida em que, tanto para os meninos quanto para as meninas, há o reconhecimento da castração e a renúncia ao desejo.

Como dito, isso não ocorre no fetichismo e nas psicoses. No fetichismo, a percepção da castração não é simplesmente apagada, como nas psicoses. Antes seu registro leva o Eu à uma ação mais energética para sustentar a renegação (*Verleugnung*). Isso significa que o fetichista, quando criança, ao se deparar com os genitais femininos, abandonou, mas também, conservou a crença no falo da mulher. Para Freud (1927/ 2014), o conflito entre o peso da percepção e a força do desejo contrário levou à solução de compromisso, na qual, psiquicamente, a mulher permanece com pênis, embora ele não seja o mesmo. O fetiche é um substituto para o pênis e, por isso, obtém o interesse sexual que antes lhe era destinado.

Colocando isso de maneira mais clara, “fetiche é o substituto para o falo da mulher (da mãe), no qual o menino acreditou e ao qual – sabemos por quê – não deseja renunciar”. (Freud, 1927/ 2014, p. 304). Para os fetichistas, o reconhecimento da castração da mulher leva ao reconhecimento do perigo que corre o próprio pênis, “é contra isto [que] se rebela a porção de narcisismo de que a natureza, por cautela, dotou precisamente esse órgão”. (Freud, 1927/ 2014, p. 303).

Para o autor, a renegação (*Verleugnung*) de partes da realidade que ameaçam os desejos também podem ser encontradas em casos de neurose. Contudo, nesses casos - neurose e fetichismo – coexistem, psiquicamente, uma atividade conforme o desejo e outra conforme a realidade. Isso significa que há uma corrente que considera a percepção e outra que a renega (*Verleugnung*).

Assim, embora a tentativa de conciliar a satisfação pulsional, via recusa e aceitação da realidade, promova uma divisão (*Spaltung*) ou, ainda, uma fenda no Eu, na neurose e no fetichismo há a prevalência da sua submissão à realidade. É nesse ponto específico que a psicose se diferencia, visto que, nela, a corrente conforme a realidade está ausente. Isso significa o afastamento total dela e a renegação (*Verleugnung*) completa da castração como mecanismo defensivo e, com ela, a sujeição do Eu ao desejo. (Freud, 1940b/1996).

---

<sup>12</sup> Essa descrição se refere ao que Freud (1923a/ 2010) denomina de complexo de Édipo positivo, no qual a escolha de objeto é analítica e descrito assim para fins didáticos. Nesse mesmo texto ele destaca a complexidade do processo, já que ambos os pais são investimento e escolhidos como objetos e apresenta, ainda, o complexo invertido para falar dos casos em que a escolha de objeto é narcísica, o que resulta na homossexualidade.



Por isso, no texto *Neurose e Psicose*, Freud (1924b/2010) afirma que “a neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e seu Id, enquanto a psicose seria o análogo desfecho de uma tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior”. (p. 159).

Para o autor, o mundo de fantasias, na psicose, tem o mesmo objetivo de se oferecer como fonte de material para a construção da nova realidade, mais coerente com os desejos. Contudo, essa nova realidade, construída a partir dos desejos, se coloca no lugar da realidade externa. Assim, a renegação (*Verleugnung*) da realidade na psicose, ou seja, da castração, promove a regressão a estágios primitivos de satisfação, como a própria alucinação, protótipo da primeira tentativa de satisfação empreendida pela criança e, ainda, a mecanismos de funcionamento psíquicos, também, primitivos e dominados pelo Ics.

Segundo Freud (1924b/2010), a realidade externa se impõe ao Eu por duas vias: a via da percepção, que recebe os estímulos do ambiente; e a via da memória, constituída pelas inscrições das percepções e das experiências anteriores (mundo interno) que constituem a parte pré-consciente do Eu. Ambas as vias são transformadas nas psicoses. A primeira é em grande parte obstruída, já a segunda, a via interna, será transformada, de acordo com os desejos do Id, a partir do excesso de investimento pulsional e é dessa transformação que se originam os sintomas.

*O Eu cria um novo mundo exterior e interior*, e não há dúvida quanto a dois fatos: de que esse novo mundo é edificado *conforme os impulsos de desejo do Id*, e de que o motivo dessa ruptura com o mundo exterior é uma difícil, aparentemente intolerável frustração do desejo por parte da realidade. Não podemos ignorar o íntimo parentesco entre essa psicose e o sonho normal (Freud, 1924b/2010, p. 161, grifos nossos).

Aqui, os sintomas psicóticos são descritos pelo autor como tentativas de preenchimento da fissura estabelecida na relação do Eu com o mundo exterior com a finalidade de cura. Assim, as alucinações são caracterizadas como a transposição do investimento pulsional das representações mnemônicas pré-consciente para o sistema Pcpt(Cs) do Eu, enquanto os delírios, como as reconstruções do real a partir do desejo. “A etiologia comum à irrupção de uma psiconeurose ou psicose é sempre a frustração, a não realização de um daqueles desejos infantis nunca sujeitos”. (Freud, 1924b/2010, p. 161).

Já no texto *A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose*, Freud (1924c/2010) caracteriza as psicoses em dois estágios: “o primeiro arrancaria o Eu da realidade, dessa vez, enquanto o segundo tenderia a corrigir o dano e restabeleceria a relação com a realidade à custa do Eu”. (Freud, 1924c/2010, p. 195). Esse segundo estágio, assim como na neurose, objetiva uma compensação do Id, mas não por meio da sua restrição e recusa da parte traumática da

realidade, como nas neuroses, e sim por meio da criação de uma nova realidade adequada às pulsões e da busca do restabelecimento dos vínculos objetivos. Aqui, o autor aproxima as duas afecções ao afirmar que o segundo estágio de cada uma delas serve ao Id e às demandas pulsionais.

O resultado diante da recusa (*Verleugnung*) da realidade, portanto, é o que diferenciaria a neurose da psicose, uma vez que, na primeira, uma parte da realidade é evitada pela fuga, ou seja, pelo esquecimento e, na segunda, a realidade é remodelada. Para Freud (1924c/2010), o neurótico não nega a realidade, e sim não quer saber dela, ao passo que o psicótico a nega e tenta substituí-la.

“Na psicose, a remodelação da realidade acontece nos precipitados psíquicos das relações até então mantidas com ela, ou seja, nos traços mnemônicos, ideias e juízos que dela foram adquiridos até então, e pelos quais ela era representada na vida psíquica” (Freud, 1924c/2010, p. 196). A realidade externa continua influenciando o Eu a partir das percepções, contudo, ele se empenha em selecionar ou obter apenas as percepções que correspondam à nova realidade dominada pelo desejo.

Assim, quando a angústia se manifesta nos sintomas psicóticos é sinal da existência das forças que se opõem à transformação ou à criação da nova realidade. Desse modo, os sintomas são compromissos imperfeitos e a realidade rejeitada (*Verleugnung*), nas psicoses, volta a ameaçar o Eu, assim como o faz as pulsões reprimidas nas neuroses. Ambas falham na tentativa de resolução do conflito e de satisfação pulsional promovendo os sintomas e o sofrimento psíquico.

Outra aproximação entre neurose e psicose, isto é, entre psiquismo normal e patológico, realizada pelo autor, é a existência de um mundo de fantasias presentes em todos os psiquismos que substitui a realidade indesejada por outra mais coerente à satisfação dos desejos. Esse mundo de fantasias, segundo Freud (1924c/2010, p. 196), “foi separado do mundo externo real quando da introdução do princípio da realidade, desde então é conservado livre das exigências da vida, à maneira de uma ‘reserva’, e, embora não seja inacessível ao Eu, é ligado frouxamente a este”.

É desse mundo de fantasias que a neurose constrói seus desejos, percurso caracterizado pela regressão a um passado real mais satisfatório, aquele no qual o Eu desfrutava do estado de onipotência marcado pela incorporação e identidade com o objeto, ou seja, a mãe fálica. Talvez, seja um retorno ao passado que representa o estado realmente desfrutado pelas crianças e pelos psicóticos e que, segundo Freud (1914/2010, p. 23), despertaria inveja em todos nós, pois “é como se os invejássemos pela conservação de um estado psíquico bem-aventurado, uma

posição libidinal inatacável, que desde então nós mesmos abandonamos”. Desse modo, aquilo que os psicóticos manifestam e comunicam em seus sintomas não mobiliza, não inquieta, pelo distanciamento, mas antes pela proximidade dos nossos desejos, das características e dos mecanismos do nosso psiquismo que, embora renunciados, deixaram vestígios e ainda pressionam por satisfação.

As psicoses, para a teoria freudiana, são patologias do Eu marcadas pelo domínio do narcisismo, da onipotência e da primazia do desejo diante da realidade que impede sua satisfação. É o desejo, portanto, que se interpõe como linguagem, como sintoma, como produção psíquica comunicada aos profissionais de saúde mental e que tem potencial para mobilizar suas fantasias inconscientes e despertar horror e inveja.

A psicose – a loucura – é combatida e temida porque encarna o inconsciente universal e desafia o poder e as estratégias para combatê-lo. Desafia, ou melhor, evidencia a fragilidade do Eu, dos seus mecanismos de repressão e defesas e, ainda, de sua força pulsional. E, já que não é possível curar, silenciar o Inconsciente do psicótico e o próprio desejo mobilizado, expressado por meio da indiferença que marca as práticas assistenciais, parece ser o recurso possível para os profissionais de saúde mental.

## **1.2 Tausk e o “aparelho de influenciar” das psicoses**

Tausk foi discípulo de Freud e um dos poucos, na época, a utilizar a psicanálise na compreensão e tratamento das psicoses, além de ser personagem importante na história do movimento psicanalítico. Ao construir sua teorização sobre as psicoses, a partir da análise de um sintoma, o “aparelho de influenciar”, ele nos oferece elementos para compreender o lugar do desejo e da alteridade na vida do psicótico, no interior da dinâmica psíquica dessas patologias e, ainda, como podem ser afetadas por ela.

No texto *Da Gênese do “Aparelho de Influenciar” no Curso da Esquizofrenia* – publicado em 1919, ano de sua morte – Tausk (1919/ 1990) apresenta seus principais conceitos teóricos. Na sua teoria, chama a atenção o gradativo estranhamento que o psicótico apresenta de si, do seu corpo, das suas sensações e do seu desejo. E, por não tolerar sua própria excitação pulsional, constrói o “aparelho de influenciar” que, ao ser projetado no mundo exterior e controlado por um inimigo, o subjuga e persegue. Ou seja, aqui também o psicótico é apresentado sob o domínio do desejo, vindo de fora, que o persegue.

Nessa dinâmica, as relações que estabelece e a satisfação do desejo são mediadas pelo aparelho e as pessoas com as quais se relacionam estão em dois lugares: ou controlam a máquina

ou são controladas e submetidas por ela. Ambos os lugares caracterizam o perigo que as relações objetais representam para os psicóticos, haja vista que são elas que estimulam o desejo, ameaçam o estado de narcisismo e, com isso, promovem o conflito psíquico.

O próprio Tausk (1919/1990) descreveu as dificuldades terapêuticas enfrentadas por ele no tratamento das psicoses, à medida que era colocado em algum desses lugares, o que, por sua vez, dificultava o estabelecimento do vínculo de confiança. Ao descrever um caso em seu texto, ele se refere à evolução dos sintomas: “Não pude saber mais pela própria doente. Quando a vi pela terceira vez, mostrou-se reticente e afirmou que eu, também, estava sob a influência da máquina, sendo-lhe hostil, e que eu não podia mais compreendê-la”. (Tausk, 1919/1990, p. 50).

Segundo ele, recorrentemente, as pessoas mais distantes, ou seja, médicos, cuidadores, conhecidos, pretendentes, são aquelas que gradativamente são postas no lugar de manipuladoras da máquina. Já as pessoas mais próximas, pais e irmãos, são manipulados pelo aparelho assim como o próprio paciente, dado que os vínculos primitivos que representam se caracterizam pela identificação e antecedem o vínculo marcado pelo investimento objetal. É o vínculo propriamente objetal que ameaça os psicóticos e o estágio narcísico da libido ao qual se fixaram.

Assim, a partir dessa perspectiva, podemos conceber os profissionais de saúde mental, no interior da dinâmica psíquica das psicoses, como inimigos que excitam e que perseguem, e é desse lugar que respondem às demandas dos pacientes e às suas próprias demandas pulsionais mobilizadas.

Destaca-se, também, na teoria de Tausk (1919/1990), o papel dos órgãos e do corpo na comunicação e expressão do desejo e do conflito. Esse reconhecimento foi realizado pelo próprio Freud (1915a/ 2010) que, na última sessão do texto *O Inconsciente*, se utiliza de um dos casos analisados por Tausk para denominar a fala concreta do esquizofrênico como fala dos órgãos. Isso porque, é na vivência da excitação e das transformações corporais, resultantes do retorno ao narcisismo, que os sintomas se expressam. Trata-se do caso da jovem Emma A. que sente os olhos virados por influência do seu namorado.

Vamos, então, para a análise do que Tausk (1919/1990) denomina de “aparelho de influenciar”. Para ele, o aparelho tem natureza mística e, por isso, impossível de ser explicada em sua constituição e funcionamento por meio da aproximação com as invenções humanas. Embora alguns pacientes tentem lhe atribuir botões e alavancas e o imaginem ligados aos seus corpos por fios, em linhas gerais é um aparelho misterioso e poderoso. Poderoso, porque encarna o desejo, e misterioso, pois comunica o desejo do outro e pelo outro.

Segundo o autor, se a constituição e o funcionamento são desconhecidos, os efeitos do “aparelho de influenciar” são descritos em detalhes pelos pacientes. São eles: apresentação de

imagens aos doentes; produção e furto de sentimentos e pensamentos; produção de ações motoras como ereções e poluções; produção de sensações, algumas estranhas e outras sentidas como correntes elétricas, magnéticas, raios X ou correntes atmosféricas e produção de fenômenos somáticos (furúnculos, erupções cutâneas, ereções, entre outros).

Seu objetivo geral é perseguir e, por isso, como já dito, sua manipulação é atribuída a um inimigo. Embora nem todos os pacientes atribuam à existência de um aparelho às alterações corporais, sensoriais e perceptivas que vivenciam, “não há dúvidas de que as reclamações de doentes que não apelam para a intervenção de um aparelho, precedem a aparição do sintoma do aparelho de influenciar: o ‘aparelho’ é uma manifestação mais tardia da doença”. (Tausk, 1919/1990, p. 42).

Para o autor, o aparelho, como máquina, é um sintoma que, simbolicamente, e isso ele busca em Freud, corresponde aos órgãos sexuais dos pacientes. “Os esquizofrênicos, queixando-se de que este aparelho produz ereções, subtrai o esperma, enfraquece-lhes a virilidade, apenas reforçam esta suposição”. (Tausk, 1919/1990, p. 48).

Para Tausk (1919/1990), o início do ego coincide com a descoberta dos objetos e do mundo exterior e, antes de sua constituição, a relação estabelecida entre o psiquismo e esses mesmos objetos é a de identificação. É por meio da identificação que o ego busca se apropriar das coisas que excitam os órgãos dos sentidos. O sintoma – a perda dos limites do Eu – trata-se da regressão a esse estágio infantil da libido e da constituição psíquica.

Assim, no caso dos esquizofrênicos, a libido não encontrou o caminho para o mundo externo e permaneceu vinculada às identificações realizadas e a si mesma. “Esses doentes são, eles próprios, o que lhes agrada no mundo exterior; é por isso que não encontraram o caminho do mundo exterior, a posição de objeto...”. (Tausk, 1990, p. 56). As relações e os vínculos que ameaçam esse estado são vivenciados como extremamente perigosos ao Eu.

Por isso, o autor descreve essa posição libidinal narcísica como anobjetal, já que objeto e ego se confundem. Intelectualmente, esse estágio representa o momento em que todas as estimulações são concebidas como endógenas, já que não existe distância espacial e temporal entre objeto e percepção. Para que tal distanciamento ocorra, e com ele a projeção das excitações para mundo externo e sua atribuição aos objetos, o Eu precisa se constituir e, com ele, a consciência da realidade.

Portanto, assim como Freud, Tausk (1919/1990) encontra na fixação e, posteriormente, no retorno da pulsão ao estágio narcisista da libido, a explicação para as psicoses, já que, para ele, “esta inibição da libido corresponde a uma inibição intelectual que se manifesta sob a forma

de uma perturbação do julgamento ou loucura”. (Tausk, 1919/1990, p. 58). Ele, ainda, deriva dessa mesma inibição a angústia característica desses quadros.

O início da doença dá-se com o retorno do investimento libidinal no ego e o excesso pulsional vivenciado como estimulação corporal vinda de fora e estranha ao Eu. “Esse período deve coincidir com o estágio evolutivo no decorrer do qual *a descoberta do objeto se passava ao nível do próprio corpo, sendo este, então, ainda considerado como mundo exterior*”. (Tausk, 1919/ 1990, p. 61, grifo do autor). Daí o estranhamento que as próprias sensações corporais e excitações psíquicas representam.

Para exemplificar essa evolução sintomática, o autor retoma o caso da paciente Emma A. abordado por Freud (1915a/2010) no *O Inconsciente*. Segundo ele, a paciente se sentia influenciada pelo amado e:

Dizia que seus olhos corretamente colocados no rosto, estavam virados de lado. Isso porque o amante era um homem ruim, um mentiroso que fazia “virarem-se os olhos”. [...] Esta doente não se sente apenas perseguida e influenciada por um inimigo. Trata-se mais de um sentimento de influência por *identificação* com o perseguidor. Lembremos a tese defendida por Freud e por mim mesmo, [...] a identificação no mecanismo de escolha objetal precede a escolha objetal por projeção, que constitui a verdadeira posição de objeto. (Tausk, 1990, pp. 44-45).

Assim, conclui o autor, o sintoma da paciente Emma A. é um estágio que precede à projeção do sentimento de influência sobre um perseguidor externo, ou seja, que precede à construção do “aparelho de influenciar”. Por isso, ela é transformada internamente pela identificação com o seu objeto, ou seja, com as características de seu amado.

A construção do “aparelho de influenciar” exige a condição psíquica da projeção do corpo e do excesso pulsional no mundo externo, representados, simbolicamente, pelo aparelho e suas partes. Isso como recurso defensivo do Eu contra a excitação interna representada pelo desejo.

A projeção do próprio corpo coincide com o estágio em que ele é descoberto como partes estranhas que provém do mundo externo. Tudo o que ocorre ao psiquismo provém das estimulações provenientes dessas diferentes partes até que elas se constituam como um todo coordenado sob o controle de uma unidade psíquica. A constituição do Ego se efetua a partir do processo de identificação com o próprio corpo. “Esse ego assim descoberto é investido pela libido existente; o *narcisismo* se constitui em relação com o *psiquismo do ego*, o *auto-erotismo* em relação com os *diversos órgãos enquanto fontes de prazer*”. (Tausk, 1919/1990, p. 61, grifos do autor).

A partir dessas afirmações, Tausk (1919/1990) explica os diversos sintomas esquizofrênicos, de modo que a projeção do próprio corpo representa um retorno à fase de desenvolvimento psíquico na qual os órgãos e membros eram sentidos como estranhos, objetos externos. E o estupor catatônico, por sua vez, um retorno ao seio materno, de posição fetal ou de recém-nascido e na qual são abandonadas todas as funções egóicas. “O sintoma catatônico, a rigidez negativista da esquizofrênico, nada é senão uma renúncia ao mundo externo expressa na ‘linguagem dos órgãos’”. (Tausk, 1919/1990, p. 65).

Para o autor, a condição de projetar no mundo externo as percepções e sensações é o principal recurso defensivo, utilizado pelos psicóticos, contra a pulsão proibida. O lugar do desejo é no mundo externo e nos objetos que dele fazem parte. O aparelho, manipulado por outrem, é que excita, que persegue, que transforma, que enlouquece e, ainda, que promove a alienação do desejo. Assim, podemos concluir que também, nesta teoria, os sintomas dos psicóticos e sua comunicação dirigida ao mundo e às pessoas transferem o sexual não tolerado, marcado pelo excesso e pela persecutoriedade.

Para o autor, identificação e projeção são fases psíquicas que se sucedem. Essa afirmação faz que o autor proponha uma fase narcísica da libido que antecede à constituição do Eu e do seu investimento como objeto. Tal fase caracteriza-se pela indistinção entre libido e Eu e se refere à fase do nascimento, na qual o bebê é considerado um todo biológico sexualmente investido. Nesse momento, o bebê é idêntico a si mesmo e não reconhece o mundo exterior.

Esse estágio inato também é denominado de narcisismo e antecede a primeira projeção que possibilita encontrar o objeto no próprio corpo. Segundo Tausk (1919/1990):

A partir desse estado, a libido se lança, vai investir, pelo desvio da projeção, primeiramente o próprio órgão, para voltar de novo ao ego pela via da descoberta de si próprio. Neste meio tempo, o ego sofreu modificações consideráveis graças às primeiras moções psíquicas – que estamos no direito de chamar de experiências – e vai logo ser reinvestido pela libido. Chamemos esse narcisismo de *narcisismo adquirido* [grifo do autor]. Ele vem acrescentar ao que já existia de narcisismo inato. (p. 63)

O estado de narcisismo permanece vinculado aos órgãos e entra em conflito com as fases ulteriores de desenvolvimento do Eu, isso porque os modos de satisfação autoerótica e a atividade de excreção são as que mais se opõem à relação com o mundo externo. Desse modo, o desenvolvimento do ego está sujeito às variações na posição libidinal, ou seja, na posição do desejo narcísica. Isso significa, para Tausk (1919/1990), que o homem, durante a existência, é obrigado a se redescobrir incessantemente e essa luta por si mesmo se apresenta em diferentes graus e em diferentes posições libidinais. O processo de desenvolvimento do ego, portanto,

implica nos mais variados pontos de fixação e de regressão do desejo e, nesse processo complexo, encontramos as pistas para a compreensão dos sintomas psicóticos.

No que se refere ao sintoma psicótico de projeção patológica do próprio corpo, Tausk (1919/1990) destaca que o que se verifica é uma acumulação de libido narcísica parecida com a libido inata, mas mais intempestiva, regressiva e residual e que exclui o sujeito do mundo exterior. A projeção do corpo, portanto, é uma defesa contra o excesso pulsional característico da fase de fim do desenvolvimento fetal e início do desenvolvimento extra-uterino.

Tausk (1919/1990) afirma que a cada nova aquisição egóica, a escolha narcísica de si mesmo enquanto objeto se repete, de modo que do julgamento moral dessa aquisição dependa sua rejeição ou seu investimento libidinal e, com ele, sua atribuição ao ego. O excesso de investimento libidinal, em qualquer dos órgãos, faz com que esses sejam objetos da consciência, mesmo processo que ocorre em relação aos objetos do narcisismo psíquico e do investimento do amor objetual. É a estase libidinal, nas palavras do autor, que chama a atenção para o órgão e sua alteração.

A hipocondria, portanto, se refere a esse processo e faz com que o Eu se desvie do órgão patologicamente investido, o que se manifesta pelo sentimento de estranheza com relação a ele. Trata-se de uma medida defensiva do ego – a alienação – que não significa o real desinvestimento do órgão e sim a sua recusa, ou seja, trata-se do desmentido. Logo, nos termos de Tausk (1919/1990, p. 70) “essa política de avestruz do ego” falha e exige outros mecanismos defensivos que a reforcem.

Assim, na paranoia, quando o sentimento de estranheza quanto à pulsão homossexual fracassa, ela é projetada no objeto e aparece numa posição inversa, como agressão e perseguição. A hostilidade, desse modo, apresenta-se como autoproteção egóica contra o desejo recusado.

Na esquizofrenia, ocorre um processo análogo, já que o corpo inteiro, percebido como objeto estranho super investido, é projetado no mundo exterior e é utilizado para prejudicar o paciente.

A partir dessa compressão do sintoma na esquizofrenia, Tausk (1919/1990) distingue três fases principais na evolução do “aparelho de influenciar”: 1) o sentimento de alteração – hipocondria – causado pelo excesso de investimento libidinal no órgão; 2) o sentimento de alienação, resultante da recusa do órgão alterado pelo ego; 3) o sentimento de perseguição como resultado da projeção das modificações patológicas no mundo exterior, que se manifesta como força externa hostil ou como um “aparelho de influenciar” que representa o corpo todo, ou



órgãos específicos, com destaque para a importância dos órgãos sexuais como pontos de partida da projeção.

A localização do excesso de investimento libidinal nos órgãos tende a levar à estase libidinal que pode ser verificada por meio das

intumescências transitórias de determinados órgãos, frequentemente observáveis sobretudo no decorrer da esquizofrenia, sem que exista um processo inflamatório ou edema – no sentido próprio – simplesmente como os *equivalentes de uma ereção*, provocados da mesma maneira que uma ereção do pênis ou do clitóris, ... dada sua carga libidinal. (Tausk, 1919/1990, p. 71, grifo do autor).

Segundo o autor, o fato do inimigo, que manipula o aparelho, ser um objeto de amor – médico, pretendente – sugere que a excitação libidinal dos órgãos e do corpo tenha relação direta com a libido transferida para esse objeto. Contudo, diante da intensa fixação da libido narcísica, essa transferência é sentida como hostil e o objeto que a impulsiona, como um inimigo. Inimigo do estado de satisfação do desejo em si mesmo, ou, como diria Freud (1914/2010), do estado de onipotência. É a exigência do dispêndio da libido objetual que torna os objetos hostis.

Dessa breve exposição dos conceitos fundamentais da concepção de Tausk (1919/1990) sobre as psicoses, podemos pensar alguns pontos importantes para o nosso trabalho. Nos parece que é do lugar de inimigos que ameaçam a fixação narcísica da libido que os profissionais de saúde mental são vistos e percebidos pelos pacientes psicóticos. É a angústia frente a essa ameaça, bem como toda a sexualidade não tolerada, que parece sustentar a transferência psicótica. Portanto, diferentemente de Freud, o autor reconhece a transferência nos casos de psicoses.

Se estamos corretos, quais as possíveis implicações transferenciais e contratransferenciais desse lugar, considerando que ele implique a estimulação pulsional do corpo, dos órgãos genitais e que, por não serem toleradas pelos pacientes, levam ao estranhamento das próprias sensações e mais tarde à projeção no mundo externo e, portanto, nos profissionais?

O quanto dessas mobilizações não incidem efetivamente sobre o paciente e os estimulam, pulsionalmente, consistindo em um círculo interminável de influência inconsciente mútua? Se for assim, os profissionais entram em contato, e aqui podemos retomar o conceito de identificação projetiva, com seus próprios desejos rejeitados ao se depararem com sintomas que tomam forma como o “aparelho de influenciar”, por exemplo?

Podemos dizer que os profissionais de saúde mental são colocados nesse lugar de ameaça para o estado narcísico dos pacientes, os quais, por sua vez, são ameaças ao recalçamento e às defesas psíquicas dos profissionais, já que seus sintomas representam as sensações e o prazer da sexualidade polimórfica perversa reprimida nos profissionais e projetada pelos pacientes. Assim, ambos são colocados no lugar de inimigos, um do outro, e serão enfrentados como tal. E, talvez, daí resultem as dificuldades terapêuticas, as características do vínculo assistencial e as limitações no acesso e compreensão da linguagem e do sintoma comunicado pelo paciente.

Mannoni (1981), ao analisar a relação entre psiquiatras e psicóticos, afirma que os últimos, muitas vezes, se tornam objetos fóbicos para os primeiros, justamente, por evidenciarem o inconsciente e colocarem em risco as defesas e a organização psíquica do Eu desses profissionais.

O misterioso e poderoso aparelho – a máquina de influenciar – ao qual são atribuídas as responsabilidades pela excitação e pelo desejo, com seus fios que invadem o corpo e promovem alterações nos órgãos e, também, no psiquismo, acreditamos ter um potencial importante para a mobilização das fantasias infantis polimorfas de penetração e domínio.

Assim, o psicótico, ao comunicar, nos seus sintomas, o estágio narcísico e de estranhamento do corpo e das sensações, conduz os profissionais, inconscientemente, ao seu próprio narcisismo. Mas o narcisismo descrito por Tausk (1919/1990) parece se distanciar do estado que, para Freud (1914/2010), garantia a onipotência. Antes, parece conduzir para um estado de estranhamento de si e do objeto, ou seja, do próprio corpo e órgãos ainda não reconhecidos como parte do Eu e que, por isso, os dominam. Nesta perspectiva, a única defesa possível é a projeção no mundo do corpo e do desejo e a alienação na vontade do outro, aquele que manipula a máquina.

Há nas psicoses, portanto, a partir de Tausk (1919/1990), uma luta, ou ainda, uma intensa defesa contra a libido que, investida, possibilitaria o reconhecimento de si e dos objetos. Esse estado de desenvolvimento rompe com o narcisismo constitucional, caracterizado pela indistinção entre ego e mundo, e no qual o investimento libidinal, ou seja, o desejo, nem sequer existia. Aqui nos parece que as defesas se erguem contra o ato de desejar, visto que esta condição psíquica requer o reconhecimento dos objetos, inicialmente, o próprio corpo e, posteriormente, as pessoas e o mundo externo. A única libido passível de satisfação para os psicóticos, segundo o autor, é aquela indiferenciada e investida no ego quando do nascimento e à qual se busca retornar por meio do narcisismo secundário.

### 1.3 Federn e o fracasso do Eu nas psicoses

Assim como Tausk, Federn partiu de um sintoma psicótico, a saber, o estranhamento, para analisar e propor uma teorização sobre as psicoses. Em seu livro *La psychologie du moi et les psychoses* (1952/1979), sem tradução para o português, o autor propõe, a partir do conceito de narcisismo, compreender não apenas o funcionamento psíquico psicótico, mas as características e o modo de funcionamento normal e patológico do Eu. Para isso, ele se inspira em Freud que, como já vimos, foi o primeiro a reconhecer nos exageros patológicos o caminho para a compreensão do Eu.

Segundo Carvalho (2003), embora Federn tenha sido um pioneiro nos estudos sobre as psicoses e tenha produzido importantes conceitos sobre a constituição e funcionamento do Eu a partir do conceito freudiano de narcisismo, a sua obra obteve pouca influência no círculo psicanalítico e permanece esquecida. Para a autora, isso se deve ao sucesso que a psicologia do Eu de Hartman, voltada às funções adaptativas, obteve em solo americano. Como veremos, Federn construiu sua teorização com base nas falhas e flutuações do investimento libidinal do Eu, ao que atribuía os sintomas e as fragilidades dessa instância psíquica. Desse modo, mesmo ao emigrar para os Estados Unidos e apresentar ali o período mais fértil de sua produção, não alcançou reconhecimento e espaço para inserção de sua teoria.

Arriola (2008), por sua vez, relaciona o seu esquecimento ao fato dele ter mantido escondida grande parte de sua produção teórica, apresentando-a apenas após a morte de Freud. Isso se deve, segundo o autor, ao medo que Federn apresentava de engrossar a fila dos dissidentes de Freud em razão de possíveis discordâncias teóricas.

Os trabalhos de Federn com a psicose datam de 1906 e foram desenvolvidos no sentido de também afirmar a existência da transferência nesta patologia e, por isso, a aplicabilidade da prática psicanalítica no seu tratamento. Para tanto, como afirma Carvalho (2003), pode-se localizar, na compreensão que apresenta do Eu, o fio condutor para a sua construção teórico-prática.

Para Federn (1952/1979), e isso a partir de Freud, qualquer teorização sobre a estrutura do Eu, do seu modo de funcionamento, da sua relação com o inconsciente e com o corpo, passa necessariamente pelo reconhecimento da importância do narcisismo. Essa importância o leva a questionar se a libido apenas coloca o ego em movimento, ou seja, se se configura como a energia psíquica que lhe possibilita desempenhar suas funções ou, ainda, se ela é a responsável pela sua construção, de modo que sem libido investida narcisicamente não haveria Eu.

Adiantamos que, para o autor, a existência do Eu depende do investimento libidinal, tanto na sua dimensão psíquica quanto corporal. Na sua definição descritiva, o Eu se configura como a continuidade psíquica duradoura do corpo e da mente de um indivíduo sob a perspectiva de espaço, tempo e causalidade. Já na sua definição fenomenológica (subjetivamente descrita), o Eu é sentido e conhecido como essa continuidade duradoura que é apreendida e sentida como unidade. Por fim, na definição metapsicológica, o Eu se apresenta como um estado de investimento libidinal de certos conteúdos e funções corporais e mentais interligadas. (Federn, 1952/1979).

É na dimensão do sentimento do Eu, ou seja, na perspectiva fenomenológica da sua existência, que o autor localizará a explicação para o sintoma de estranheza característico das psicoses. Assim, o sentimento do Eu pode ser definido como:

a sensação constante de si próprio, a auto percepção de si mesmo. Essa auto experiência é uma unidade permanente mas diversificada; não é uma abstração, mas uma realidade. É uma entidade que se relaciona com a continuidade da pessoa em relação ao tempo, espaço e causalidade. Por ser objetivamente reconhecido é constantemente sentido e percebido subjetivamente. Em outras palavras, temos um sentimento duradouro e o conhecimento do fato que o nosso ser é contínuo. (Federn, 1952/1979, p. 114)<sup>13</sup>.

O sentimento de estranheza presente nas psicoses, porém não exclusivo delas, se caracteriza por falhas no sentimento do Eu e a conseqüente perda de suas funções. Muitas vezes, o corpo, os sentimentos e, principalmente, a realidade externa são percebidos como indiferentes ou estranhos. Isso porque, o Eu é a dimensão psíquica que mantém contato com a realidade a partir de suas fronteiras, processo que se desenvolve gradualmente.

Inicialmente, ou seja, no início da vida psíquica, as fronteiras do Eu são pequenas e se relacionam sobretudo aos conteúdos mentais e às percepções vindas de dentro. Contudo, à medida que o desenvolvimento psicosssexual avança e as zonas erógenas se apresentam como importantes fontes de excitação, os limites dessas fronteiras se expandem, processo que se intensifica a partir do contato com o mundo externo e do investimento libidinal nos objetos. É do contato com a realidade que o Eu se constitui e se transforma gradativamente em um Eu adulto.

---

<sup>13</sup> “la sensation constamment présente de sa propre personne, c’est la perception propre que le moi a de lui-même... Cette auto-expérience est une entité permanente bien que diverse; elle n’est pas une abstraction mais une réalité. C’est une entité qui a trait à la continuité de la personne eu égard au temps, à l’espace, et à la causalité. Elle peut être reconnue objectivement et elle est constamment sentie et perçue subjectivement. En d’autres termes nous possédons un sentiment et une connaissance durables du fait que notre moi est continu”. (Federn, 1952/1979, p. 114).

Por isso, o autor divide a dimensão subjetiva do Eu em sentimento corpóreo e sentimento mental, e, conseqüentemente, pressupõe a existência de limites corporais e mentais. Desse modo, o que vem do exterior e faz uma colisão com a borda do ego mental e do ego corporal tem uma realidade sólida. Esta realidade é emocionalmente auto evidente e não precisa de mais verificação. O "teste da realidade" só é possível porque durante o experimento foram estabelecidos novos limites do ego e que as mesmas impressões vindas do exterior já não se chocam. "Na psicose e nos sonhos, os limites do eu estabelecidos mais recentemente perderam seu investimento ou não foram restaurados conforme o caso. É por isso que o teste de realidade é deficiente ou completamente ausente". (Federn, 1952/1979, p. 182)<sup>14</sup>.

As estimulações externas que se chocam com apenas uma das dimensões do limite do Eu, ou seja, a dimensão mental ou corporal, são percebidas como bizarras, já que a apreensão e sensação dependem da estimulação de ambas as fronteiras. Por isso, o relacionamento com o mundo exterior é fundamental, já que é a extensão do estado de investimento libidinal que constitui o Eu, processo variável que possibilita a percepção e sensação conscientes. Federn (1952/1979) destaca que se há falhas no Eu, e um de seus limites é carregado com intensa libido, mas não é apreendido em seu conteúdo, o resultado é um sentimento de êxtase. Já quando, por outro lado, o conteúdo é apreendido e não sentido, surge um sentimento de estranheza.

Para o autor, todas as psicoses e neuroses são iniciadas com o sentimento de estranheza, causado pelo desinvestimento libidinal de algum limite do Eu. Esse processo pode representar uma medida defensiva que ocorre com ou sem a repressão. Isso porque o desenvolvimento do indivíduo é acompanhado por um desenvolvimento qualitativo e quantitativo do sentimento do eu, sendo que os estágios do desenvolvimento da libido são caracterizados por diferentes estágios desse mesmo sentimento. Por isso, diante de situações traumáticas, "o sentimento do eu é capaz de se fixar ou regredir a um estágio anterior tanto em termos de qualidade quanto de extensão". (Federn, 1952/1979, p. 121)<sup>15</sup>.

Segundo o autor, para a psicanálise, ou seja, para Freud, o sentimento do Eu pode ser resultado do narcisismo primário, caracterizado pela ausência de objetos e pelo investimento libidinal no próprio Eu. Para ele, contudo, o sentimento do Eu é resultado do narcisismo intermediário, já que ele se constitui gradativamente à medida que as fronteiras do Eu são investidas, o que acontece a partir do contato com a realidade externa e com os objetos. Ao

---

<sup>14</sup> "Dans la psychose et dans les rêves, les frontières du moi les plus récemment établies ont, ou bien perdu leur investissement, ou bien il n'a pas été restauré selon le cas. C'est pourquoi le test de réalité est déficient ou complètement absent" (Federn, 1952/1979, p. 182).

<sup>15</sup> "Le sentiment du moi est capable de se fixer ou de régresser à un stade antérieur aussi bien du point de vue de la qualité que de l'étendue" (Federn, 1952/1979, p. 121).

narcisismo resultante da retirada do investimento libidinal dos objetos que atingiram o limite do Eu, por sua vez, Federn (1952/1979) denomina de narcisismo reflexivo.

É no âmbito do Eu corporal que o autor localiza a função de perceber os objetos que, a partir disso, serão apreendidos pelo Eu mental. Por tal razão, os casos de despersonalização podem ser compreendidos a partir de variações de investimento nos limites do Eu corporal. Assim, quando a privação do objeto ocorre de repente, ou seja, de forma traumática e de modo a impedir a satisfação do desejo, a libido do objeto é removida e a libido narcisista é retirada – pelo menos temporariamente – da parte do limite do ego que é posta em prática na percepção do objeto perdido e retorna para pontos anteriores de fixação do sentimento do Eu. O autor afirma que é como se houvesse uma retração e os limites fossem diminuídos a partir do desinvestimento dos limites do Eu, ou ainda, em alguns casos, ampliados a tal ponto que Eu e realidade se confundem.

Normalmente, em neuroses de transferência, este investimento da libido narcisista é rapidamente renovado. Contudo, nas psicoses, à medida que é o sentimento corporal do Eu que sofre variações, a sensação óbvia de todo o corpo, o seu peso, tamanho, extensão e o sentimento de sua plenitude são afetados. Por isso, os psicóticos sofrem uma perda subjetiva de sentido de sua importância, sensação de bem-estar e unidade de personalidade. Assim, para Federn (1952/1979), a evidência dos limites do eu corporal deve ser mantida para que o mundo exterior possa permanecer evidente, assim como a plena percepção objetiva e subjetiva do Eu.

A libido investida nos limites corporal do Eu, para o autor, é de origem sexual, já que as zonas erógenas são as primeiras regiões corporais de investimento e satisfação pulsional. Por isso, o sentimento corporal do Eu não é uniforme, sofrendo variações de acordo com sua fonte e composição. Assim, “quando olhamos a perversidade<sup>16</sup> da distribuição e extensão do sentimento corporal do ego e também a sua intensidade, encontramos investimentos narcisistas desigualmente distribuídos na superfície do corpo com preferência por zonas erógenas”. (Federn, 1952/1979, p. 94)<sup>17</sup>.

Por isso, é a libido sexual do Eu que é desinvestidas de seus limites diante da perda do objeto. O sentimento de estranheza, decorrente desse desinvestimento, foi vivenciado na

---

<sup>16</sup> Aqui o autor parece fazer uma analogias entre o investimento libidinal nos limites do Eu e as características da sexualidade polimórfica perversa, sobretudo, no que se refere na intensidade desigual de investimento nas diferentes zonas erógenas, de modo que algumas zonas/limites são mais investidos(as) do que outros(as).

<sup>17</sup> “quand nous regardons chez les pervers la distribution et l’étendue du sentiment corporel du moi et aussi son intensité, nous trouvons l’investissement narcissique distribué de façon inégale à la surface du corps avec une préférence pour les zones érogènes” (Federn, 1952, 1979, p. 94).

infância ao longo do processo de estabelecimento dos limites do Eu. Contudo, foram esquecidos assim como os demais registros das experiências do desenvolvimento pulsional.

Para o autor, na maioria dos casos de psicoses, o sentimento do eu regride aos estágios de desenvolvimento em que os vários órgãos da sensação corporal foram gradualmente incorporados ao ego. Portanto, para ele, a despersonalização ocorre quando os objetos externos são percebidos por órgãos que, inteira ou em parte, ainda não foram incluídos no ego corporal e, por isso, são considerados estranhos. Isso ocorre não porquê o objeto é reconhecido com mais dificuldade, mas porque o objeto encontrou uma parte do limite do ego que ainda não foi investido com a libido narcisista. Assim, todos os pacientes com sintoma de despersonalização reclamam que eles não podem "alcançar" o objeto e que o objeto também não pode "alcançá-los". (Federn, 1952, 1979).

Podemos supor, portanto, que ao ter o desejo frustrado pela perda do objeto, o psicótico regride ao estágio do sentimento de Eu e de desenvolvimento pulsional no qual o objeto não existia enquanto objeto de desejo, ou seja, ao momento em que lhe era indiferente e que a pulsão não lhe havia sido investida.

Desse modo, percebemos que para o autor, não é a realidade que perde seu investimento, ou seu interesse, mas os limites do Eu em contato com ela, o que a torna não real, não amigável, não familiar, não existente e não viva. Ao invés disso, o paciente tem a sensação de estar morto, por não poder sentir verdadeiramente. Seus sentimentos, desejos, pensamentos e processos de memória se tornaram diferentes e incertos, mudanças sentidas como intoleráveis. Contudo, o paciente apreende tudo corretamente, já que suas faculdades de intelecto e lógica não sofreram alterações. Assim, o Eu é apreendido intelectualmente, mas não é sentido, sobretudo, em seus desejos. Como já dito, esse mecanismo é defensivo diante da demanda pulsional insatisfeita.

Assim, o autor responde à sua problematização inicial, ao afirmar que a libido cria e mantém o Eu e, por isso, o narcisismo não se configura como uma abstração teórica. Para ele, esse investimento narcísico pode sofrer alterações tanto do lado do Eu quanto das fontes pulsionais do Id. Diante disso, podemos concluir que Federn (1952, 1979) localiza no âmbito das falhas do Eu, que para se defender do excesso de excitação da libido objetal insatisfeita, desinveste seus próprios limites, não quaisquer limites, mas, precisamente, os que mantinham contato e percebiam o objeto.

Portanto, as psicoses se caracterizam pela perda dos seus limites e das funções do Eu vinculadas ao objeto, desinvestidas como defesa e que promovem falhas no Eu. Isso porque, nas palavras do autor, “a diferença entre os conceitos usuais e os meus é que eu concebo o ego

não só como a soma de todas as funções, mas como o investimento que une esse agregado e o torna uma nova entidade mental”. (Federn, 1952, 1979, p. 358)<sup>18</sup>.

É a manutenção relativamente estável do investimento narcísico do Eu e de suas funções que garante a existência de personalidades integradas. Tal processo, bem como o seu sucesso ou fracasso, é decorrente, segundo o autor, da quantidade de eventos e experiências passadas que podem se tornar conscientes. Portanto, quanto mais as vivências são reprimidas, ou seja, desinvestidas, mais chances existe de desintegração.

Nas psicoses, portanto, Federn (1952/1979) localiza no desinvestimento do Eu e, com ele, na desintegração ou, ainda, na despersonalização, os sintomas iniciais. Além disso, como mais uma oposição à teoria freudiana, ele defende que “a psicose não é uma defesa, mas uma derrota. É a derrota de um eu que deixou de poder se defender contra o impacto das exigências pulsionais, as necessidades da realidade externa e os conflitos que dela decorrem”. (Federn, 1952/1979, p. 363-364)<sup>19</sup>.

Esse fracasso, nos casos de esquizofrenia, se apresenta por meio de quatro manifestações: a criação de uma realidade falsa; a regressão a estados anteriores, ou seja, infantis, do Eu; a incapacidade do pensamento abstrato; e a emergência do material inconsciente. (Federn, 1952/1979).

A função do Eu, assim como em Freud, que se perde primeiro é a de separação entre realidade interna e externa. E, ao não manter seu nível atual de investimento, o Eu regride a estados anteriores de desenvolvimento e investimento, mais precisamente aos estados infantis. Será a partir desses estados primitivos que o Eu do psicótico se relacionará com as pulsões e com a realidade. O inconsciente, nesses casos, encontra-se dominante no funcionamento psíquico, posto que as defesas do Eu já não funcionem.

A partir dessa condição psíquica, o autor propõe que a utilização da técnica psicanalítica no tratamento dos psicóticos deve se pautar não na interpretação do material inconsciente, mas sim no seu recalçamento. A intervenção do analista deve se dar junto aos aspectos psíquicos saudáveis apresentados pelos pacientes.

---

<sup>18</sup> “La différence entre les concepts habituels et le mien est que je conçois le moi, non seulement comme la somme de toutes les fonctions, mais comme l’investissement qui unit cet agrégat et en fait une nouvelle entité mentale”. (Federn, 1952/1979, p. 358).

<sup>19</sup> “psychose elle-même n’est pas une défense mais une défaite. C’est la défaite d’un moi qui a cessé d’être capable de se défendre contre l’impact des exigences pulsionnelles, les nécessités de la réalité extérieure, et les conflits qui en dérivent”. (Federn, 1952/1979, p. 363-364).



Sobre isso, Carvalho (2003) afirma que as fronteiras do Eu sobre as quais Federn fala (1952/1979) são, principalmente, as fronteiras internas que mantêm os conteúdos estranhos ao Eu no Inconsciente e que possibilitam a diferenciação entre realidade interna e externa. Por isso, segundo a autora, o passo decisivo das psicoses para Federn não é a perda da realidade, mas o ganho de realidade daquilo que antes fazia parte do pensamento e do mundo simbólico a partir do investimento pulsional inconsciente. Isso porque, como afirma a autora, o fracasso do Eu consiste na perda de sua função recalçante, de modo que a realidade do inconsciente, ou seja, da sexualidade infantil, invada ou ganhe dimensões de realidade externa.

Desse modo, como já dito, a intervenção terapêutica nos casos de psicose deve se dar no sentido de auxiliar o recalçamento. Já que:

Na neurose, o psicanalista trabalha para fazer emergir à consciência do paciente o material recalçado. Na psicose, diferentemente da neurose, ele tem que lidar com um excesso de material que deveria estar recalçado e que, no entanto, chega à consciência. Federn argumenta então que o objetivo do tratamento do psicótico, pelo menos em sua fase inicial, não é o de superar o recalçamento, mas o de ‘re-recalçar’. No que diz respeito à psicose, deveríamos então fazer uma espécie de inversão da célebre frase de Freud: ‘Onde estava o id [Isso], ali estará o ego [Eu]’ (Freud, 1933, p. 102) e dizer que: ‘Aquilo que se tornou território do Eu deve ser devolvido ao Isso’ (Federn, 1953, p. 167). (Carvalho, 2003, p. 49).

A regressão a estados anteriores do Eu a que Federn (1952/1979) se refere, parece seguir as ideias de Freud acerca da regressão tópica e formal das psicoses. Isso significa o retorno ou o domínio psíquico do inconsciente e da sexualidade polimorfa perversa sobre o funcionamento do Eu<sup>20</sup>.

Podemos, então, concluir que o que domina a consciência, ou ainda, invade a realidade exterior e a relação estabelecida entre pacientes e profissionais de saúde mental, é o inconsciente, o desejo infantil não reprimido que entra em choque com o recalçado do profissional, ameaçando produzir um fracasso em suas defesas. Assim, os sintomas e discursos expressam esse inconsciente que o Eu fracassou em recalçar no psicótico e que age no profissional como uma ameaça de volta do recalçado.

---

<sup>20</sup> Essa discussão nos faz recorrer ao conceito de repressão primordial, apresentado por Freud (1915c/2010, p. 63-64), ou seja, “uma primeira fase da repressão, que consiste no fato de ser negado, à representante psíquica do instinto, o acesso ao consciente. Com isso se produz uma fixação; a partir daí a representante em questão persiste inalterável, e o instinto permanece ligado a ela”, o que dá origem ao inconsciente enquanto sistema. Nesse sentido, as falhas do Eu proposta por Federn parecem incidir justamente na condição psíquica de manter a tópica. O Eu nas psicoses perde os limites entre inconsciente e consciente-pré-consciente, e volta a funcionar como um todo psíquico primitivo, mas não completamente. O reconhecimento da função recalçante do analista e a necessidade de investir nos aspectos saudáveis dos pacientes, indicam a manutenção de alguns recursos e níveis de investimento nos limites do Eu em relação ao inconsciente.

Os profissionais, como o próprio Federn (1952/1979) destaca, acerca do papel do analista, devem atuar no sentido de auxiliar no recalçamento por meio do fortalecimento do Eu dos pacientes e da sua relação com a realidade. É o lugar de recalçadores que ocupam os profissionais de saúde mental e isso em duplo sentido, na medida em que auxiliar a recalçar o inconsciente dos pacientes contribui para manter recalçado o seu próprio inconsciente. Isso porque, ao não manifestarem diretamente os desejos, os pacientes deixam de ser fontes tão intensas e perigosas de excitação para os profissionais.

Acreditamos que a tarefa de auxiliar no recalçamento do desejo inconsciente, que não foi submetido ao próprio Eu do paciente, possa apresentar limitações e mesmo impossibilidades. Algo do inconsciente sempre se mantém à revelia da repressão, regra que se aplica tanto aos pacientes, quanto aos profissionais<sup>21</sup>.

#### **1.4 A Teoria da Sedução Generalizada e as psicoses como resultado das mensagens sexuais paradoxais intrometidas**

A Teoria da Sedução Generalizada (TSG), proposta por Laplanche, nos parece uma via frutífera para a compreensão da constituição psíquica, sobretudo, ao reconhecer o papel e a importância do outro, o outro concreto da relação criança/adulto, na fundação tópica do psiquismo. Para o nosso trabalho importa, sobretudo, a dimensão traumática que a sexualidade inconsciente comunicada pelos adultos, na forma de mensagens enigmáticas endereçada às crianças, tem na organização psíquica e na formação dos sintomas psicóticos.

Muito embora Laplanche não tenha se dedicado ao estudo das psicoses, Tarelho apresenta uma tese interessante acerca dessa organização psíquica a partir da TSG. Desse modo, antes de apresentar a teoria de Tarelho, acreditamos ser importante realizar um breve resumo dos principais conceitos da Teoria da Sedução Generalizada.

Desde o início de nossa discussão, defendemos que, nas psicoses, o sexual infantil, o polimórfico perverso, é comunicado abertamente nos sintomas e discursos dos pacientes psicóticos. Agora, a partir da TSG, analisaremos as características dessas mensagens e o seu potencial traumático e violento, já que as mensagens enigmáticas dos psicóticos são paradoxais

---

<sup>21</sup> Contudo, ao falarmos da necessidade de manutenção do recalçamento dos profissionais, falamos do recalçamento secundário, posto que em seus psiquismos a tópica está constituída e se mantém. Desse modo, falamos em seus casos do recalçamento que "... afeta os derivados psíquicos da representante reprimida ou as cadeias de pensamentos que, originando-se de outra parte, entraram em vínculo associativo com ela. (Freud, 1915c/2010, p. 64).

e intrometidas, ou seja, estão à deriva, sem possibilidades de tradução, no interior do seu psiquismo e representam, por isso, o sexual puro.

Ao apresentar a Teoria da Sedução Generalizada (TSG) no livro *Novos Fundamentos para a Psicanálise*, Laplanche (1992a) propõe uma leitura da obra freudiana no sentido de se apropriar do melhor desse autor. Em suas palavras: “pode-se escolher um Freud em detrimento de outro, na medida em que podemos dar conta, na realidade, da via errônea para a qual o próprio Freud é levado por seu objeto”. (p. 95). Assim, o autor explicita a adoção da teoria freudiana, mas sempre no sentido de superação, de fazer trabalhar e avançar no que ela tem de melhor. E é nesse sentido que Laplanche (1992a) retoma a importância da teoria da sedução, tão cedo abandonada por Freud, afirmando a centralidade da sexualidade inconsciente do outro, um outro real, para a constituição do psiquismo humano.

Para isso, ele percorre o caminho que vai da análise da sedução restrita à sedução precoce na obra freudiana, para adotar os elementos fundamentais para a sua proposição da sedução generalizada. Segundo Laplanche (1992a), Freud se aproximou muito do caráter universal da sedução ao propor a teoria do apoio e, através dela, o reconhecimento da subversão dos órgãos de satisfação e sua transformação em zonas erógenas a partir do contato com o outro. Contudo, Freud limitou-se a compreender essa subversão como o despertar de sensações nos órgãos, deixando de considerá-la no conjunto da erogenidade do corpo, sobretudo no que se refere a erogenidade oral e anal. E, ainda, por desconsiderar o papel da sexualidade inconsciente da mãe no processo de despertar sexual da criança.

Por isso, com os novos fundamentos, Laplanche (1992a) propõe avançar, a partir da teoria freudiana, para o reconhecimento da sedução universal como fundamento do psiquismo em sentido originário e real.

Para nós, como para Freud, aliás, o originário é o que está presente no princípio, concretamente, nas origens do ser humano, portanto do bebê. Mas, por outro lado, o originário é, nesta situação inicial, o que é inelutável, o que está fora das contingências, mesmo as mais gerais”. (Laplanche, 1992a, pp. 95-96).

E o que está presente e alheio a qualquer forma de contingência, segundo o autor, é o confronto do *infans*<sup>22</sup> com o mundo adulto, particularmente, com a sexualidade inconsciente comunicada nas ações de cuidado. Esse contato é imprescindível em função da condição

---

<sup>22</sup> Termo utilizado por Laplanche (1987/1992), como empréstimo de Ferenczi, para designar a criança que ainda não fala.

fundamental de desamparo do bebê, que, diante da incapacidade de satisfação das suas necessidades vitais, exigirá a presença de um adulto.

Para Laplanche (1992a), a psicanálise, mesmo ao analisar a triangulação edípica como potencialmente organizadora do psiquismo, remonta à relação mãe-filho suas bases originárias. Relação que se ancora, inicialmente, em bases biológicas, mas que logo apresenta a predominância do pulsional.

Laplanche (1992a) denominou o encontro, entre a criança e o mundo adulto, de situação originária ou Situação Antropológica Fundamental – SAF –, atribuindo a cada um dos seus protagonistas papéis específicos, universais e fundamentais.

A criança é concebida por ele como “Um bebê, que não é nem fechado, nem tábua rasa, mas profundamente desadaptado”. (Laplanche, 1992a, p. 103). Desadaptado, pois confronta-se com tarefas de alto nível em comparação à sua maturação psicofisiológica, o que caracteriza um estado de prematuração que se apresenta em dois domínios: o da sobrevivência e o sexual. O primeiro, vinculado às necessidades de sobrevivência e o segundo ao problema do confronto com a sexualidade adulta, diante da qual não apresenta as condições de reagir adequadamente. É precisamente diante da sexualidade inconsciente do adulto, que marca a situação originária, que a criança se apresentará passiva, pois ainda não possui condições egóicas para traduzi-la e nem o inconsciente para recalcar o excesso pulsional que a caracteriza.

Já o adulto, para Laplanche (1992a), é aquele que, ao se comunicar com a criança, para cuidá-la, inevitavelmente comunica também aspectos da sua sexualidade inconsciente. Nessa comunicação, o adulto utiliza a linguagem da paixão para se comunicar com a criança. O conceito *linguagem da paixão*, como já vimos neste trabalho, foi proposto por Ferenczi (1933/1992) para descrever a linguagem coordenada pelo inconsciente, ou seja, pela sexualidade infantil recalcada do adulto e que se insere na comunicação destinada à criança. Laplanche se inspira em Ferenczi, isso é evidente, e ele mesmo declara que as ideias de Ferenczi seriam um prefácio para a TSG. (Laplanche, 1992a).

A criança com suas características faz apelo ao infantil do adulto, a sua sexualidade infantil recalcada, que será comunicada em sua linguagem da paixão. A situação originária é, por isso, assimétrica, marcada por um sedutor com sua sexualidade inconsciente e um seduzido. Nessa relação, o seduzido terá as vias da satisfação biológica natural subvertidas, desviadas para a satisfação pulsional. (Laplanche, 1992a).

Ao afirmar a situação originária como composta por um adulto sedutor e uma criança seduzida, Laplanche (1999b) atribui à sedução o seu caráter universal. A universalidade consiste precisamente na relação assimétrica travada entre um adulto com sua sexualidade

inconsciente expressa na linguagem da paixão, e o bebê, com sua linguagem da ternura, destituída de sexualidade e caracterizada pela dependência.

Da sedução restrita apresentada por Freud, Laplanche (1992a) mantém a passividade da criança diante da sedução de um adulto e o caráter traumático decorrente da ausência de funções psíquicas desenvolvidas suficientemente para lidar com o excesso de estimulação pulsional. Retira o atributo perverso do sedutor e mantém, ainda, a compreensão do seu registro traumático a nível temporal, tópico e tradutivo.

O registro temporal, segundo Laplanche (1992a) caracteriza-se pela noção freudiana de trauma em dois tempos:

O primeiro tempo é chamado por Freud tempo de terror (*Schreck*) ou da neurose de terror, e confronta o sujeito, não preparado, com essa ação sexual altamente significativa, mas cuja significação não pode ser assimilada. Deixada em suspenso, a lembrança não é em si mesma patogêna, nem traumatizante. Só se torna traumática pela sua revivescência, por ocasião de uma segunda cena que entra em ressonância associativa com a primeira. Mas devido às novas possibilidades de reação do sujeito, é a própria lembrança, e não a nova cena, que vai funcionar como fonte de energia traumatizante, como fonte autotraumatizante. (Laplanche, 1992a, p. 120).

Assim, as primeiras mensagens enigmáticas serão apenas inscritas no aparelho psíquico, que não apresenta um ego suficientemente organizado para metabolizá-las e traduzi-las. Ficam em estado de espera, em uma espécie de limbo. (Laplanche, 1992a).

É só quando esses registros forem ativados por uma segunda cena e a criança, já em posse de assistentes de tradução fornecidos pelo mundo adulto, empreender as primeiras tentativas de tradução, que haverá o segundo tempo do trauma e esse sim será traumatizante, o que configura o *après-coup*. Como consequência tem-se o registro tópico, que consiste na utilização do recalçamento para lidar com a angústia resultante do excesso do sexual não traduzido e reativado. Há nesse momento a clivagem do psiquismo em ego e inconsciente, sendo o primeiro resultado da tradução e o segundo da falha tradutiva, do excesso sexual, que produz o recalçamento e dá origem aos objetos-fonte da pulsão que pressionarão sempre para a tradução/satisfação sexual. (Laplanche, 1992a).

Assim, Laplanche (2001, p. 59) acrescenta à ideia freudiana do *après-coup* o conceito de tradução. Segundo o autor, “o *après-coup* é impensável sem um modelo de tradução: pressupõem que algo é proferido pelo outro e que, *après-coup*, é traduzido e reinterpretado. Paralelamente, introduzo a noção do outro e questiono o modelo de tradução”.

Para Laplanche (2001), portanto, a condição hermenêutica de reinterpretação ou tradução do passado não se estende apenas ao seu caráter fatídico, mas envolve a compreensão da mensagem, do enigma enviado pelo outro. É com vistas a traduzir o enigma comunicado nas

ações de cuidado que o ser humano agirá e produzirá sua vida. A pergunta de Lacan adotada por Laplanche (1999), para exemplificar a condição da criança diante da mensagem enigmática do adulto e dele próprio desconhecida, é: que quer de mim?

Martinez (2012) destaca o caráter organizador do traumático, já que possibilita tanto a estruturação do psiquismo, quanto faz nascer:

os processos mais organizados. É por esse meio, o da tradução das mensagens da sexualidade recalcada do adulto – do enigmático – que a criança pode iniciar uma ordenação para a sua existência e para a sua relação com os outros. É esse trabalho que, com o suporte do grupo familiar e da cultura em si, a faz sair do puramente traumático. (p. 477).

O movimento tradutivo, de rearranjo, é possível a partir da aquisição da linguagem e inaugura a capacidade simbólica do psiquismo que acompanhará o sujeito por toda a vida. Esse movimento retira a criança da situação original de passividade frente ao sexual do outro e a coloca na posição interpretativa e de atribuição de significado. Sempre que as experiências presentes mobilizam as fantasias originárias, o tempo mítico, há pressão para a tradução, destradição e retradição do passado em um movimento infundável que permite a construção/reconstrução da história.

Contudo, segundo Laplanche (2001, p. 408), existem dois tipos de mensagens enigmáticas comunicadas, aquelas que podem ser traduzidas parcialmente – mensagens implantadas – e aquelas que não possibilitam qualquer nível de tradução – mensagens intrometidas: “o fracasso parcial da tradução explica o inconsciente ‘clássico’, neurótico-normal. Ao seu lado, convém conferir todo o seu lugar a um fracasso radical. Nada é traduzido, a mensagem original permanece tal qual no aparelho psíquico”<sup>23</sup>. À organização lógica dessas mensagens o autor deu o nome de inconsciente encravado e dele derivou o núcleo do superego. A sua dominância no funcionamento psíquico, por sua vez, foi associada aos estados psicóticos.

Segundo Mello Neto (2012, p. 360), as mensagens intrometidas “seriam aquelas produzidas pelo adulto com uma violência tal que elas se tornariam uma espécie de corpos estranhos muito ‘duros’, digamos, cuja tradução/metabolização seria ou impossível ou muito em longo prazo”. O reconhecimento da existência de mensagens implantadas e intrometidas,

---

<sup>23</sup> No que se refere às mensagens que compõem o inconsciente encravado, Laplanche (2001;2003) apresenta posicionamento contraditório. No trabalho de 2001 – *Novos Fundamentos da Psicanálise* – apresentará o inconsciente encravado composto exclusivamente por mensagem intrometidas, ou seja, sem qualquer possibilidade de tradução. Já em 2003, no texto *Três acepções da palavra “inconsciente” no quadro da Teoria da Sedução Generalizada*, afirmará que o inconsciente encravado abarca, além das mensagens intrometidas, mensagens implantadas que estão à espera por tradução. A partir da nossa compreensão, acreditamos que a segunda proposta do autor é mais coerente, de modo que no inconsciente encravado existem mensagens intrometidas e encravadas.

segundo o autor, possibilitou que Laplanche (2003) propusesse uma tópica na qual há três inconscientes: o primeiro, formado pelos restos não traduzidos das mensagens enigmáticas, o inconsciente sexual; o segundo, inconsciente encravado, constituído por mensagens intrometidas, em estado bruto, ou seja, sem qualquer nível de tradução; e, por fim, o terceiro composto por assistentes de tradução fornecidos pela cultura.

Essa tópica está presente em todos os psiquismos, contudo, como já dissemos, a dominância do inconsciente encravado, que pode ser atribuída ao excesso de mensagens intrometidas comunicadas pelos pais à criança, caracterizaria o psiquismo psicótico.

Segundo Tarelho (2003), a psicose não foi tema amplamente discutido por Laplanche. O assunto foi marginal na obra do autor, com a exceção de alguns textos produzidos, como sua tese sobre Hölderlin. Para Laplanche (1992a), existem duas correntes teóricas no campo da psicanálise para a compreensão das psicoses: a freudiana e a pós-freudiana. A primeira localiza a origem das psicoses em falhas na constituição do eu e a segunda em falhas no campo simbólico. Para o autor, uma teoria que se pretenda frutífera, na compreensão e tratamento das psicoses, precisa reconhecer a importância dessas duas dimensões. Ou seja, precisa integrá-las como aspectos constitutivos dessa psicopatologia. Por isso, suas análises no campo das psicoses, ainda que reduzidas, caminham no sentido da integração e no reconhecimento do processo dialético que se estabelece entre elas, visto que falhas no eu dificultam a simbolização e vice e versa.

Tarelho (2003), por sua vez, é quem propõe, a partir da TSG, maiores reflexões acerca da paranoia, com foco na compreensão das características das mensagens do inconsciente encravado, ou seja, das mensagens intrometidas. Inclusive, o próprio Laplanche (2003) o cita como autor importante para refletir acerca das características das mensagens intrometidas que estão na base dos estados psicóticos.

Para Laplanche (2003), as mensagens do inconsciente encravado são resultantes dos imperativos categóricos superegóicos comunicados pelos pais à criança. São impossíveis de traduzir uma vez que restringem a compreensão àquilo que eles comunicam, não há espaço para a interpretação ou atribuição de significado. Como nos diz Laplanche (2003, p. 408): “você deve porque deve (Kant).” Uma sentença dessa não prevê justificativas e nem variações.

Ao problematizar as características das mensagens do inconsciente encravado, o autor nos diz que podem existir nele mensagens implantadas, que estão à espera de tradução, e mensagens intrometidas que, por sua vez, apresentam características que impedem a tradução e a metabolização. As mensagens implantadas do inconsciente encravado, que podem adentrar a cadeia tradutiva, estariam como que a espera dos elementos necessários à tradução. Já, para

Laplanche (1999, s.p.), “o termo ‘intromissão’ é só uma palavra, uma imagem corporal utilizada para designar tudo aquilo que se introduz no interior mas continua sendo um corpo estranho não metabolizável.”

Portanto, para o autor:

A implantação é um processo comum, cotidiano, normal ou neurótico. Ao seu lado, como sua variante violenta, é preciso dar lugar à intromissão. Uma vez que a implantação permite ao indivíduo uma recuperação ativa, com sua dupla face tradutiva-repressiva, é preciso tentar conservar um processo que se apresenta como obstáculo à essa recuperação, pelo curto-circuito das diferenciações das instâncias em via de formação, e colocar para dentro um elemento rebelde ao metabolismo (Laplanche, 1992c, p. 358)<sup>24</sup>.

Assim, as mensagens implantadas demandam a tradução, simbolização e a repressão, possibilitando a constituição do inconsciente sexual e a delimitação egóica. Já as mensagens intrometidas, violentas e excessivas, impossibilitam, ou ainda, são mais resistentes à tradução e à simbolização, resultando em encraves psicóticos e em uma organização egóica precária.

Laplanche destaca (1992c), ainda, que as mensagens de sedução do adulto são introduzidas no psiquismo da criança pela via corporal, contudo, a implantação se refere mais à superfície do corpo como um todo, ou seja, à periferia perceptiva. Já a intromissão se dá predominantemente pela via oral e anal, de modo que o seu caráter violento invade o corpo e o psiquismo sem mediações ou proteções que o restante do corpo pode oferecer.

O mecanismo de defesa utilizado diante das mensagens não metabolizadas e que permanecem no inconsciente encravado, portanto, não é a tradução-repressão, mas sim a recusa (*Verleugnung*). E, ao nossos ver, o que parece diferenciar o psiquismo psicótico do psiquismo normal é o “tamanho” ou a dominância do inconsciente encravado em relação ao inconsciente clássico (reprimido) e suas consequências para o funcionamento mental.

Diante de tudo isso, podemos nos perguntar: No que exatamente se diferenciam as mensagens intrometidas das implantadas? Quais são as características que levam ao fracasso radical da tradução? Acerca dessa discussão, o próprio Laplanche (2003) reconhece as limitações das suas elaborações teóricas e a necessidade de novos estudos e indica o trabalho de Tarelho (2003), como mencionamos, acerca das mensagens paradoxais como um possível caminho para aprofundar os conhecimentos e discussões neste âmbito.

---

<sup>24</sup> “L’implantation est un procès commun, quotidien, normal ou névrotique. A côté de lui, comme sa variante violente, il faut faire place à l’intromission. Alors que l’implantation permet à l’individu une reprise active, avec sa double traductive-refoulant, il faut tenter de concevoir un processus qui fait obstacle à cette reprise, e court-circuit les différenciations des instances en voi de formation, et met à l’intérieur un élément rebelle à toute métabole” (Laplanche, 1992c, p. 358).



Tarelho (2003), em seu livro *Paranoia e Teoria da Sedução Generalizada*, como o próprio título indica, discute a paranoia a partir das ideias da TSG e acrescenta, à discussão sobre as psicoses e às mensagens encravadas, as produções da Escola de Palo Alto sobre o papel do duplo vínculo e das mensagens paradoxais na constituição do psiquismo. Para o autor, é justamente no plano do paradoxo das mensagens sexuais comunicadas pelos pais – imperativos categóricos da sua própria sexualidade negada – que se encontram as características que levam ao fracasso total da tradução e à loucura.

Como já dissemos, para a TSG, as mensagens que não podem ser traduzidas constituem encaves que configuram o núcleo do superego. O fracasso radical da tradução se deve à condição de imperativos categóricos que representam, pois:

os imperativos categóricos são o que não pode ser justificado; certamente são enigmáticos como outras mensagens de adultos, mas não são só injustificados, como, talvez, inclusive injustificáveis, ou seja, não metabolizáveis. Não metabolizáveis, isto significa que não se pode diluí-los, substituí-los por outra coisa. Estão aí, imutáveis e insimbolizáveis, resistentes ao esquema da substituição significante. (Laplanche, 1999a, p. 147).

Para Tarelho (2003), a compreensão dos imperativos categóricos como injustificáveis e tirânicos são fundamentais para a análise do caráter paradoxal das mensagens enigmáticas nos casos de psicose. De acordo com o autor, esse tipo de comunicação que ocorre em vínculos onde uma das pessoas encontra-se em dependência vital em relação a outra, é estruturada por mensagens que apresentam três enunciados: o primeiro, na maioria das vezes, negativo, o segundo, em um plano mais abstrato, apresentado em conflito direto com o primeiro e, por fim, o terceiro enunciado emitido no sentido de impedir que o sujeito saia desse marco imposto.

Essas mensagens têm efeito extremamente patológico, pois colocam o sujeito na situação insuportável de ter que obedecer a dois mandatos inconciliáveis. Apresentam, por isso, efeito paralisador do pensamento e da ação, desembocando em um verdadeiro trauma e em comportamentos psicóticos. (Tarelho, 2003).

Contudo, o autor destaca a necessidade de diferenciar os mandatos contraditórios dos mandatos paradoxais. No primeiro caso, o da contradição, há possibilidade de escolha entre um ou outro enunciado, já que se referem ao mesmo nível de abstração. Já nas mensagens paradoxais, não há possibilidade de escolha, uma vez que se trata de enunciados inconciliáveis e pertencentes à diferentes níveis de abstração e registro, como gesto e verbo, afeto e palavra. (Tarelho, 2003).

À medida que a mensagem paradoxal apresenta dois enunciados inconciliáveis e absolutos, o mecanismo defensivo utilizado será o de afirmar um como verdadeiro e denegar o

outro. Segundo o autor, esse modo totalizador de compreensão das mensagens é traço característico da paranoia.

Tarelho (2003, p. 173), ao vincular as noções de duplo vínculo e mensagens paradoxais à teoria da sedução generalizada, afirma que a sedução universal, presente em todo o cuidado da criança e que resulta na emergência da pulsão sexual, no duplo vínculo, assume características de “fazer dessa sexualização uma dessexualização e vice-versa. Isso pode ocorrer, por exemplo, quando práticas destinadas a combater essa sexualização e isso de uma maneira radical e violenta, se convertem elas mesmas em fonte de sexualização”.

Contudo, o autor destaca que não se trata da ambivalência e do combate da sexualidade infantil empreendida pelos pais, já que isso é bem conhecido, se localiza no nível das neuroses e possui papel fundamental na constituição psíquica. Trata-se, no caso das psicoses, do paradoxo e do duplo vínculo, pois a sexualidade da criança não é tolerada e seu combate é empreendido como uma obsessão.

No primeiro caso, o das neuroses, há uma separação cronológica e lógica entre a sexualização e a repressão, além disso as mensagens vêm acompanhadas por alguns códigos que possibilitam à criança enfrentá-las na perspectiva da tradução-repressão. Já no duplo vínculo e nos paradoxos, não há separação entre sexualização e a luta contra ela. Acrescenta-se à própria característica das mensagens que não vêm acompanhadas de elementos de tradução e simbolização fornecidos pelos pais, o que impossibilita a tradução-repressão.

O fato de se configurarem em imperativos categóricos, ou seja, em enunciados absolutos, levam o autor a localizar a sua origem no superego do adulto e o depósito no superego da criança. Assim, as mensagens paradoxais comunicadas pelos pais derivam dos seus próprios Superegos e são encraves, ou seja, mensagens não metabolizadas por eles próprios da sua própria sexualidade infantil negada. Da sua intromissão no psiquismo infantil derivarão os encraves psicóticos da própria criança.

Contudo, destaca o autor, “o duplo vínculo, antes de se converter em um enclave do superego da criança fica à deriva em seu aparato psíquico e mantém um estatuto ambíguo, de externo-interno, inerente a todo significante antes de ser reprimido”. (Tarelho, 2003, p. 175). Sua transformação em enclave requer um investimento psicótico formado por ideias unívocas e por negações, o que representa tentativas defensivas do eu para lidar com a violência e com a contradição das mensagens.

O autor afirma, ainda, que se pudesse representar gramaticalmente a mensagem paradoxal nesses casos seria algo como: “Te proíbo sexualmente toda sexualidade” ou “Seja sexualmente assexuado” ou, ainda, “Te dessexualizo ao te sexualizar”. (Tarelho, 2003, p. 175).

Assim, diante do paradoxo das mensagens, as negações dos elementos da realidade compreendidas pelo psicótico objetivam sustentar uma das sentenças que é tomada como verdadeira, de modo que o equilíbrio psíquico é mantido às custas da defesa dessa sentença e a negação de tudo que a questione ou que evidencie a contradição existente na mensagem. Por isso, quando essas ideias e certezas fixas são desmentidas pela realidade externa e pelas pessoas, entre elas médicos e profissionais da saúde, tem-se o desmoronamento da organização psíquica dos psicóticos e o domínio paralisador das mensagens paradoxais.

Essa situação paradoxal torna a sexualidade impossível de ser pensada e reprimida. Ou seja, a maneira paradoxal com a qual o adulto seduz a criança torna a sexualidade “parte de uma lógica do ilógico, isto é, do absurdo completo, onde existe apenas quando não existe e vice e versa. A consequência é que se converte para a criança no inadmissível, no impossível, no insolúvel, inclusive no impensável”. (Tarelho, 2003, p. 176).

Como consequência importante para a criança, tem-se a manutenção da relação de passividade inerente à situação originária, uma vez que o conteúdo das mensagens impede uma ação egóica ativa no sentido da tradução, simbolização e repressão. Essas mensagens invadem violentamente o psiquismo e impedem qualquer metabolização e só resta à criança submeter-se a elas.

Para Tarelho (2003), é o processo de tradução do enigma, a busca ativa do sentido, que possibilita a estruturação narcisista do ego. Ao utilizar as representações, mitos, ideais e fantasias que circulam na família e na cultura, a criança pode construir uma representação de si própria em relação aos desejos dos pais, a construção de uma “versão privada de si”. Esse processo, como vimos, só é possível quando no vínculo prevalecem as mensagens implantadas, mesmo aquelas do inconsciente encravado, já que podem adentrar mais facilmente a cadeia tradutiva.

As mensagens paradoxais intrometidas, categóricas e absolutizantes, não oferecem possibilidade para ação, a busca de sentido e, conseqüentemente, o investimento egóico. São mensagens rebeldes ao processo de tradução e repressão, necessários à clivagem psíquica e a estruturação do ego e formação do inconsciente. O vazio no investimento narcísico do ego demandará um grande investimento energético para preenchê-lo. O narcisismo secundário apresenta-se, na psicose, como uma saída possível para a superação da falha no investimento egóico original. (Tarelho, 2003).

Um ego extremamente fragilizado em suas barreiras e defesas, bem como na representação de si, demandará como estratégia defensiva a retirada da libido dos objetos e do mundo externo para ser investida em si mesmo. O psiquismo psicótico, então, apresentará a

fragilidade e as características tão amplamente discutidas pela psicanálise, marcada pela recusa da realidade e, em alguns casos, por sintomas positivos - delírios e alucinações – e sintomas negativos.

E ao refletirmos às considerações realizadas até aqui, podemos pensar a relação dos profissionais de saúde mental com os pacientes psicóticos e com as mensagens paradoxais enigmáticas que eles comunicam como cenas que reativam seu próprio inconsciente encravado - implantadas e intrometidas – e que demandam ações psíquicas tradutivas ou defensivas.

Isso porque, como afirma Calich et al. (2009), as mensagens do inconsciente encravado

não seriam integradas ao psiquismo, tendo conexões apenas ao nível operatório, da metonímia, sendo responsáveis, quando de sua externalização (através da alucinação, psicopatia, passagem ao ato perverso etc.) pelos componentes *borderline*, perversos e psicóticos nas personalidades neuróticas ou não. Esse tipo de mensagem, por sua estrutura implícita, quando “retransmitida” na comunicação com o pequeno ser humano, não é primariamente estimuladora do psiquismo, mas sim – salvo exceções permitidas por uma excepcional capacidade tradutiva – da perpetuação da não significação transgeracional. (p. 62).

Antes de estimular o psiquismo, as mensagens, sobretudo, intrometidas, como vimos, o paralisa. Elas também constituem o psiquismo neurótico, contudo, nos casos de neurose, prevaleceu na SAF mensagem implantadas que garantiram possibilidade de tradução, de modo que o inconsciente sexual fruto dos restos não traduzidos dessas mensagens ganha em tamanho e importância psíquica. Assim como o Eu, constituído a partir do que foi traduzido, se apresenta mais fortalecido e rico em recursos tradutivos. No caso das psicoses, o processo inverso predomina, visto que são as mensagens paradoxais intrometidas do inconsciente encravado que dominam o funcionamento psíquico e são responsáveis pelas ações psíquicas que se expressam nos sintomas.

Diante disso, podemos pensar nos efeitos das mensagens dos psicóticos sobre os profissionais de saúde mental em dois níveis: um, relativo àquelas que expressam os encaves, impossíveis de tradução, as quais são ameaçadoras, violentas e que provocam horror, e outro, àquelas que expressam conteúdos implantadas, os restos não traduzidos do inconsciente recalçado e que provam inveja. O efeito destas mensagens podem ser a paralização diante do excesso pulsional e do paradoxo, seja no sentido de ativação dos elementos psicóticos do seu próprio psiquismo ou, ainda, nas tentativas de tradução e defesas.

Tarelho (2003) recorre às ideias de Anzieu (1975), expressas no artigo *A transferência paradoxica, da comunicação paradoxica à reação terapêutica negativa*, para problematizar a

implicação na clínica das mensagens paradoxais e os desafios que o processo terapêutico das psicoses pode apresentar.

Anzieu (1975 citado por Tarelho, 2003) discutiu a atitude terapêutica negativa de pacientes marcados por mensagens paradoxais. A partir dos resultados transferenciais da análise desses pacientes, ele constatou que eles tendiam a reproduzir com o analista as relações parentais marcadas pelo duplo vínculo e pelas mensagens paradoxais.

Segundo Tarelho (2003):

Anzieu salienta que esta transferência paradoxal resulta também da necessidade que tem os pacientes de infligir ao analista mandatos da mesma natureza que aqueles que eles próprios têm sido confrontados. Isso pode ser explicado, segundo ele, como um processo inconsciente impulsionado eminentemente pela pulsão de morte que busca garantir poder sobre o outro a base de enfraquecê-lo e destruí-lo<sup>25</sup>. (p. 163).

Esse tipo de transferência resulta em um vínculo terapêutico negativo entre a pulsão inconsciente do emissor, que objetiva a morte do outro, e a pulsão de autodestruição do destinatário.

A partir disso podemos supor que os pacientes psicóticos comunicam, nos seus sintomas e discurso, mensagens enigmáticas paradoxais encravadas intrometidas, portanto, sem quaisquer assistentes de tradução e com alto potencial traumático – o encravado bruto – que exigem reações psíquicas dos profissionais, ou seja, tentativas de traduções ou defesas frente ao horror do que é incompreensível, não simbolizável, e por outro lado, a defesa contra a inveja gerada pelo retorno do recalado, dos restos possíveis de tradução que elas mobilizam. Como vimos, as mensagens encravadas paradoxais referem-se à sexualidade e aos desejos impostos, mas ao mesmo tempo negados, e se pudéssemos expressá-las na comunicação feita aos profissionais poderia ser algo como: “eu desejo sem desejar” ou, ainda, “não desejando é que desejo”.

As relações e experiências vividas no cotidiano do trabalho com esses pacientes funcionam como segundas cenas do trauma, ou seja, cenas com potencial de mobilizar as mensagens encravadas do psiquismo dos próprios profissionais, e, ainda, da sua sexualidade e do seu desejo negado, ou seja, do recalado, convertendo-as em autotraumas.

---

<sup>25</sup> Anzieu subraya que esta transferencia paradójica se desprende también de la necesidad que tienen los pacientes de infligir al analista mandatos de la misma naturaleza que aquellos con los que se han visto enfrentados ellos mismos. Esto puede ser explicado según él como un procedimiento inconsciente propulsado eminentemente por la pulsión de muerte que trata de asegurar un poder sobre el otro a base de debilitarlo y destruirlo.

É precisamente diante de discursos e sintomas que comunicam mensagens permeadas pelo excesso pulsional, inclusive pela pulsão de morte, destituída da dimensão simbólica, não submetidas à possibilidade de tradução, que se deparam os profissionais de saúde mental. Em posse que estão de um psiquismo preparado para traduzir, com o auxílio dos assistentes de tradução fornecidos pela cultura e pelo seu saber científico, e, ainda, com condições egóicas para reprimir o excesso, parecem encontrar nas ações de indiferença e mesmo descrédito no discurso dos pacientes modos de tradução do que lhes é excessivamente traumático e que mobiliza tanto a dimensão encravada do seu psiquismo, quanto a dimensão recalcada expressa pelas pulsões sexuais e destrutivas. Assim, sentenças como: “não há cura”, “ele(a) é assim mesmo, deixa pra lá”, “ignora”, “leva na esportiva”, expressam suas traduções diante da loucura. E, como resultado do impasse decorrente do contato com mensagens intrometidas e implantadas, temos o horror e a inveja respectivamente.

Mobilizados que estão frente ao traumático dessa relação, os profissionais são invadidos por sentimento de impotência e angústia, o que também se configura como uma forma de tradução, como bem destacou Anzieu (1975 citado por Tarelho, 2003). Mannoni (1995), também destaca essa mesma condição ao tratar da contratransferência do analista de crianças deficientes intelectuais e psicóticas. Segundo a autora, as condições dos pacientes psicóticos levam à sensação de impotência no analista o que frustra sua fantasia onipotente e o torna, também, fóbico.

A indiferença, desqualificação do discurso psicótico ou mesmo as ações de violência moral e psicológica descritas, são, em nossa hipótese, traduções e defesas contratransferências frente à intensa angústia que sinaliza os perigos dos conteúdos inconscientes mobilizados por mensagens intrometidas, violentas e potencialmente desorganizadoras do psiquismo. E que reeditam, para os profissionais, a SAF, colocando-os no lugar de submissão e da impotência, já que se tratam tanto de conteúdos rebeldes às possibilidades de tradução, quanto dos restos não traduzidos e à espera de tradução.

O “que queres de mim?” talvez seja a pergunta que inconscientemente se fazem esses profissionais diante das comunicações dos psicóticos que os interpelam. Comunicações do que é paradoxal e violento que se insere psiquicamente pelas vias orais e anais, e, ainda, das mensagens que mobilizam os conteúdos recalcados, os restos não traduzidos das mensagens implantadas. Na nossa opinião, para responder essa pergunta talvez deva se pensar em questões como: “O que mobilizam em mim esses pacientes?” E, ainda, “Como reajo a essa mobilização?”.

Laplanche (1999, s.p.) destaca que: “Há análises que fecham as feridas: que há de mais legítimo que isso? Há análises que se fecham sobre as feridas, o que é muito menos desejável se bloqueiam, enquistam algum tipo de abscesso”.

Ao problematizarmos a prática assistencial das psicoses neste trabalho em seus elementos inconscientes é porque acreditamos em uma prática que saia da posição de fechar-se sobre as feridas, sobre os encraves e recalcamientos pouco integradores, silenciando-os, para desenvolver-se no sentido de novas possibilidades tradutivas, de atribuição de sentido e de enriquecimento egóico e, portanto, de fechamento de feridas e de alívio do sofrimento dos profissionais e com isso, quem sabe, dos próprios pacientes que podem se beneficiar desses desdobramentos. O que podemos expressar em termos bastante simples, como a possibilidade de profissionais, mais conscientes de suas fantasias e afetos, apresentarem novas traduções e novas ações. Esta tese precisamente visa oferecer alternativas tradutivas, aliás, ela mesma não deixa de ser uma possibilidade de tradução.

Assim, a partir da apresentação e análise das ideias de diferentes autores, mesmo em face das divergências teóricas, podemos, de modo geral, afirmar que o que domina nas psicoses é o desejo frustrado, impossível de satisfação através da ação integrada do eu, em torno dos objetos e da realidade externa, o que conduz ao narcisismo e à regressão a estados primitivos de funcionamento e organização psíquica.

Para Freud, Tausk e Federn a importância do narcisismo evidencia que a garantia da satisfação do desejo, em face das limitações impostas pela realidade externa, conduz a dinâmica psíquica e aos sintomas. Ainda que o desejo seja projetado no mundo e domine os sujeitos vindo de fora, por meio da influência de uma máquina, ou por meio da diminuição dos limites do Eu para garantir o retorno aos períodos em que os objetos estavam acessíveis e por isso poderiam ser reconhecidos, ou, ainda, pela tentativa de retorno ao estado de onipotência garantido pelo narcisismo secundário e a criação de uma realidade psíquica satisfatória.

Tausk e Federn avançaram ao implicar a dimensão transferencial na compreensão da dinâmica psíquica dos psicóticos e na análise de seus sintomas. Por isso, mesmo mantendo-se fiéis de modo geral às concepções freudianas, legitimaram a importância e a aplicação da psicanálise no tratamento das psicoses.

A expressão pulsional dos psicóticos, que se projeta no mundo e na realidade por meio dos sintomas e dos discursos, ou seja, no que sentem, fazem e falam, é o que conduz às relações transferências nessa patologia, fato que mobiliza, intensamente, o psiquismo dos profissionais na dimensão de suas próprias pulsões e desejos.

Aqui nos parece fundamental as contribuições da TSG e de Tarelho (2003), uma vez que, ao apresentarem a fundação tópica do psiquismo como resultado da SAF e o fortalecimento do Eu como resultados das traduções e retraduições das mensagens enigmáticas, evidenciam a centralidade da comunicação sexual do outro no processo de constituição e organização psíquica.

Desse modo, e aqui a contribuição de Tarelho (2003) nos inspira, as mensagens intrometidas e paradoxais comunicadas pelos psicóticos, intraduzíveis para eles, demandam ações psíquicas e tentativas de traduções e defesas dos profissionais de saúde mental, assim como as mensagens implantadas não traduzidas. Se todo o vínculo se apresenta como uma possível cena de reativação dos restos não traduzidos, ou seja, do inconsciente e, como vimos, dos possíveis encraves psicóticos existentes em todos os psiquismos, acreditamos que é no âmbito da dimensão traumática que devemos localizar o vínculo entre profissionais de saúde mental e pacientes psicóticos. Aqui a angústia e o horror se justificam. As mensagens paradoxais e intrometidas que dominam a comunicação do psicótico expressam o que há de mais violento no sexual.

Parece-nos que eles – os profissionais – vivenciam diariamente cenas e conteúdos que os desafiam em seus limites de satisfação pulsional tão duramente conquistados e na sua organização psíquica adquirida graças ao desenvolvimento do Eu e da sua relação com a realidade externa e com os objetos. Deste conflito entre a mobilização do seu inconsciente, proporcionada pelos pacientes, e suas próprias defesas psíquicas é que surgem as fantasias inconscientes de Satisfação Pulsional Ilimitadas e a inveja diante do recalcado e de Desintegração do Eu e os afetos de horror diante do encravado. Tais fantasias e afetos parecem funcionar como ações tradutivas e sintomatológicas, haja vista possibilitem por um lado a satisfação parcial dos desejos mobilizados e, por outro, a defesa contra eles.



## **CAPÍTULO 2 FANTASIAS INCONSCIENTES, HORROR E INVEJA: O DESEJO E AS DEFESAS MOBILIZADOS CONTRATRANSFERENCIALMENTE PELAS PSICOSES**

Propomos neste trabalho que a psicose mobiliza contratransferencialmente, nos profissionais de saúde mental, fantasias inconscientes. A partir dessa proposição, podemos compreender as práticas que silenciam os pacientes como produtos do recalçamento diante da inveja, e, ainda, como respostas ao horror diante dos conteúdos encravados violentos que não entram no circuito da tradução.

Por isso, neste capítulo definiremos o conceito de fantasia, sua importância para a psicanálise e, ainda, o que temos chamado de Fantasias Primitivas de Satisfação Pulsional Ilimitadas, Fantasias Primitivas de Desintegração do Eu e os afetos de horror e inveja. Contudo, antes analisaremos a contratransferência diante das psicoses.

### **2.1 A contratransferência<sup>26</sup> na relação com as psicoses**

A contratransferência não foi tema de grande interesse de Freud, de modo que sua função primordial na análise foi, aos poucos, reconhecida e teorizada por seus sucessores. Por Freud (1910/1996), no texto *As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica*, foi caracterizada como o resultado da influência da transferência do paciente sobre os conteúdos inconscientes do médico. Já Figueiredo (2003) a define como “uma dimensão fundamental do modo do analista colocar-se diante – ou, melhor dizendo, deixar-se colocar diante – do analisando e ser por ele afetado”. (p. 59).

Como já dissemos, são poucos os trabalhos de Freud que abordam marginalmente o conceito, estando ele localizado ora entre as dificuldades da técnica psicanalítica, ora como recurso necessário ao bom andamento da análise. Essa contradição, segundo Zambelli, Tafuri, Viana e Lazzarini (2013), permeou toda obra do autor e possibilitou a construção de duas perspectivas sobre o tema: a clássica e a contemporânea. Na perspectiva clássica, a contratransferência permanece como resistência inconsciente do analista, e na contemporânea como um recurso importante para a análise.

---

<sup>26</sup> Durante a banca de qualificação, o professor Simanke sugeriu a inclusão de dois livros importantes para uma melhor discussão do conceito de contratransferência, que são: *Transference and countertransference* de Racker (2002) e *History of countertransference* de Stefana (2017). Contudo, problemas na aquisição dos materiais inviabilizaram a inclusão neste momento, de modo que nos comprometemos a inclui-los em trabalhos futuros.

No texto *As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica*, Freud (1910/1996) compreende a contratransferência como um obstáculo que precisa ser dominado, uma vez que o sucesso da análise requer que o analista avance em relação aos seus próprios complexos e resistências.

Já no texto *Observações sobre o Amor Transferencial (Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise III)*, Freud (1915b/1996) caracteriza a contratransferência como uma resistência e chama a atenção para a abstinência do analista a qualquer reação emocional inconsciente frente às investidas afetivas ou conteúdos comunicados pelo paciente. Reconhece, portanto, a influência do paciente sobre o inconsciente do médico e a necessidade do autocontrole para não ceder às demandas pulsionais e afetivas mobilizadas contratransferencialmente. E como recurso para evitar a interferência do inconsciente do analista no processo de análise, Freud (1910/1996) destaca a importância da autoanálise.

Em *Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise* (1912/1996), o autor aponta para a necessidade do analista voltar seu próprio inconsciente, comparado a um órgão receptor, para o inconsciente emissor do paciente. O inconsciente do analista aqui é, portanto, instrumento necessário, sem o qual a análise não se efetiva. O uso do seu próprio inconsciente é a contrapartida para o analista da regra fundamental dirigida ao paciente. Ou seja, a contratransferência é reconhecida como parte fundamental da análise. Contudo, o uso do inconsciente pelo analista, como instrumento, requer que ele controle suas próprias resistências, já que elas podem limitar a percepção dos seus próprios conteúdos inconscientes mobilizados.

Assim, muito embora, só a partir da ampliação do conceito de transferência no interior da psicanálise, por iniciativa do argentino-polonês Racker na década de 1940 e de Paula Heimann na década 1950, houve a ênfase no seu reconhecimento como condição e instrumento de análise. Na concepção da contratransferência expressa no parágrafo anterior, Freud parece caminhar para a união ou, ainda, solucionar a contradição entre recurso e obstáculo. A contratransferência é um recurso, pois é o inconsciente do analista que captará ou será capaz de ouvir o inconsciente do paciente, mas somente se ele for capaz de controlar suas próprias resistências, seus próprios complexos e, desse modo, ouvir o seu próprio inconsciente mobilizado. Caso isso não aconteça e a resistência do analista impere, a contratransferência será mais um obstáculo.

Desse modo, embora Freud não aborde extensivamente o assunto, ele reconhece a presença e a implicação do inconsciente do analista frente à comunicação inconsciente do paciente e, ainda, o potencial paralisador que pode apresentar sobre o processo terapêutico.

Sobre a importância da contratransferência como recurso da análise, Figueiredo (2003) chama a atenção para o equívoco da sua utilização para nomear apenas o fenômeno de resposta ou reação do analista ao que lhe transfere o paciente. Nesse sentido, o autor apresenta a tese da existência de uma contratransferência primordial que transcende o espaço da análise, já que se constitui na

disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências e de outras modalidades de demandas afetivas e comportamentais profundas e primitivas, vindo a ser um deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio no que tem de desmesurado e mesmo de incomensurável, não só desconhecido como incompreensível (Figueiredo, 2003, p. 59).

A tese do autor é que somos, todos nós, afetados pelo que nos comunicam ou transferem as pessoas com as quais nos relacionamos desde o nascimento. A contratransferência primordial é uma disposição psíquica universal e básica para “servir como suporte para as transferências alheias, como destinatário e depositário de seus afetos e como coadjuvante de suas encenações”. (Figueiredo, 2003, p. 60).

Para o autor, ela está na raiz de todo o processo de constituição psíquica e de singularização, na medida em que a condição de desamparo do bebê o coloca na posição de suporte para as transferências dos pais e a partir delas constrói seus próprios processos psíquicos. Assim, a contratransferência primordial não se restringe ao psicanalista, embora seja fundamental para a análise, mas é condição *sine qua non* da constituição do sujeito.

Tem sua origem na dependência originária e, portanto, na condição universal. É um preocupar-se do qual depende a própria vida e existência psíquica. Figueiredo (2003) cita Winnicott para aproximar sua tese do conceito de *concern*, tomando-o como pré-original, ou seja, uma preocupação com o outro anterior à própria constituição psíquica. “O pré-original é a exposição traumática à alteridade, um começo de mim antes de Eu ter começado”. (Figueiredo, 2003, p. 61). Aqui identificamos, também, a influência de Laplanche (1992a) no que se refere à dimensão traumática da constituição psíquica através da alteridade.

Contudo, a disposição psíquica para a contratransferência primordial, ou seja, o preocupar-se com o outro e constituir-se a partir do que dele se recebe, depende da qualidade dos vínculos estabelecidos com os pais. Vínculos marcados pelo abuso e pela ambivalência não favorecem o desenvolvimento da contratransferência primordial. Tais vínculos são caracterizados pela recusa dos pais de também serem cuidados pelo filho, ou, de modo contrário, pela exigência de toda a forma de cuidado, ao mesmo tempo que se apresentam insubordinados e resistentes a ela, de modo que não aceitam a continência e amparo oferecidos

pelo filho. Para Figueiredo (2003, p. 61), esse modo de relação com os pais, que frustra ou impede a satisfação da contratransferência primordial, “alimenta o ódio, a inveja e a rivalidade nos filhos”. E, ainda, estão na base da constituição psíquica dos pacientes difíceis como os psicóticos e os *boderline*.

Figueiredo (2003) afirma, ainda, e isso é de nosso especial interesse, que:

Os maiores problemas na condução de um processo terapêutico surgem justamente quando algo da contratransferência primordial do analista parece ser atacado, na situação de análise, pelos chamados “pacientes difíceis”, indivíduos que, provavelmente, tiveram eles mesmos sérios problemas em sua constituição subjetiva no que concerne os abusos e desperdícios de sua contratransferência primordial. (p. 62).

Assim, podemos analisar a relação com os pacientes psicóticos como aquela que, de alguma forma ou em alguma medida, ataca a possibilidade de satisfação da contratransferência primordial dos profissionais de saúde mental, e isso porque esses pacientes foram frustrados ou impedidos de satisfazê-las quando da constituição do seu psiquismo. Isso significa que os pacientes, se apresentam resistentes ao cuidado, o que impede o estabelecimento da contratransferência da forma necessária à assistência e compreensão das suas demandas.

Acrescenta-se, ainda, como elementos que marcam a contratransferência diante das psicoses, as características dos conteúdos comunicados pelos pacientes, marcado pelo excesso pulsional, como já apontado. Tais elementos – resistência dos pacientes ao cuidado, ataque à contratransferência fundamental dos profissionais e excesso pulsional – configuram a contratransferência dos profissionais de saúde mental e dão sustentação para a produção das fantasias inconscientes e dos afetos de horror e inveja mobilizados.

O fato das mensagens comunicadas pelos psicóticos expressarem de forma concreta os afetos e desejos, uma vez que estão destituídos da dimensão simbólica, também é elemento importante para a compreensão da relação contratransferencial. Sobre isso, Figueiredo (2003, p.69) destaca que o psiquismo dos pacientes difíceis está atrofiado na capacidade de simbolizar e, com isso, “sua capacidade de configurar objetos e diferenciá-los está pouco desenvolvida e por isso há como que um esparrame de afetos sobre o analista”.

E, aqui, chegamos à problemática da transferência psicótica. Como sabemos, Freud foi um tanto cauteloso quanto a essa temática. Chegou mesmo a afirmar no texto *Introdução ao Narcisismo* (1914/2010) que os psicóticos eram incapazes de transferir, já que não possuíam relações objetais. E essa é a ideia que de modo geral impera sobre o posicionamento do autor acerca da impossibilidade da utilização da psicanálise para o tratamento das psicoses.

Contudo, Bocchi, Mendes e Oliveira (2011) destacam a existência de quatro períodos na obra freudiana sobre a transferência dos psicóticos. No primeiro período, que coincide com o início da sua prática clínica e diferenciação pouco rigorosa entre neuroses e psicoses, “a transferência dos pacientes psicóticos é uma evidência, inclusive com Schreber”. (p. 234). Muitos casos relatados por Freud como neuroses, nesse momento, hoje facilmente seriam diagnosticados como psicoses.

Já no segundo período, marcado, sobretudo, pelo distanciamento de Jung e pelo desenvolvimento do conceito de narcisismo, Freud acredita na impossibilidade do tratamento analítico das psicoses, uma vez que os pacientes seriam incapazes de transferir e quando o faziam, imperava uma poderosa transferência negativa. (Bocchi, Mendes & Oliveira, 2011).

O terceiro período é caracterizado por uma visão mais otimista, embora Freud reconheça as limitações da aplicação da técnica psicanalítica, tal como utilizada nas neuroses, para o tratamento das psicoses. Segundo Bocchi, Mendes e Oliveira (2011), Freud considera aqui a possibilidade do desenvolvimento de novas técnicas e recursos, inclusive a utilização da transferência negativa, para o atendimento das psicoses. Importante nesse momento é a consideração da existência da capacidade, ainda que limitada, de transferência nos psicóticos. Essa visão se deve, sobretudo, à influência do trabalho desenvolvido por Abraham com esses pacientes.

Para ilustrar essa terceira etapa, os autores apresentam a análise que Freud fez de um jovem psicótico e que foi descoberta recentemente em suas cartas enviadas ao Pfister. O que chama a atenção nesse caso é o frequente relato de como Freud era afetado pelas características e sintomas do paciente. Afetos como pena, medo da piora do paciente, medo do fracasso terapêutico, ódio e cordialidade são algumas das reações contratransferenciais apresentadas pelos autores. (Bocchi, Mendes & Oliveira, 2011). A dúvida entre abandonar a análise do paciente ou insistir permeia todo o processo terapêutico. E a angústia de Freud diante das dificuldades e limitações do tratamento é bem evidente.

Para Bocchi, Mendes e Oliveira (2011):

Freud não suporta nem transferência negativa, nem transferência positiva excessiva. Não suportar transferência negativa é problemático e inútil, pois, caso esta seja excessiva, é o paciente que não nos suporta. Logo, equivale a dizer que não suportamos pacientes que abandonam a análise. E, quanto à transferência positiva excessiva, esta, sim, constitui o principal perigo, ou seja, o maior inimigo da análise é a idealização que o paciente possa fazer do analista. Quando Freud escreve que é difícil analisar psicóticos, na verdade está apenas escrevendo sobre sua própria impossibilidade ou dificuldade momentâneas em analisar psicóticos. (p. 240-241).

Por fim, na quarta etapa, Bocchi, Mendes e Oliveira (2011) destacam o movimento de Freud que problematiza as possibilidades da análise, bem como da aproximação que realiza entre pensamento analítico e delírio. Nesse momento, marca, ainda, a proximidade entre a constituição e funcionamento psíquicos normal e neurótico do funcionamento psicótico. Assim, para Freud,

toda pessoa normal é apenas normal na média. Seu ego aproxima-se do ego do psicótico num lugar ou noutro e em maior ou menor extensão, e o grau de seu afastamento de determinada extremidade da série e de sua proximidade da outra nos fornecerá uma medida provisória daquilo que tão indefinidamente denominamos de “alteração do ego”. (Freud, 1937, p. 250, citado por Bocchi, Mendes e Oliveira, 2011, p. 245).

Dessa forma, os autores também destacam o que já abordamos neste trabalho, ou seja, a ideia da mobilização contratransferencial do psicótico relacionada à proximidade tanto em termos de constituição e características psíquicas, quanto dos conteúdos inconscientes e dos desejos que comunicam e transferem em seus sintomas e relações.

Com esse trabalho, Bocchi, Mendes e Oliveira (2011) evidenciam que Freud considerou sim a existência da transferência psicótica, porém as características dessa transferência impuseram para o autor algumas dificuldades e restrições. Muito embora, Freud tenha reconhecido a condição psíquica universal da transferência que se expressa em todas as relação e produções humanas e que, portanto, não se restringem à análise.

Contudo, outros autores psicanalíticos como Tausk, Federn, Klein, Winnicott, Lacan, entre outros, aprofundaram, teórica e praticamente, o conceito da transferência psicótica e contribuíram para a expansão da utilização da psicanálise no tratamento desses pacientes. E nós acreditamos no potencial mobilizar e traumático da comunicação e da transferência psicótica, que exigem dos profissionais ações psiquicamente contratransferenciais.

## **2.2 As fantasias**

O conceito de fantasia é fundamental na obra freudiana e foi responsável pela transformação da psicanálise quando do abandono da teoria da sedução e do reconhecimento das fantasias como expressões da realidade psíquica regida pelo desejo. Essa reviravolta implicou em transformações conceituais e técnicas que se mantêm até hoje, mesmo em face das diferentes escolas e autores.

Na *Carta 61*, as fantasias são definidas por Freud (1897a/1996) como estruturas protetoras, sublimações que embelezam os fatos e possibilitam a auto absolvição, visto que

objetivam diminuir a culpa diante do desejo de quem as produz. No *Rascunho M*, nesse mesmo caminho, Freud (1897b/1996) apresenta as fantasias como produções que se colocam à frente do recalçado, ou seja, como um obstáculo ou falseamento do seu verdadeiro conteúdo. Assim, ele nos diz “As fantasias originam-se de uma combinação inconsciente, e conforme determinadas tendências, de coisas experimentadas e ouvidas. Essas tendências têm o sentido de tornar inacessível a lembrança de qual emergiram ou poderiam emergir os sintomas”. (Freud, 1897b/1996, p. 307).

Desse modo, elas são produzidas por meio de combinações de diferentes conteúdos, decomposições, falseamento cronológicos (ou seja, a partir da lógica do processo primário, embora ele não o diga aqui), no qual se juntam fragmentos visuais e fragmentos auditivos de diferentes experiências. Esse processo, para o autor, torna impossível estabelecer a conexão original. Quando essas fantasias são intensamente investidas e, por isso, ameaçam irromper à consciência, um novo recalçamento ocorre e os sintomas são estabelecidos. Por isso, o processo de análise deve partir dos sintomas em direção às fantasias e delas até o verdadeiro reprimido. São formações psíquicas defensivas.

Na realidade, essa concepção freudiana da fantasia remonta ao início da compreensão sobre a neurose e, portanto, à teoria da sedução. Desse modo, as fantasias seriam obstáculos para se chegar à cena real da sedução.

Contudo, nesse mesmo período, Freud (1897c/1996) na *Carta 69*, com a célebre frase “Não acredito mais em minha neurótica” (p. 315), reconhece a fragilidade de sua teoria e passa a considerar as fantasias como produções importantes do desejo e, portanto, a contrapor a realidade externa ao conceito de realidade psíquica, de modo que o último passa a ser legitimado como a verdade a ser compreendida e analisada pela psicanálise.

Assim, após 1897, a fantasia ganha importância na expressão do inconsciente e na composição do sintoma, como fantasia de desejo. E, ao lado dos sonhos, passará a compor a teia de produções psíquica enquanto objeto da psicanálise. Para Freud (1917b/2014), a prática analítica pode mostrar que as lembranças infantis expressas em análise são, algumas vezes, completamente falsas, outras, absolutamente verdadeiras e, na maioria das vezes, uma mescla de lembranças falsas e verdadeiras. “Os sintomas são, portanto, ora representação de vivências ocorridas de fato, às quais cabe atribuir influência na fixação da libido, ora representação das fantasias do doente, naturalmente inadequadas para um papel etiológico”. (p. 488).

Portanto, como afirma Abel (2011), a verdade histórica na psicanálise passa a ser composta pela verdade material e pela fantasia de desejo, de modo que a realidade psíquica ganha destaque sobre a realidade material. Desse modo, a fantasia assumirá duas dimensões na

teoria freudiana, quais sejam: obstáculo fictício à descoberta do reprimido, ou seja, uma defesa e, ainda, como verdade imaginada que representa o desejo e compõe o sintoma. A base ou a força motriz para a produção das fantasias é, portanto, a pulsão.

Freud (1908/2015), no texto *O Escritor e a Fantasia*, destaca a dificuldade humana em renunciar a um prazer experimentado. A partir dessa afirmação, ele vincula as fantasias à satisfação dos desejos infantis reprimidos, considerando-as seus substitutos. A fantasia nesse texto é considerada como um fenômeno universal do psiquismo humano. O constrangimento e o silêncio diante da sua existência e importância estão atrelados ao infantil proibido que representam, embora essa relação direta não seja estabelecida facilmente. Os sujeitos que fantasiam se envergonham, mas nem sabem o porquê. Diante dessa afirmação, Freud (1908/2015) se pergunta como então é possível conhecê-las, descobrir as suas características e importância, dado o compromisso que quem as produz tem de escondê-las?

Para ele, essa pergunta pode ser respondida a partir do trabalho analítico com os neuróticos, descritos como pessoas que na busca pela cura comunicam ao médico suas fantasias. É dessa fonte que o autor supõe a universalidade das fantasias, ou seja, sua existência nas pessoas sadias. Contudo, Freud (1908/2015) nos alerta que as fantasias não são produtos imutáveis em conteúdo e manifestação, pois trazem as marcas do tempo, das impressões e experiências vivenciadas em cada etapa da vida dos sujeitos. Assim:

Pode-se dizer que uma fantasia “paira” entre três tempos — os três momentos de nossa atividade ideativa. O trabalho psíquico parte de uma impressão atual, uma ocasião no presente que foi capaz de despertar um dos grandes desejos do indivíduo, daí retrocede à lembrança de uma vivência anterior, geralmente infantil, na qual aquele desejo era realizado, e cria então uma situação ligada ao futuro, que se mostra como realização daquele desejo — justamente o devaneio ou fantasia, que carrega os traços de sua origem na ocasião e na lembrança. Assim, passado, presente e futuro são como que perfilados na linha do desejo que os atravessa. (Freud, 1908/2015, p. 156).

Assim como nos sonhos, afirma o autor, as fantasias também se apresentam deformadas, já que o desejo proibido que representam precisa ser disfarçado para que elas se aproximem ou adentrem a consciência. É a intensidade pulsional, ou seja, o investimento que recebem que as tornam potencialmente perigosas para a entrada nas neuroses ou nas psicoses. Por isso, Freud (1908/2015) as considera como precursoras imediatas dos sintomas patológicos.

No entanto, a constatação de que os neuróticos se afastam da realidade insuportável, no todo ou em parte, possibilitou que Freud (1911b/2010), em *Formulações Sobre os Dois Princípios do Funcionamento Psíquico*, compreendesse a relação universal dos seres humanos com a realidade. Nessa perspectiva, as fantasias são consideradas produções psíquicas



primitivas, que guardam relação direta com o funcionamento primário – regido pelo princípio do prazer – característico do início da vida mental.

Desse modo, as fantasias apresentam o compromisso de satisfazer desejos, tal como a primeira satisfação de desejo alucinatória do bebê, que se manteve como recurso psíquico mesmo em face das evoluções e transformações do psiquismo individual e coletivo. Como afirma o autor:

Com a introdução do princípio da realidade, dissociou-se um tipo de atividade de pensamento que permaneceu livre do teste da realidade e submetida somente ao princípio do prazer. É a atividade da fantasia, que tem início já na brincadeira das crianças e que depois, prosseguindo como devaneio, deixa de lado a sustentação em objetos reais. (Freud, 1911b/2010, p. 84).

Apesar disso, como já destacamos, as fantasias são produzidas e organizadas – porque há um certo tipo de lógica no desejo infantil – a partir dos conteúdos atuais das experiências vividas. Representam o passado, o presente e o futuro da satisfação pulsional.

A universalidade reconhecida nas produções fantasmáticas, assim como nas artísticas e nas míticas, possibilita a Freud reconhecer a cultura e seus diferentes produtos como expressão da realidade psíquica. Desse modo, podemos compreender que as fantasias individuais estão em estreita relação com as produções culturais, que expressam os aspectos universais do desejo. Já para a TSG, as produções culturais são assistentes de tradução das mensagens enigmáticas

Tomar a fantasias de um sujeito diante das psicoses, portanto, é reconhecer a existência de conteúdos singulares, referentes às vivências e demandas pulsionais de cada um e com a marca do tempo, e coletivas, que a compõem e organizam em termos de narrativas, ideias, valores e pensamentos que expressam, ou, ainda, encobrem o desejo. Lembremos que as fantasias são concebidas de duas formas na teoria freudiana: como defesa e como substitutos da satisfação do desejo. E, ainda, como traduções do enigmático para a TSG.

Nós as consideramos ações psíquicas dos profissionais de saúde mental diante da sedução empreendida pelo paciente psicótico, cuja a sexualidade, marcada por mensagens paradoxais intrometidas, não está recalcada e que apresentam potencial violento para a mobilização do sexual reprimido dos próprios profissionais e, ainda, para as dimensões psicóticas, os enclaves intrometidos, do seu próprio psiquismo.

Por isso, defendemos a existência de dois conjuntos de fantasias: um de Satisfação Pulsional Ilimitada vinculado às vivências da sexualidade polimórfica perversa e ao narcisismo e, outro, de Desintegração do Eu, que congregam os elementos psicóticos, os desorganizados, os violentos, os rebeldes à tradução e os regidos pela pulsão de morte, ativados pelo traumático

das psicoses. Tais fantasias expressam a satisfação pulsional livre e irrestrita o que pressupõe um psiquismo totalmente dominado pelo inconsciente e, portanto, sem às resistências empreendidas pelo Eu desintegrado ou inexistente. Em última instância, o desaparecimento do Eu, com suas restrições e defesas, também é desejado.

Nos parece que diante das mensagens, do pulsional, comunicado pelos psicóticos, os profissionais, que possuem recursos para traduzir e recalcar, reagem de duas maneiras: ora se traumatizam, ora traduzem o enigmático dessas mensagens. Desse modo, as fantasias são defesas e, também, traduções possíveis que conduzem a novos recalcamientos. A indiferença e o silenciamento diante das mensagens dos psicóticos, por sua vez, se configuram como sintomas diante do horror e da inveja mobilizados.

É a partir dessas duas perspectivas que propomos compreender as fantasias inconscientes mobilizadas pelas psicoses e que são base para a emergência do horror e da inveja que se expressam na prática defensiva dos diferentes profissionais de saúde mental, marcada pelo silenciamento e pela indiferença. Isso porque o contato com as diferentes formas de comunicações e transferências psicóticas exige do psiquismo dos profissionais agir e reagir diante das mobilizações inconscientes promovidas. Trata-se de reações frente ao pulsional, sexual e agressivo, em sua dimensão bruta e violenta, sem mediações simbólicas ou recalcamientos. Condição que coloca o Eu dos pacientes sob o domínio do desejo às custas da perda de importantes funções e, sobretudo, pela negação da realidade que impede a satisfação e da construção de uma nova favorável ao desejo.

As fantasias produzidas pelos profissionais auxiliam tanto na defesa diante da excitação pulsional – polimórfica perversa – e da consequência psíquica da sua satisfação ilimitada e irrestrita, como na desintegração do Eu, pela ação da pulsão de morte desvinculada dos objetos ou, mesmo, pelo êxtase ou nirvana, que culmina na morte. E, ainda, expressam substitutos desses mesmos desejos que se expressam de forma mais controlada e próxima aos domínios do Eu e das defesas, já que as fantasias são compostas pelo presente e por elementos conscientes que atribuem lógica e mesmo limites aos desejos. Os afetos que elas mobilizam – horror e inveja – demonstram essa ambivalência e conflito entre desejo e proibição, organização psíquica e desintegração do Eu, em última instância, entre pulsão de vida e pulsão de morte.

### **2.3 O horror à loucura nossa de cada dia**

Afirmamos que a psicose mobiliza o horror nos profissionais de saúde mental e é esse potencial provocador que será discutido aqui. Para isso, tomaremos como base Freud

(1919/2010) e seu texto *O Inquietante*, no qual o autor analisa as características dos fenômenos que causam inquietação na maioria das pessoas, como a própria loucura.

A afirmação que a loucura causa horror não traz nenhuma novidade. O modo como a literatura, as artes, a religião e mesmo a ciência retratam e tratam essa condição humana são provas importantes dessa afirmação. Foucault (1972) na *A História da Loucura*, realiza uma importante análise das transformações no lugar que a loucura ocupou no discurso social em diferentes momentos históricos até se tornar objeto exclusivo da psiquiatria no século XIX.

Contudo, mesmo em lugares diferentes – poderes sobrenaturais, possessão demoníaca, desvio moral e doença mental – a loucura e suas explicações sempre foram permeadas pelo estranhamento e pela diferenciação. O louco e suas características sempre foram colocadas em um lugar de destaque, como exagero e ameaça que causa, sobretudo, inquietação e desconforto.

Nas sociedades modernas, principalmente, é apresentada como um modo inferior de existência vinculado à irracionalidade, às paixões e à falha de caráter. E por isso, os loucos foram, e ainda são de alguma forma, mantidos à margem da vida social, seja trancafiados em manicômios, seja dopados com doses altas de psicotrópicos, seja ignorados e silenciados.

Mannoni (1981) destaca que a recusa do louco de ser curvar às normas adaptativas da sociedade os encerra na situação que foi construída para eles. Situação construída e vivida no interior dos hospitais psiquiátricos, marcada pela angústia, o pavor e a rejeição. Na cena montada, o poder dos profissionais sobre suas vidas se expressa, em muitos casos, na própria violência e em uma “loucura permitida”. Alguns pacientes “se transformam em elementos de um espetáculo (fazem parte do mobiliário, dizem os enfermeiros). São eles a miséria, o horror, a decadência, e são tudo isso dentro do seu silêncio ou dos seus gritos”. (Mannoni, 1981, p. 29).

Freud (1919/2010) define o inquietante (*Unheimlich*) como fenômeno que “relaciona-se ao que é terrível, ao que desperta angústia e horror, e também está claro que o termo não é usado sempre num sentido bem determinado, de modo que geralmente equivale ao angustiante”. (Freud, 1919/2010, p. 248). E o autor se propõe a encontrar o núcleo comum dos fenômenos inquietantes e conclui, mesmo contrariando a literatura da época<sup>27</sup>, que se trata de fenômenos que remetem ao que é bastante familiar e, por isso, muito conhecido. Ou seja, o inquietante (*Unheimlich*), o é justamente pela familiaridade que temos com ele.

Mas em que nível se localiza essa familiaridade? Freud (1919/2010) responde a essa pergunta retomando alguns temas abordados na obra de E. T. A. Hoffmann, a quem denominou

---

<sup>27</sup> Freud (1919/2010) afirma existir apenas um trabalho na literatura psicológica e psiquiátrica da época sobre o inquietante. Ele se refere ao trabalho de E. Jentsch, que na contramão das afirmações de Freud, vincula o inquietante ao que é novo, não familiar e, por isso, inapreensível intelectualmente.

de “inigualável mestre do inquietante na literatura” (p. 262). Freud (1919/2010), ao analisar temáticas inquietantes abordadas por esse autor, como: a perda dos olhos ou de partes do corpo, a vida em objetos inanimados, os sócias ou os duplos, o fator de repetição que impõe a ideia de algo fatal, a realização de todos os desejos, a inveja, o mau-olhado, a morte e o retorno dos mortos, afirma que elas se encontram em duas dimensões da vida psíquica humana: ou fazem parte da história primitiva do funcionamento psíquico, já superada pelo desenvolvimento, tal como o animismo e onipotência do pensamento, ou remontam às fantasias e complexos infantis reprimidos.

Assim, a proximidade do inquietante, para ao autor, tem relação direta com o inconsciente, com a lógica dos processos primários e com o reprimido. Diante disso, ele afirma que “esse *unheimlich* não é realmente algo novo ou alheio, mas algo há muito familiar à psique, que apenas mediante o processo da repressão alheou-se dela”. (Freud, 1919/2010, pp. 267-268).

Continua ele:

se a teoria psicanalítica está correta ao dizer que todo afeto de um impulso emocional, não importando sua espécie, é transformado em angústia pela repressão, tem de haver um grupo, entre os casos angustiantes, em que se pode mostrar que o elemento angustiante é algo reprimido que retorna. Tal espécie de coisa angustiante seria justamente o inquietante, e nisso não deve importar se originalmente era ele próprio angustiante ou carregado de outro afeto. (Freud, 1919/2010, p. 268).

O poder de inquietar e com isso gerar angústia, medo e horror de alguns fenômenos está no perigo que representam por reavivar ou fazer emergir conteúdos, desejos e modos de satisfação renunciados, proibidos e reprimidos. A angústia é o sinal desse perigo.

Assim, nesse ponto, retomamos o potencial inquietante das psicoses para os profissionais de saúde mental, já que o modo de funcionamento psíquico e os sintomas que os pacientes apresentam expressam o inconsciente em sua lógica de funcionamento e em seus conteúdos, fantasias e desejos. Sobre isso, Freud (1919/2010) nos diz:

O efeito inquietante da epilepsia e da loucura tem a mesma origem. Os leigos veem nelas a manifestação de forças que não suspeitavam existir no seu próximo, mas que sentem obscuramente mover-se em cantos remotos de sua própria personalidade. De modo conseqüente e psicologicamente quase correto, a Idade Média atribuiu todas essas manifestações patológicas à ação de demônios. E não me surpreenderia se a psicanálise, ocupando-se em desvendar tais forças secretas, por isso mesmo se tornasse inquietante para muitas pessoas. (p. 271).

Destacamos dessa fala do autor o feito inquietante da loucura apenas sobre os leigos. E nos perguntamos: a quem Freud (1919/2010) chama de leigos? A todos que desconhecem a Psicanálise e os domínios do inconsciente? Nós propomos ampliar essa definição para todos

aqueles que, mesmo em posse de tais conhecimentos teóricos, são leigos no potencial mobilizador da psicose em seus próprios conteúdos inconscientes e da implicação deles na sua relação com a loucura. Ou seja, a todos aqueles que, em contato direto com a psicose, não são capazes de perceber a extensão do seu efeito mobilizador e, por isso, recorrem às práticas defensivas, como indiferença e o silenciamento dos psicóticos, para lidar com a própria angústia.

Inclusive, afirma Mannoni (1981), o saber científico e as classificações nosográficas são recursos defensivos utilizados pelos profissionais para se defenderem da verdade – a verdade do inconsciente – comunicada pelos pacientes psicóticos. Para justificar essa afirmação, a autora cita a seguinte fala de uma estudante entrevistada por ela: “Quando um alienado fala, chego rapidamente a classificá-lo em tal ou qual categoria nosográfica. O saber sobre a moléstia, isso protege a gente”. (Mannoni, 1981, p. 29). O saber científico, ainda hoje, para muitos, é recurso que prescinde da fala do paciente e da compreensão particular de seus sintomas e sofrimento. Os manuais – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) e o Catálogo Internacional de Doenças (CID 10) – já trazem a descrição sintomatológica de cada quadro, restando aos médicos e demais profissionais, muitas vezes, apenas atribuir o diagnóstico.

Freud (1919/2010), destaca uma condição importante para que os fenômenos que remetem aos modos superados de funcionamento psíquico e aos conteúdos reprimidos sejam inquietantes. Segundo o autor, eles precisam atingir ou, ainda, anular as fronteiras entre fantasia e realidade, ou seja, “quando nos vem ao encontro algo real que até então víamos como fantástico, quando um símbolo toma a função e o significado plenos do simbolizado, e assim por diante”. (Freud, 1919/2010, p. 271).

Assim, a condição de ser inquietante é que faça parta das experiências vividas, da realidade. Aqui a realidade é tomada nos dois sentidos: o sentido psicanalítico, ou seja, de realidade psíquica quando se trata dos complexos infantis, e de realidade externa, quando se tratam das crenças e dos modos de funcionamento psíquicos superados. Ou seja, para que o reprimido seja novamente inquietante ele precisa ultrapassar a barreira da repressão, ao passo que as crenças psíquicas primitivas superadas, como a onipotência do pensamento, precisam encontrar elementos ou fatos na realidade externa que as corroborem, tal como ocorre com as superstições. Para o autor, “o inquietante das vivências produz-se quando complexos infantis reprimidos são novamente avivados, ou quando crenças primitivas superadas parecem novamente confirmadas”. (Freud, 1919/2010, p. 276).

Assim, nos parece evidente o potencial inquietante e gerador de horror que a psicose apresenta, já que nela estão presentes tanto os modos de funcionamento psíquico e as crenças superadas, como a onipotência do pensamento e o próprio narcisismo entre outros, quanto os complexos e conteúdos infantis, como a sexualidade polimórfica perversa e os desejos renunciados. Ou seja, as psicoses inquietam e causam horror porque evidenciam os perigos do nosso próprio psiquismo.

Mannoni (1981) vem ao nosso auxílio quando evidencia essa condição na fala de uma outra estudante entrevistada: “O hospital psiquiátrico, a gente não está preparado para enfrentá-lo. Distribuo os medicamentos, mas procuro não falar muito com os doentes. Eu me sinto exageradamente em seu lugar, tenho então vontade de fugir”. (p. 30). Outra estudante relata o quanto se sente sozinha e irritada diante das limitações do seu trabalho em relação às demandas dos pacientes e da falta de cooperação das enfermeiras:

— É duro o hospital. Coloco-me no lugar dos que sofrem. Vejo tudo que a eles falta. Como escuto e atendo às suas solicitações, acabei por ser comida pelos doentes. Não tenho tempo para fazer o meu trabalho, porquanto as enfermeiras, em resposta à minha atitude, não executam suas funções. Encontro-me, assim, sozinha e irritada. Será preciso que eu aprenda a fazer o mesmo que os rapazes, aprender a ser surda, a circular como um autômato, sem olhar muito as coisas, sem escutar demasiadamente, para evitar as confusões. (Mannoni, 1981, p. 30).

Nessa fala, nos parece que a indiferença em relação às demandas dos pacientes se torna uma necessidade e um pacto entre os profissionais. Um pacto que serve para enfrentar os limites assistenciais e, acreditamos, o ominoso da loucura e o inquietante que ela representa. Talvez seja preciso desumanizar para não se identificar. Os novatos, que se sensibilizam, são hostilizados e punidos até que concluem que não há muito o que se fazer.

Os profissionais de saúde mental analisados neste trabalho, além de se depararem com as limitações de atuação em instituições de saúde no Brasil, estão em contato direto com os pacientes e suas demandas complexas que os comem, ou seja, os consomem, vivenciando com eles experiências que a todo momento evidenciam as fragilidades do psiquismo humano e, até mesmo, as consequências que a vivência do desejo pode acarretar.

Não raro, as vivências da sexualidade infantil são combatidas por adultos com ameaças que envolve, inclusive, a loucura. Como exemplo, citamos a crença comunicada às crianças que a prática da masturbação e, portanto, o prazer, leva à loucura<sup>28</sup>. Essas produções culturais,

---

<sup>28</sup> Essa crença e outras vinculadas à masturbação podem ser encontradas na reportagem “*O prazer em suas mãos*” publicada em 31 de outubro de 2016 na revista Superinteressante, disponível em: <https://super.abril.com.br/ciencia/o-prazer-em-suas-maos/>.

assistentes de tradução, abrem margem para a produção de fantasias e mesmo dão sentido a algumas fantasias produzidas em torno da sexualidade infantil e, também, da loucura. O louco, no imaginário social, é aquele que foi dominado pelas paixões e pelo descontrole, ou seja, pela vivência livre dos desejos e, por isso, é visto como uma ameaça.

É da produção cultural e das vivências coletivas e particulares dos profissionais de saúde mental que retiramos os elementos para a construção daquilo que denominamos de Fantasias Primitivas de Satisfação Pulsional Ilimitada e Fantasias Primitivas de Desintegração do Eu. As primeiras, da ordem do sexual puro e as segundas, como consequência das primeiras, representam os perigos que o domínio pulsional, falamos da pulsão de morte livre, podem acarretar ao Eu, ao psiquismo e aos objetos. Assim, diante desta ameaça ímpar de desintegração do Eu, torna-se necessário defender-se e neutralizar os efeitos das fantasias de Satisfação Pulsional Ilimitadas mobilizadas pela sedução e pelo sexual comunicado pelos psicóticos.

A loucura sempre foi ligada, no imaginário e no discurso social, ao enigmático, à irracionalidade, ao excesso das paixões, da sexualidade, do ódio, do ciúme, da inveja. Ou seja, daquilo que é da ordem do humano, mas do seu lado condenável e, portanto, proibido e omitido. “Se a loucura nos interpela, é que ela invoca este outro em nós mesmos, a quem somos tentados a exilar no esquizofrênico, como se desfaz de um objeto tabu”. (Mannoni, 1981, p. 32).

Portanto, o que se evidencia na loucura é o que está no inconsciente de cada um de nós e o que resiste ao trabalho recalcador da cultura. O louco apenas perdeu a luta que diariamente travamos a favor da repressão e contra os nossos desejos. Por isso, ela inquieta e as fantasias e desejos que mobiliza provocam horror. Tal afeto, inclusive, pode ser útil para que os profissionais renunciem e empreendam novas defesas diante dos desejos e fantasias mobilizados. Com isso, podem ser estabelecidas barreiras cada vez maiores entre eles e os pacientes, de modo a proteger a saúde mental e a organização psíquica que possuem e encontra-se sob ameaça, o que levaria, em contrapartida, a ações cada vez mais defensivas e sintomáticas desses profissionais.

#### **2.4 A inveja e o ódio na relação assistencial**

Acreditamos que a psicose, além do horror, mobiliza a inveja. Ambos os afetos estão vinculados aos dois conjuntos de fantasias que separamos para fins didáticos. A inveja vinculamos, sobretudo, às fantasias Primitivas de Satisfação Pulsional Ilimitada – que também provocam horror e levam à defesa – ou seja, aos modos de satisfação dos desejos sexuais

infantis, bem como o retorno ao narcisismo e, com ele, à onipotência e à independência dos objetos e da realidade externa para a satisfação pulsional.

Soma-se a isso, a expressão das pulsões agressivas – o inconsciente a céu aberto – que o psicótico expressa em seu discurso, sintomas e ações, que se dá de forma desimpedida e sem culpa. A relação com a psicose pode implicar, em muitos momentos, na materialização das fantasias mais primitivas de satisfação pulsional, daí a inveja.

A inveja é um dos pecados capitais e conjuntamente com a luxúria, a preguiça, a gula, a ira, a soberba e a avareza, está presente nas discussões acerca das categorias morais humanas e em produções culturais, como a literatura, por exemplo. Epstein (2004) destaca que a sua principal característica é a clandestinidade, o que a torna uma emoção oculta que, na maioria das vezes, não é vinculada e nem percebida como fonte das ações humanas.

Objeto de análise de muito filósofos e pensadores, como Kant, Schopenhauer e Nietzsche, a inveja aparece de modo geral como uma paixão negativa que tem como objetivo a destruição da felicidade do outro. Aquele outro que, com suas qualidades e posses, denuncia a inferioridade do invejoso. (Epstein, 2004).

Epstein (2004) apresenta a definição do Oxford English Dictionary (OED) como a que melhor contempla as características da inveja. Nessa definição, a inveja é descrita como “o sentimento de mortificação e má vontade provocado pela contemplação de vantagens superiores possuídas por outrem”. (Epstein, 2004, p. 29). Por isso, ela vem acompanhada de ódio, destrutividade e maldade. E, segundo o autor, sua generalidade e prevalência entre os homens levou Kant a concebê-la como inerente à natureza humana. O fato de todas as línguas possuírem uma palavra para a inveja parece corroborar com a generalidade desse afeto. (Epsten, 2004).

Dentre os sete pecados capitais, a inveja é o que mais escandaliza e envergonha o pecador, a vítima e a sociedade. Isso porque ser acusado de inveja atinge diretamente o caráter. Ela nunca é vista como algo bom ou positivo e em sua base há sempre um forte ressentimento e sentimento de injustiça que se expressa em perguntas como: “Por que ele(a) e não eu?”, ou “E quanto a mim?”.

A inveja pode se manifestar de diversas formas e o desdém excessivo pode ser uma delas, já que é tendência da maioria das pessoas, segundo Epstein (2004), desdenhar o que não consegue fazer ou ter.

Para o autor, a origem da inveja está nos sonhos e nos devaneios, já que “um dos principais tipos de sonhos é com coisas que não temos, não podemos ter e, às vezes, nem deveríamos ter”. (Epstein, 2004, p. 26). Ou seja, a inveja aqui é vinculada, pelo autor, aos desejos inconscientes que se imagina realizados nos outros, principalmente, os proibidos. Os



bens invejados, inclusive, podem ser muito nocivos e destruir a vida e, por isso, o autor destaca a ausência da lógica na inveja. Assim, essa emoção reside no âmbito mais profundo do psiquismo, ou seja, no inconsciente ao lado das fantasias e dos desejos mais profundos.

É justamente nesse âmbito que apresentamos a inveja dos profissionais de saúde mental em relação aos psicóticos, já que as fantasias inconscientes mobilizadas são aquelas das vivências prazerosas e irrestritas da sexualidade polimórfica perversa que foram reprimidas por entrarem em conflito com o Eu e que, portanto, não podem ser realizadas e ameaçam a integração do Eu e mesmo a vida. É a condição de realização, de satisfação, do desejo dos psicóticos que desperta inveja.

Sobre isso, afirma Mannoni (1981):

Se, na neurose, o indivíduo escotomiza uma parte de sua realidade psíquica, na psicose é com a realidade exterior que o indivíduo introduz uma ruptura; do vazio no qual é ele engolido apela para o fantástico, a fim de que venha tapar a abertura. É esse fantástico que nos fascina, desperta o que está em jogo nas nossas próprias fantasias. Nossas intervenções apressadas, nossas interpretações prematuras nascem de nossa angústia diante do mal-estar que em nós suscita o vazio no qual o outro se movimenta. (p. 72)

Dessa forma, a condição de criar uma nova realidade, condizente com o desejo de estar livre das amarras e proibições sociais e morais, coloca o louco, ainda que no plano das fantasias dos profissionais, em lugar privilegiado de satisfação pulsional.

Uma dimensão da inveja particularmente interessante para este trabalho, apontada por Epstein (2004), é o fato dela se voltar para pessoas apenas ligeiramente melhores do que o invejoso. Ou seja, não se inveja os excessivamente superiores, mas aqueles que desfrutam de estados que poderiam ser desfrutados por nós. E, como já dissemos em outros momentos, é no âmbito da proximidade dos desejos, dos sintomas e das características dos psicóticos que localizamos a intensa mobilização de fantasias e afetos nos profissionais de saúde mental. Mais uma vez, é a proximidade do estado psicótico com as dimensões do psiquismo dos profissionais que desperta o inconsciente, a angústia e a inveja.

Epstein (2004, p. 98) afirma ainda que a emoção *Schadenfreude*, expressão alemã que significa “o prazer com o fracasso ou a derrota de outrem”, acompanha a inveja. Assim, o invejoso não quer apenas destruir aquilo que inveja no outro, ele se regozija em vê-lo fracassar e, sobretudo, humilhar-se e ser humilhado. Desse modo, podemos pensar nas implicações da inveja na relação e vínculo estabelecido entre profissionais de saúde mental e pacientes. Seria a violência psicológica, a desqualificação das falas dos pacientes e a discriminação, formas de

humilhação movidas pela inveja? Uma punição empreendida com o objetivo de confirmarem para si mesmos o equívoco da condição psíquica e libidinal dos pacientes?

Segundo o autor, o desejo é também a mola propulsora para a inveja, pois se inveja aquilo que se deseja. Freud e a psicanálise não se abstiveram do reconhecimento da importância da inveja na organização psíquica. O complexo de castração e a inveja do pênis são conceitos fundamentais para a compreensão do complexo de Édipo e da organização psicosssexual infantil. A primazia do falo, como órgão que simbolicamente representa o gozo e o poder, divide os seres humanos em duas categorias: aqueles com pênis e por isso com a garantia do prazer, de um lado, e, de outro, aqueles sem pênis, castrados e com a inveja e o rancor por não possuírem essa importante fonte de satisfação.

Dessa maneira, a primazia do falo na teoria freudiana da organização sexual infantil permite reconhecer a existência de um órgão que coloca quem o possui em um lugar de superioridade. O falo é fonte de poder e gozo e por isso superestimado. Às mulheres que não o possuem, resta a busca incessante por substitutos, bem como a inveja, o ódio e a rivalidade com os homens. Por outro lado, os homens também invejam e rivalizam com aqueles que, supõem, possuem um falo maior e, com ele, um poder superior ao seu.

A inveja, na teoria freudiana, pode ser estendida às relações afetivas de modo geral. Na disputa pelo amor dos pais, na rivalidade com os genitores, nas relações de amizade, de trabalho, ou seja, em todas as situações nas quais alguém se encontra em condições mais favoráveis, sobretudo, no âmbito da satisfação do desejo.

Entretanto, na psicanálise, foi Melanie Klein quem mais se dedicou à teorização do conceito e sobre sua influência nas relações afetivas com os objetos de amor e, conseqüentemente, na constituição do Eu. Em seu texto *Inveja e Gratidão*, Klein (1957/1991) descreve a inveja como atitude psíquica que está na base da relação da criança com a mãe. Ela se caracteriza como expressão sádico-oral e sádico-anal de impulsos destrutivos de base constitucional, ativos desde o início da vida, ou seja, do período mais arcaico da vida afetiva do bebê.

Sabemos da importância que Klein (1957/1991) atribui às primeiras relações com o seio e, posteriormente, com a mãe para a constituição psíquica. Em suas palavras:

Tenho atribuído importância fundamental à primeira relação de objeto do bebê – a relação com o seio materno e com a mãe – e cheguei à conclusão de que se esse objeto originário, que é introjetado, fica enraizado no ego em relativa segurança, está assentada a base para um desenvolvimento satisfatório. (Klein, 1957/1991, p. 210).

É no âmbito do prejuízo nessa relação fundamental que a autora analisa a inveja. Isso porque, sob o domínio inicial dos impulsos orais, o seio é sentido pelo bebê como a fonte de nutrição e da própria vida. A proximidade com o seio gratificador restaura, se tudo correr bem, a segurança e a unidade com a mãe perdida ao nascimento. Essa segurança é a fonte da idealização do objeto, o objeto bom.

Contudo, sempre existirá frustração na relação com o seio e com a mãe, já que tais relações nunca serão capazes de restaurar a unidade pré-natal e livrar a criança de todo o desconforto, por mais atenta e disponível que seja a mãe. Assim, “concomitante a experiências felizes, ressentimentos inevitáveis reforçam o conflito inato entre o amor e o ódio, isto é, basicamente entre as pulsões de vida e de morte, o que resulta no sentimento de que existem um seio bom e um seio mau”. (Klein, 1957/1991, p. 211).

O anseio do bebê por um seio inexaurível e sempre presente se origina nas necessidades vitais, na libido e, também, no desejo de que o seio e a mãe o protejam da ameaça de aniquilamento que os seus próprios impulsos destrutivos representam. Esse seio não é apenas um objeto físico, os impulsos e as fantasias inconscientes o imbuem de qualidades que vão muito além de sua função nutridora real.

É na relação com esse objeto idealizado que a inveja se apresenta, já que a gratificação de que foi privado faz com que o bebê se ressinta desse seio e o imagine guardando essa gratificação ilimitada apenas para si. Esse ressentimento dificulta o processo de construção do objeto bom e, portanto, do núcleo do Eu.

Para Klein (1957/1991), “a inveja é o sentimento raivoso de que outra pessoa possui ou desfruta algo desejável – sendo o impulso invejoso o de tirar este algo ou de estragá-lo”. (p. 212). Isso quando, na posição depressiva, a criança já é capaz de reconhecer a mãe como objeto total e, sobretudo, quando reconhece que a fonte de satisfação está fora dela. É a condição de satisfação e a criatividade da mãe que a criança inveja.

Na relação do bebê com o seio, expressam-se ataques sádico-orais, sádico-uretais e sádico-anais com vistas a destruir a capacidade nutridora e de proporcionar prazer que o seio possui, o que mais tarde estende-se ao corpo da mãe e ao pênis. O ataque se destina, sobretudo, à condição de garantir a vida, o prazer intenso e à criatividade que faltam ao bebê no início da vida.

A inveja é um fator importante na identificação projetiva, já que é composta pela voracidade, ou seja, pelo ímpeto de sugar e exaurir o objeto (introjeção destrutiva) e, ainda, depositar partes más do self nele, ou seja, no seio, para destruí-lo e estragá-lo.

O seio nutridor é o primeiro objeto invejado, “pois o bebê sente que o seio possui tudo o que ele deseja e que tem um fluxo ilimitado de leite e amor que guarda para sua própria gratificação”. (Klein, 1957/1991, p. 214). Ou seja, o seio é invejado pela sua independência e pela capacidade, ainda que idealizada, de se satisfazer.

Aqui podemos traçar um paralelo entre as definições apresentadas por Epstein (2004) e por Klein (1957/1991), já que a inveja se volta para algo que se deseja, para um estado, qualidade ou condição da qual se está privado. Com a inveja associa-se o ódio e a destrutividade, já que o que o invejoso objetiva é destruir o outro e sua felicidade.

Segundo Klein (1957/1991), quando em excesso, a inveja, o ódio e a agressividade a ela vinculados geram angústia, pois os ataques se destinam aos objetos ou seus substitutos dos quais o bebê depende para viver e se constituir psiquicamente. Sobre isso, nos diz a autora:

A inveja intensa do seio nutridor interfere na capacidade de satisfação completa e, assim, solapa o desenvolvimento da gratidão. Há razões psicológicas muito pertinentes para que a inveja figure entre os sete “pecados capitais”. Diria mesmo que ela é inconscientemente sentida como o maior de todos os pecados, por estragar e danificar o objeto bom que é a fonte da vida. (Klein, 1957/1991, p. 221).

Por isso, a inveja não é tolerada e mecanismos de defesa são utilizados para lidar com a angústia proveniente, sobretudo, da pulsão de morte a qual se vincula. A autora afirma que o ego pode utilizar mecanismos primitivos, ou mesmo intensificar o uso de mecanismo característicos do momento de desenvolvimento no qual se encontra. Uma das defesas, apresentada pela autora, é a desvalorização do objeto. Segundo ela, “o estragar e o desvalorizar são inerentes à inveja. O objeto que foi desvalorizado não precisa mais ser invejado”. (Klein, 1957/1991, p. 249).

Outra defesa empregada é o abafamento do amor e a intensificação do ódio, por gerar menos culpa do que a combinação amor, inveja e ódio. Nesse caso, segundo Klein (1957/1991), a relação com o objeto invejado pode, ao invés de ser expressa em ódio, se apresentar em indiferença. Tem-se, ainda, o *acting out*, entendido pela autora como uma defesa contra a integração dos aspectos invejosos e destrutivos da personalidade. É uma defesa contra o reconhecimento da inveja e a angústia que ele desperta.

A inveja e o ódio, de acordo com a autora, são despertados pelas circunstâncias infelizes e frustrações da vida. E, quando surge, a inveja é ativada em suas fontes mais arcaicas, ou seja, naquelas da relação com o primeiro objeto, o seio, e que se repete na relação com um substituto.

Trinca (2009), a partir da concepção kleiniana de inveja, apresenta o sistema mental determinante da inveja. Um sistema mental que é definido pelo autor como um padrão

dominante e persistente de funcionamento mental. Nessa perspectiva, a inveja é concebida pelo autor como reação ao ódio investido no próprio sujeito invejoso quando ele se depara com suas falhas ou lacunas insuportáveis quando comparadas a outro(s) indivíduo(s). Desse modo, a inveja configura um sistema de ataques.

Segundo Trinca (2009), a inveja tem origem no ódio mobilizado pela pulsão de morte investida no próprio invejoso e que, como consequência, apresenta um distanciamento de si mesmo. Logo, a inveja é uma medida compensatória ao esvaziamento causado pelo ódio e se expressa em forma de sensorialidade, ou seja, em forma de sentimentos e não de impulsos.

Trata-se da sensorialidade do ódio dirigido ao que evoca as insuficiências do invejoso, tendo em vista remover a fonte de seu sofrimento. O ódio ao beneficiário do que é desejado, substitui o ódio do invejoso contra si próprio. Tal sensorialidade tem por finalidade manter algo a respeito da validade e da bondade do invejoso. (Trinca, 2009, p. 51).

Antes de destruir as características superiores do objeto invejado, o próprio invejoso é alvo de intensos ataques que o colocam em situação de inferioridade, desprezo e humilhação. Fantasias de incapacidade e inutilidade passam a ser alimentadas e é desse ataque que a inveja defende o invejoso. Tais ataques promovem o esvaziamento e a incrementação da angústia de desintegração do self, por isso eles são intensamente combatidos.

A sensorialidade da inveja se expressa como uma defesa contra os ataques internos. O seu funcionamento é descrito pelo autor da seguinte forma: inicialmente, o invejoso se depara com um obstáculo ou com uma falta, ou seja, uma impossibilidade ou privação injusta, o que lhe gera ódio que “é consequência do obstáculo julgado intransponível à obtenção do que é desejado”. (Trinca, 2009, p. 53). Implica, desse modo, um desejo e alguém que possui o que é desejado. Na sequência, esse ódio passa a ser investido no objeto invejado a fim de destruir aquilo que evidencia a falha ou as limitações do invejoso. O ódio do objeto fica no lugar do ódio a si mesmo.

Diante de tudo isso, podemos pensar a aplicação desses conceitos ao nosso objeto de pesquisa. Já dissemos que a vida pulsional dos psicóticos é invejada porque remete a estados primitivos de satisfação pulsional e onipotência renunciados pelos neuróticos. Os psicóticos mantiveram ou obtêm uma condição da qual estamos privados. Por que eles podem e nós não?

O desejo é a mola propulsora da inveja. O desejo de ser livre para manifestar a pulsão, de não estar presos às barreiras internas e externas que regulam a satisfação. Talvez a inveja fique em um plano ainda mais profundo e escondido do que o horror, já que os mecanismos de intensificação do ódio e desvalorização dos pacientes podem estar atuantes.

O horror, muitas vezes, no plano consciente pode se apresentar como formação reativa da inveja desse psiquismo que expressa e satisfaz desejos, que renuncia às limitações impostas pela realidade e pelos objetos externos para a satisfação pulsional. Psiquismo que cria realidades, máquinas, perseguidores e tantos outros recursos que possibilitam a expressão e a lógica dos desejos mais profundos.

Já vimos que conjuntamente com a inveja, tem-se a manifestação do ódio que, como disse Klein (1957/1991), pode expressar-se em indiferença. O *acting out*, ou seja, a atuação dos profissionais como as práticas violentas, de assédio e de indiferença também podem ser localizadas no âmbito das defesas frente à angústia que a inveja mobiliza. Como vimos, Trinca (2009), por sua vez, concebe o ódio voltado ao objeto invejado como resultante do deslocamento do ódio investido internamente quando as falhas são percebidas. Logo, os ataques ao objeto, as tentativas de destruí-lo, protegem a integridade do próprio self do invejoso.

Na relação entre profissionais e pacientes psicóticos, os últimos, com suas características e com as frustrações que promovem, podem reeditar, nos primeiros, a relação com o seio nutridor e egoísta. Ou seja, o seio idealizado que guarda apenas para si as fontes ilimitadas de satisfação pulsional, tal como fazem os psicóticos ao se encerrarem em seu narcisismo. E com isso, as limitações e as falhas narcísicas dos profissionais são evidenciadas.

Além disso, os psicóticos, a partir da regressão, desfrutam da liberdade de realizar e expressar as formas mais primitivas – polimórficas perversas – de satisfação pulsional, tal como a sua majestade, o bebê, como nos diria Freud.

Assim, concluímos que as experiências dos profissionais de saúde mental junto aos pacientes psicóticos e seus sintomas mobilizam essas vivências primitivas de satisfação, nos primeiros, que dão sustentação ao que denominamos de Fantasias Primitivas de Satisfação Pulsional Ilimitadas que, muito embora deem origem à inveja, também levam ao horror, já que vivê-las implica na perda de formas mais organizadas da vida mental e pulsional, ou seja, da saúde mental e ao julgamento interno e social.

O horror vincula-se ainda ao contado com as mensagens intrometidas do inconsciente encravado que entra à força na cadeia tradutiva sem que o Eu apresente os recursos ou assistentes de tradução para traduzir. O horror, desse modo, pode ser concebido como a tradução possível diante dos encraves mobilizados pelo contato com as psicoses.

## **CAPÍTULO 3 SAÚDE MENTAL E A CLÍNICA DAS PSICOSES: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O CAMPO E SOBRE O CUIDADO DAS PSICOSES**

Dissemos, na introdução deste trabalho, que partimos de problematizações realizadas durante a pesquisa de mestrado para a proposição da tese. Por isso, neste capítulo, apresentaremos um pouco das reflexões e resultados da dissertação *Saúde mental e cidadania: ações e desafios da política pública de saúde mental do município de Maringá-PR* (Marini, 2012) com o objetivo de contextualizar o campo de qual partimos e, ainda, problematizar aspectos fundamentais da assistência aos pacientes psicóticos realizadas no interior dos serviços de saúde mental como os CAPS.

### **3.1 Breve histórico da Assistência à Saúde Mental no Brasil e em Maringá/PR: aspectos teóricos, práticos e políticos**

Durante muito tempo os hospitais psiquiátricos foram os principais dispositivos de assistência para os considerados loucos no Brasil e no mundo. No Brasil, na assistência à saúde mental, e à saúde de modo geral, perdurou o caráter privatista até a década de 1980. Foi só a partir da Constituição de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que a Saúde Mental passou a ser objeto de políticas públicas financiadas pelo Estado.

Para a incorporação da saúde mental na agenda do Estado brasileiro, foi fundamental a luta e a crítica do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica contra a assistência oferecida com base nos princípios da psiquiatria organicista tradicional e no modelo privatista centrado nos manicômios.

Segundo Yasui (2006), a reforma psiquiátrica:

[...] se refere a um processo social complexo caracterizado por uma ruptura aos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres que se concretizam na criação de novas instituições e modalidade de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura. (pp. 21-22)

Já Amarante (1995, p. 87) a define como “um processo histórico de reformulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

Ao questionar a psiquiatria clássica pautada no modelo biomédico, o Movimento levou à discussão dos aspectos clínicos, políticos, sociais, culturais e jurídicos da loucura. Para isso,

contou com ampla mobilização social, de modo que o objetivo final era, e se mantém, a construção de um novo lugar para a loucura, no qual os loucos tenham garantidos seus direitos e sua cidadania.

Aqui, no Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica, enquanto organização política, foi iniciado por profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão vinculado ao Ministério da Saúde (MS) e responsável por oferecer assistência psiquiátrica para trabalhadores formais, ou seja, segurados pelas leis trabalhistas e contribuintes da Previdência Social, e seus familiares. Contudo, em termos ideológicos e práticos, Nise da Silveira, já na década de 1940, questionou a assistência psiquiátrica tradicional e defendeu o tratamento humanizado dos pacientes. A dimensão humana e afetiva do louco foram sempre questões importantes implicadas nas práticas revolucionárias que propôs, como os ateliês de pintura e expressão artística. O fato de suas críticas e ações terem ocorrido no período mais opressor da ditadura militar, talvez tenha contribuído para que não se configurasse como um movimento político organizado. Isso só foi possível na década de 1970, quando o Brasil se preparava para a redemocratização.

Por isso, foram as denúncias dos profissionais acerca dos maus tratos, violência e das péssimas condições de assistência e trabalho oferecidas nos hospitais que prestavam serviços para o Estado que possibilitou o início da organização política e social do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Neste momento, foi possível contar com o apoio de diversas instituições de saúde e de pesquisa do Brasil.

Além disso, em diversos países do mundo, teóricos e profissionais questionavam a psiquiatria organicista tradicional e o manicômio como instituição assistencial e propunham outros modos de assistência. Para o Brasil, destacou-se a Antipsiquiatria Italiana proposta por Franco Basaglia. Durante a organização do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, Basaglia participou ativamente, por meio de palestras nas Universidades e, ainda, conheceu a trágica realidade do manicômio de Barbacena-MG e o comparou a um campo de concentração nazista. Mais adiante, neste capítulo, abordaremos com mais detalhes a experiência italiana que nos serviu de modelo.

Assim, na década de 1970, iniciou-se no Brasil o processo de crítica e organização coletiva que culminou na constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. Portanto, o Movimento nasce a partir da iniciativa e do envolvimento dos trabalhadores da saúde. E, posteriormente, se amplia e incorpora trabalhadores de diversas áreas, entidades, movimentos sociais, pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares. E, “combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão



e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial”. (Tenório, 2002, p. 32).

As discussões do MTSM realizavam denúncias de *lobbies* envolvendo a Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Medicina e multinacionais interessadas na manutenção do modelo privado de assistência e que possuíam (e possuem) forte influência nas instâncias de decisão política no país. Tais instituições apresentaram-se como as maiores opositoras ao processo de reestruturação da assistência psiquiátrica e, com vistas à obtenção do lucro, incentivaram a cronicidade das doenças durante décadas. (Venturini apud Amarante, 1995).

Quando no início da década de 1980, o Estado cria o processo de cogestão da saúde, a Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsan) passa a incorporar e gerir os hospitais psiquiátricos. Com isso, há um processo de reorganização e de reformulação da administração e assistência que passa a ter como características principais: a descentralização e universalização do atendimento. O plano CONASP, criado em 1983, foi a estratégia adotada para isso com o objetivo de reduzir em 30% o número de internações psiquiátricas e de apresentar o atendimento ambulatorial como principal estratégia de assistência.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM) com o objetivo de contribuir para a implementação do plano CONASP, adota a estratégia de ingresso no aparelho estatal por meio de cargos nos ministérios e secretarias. Essa estratégia foi fundamental, pois possibilitou a organização de diferentes espaços de discussão das políticas.

Segundo Yasui (2006), a partir do plano CONASP, foi criada no Estado de São Paulo uma rede extra-hospitalar de atendimento e, conseqüentemente, foram contratados diversos profissionais. Os novos trabalhadores assumiram com entusiasmo e criticidade a missão de implementar as novas propostas da política de saúde.

No ano de 1986, foi criada, na cidade de São Paulo, a Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental que passou a atuar de forma crítica em relação às ações implementadas pela Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) do município. Essa plenária organizou, em 1986, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo.

Já, no ano de 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o que, segundo Yasui (2006), aconteceu em clima de polêmicas e discussões. O Movimento assume compromisso com a implantação de uma política que rompesse com o papel de reprodutora da violência e exclusão e com a necessidade de transformações de ordem política, social e jurídica, de modo a garantir os direitos e a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. A partir desse

momento, o louco tem sua cidadania reconhecida e seu sofrimento legitimado. Já não se tratava de louco e de loucura, mas de usuários de serviços de saúde mental com sofrimento psíquico.

Assim, a Reforma Psiquiátrica passa a ser reconhecida como luta de classe, já que problematiza a função da Psiquiatria e dos trabalhadores de saúde mental enquanto reprodutores de violência e exclusão, resgatando para a saúde sua função revolucionária de combate à psiquiatrização social e à miséria, a favor da participação popular e da garantia de direitos. (Brasil, 1988).

No ano de 1987 foi realizado também o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru-SP. Com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, os resultados desse Congresso apontaram para novas mudanças no modelo assistencial e marcaram uma diferenciação entre movimento e as instituições estatais, com o objetivo de manter a defesa da desinstitucionalização.

Nesse momento, é marcante a participação intensa de usuários, familiares, estudantes, técnicos, lideranças municipais e simpatizantes da causa. Do Congresso surge o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que, segundo Yasui (2006), é a face mais politizada da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A postura do Movimento de Luta Antimanicomial:

[...] marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. (MTSM apud Amarante, 1995, p. 81).

Fruto de todo esse processo de mobilização social, política e assistencial, tem-se a construção de estratégias alternativas ao modelo de atenção hegemônico. A primeira proposta nesse sentido foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS - Professor Luiz da Rocha Cerqueira) inaugurado em 1987, na cidade de São Paulo<sup>29</sup>.

Porém, será em 1989, na cidade de Santos, com o fechamento do hospital psiquiátrico “Casa Anchieta” por denúncias de maus tratos e de violência, que a Reforma Psiquiátrica ganha repercussão nacional. A partir disso, uma nova rede de serviços alternativos é implantada,

---

<sup>29</sup> Mais à frente, abordaremos em detalhe a história de implantação desse CAPS, já que ele se tornou modelo para a produção de uma nova clínica das psicoses no interior da política de saúde mental.

composta, principalmente, pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas e associações de trabalho.

A experiência santista foi fundamental no âmbito da psiquiatria pública e representou um marco da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tornou-se modelo em nível nacional não apenas por se tratar da implementação de novos serviços de assistência, mas também por implicar “na tessitura de uma rede intersetorial ativando e provocando outras secretarias e outras instituições, em um projeto de transformação social”. (Yasui, 2006, p. 42).

Outras experiências foram implementadas em diversas cidades do país, até que finalmente se tornassem estratégias oficiais da política de saúde mental. E em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com a participação de familiares e usuários dos serviços. O relatório final dessa conferência foi adotado como referência da política oficial.

O fato de ser realizada em um momento no qual a política de saúde mental já estava em fase de implantação e, ainda, em um momento político menos conflituoso, tornou-a menos crítica em relação aos eventos anteriores. O relatório final teve-se, principalmente, às características da política de saúde mental e à vinculação entre o conceito de saúde e a garantia da cidadania e respeito às diferenças.

Por tudo isso, a década de 1990 é denominada por Yasui (2006) de período de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, na medida em que se torna efetivamente política pública. Leis são criadas para dar legalidade às ações que são implantadas em todo o país.

A década de 2000 é iniciada com a aprovação da Lei Nacional de Saúde Mental 10.216/01. Fruto da reformulação do projeto de lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (PT-MG), a lei apresenta opiniões antagônicas. Isso porque, após mais de uma década de tramitação no Senado e muitas alterações, pouco restou do projeto original. A lei aprovada manteve a internação psiquiátrica como estratégia importante de atendimento, de modo que ela se apresenta como a temática central de sete dos treze artigos que compõem a lei. No que se refere aos serviços extra hospitalares, estes aparecem como um dos direitos das pessoas com transtorno psíquico, ou seja, não constam como obrigatoriedade da oferta e da assistência nesses serviços.

Nesse sentido, a denúncia, realizada pelo MLA, acerca da política de saúde mental como instrumento de mediação entre as exigências do Movimento e os interesses dos segmentos privados, materializa-se nessa lei. Contudo, como afirma Tenório (2002), não se pode desconsiderar o teor progressista dela à medida que, ao menos, se institucionalizam alguns dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, bem como a responsabilização do Estado pela assistência e pela regulação das internações.

Para orientar a implantação dos novos serviços foi adotada a atenção psicossocial como diretriz de cuidado com o objetivo de romper com o paradigma Asilar Psiquiátrico. Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 34), no âmbito da atenção psicossocial, as “ações teórico técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam”.

A fim de estruturar a política na perspectiva da Atenção Psicossocial, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composta por serviços de base territorial e comunitária, com a participação e o controle social dos usuários e de seus familiares.

Assim, a rede de cuidados desenvolve-se de modo descentralizado e próximo da vida das pessoas e sob os princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural. (Ministério da Saúde, 2013).

A noção de território se torna fundamental para a organização da assistência, já que a mesma transcende as barreiras impostas pelos limites geográficos. A noção de território adotada abrange tanto a noção de território-vivo, proposta por Milton Santos, que considera as relações sociais e as dinâmicas de poder, quanto a concepção de territórios existenciais, entendidos como espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas que se configuram e desconfiguram e se reconfiguram num porvir de possibilidades. (Ministério da Saúde, 2013).

Os Centros de Atenção Psicossocial, campo de atuação dos profissionais entrevistados neste trabalho, são a estratégia central da RAPS para garantir a superação da lógica manicomial e a inserção ou permanência do usuário em seu território. Segundo consta no site do Ministério da Saúde, os CAPS devem oferecer atendimento clínico diário com o objetivo de evitar as internações. Eles são os serviços extra hospitalares de atenção secundária de maior cobertura e eficácia de atendimento e podem ser diferenciados em quatro modalidades considerando-se o nível de complexidade assistencial: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS i; e CAPS AD.

A portaria GM nº 336/2002 estabelece as diferenciações e incumbências de cada uma das modalidades de CAPS com base no porte, na complexidade e na abrangência populacional. A definição da modalidade leva em conta o número de habitantes do município, a demanda e a capacidade administrativa.

O CAPS I é implantado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Em função de suas atribuições, horário de funcionamento e quadro técnico, o CAPS I não oferece atendimento noturno e nem leitos para internação em caso de crise. (Brasil, 2002).

Já o CAPS II apresenta capacidade operacional para atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Com equipe maior, oferece as mesmas modalidades de atendimento do CAPS I, possui as mesmas atribuições e pode funcionar com um turno a mais (até as 21h). (Brasil, 2002).

O CAPS III, por sua vez, é destinado a municípios com mais de 2000.000 habitantes e oferece atenção durante 24 horas por dia. Deve ser referência para atendimento emergencial e ofertar leitos de acolhimento noturno e para a internação em situação de crise. (Brasil, 2002).

O CAPS i é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtorno psíquico grave. Deve ser implantado em municípios com população igual ou superior a 200.000 habitantes, ou na presença de outros critérios epidemiológicos não especificados pela portaria. (Brasil, 2002).

Por fim, o CAPS AD apresenta capacidade operacional para funcionar em municípios com população superior a 70.000 habitantes e destina-se a pacientes com transtornos causados pela dependência de substâncias psicoativas (crack, álcool e outras drogas). (Brasil, 2002).

Atualmente o Brasil conta com 2209 CAPS. O Quadro abaixo apresenta o número de CAPS por tipo no país até 2014.

**Quadro 1 – Número de CAPS por tipo no Brasil até dezembro de 2014.**

<b>Tipo de CAPS</b>	<b>Quantidade</b>
<b>CAPS I</b>	1069
<b>CAPS II</b>	476
<b>CAPS III</b>	85
<b>CAPSi</b>	201
<b>CAPS AD</b>	309
<b>CAPS AD III</b>	69
<b>TOTAL</b>	<b>2209</b>

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. “*Saúde Mental em Dados*”: Informativo eletrônico, Brasília, DF, ano 10, n. 12, out. 2015.

Contudo, mesmo com o número crescente de CAPS, há no país uma política conciliatória entre hospitais psiquiátricos e serviços extra hospitalares. Desde o início da reforma, marcado pela criação do MTSM em 1978, 41 (quarenta e um) anos se passaram e o atendimento em hospitais psiquiátricos permanece e continua sendo, em muitos casos, a única forma de assistência. O número de leitos oferecidos em hospitais gerais é insignificante frente ao número de leitos em hospitais psiquiátricos. O Número de CAPS III implantados em todo o país, com oferta de serviços mais complexos como, por exemplo, internações e o acolhimento noturno em casos de crise, estão muito aquém das necessidades da população e das práticas do cuidar em liberdade. Destaca-se, ainda, que sua implantação ocorre apenas em cidades de grande porte (acima de 200.000 habitantes) e a maioria dos municípios brasileiros possui taxa populacional muito inferior.

Por tudo isso, o hospital psiquiátrico é concebido por muitos técnicos, gestores e grande parte da população em geral, como única alternativa para o atendimento de casos mais complexos. Soma-se a isso a integração das comunidades terapêuticas na rede pública de assistência e que oferecem atendimento aos dependentes químicos (em muitos casos de orientação religiosa) pautada na internação de longa duração. O investimento nessas entidades pressupõe menos recursos investidos em serviços de atenção comunitária como CAPS AD e CAPS AD III.

A priorização das comunidades terapêuticas como dispositivos de assistência pública foi oficializada dia 05 de julho de 2019, por meio da lei Sobre Drogas Nº 13.840 aprovada pelo senado e pelo presidente Jair Bolsonaro. Na referida lei, o Ministério da Saúde passa a investir prioritariamente nas comunidades terapêuticas para a oferta de assistência, o que tem como consequência a diminuição ou o congelamento de recursos transferidos aos CAPS AD. Com isso, além do desmonte da política de saúde mental, a lei legaliza as internações involuntárias dos usuários de drogas por períodos de até três meses, e sequer contempla em seus artigos qualquer orientação sobre a fiscalização dessas instituições. (Diário Oficial da União, 2019).

O aumento considerável da população usuária de crack tem levado ao aumento do número de leitos para internação como estratégia assistencial fomentada pelo Estado. Assim, nos deparamos com o retorno ou ainda fortalecimento da lógica manicomial. Em 2017, a Política de Saúde Mental já havia sofrido ataques, já que a portaria nº 3.588, implementada pelo ministro da Saúde do governo Temer, Ricardo Barros, reforçou os investimentos nos hospitais psiquiátricos e, também, nas comunidades terapêuticas, incentivando a internação como recurso assistencial em detrimento das ações territoriais e de base comunitária.

Esse posicionamento, assim como o da lei Nº 13.840/2019, favorece os empresários da loucura (donos de hospitais, planos de saúde, instituições privadas, dirigentes de comunidades terapêuticas) e terceiriza a assistência. Segundo Luiz Henrique Mandetta, o atual ministro da saúde, em entrevista realizada em novembro de 2018, a atuação dos CAPS é questionável em eficiência, no que se refere ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Para ele, as instituições religiosas e os hospitais devem ser fortalecidos para atender essa clientela. Ou seja, para ele, a internação e o isolamento são os recursos terapêuticos mais eficientes. (Esquerda Diário, 2018).

Em consonância com essa fala, tem-se a nota técnica nº 11/2019 da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do MS, lançada no dia 04 de fevereiro e intitulada *Nova Saúde Mental*. Nela, alvo de intensa crítica de profissionais e pesquisadores da saúde mental, há a confirmação da política de ampliação de leitos para a internação em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas e, ainda, o financiamento por parte do Estado para a compra de equipamentos de eletroconvulsoterapia.

Sem entrar no âmbito da discussão acerca da eficácia ou não da utilização do eletrochoque como recurso para o tratamento da depressão e outras psicopatologias, nos parece assustador o retorno desse recurso associado ao aumento dos leitos de internação. Será que nos hospitais e comunidades terapêuticas serão respeitados os critérios para a utilização desse recurso? Não serão, como no passado, utilizados como instrumento de tortura e violência para garantir a contenção?

O Brasil passa por um momento político extremamente complexo, marcado pelo retorno da extrema direita na condução do país. Vivemos situações de cerceamento da liberdade de expressão e de ensino, violação de direitos, retrocessos éticos e de pensamentos e, ainda, pela produção de notícias falsas veiculadas em redes sociais. Diante disso, pensar no fortalecimento da lógica manicomial como recurso de exclusão e violência, como no passado, não nos parece absurdo.

Tais fatores reafirmam as preocupações de Venturini expressas no prefácio à primeira edição do livro *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* do Amarante (1995), em relação à manutenção dos hospitais psiquiátricos e das internações como recursos insubstituíveis para controle da “periculosidade” e “cronicidade”.

Soma-se a isso, as críticas realizadas por alguns autores no que concerne à qualidade do atendimento oferecido nos serviços extra hospitalares. Segundo Daúd Júnior (2000, p. 40), “a captura do discurso sempre foi uma virtuosidade do dispositivo asilar; associado aos interesses

econômicos e ideológicos dominantes, impediu que intenções reformistas superadoras, pelo menos do hospício, tivessem força de instaurar novos modelos assistenciais”.

Para o autor, o que se conseguiu até agora, na maioria dos casos, é uma complementarização do hospício, por meio de práticas imbuídas nos princípios do discurso asilar. Essas práticas têm poder de prescrever identidades massificadas, que se expandem para todas as esferas sociais e determinam mecanismos de simbolização e significado, mantendo a sociedade (inclusive os técnicos dos serviços) cúmplice da violência simbólica/subjetiva praticada contra os “sem-razão”.

### *3.1.1 A Rede de Atenção à Saúde Mental de Maringá*

Maringá é o município polo da Região Metropolitana de Maringá (RMM) e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – (censo de 2010), possui população de 357.117 mil habitantes. Planejada desde sua origem para ser polo comercial, apresenta um modelo de desenvolvimento bastante diferente e importante em âmbito regional. Sua influência não se restringe à aspectos econômicos já que tem papel central no cenário político.

A RMM foi criada em 1998 pela Lei Estadual nº. 83/98 e é composta por vinte e cinco municípios<sup>30</sup>. Damascena (2010) destaca que o recorte da RMM é apenas institucional, à medida que não há espacialidade metropolitana que possibilite alto grau de interação entre os municípios que a compõem.

Em relação à assistência à saúde, Maringá conta com uma rede complexa e ampla de serviços, de modo que também é referência para os muitos municípios nesse setor. O mesmo ocorre com a saúde mental, já que o município mantém uma rede que conta hoje com 4 CAPS, subdivididos nas seguintes modalidades: CAPS II, III, AD e infantil. Possui o Serviço de Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal que conta com 26 leitos para internação psiquiátrica e é referência para a população de Maringá e Mandaguaçu. Há, ainda, duas residências terapêuticas, uma masculina e uma feminina, uma equipe de Consultório de Rua multiprofissional para atendimentos das pessoas em situação de rua e psicólogos em todas as 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos 7 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

---

<sup>30</sup> Os municípios que compõem a RMM são: Atalaia, Bom Sucesso, Cambira, Floráí, Flórida, Jandaia do Sul, Lobato, Munhoz de Mello, Ourizona, Presidente Castelo Branco, Santa Fé e São Jorge do Ivaí, Astorga, Ângulo, Doutor Camargo, Floresta, Iguaraçu, Itambé, Ivatuba, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Paiçandu e Sarandi.



E, por fim, como um serviço importante e que compõe a Rede de Atenção, tem-se o hospital psiquiátrico que conta com 240 leitos para internação e é referência para Maringá e diversos outros municípios da região.

Portanto, Maringá conta com vários serviços no âmbito da saúde Mental e sua história de atendimento à loucura segue o mesmo percurso da história brasileira. Assim, a primeira instituição do município foi o Hospital Psiquiátrico “Sanatório Maringá”, fundando em 1963. Em relação ao atendimento ambulatorial, as primeiras ações ficaram a cargo do Estado que, a partir de 1974, passou a oferecer consultas psiquiátricas e psicológicas para os trabalhadores contribuintes da previdência no Centro de Saúde do Estado. (Silva, 2000).

O atendimento à saúde mental no âmbito do SUS e, por isso, de caráter universalizado, só passa a ser desenvolvido na década seguinte, com a inserção do profissional psicólogo nos antigos postos de saúde. E, durante anos, essa foi a principal estratégia assistencial. Contudo, o aumento da demanda levou à necessidade de implementação de novas ações. Por consequência, os diferentes gestores ampliaram gradativamente o número de psicólogos nos postos de saúde.

Além da dificuldade oriunda do número de profissionais, a falta de formação para a atuação nos serviços públicos também se tornou um desafio. Naquele momento, os psicólogos eram formados basicamente para a atuação na clínica particular. Mesmo hoje, em face das transformações curriculares e da implementação de programas de residências multiprofissionais, a formação do psicólogo e dos demais profissionais da saúde está aquém das necessidades de trabalho na saúde pública.

Durante a pesquisa de mestrado (Marini, 2012), além de pacientes, também foram entrevistados os gestores dos serviços que apontaram a falta de preparo dos profissionais como um grande desafio para a assistência dos pacientes psicóticos. Constata-se que a formação inexistente ou muito insuficiente dos psicólogos para atuarem, de forma efetiva, no atendimento às demandas dos pacientes, tem sido um entrave para a implantação de uma política pública de saúde mental de qualidade. (Marini, 2010).

Com base nas considerações de Yamamoto (2003), mesmo reconhecendo que a Psicologia, a partir da construção da Psicologia Social Comunitária, voltou seu olhar para as demandas das camadas populares e passou a ter nas instituições e políticas públicas importantes campos de atuação, há um hiato entre as teorias clássicas voltadas ao atendimento clínico individual e as necessidades teórico-práticas que a atuação no campo da política pública exige.

Essa não é uma realidade exclusiva à Psicologia, os demais cursos na área da saúde (Medicina, Enfermagem, entre outros) não formam profissionais para essa atuação. Se considerarmos que a atuação no âmbito da saúde mental exige formação mais específica, por

se tratar de campo tão complexo, permeado por estereótipos e preconceitos diante da loucura, conclui-se que a defasagem formação/demanda torna-se ainda maior.

Esse foi um dos problemas enfrentados no início da implantação da política de saúde mental do município de Maringá, o qual foi responsável por dificuldades tanto internas, já que os profissionais e estagiários não sabiam como atender a demanda da população, quanto externas, já que a própria população reconhecia essa insegurança e a ineficácia das práticas inicialmente empregadas por esses profissionais.

Segundo Silva (2000), como estratégia para a superação da falta de formação, foi estabelecida uma parceria entre município, Estado e a Universidade Estadual de Maringá (UEM) para a realização de cursos de formação e de reuniões para estabelecer as diretrizes assistenciais da saúde mental. Como resultado, tem-se a elaboração, em 1988, do Plano de Atuação dos Psicólogos da Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social (SSBES). Essa foi a primeira tentativa de institucionalizar a política. O plano determinava ações em âmbito primário (atendimento nos postos de saúde), atendimento secundário, com a criação de um ambulatório de saúde mental para a oferta de serviço especializado e multidisciplinar e ações ao nível terciário, que exigiu a criação de um hospital dia para o atendimento de usuários em crise e com psicopatologias graves.

Esse plano não foi efetivado pela administração municipal. Contudo, o processo de construção implicou o engajamento dos técnicos no processo de reflexão e construção da política. Tal mobilização se manteve, sobretudo, para a criação do ambulatório de saúde mental. Até o ano de 1992, Maringá contava com os seguintes serviços de saúde mental: atendimento nos postos de saúde (estratégia central), Hospital Psiquiátrico “Sanatório Maringá” credenciado ao SUS, Centro Regional de Especialidades, que, sob a administração do Estado, atendia às demandas de todos os municípios da 15ª Regional de Saúde, o Centro Comunitário de Saúde Mental e a Unidade de Psicologia Aplicada da UEM. (Silva, 2000).

Como ocorreu em nível nacional, o movimento de crítica e proposição de ações em saúde mental no município partiram dos técnicos em saúde mental, os quais, por sua vez, ficavam sujeitos ao apoio da gestão pública. E à medida que se alteravam os gestores municipais, uma nova configuração era adotada envolvendo desde novas contratações, até o remanejamento de psicólogos para outras secretarias, ameaça de privatização do serviço de saúde, riscos de demissões em prol da redução de gastos com as políticas sociais, entre outros.

Tudo isso ocorria, entre outras coisas, porque a política de saúde mental nacional não estava estruturada e, portanto, não havia uma política de financiamento efetiva. Nesse

momento, o Ministério da Saúde ainda não garantia de forma eficaz o financiamento das ações, o que submetia a política de saúde às agendas e interesses dos gestores estaduais e municipais.

Em 1994, finalmente, foi implantado o ambulatório de saúde mental, Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), em Maringá. O atendimento realizado no CISAM foi inicialmente de caráter regionalizado. Porém, sua criação não foi suficiente para atender toda a demanda por atendimento especializado.

Como estratégia para estruturar a política de saúde mental no município, alguns técnicos realizaram visitas à cidade de Santos para conhecer a estrutura do atendimento que se tornou modelo de implantação da Reforma Psiquiátrica para todo o país. A partir dessas visitas, concluíram que a experiência maringaense estava na contramão da política santista, uma vez que grande parte dos atendimentos no CISAM era destinada às crianças com dificuldades de aprendizagem e aos casos de sofrimento psíquico grave atendidos no hospital psiquiátrico. A partir dessa constatação, os técnicos elaboraram a proposta de implantação de alguns NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) de um serviço de emergência psiquiátrica que mais uma vez não foram implementadas (Maringá, 1996 citada por SILVA, 2000).

Em 2000, a implantação das estratégias do Programa Saúde da Família (PSF) levou à reformulação da atenção básica com centralidade das ações preventivas. Esse processo implicou na reavaliação da atenção secundária e terciária em todas as áreas, inclusive, da saúde mental. Nesse mesmo ano, foi criada por usuários e familiares a Associação Maringaense de Saúde Mental.

Já em 2003, foi implantado o primeiro CAPS do município (CAPS AD II), seguido pelo serviço de emergência psiquiátrica, CAPS II e CAPS i. E, em maio de 2015, foi inaugurado o Complexo Maringaense de Saúde Mental, que reúne no mesmo espaço serviços que funcionavam em diferentes bairros da cidade. No Complexo estão: CAPS III, CAPS i e CAPS AD II.

Sobre a criação do Complexo, algumas problematizações fazem-se necessárias: partimos do conceito de território para questionar a concentração de vários serviços em um mesmo lugar. Para nós, essa estratégia promove uma nova segregação, já que concentra e restringe a circulação e o estabelecimento de vínculos com a comunidade. Somam-se a isso as características do bairro Santa Felicidade no qual o Complexo foi construído.

Segundo Galvão e Rocha (2010), esse bairro é resultado do processo de reurbanização promovido pelo poder público local na década de 1970. Assim, os primeiros moradores foram retirados de 14 favelas que existiam na cidade e, esses, ocuparam as 30 primeiras casas construídas pelo município através do Perfilurb – Programa de Financiamento de Lotes

Urbanizados. No entanto, segundo os autores, após 10 anos essas famílias não tinham recebido a documentação da posse definitiva dos imóveis e, ainda, o bairro não tinha sido contemplado com a infraestrutura e equipamentos públicos necessários.

Em síntese, o bairro foi criado para abrigar a população em situação de vulnerabilidade social e econômica que, dispersa pelos diferentes espaços do município, foi concentrada em um único lugar. Logo, sem as devidas intervenções públicas para a melhoria nas condições de vida dessa população, o bairro passou a apresentar altos índices de criminalidade, tráfico de drogas e a ser estigmatizado por isso e pela pobreza de seus moradores. Ainda hoje, mesmo com todas as ações públicas no local, o bairro mantém o status de residência dos indesejados e de locus da pobreza e dos desvios. Afastado do centro urbano e rodeado por condomínios fechados, apresenta pouca oferta de serviços e estabelecimentos comerciais. Por isso, a escolha desse bairro para a construção do Complexo não nos parece aleatória.

Como sabemos, no passado, por influência do alienismo na organização do espaço urbano e na manutenção da ordem social nos séculos XIX e XX, os hospícios eram situados em lugares distantes dos centros urbanos com o objetivo de excluir os indivíduos não adaptáveis e indesejáveis à ordem social das cidades. No processo de implantação do Complexo de Saúde Mental essa lógica parece se manter, já que são reunidos no mesmo bairro aqueles considerados semelhantes a partir dos valores e normas sociais. O louco, os usuários de álcool e outras drogas, convivem com os pobres e marginalizados do município. Essa atitude sugere que a cidade está novamente centralizando os atendimentos, de modo a reproduzir a lógica de segregação e higienização social característica dos hospitais psiquiátricos tradicionais e alvo de críticas do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro.

Essa é a atual rede de assistência à saúde mental do município de Maringá que, embora apresente limites, pode ser considerada de qualidade no que se refere ao número de serviços e abrangência da assistência. E, à medida que expusermos a nossa pesquisa, a partir das entrevistas com os profissionais de um CAPS específico, apresentaremos em maiores detalhes as características desse serviço, com ênfase nas ações de assistência desenvolvidas. As informações apresentadas foram obtidas em conversa com a diretora do serviço no período de realização da pesquisa.

O CAPS, como já dito, foi inaugurado em 2015 no Complexo de Saúde Mental. Um CAPS dessa natureza se diferencia dos demais, sobretudo, pelo funcionamento 24 horas e pela oferta de leitos para internações de curta duração. Contudo, somente em 2017 o CAPS de Maringá passou a funcionar 24 horas e teve seus 12 leitos inaugurados.

Para apresentar as características do seu funcionamento, adotaremos a divisão realizada pela coordenadora entre o funcionamento dos leitos e o funcionamento do serviço propriamente dito. Segundo ela, o CAPS é referência de atendimento contínuo de pessoas com transtornos psíquicos graves. Para isso, conta com equipe multiprofissional que oferece atendimentos individuais, grupos terapêuticos, oficinas, consultas psiquiátricas, etc.

Atualmente a equipe conta com aproximadamente 50 profissionais, distribuídos em número e ocupações da seguinte forma: 6 enfermeiros; 8 técnicos em enfermagem; 5 psicólogos; 1 assistente social; 1 psiquiatra; 8 plantonistas, sendo 2 psiquiátricas e 6 com alguma formação ou experiência na área; 2 terapeutas ocupacionais; 5 assistentes administrativos; 8 em funções operacionais de limpeza e cozinha; 1 motorista; 2 farmacêuticos; 1 auxiliar de farmácia e 1 coordenadora. O serviço recebe, ainda, estagiários e residentes de diferentes cursos e instituições.

O atendimento ofertado pelo serviço pode ser dividido entre as ações vinculadas aos leitos de acolhimento, ou seja, às internações, e as ações do cotidiano do CAPS. Os leitos são retaguarda para toda a rede, inclusive para os usuários de substâncias psicoativas. Esses leitos têm caráter de curta permanência, o que significa internações de 7 a 10 dias em média. Nos acolhimentos em leito são realizados cuidados psiquiátricos (consultas e medicação) e orgânicos na medida do que é possível. Segundo a coordenadora, ainda, grande quantidade de leitos são ocupados por pessoas em situação de rua, que buscam o serviço não com o objetivo de tratamento, mas para higiene, alimentação e repouso. Muitas dessas pessoas chegam com doenças orgânicas graves, o que necessita de encaminhamento para os hospitais da rede.

Além do atendimento médico, são oferecidos grupos de atividades aos pacientes dos leitos. O objetivo desses grupos é mantê-los motivados para o tratamento e menos ociosos durante o acolhimento. Como exemplo, foram citados dois grupos realizados por psicólogos: um de motivação para a continuidade do tratamento, sobretudo, para usuários de substâncias psicoativas, e outro de relaxamento e expressão afetiva. Há, ainda, ações que envolvem a família, como grupo de família, e se destinam horários de visitas diárias para a manutenção do vínculo com o paciente. A equipe também se mantém disponível para conversas de orientação aos familiares que solicitem. As ações apresentam essas características pois a maioria dos acolhidos permanece pouco tempo no serviço.

No que se refere às atividades diárias do CAPS, o trabalho é desenvolvido em integração com a Rede de Saúde. Segundo a coordenadora, a proximidade com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), ou seja, com a atenção primária, objetiva a divisão da responsabilidade pelo paciente, já que ele é usuário de toda a rede. Desse modo, são realizadas reuniões mensais entre

equipe do CAPS, UBSs e NASFs. Nesses encontros são discutidos os casos mais complexos e propostas modalidades de intervenção. Além disso, as equipes mantêm comunicação por e-mail, WhatsApp e telefone sempre que necessitam de informações.

Em termos de atividades são oferecidos aos pacientes, além da consulta médica para a realização do diagnóstico e prescrição dos medicamentos, atividades em grupos para o desenvolvimento de habilidades manuais, corporais, expressão de sentimentos, leitura, reinserção social por meio de passeios fora da instituição, grupo psicoterapêutico e busca ativa, ou seja, as visitas domiciliares aos usuários. Muitas vezes, essas visitas domiciliares recebem o apoio das UBSs por meio do acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde, já que são eles que mantêm contato mais próximo e frequente com o paciente e sua família.

Pedimos à coordenadora que descrevesse os procedimentos realizados desde a chegada do paciente ao serviço. Segundo ela, o paciente chega por demanda espontânea ou por encaminhamento da rede. Inicialmente ele passa por uma escuta realizada, principalmente, por técnicos em enfermagem. Essa escuta tem por objetivo entender a demanda do paciente. Em seguida, é agendado o acolhimento, que é caracterizado por uma entrevista mediada por um instrumento de coleta de informações sobre o paciente, seus familiares e histórico de saúde. Esse acolhimento é realizado por todos os profissionais de nível superior que se revezam para essa atividade.

Depois do acolhimento, o caso é levado para a reunião de equipe semanal e lá é definido o plano terapêutico individual do paciente. Quando o caso é muito complexo, o profissional que fez o acolhimento pode solicitar que outro profissional também o faça, com o objetivo de compreender melhor o caso. Inserido no CAPS e com plano terapêutico individual, são iniciados os agendamentos das consultas e a inserção nos grupos.

Perguntamos os critérios para a inserção do paciente nos grupos e a coordenadora nos informou que, durante o acolhimento, pergunta-se para o paciente o que ele gosta de fazer e esse é um critério. Além disso, os profissionais consideram os sintomas e os aspectos que precisam ser trabalhados no paciente e, por fim, os próprios grupos apresentam alguns critérios como idade, gênero, etc. Sobre a proposição dos grupos e dos temas a serem trabalhados, perguntamos quem os escolhem. Ela respondeu que são os profissionais que definem os grupos, bem como as temáticas que querem desenvolver a partir das demandas que eles percebem. Em alguns casos, a própria equipe apresenta algumas demandas para serem trabalhadas em grupos.

Em relação aos atendimentos individuais, mais especificadamente à psicoterapia, perguntamos se eles ocorrem e quem os recebe. A coordenadora informou que se considera a demanda, já que existem pacientes com demandas que não podem ser trabalhadas em grupo.

Contudo, o objetivo do serviço não é a oferta de psicoterapia individual e sim o trabalho com grupos. Portanto, os psicólogos dividem sua carga horária de modo a realizar todas as atividades, de modo que não possuem muito tempo para a psicoterapia individual.

Perguntamos, ainda, como é feito o diagnóstico dos pacientes. Ela nos disse que é feito exclusivamente pelo médico. Ela destacou, porém, que a equipe não foca no diagnóstico para planejar as intervenções e sim nos aspectos que precisam ser trabalhados para melhorar o bem-estar do paciente.

No que se refere à formação ou algum tipo de supervisão realizada com os profissionais, nos foi informado que as únicas capacitações realizadas são aquelas fornecidas pelo município, como, por exemplo, um curso sobre drogas que está em andamento e que conta com a participação de dois enfermeiros do serviço. Não há formação específica para o trabalho no CAPS e nem supervisões ou qualquer atividade voltada à equipe.

Sobre esse aspecto da formação, a coordenadora citou o papel importante que as residências em medicina de família e em psicologia têm apresentado. Segundo ela, os profissionais recém-formados, inseridos na equipe, trazem o conhecimento teórico que às vezes é esquecido pelo profissional que está na prática há muito tempo. Essa parceria se mostra útil e há a pretensão de aumentar a quantidade de estágios na instituição.

Assim, até aqui apresentamos a Política de Saúde Mental em seus aspectos históricos e políticos. Na sequência apresentaremos as avaliações dos usuários obtidas na pesquisa de mestrado e que nos levou à proposição desta tese.

### *3.2.1 Saúde Mental em Maringá: a avaliação dos usuários entrevistados durante o mestrado*

A pesquisa de mestrado foi realizada no CAPS AD e no CAPS II de Maringá em 2011. Consistiu-se em entrevistas semiestruturadas com 12 usuários, três homens e três mulheres de cada serviço. A escolha dos participantes se deu a partir de convite, de modo que os profissionais que nos auxiliaram tiveram o cuidado de fazê-lo aos pacientes que tinham condições cognitivas e motoras de responder às perguntas e que frequentavam os serviços há no mínimo 6 meses.

O roteiro de entrevista (Apêndice B) foi composto por questões que caracterizavam os entrevistados no que se refere ao gênero, idade, estado civil, escolaridade, profissão, entre outros. E, ainda, visava compreender o seu histórico de assistência pregressa e que recebiam no momento da pesquisa, bem como o nível de acesso à outras políticas sociais, a vivência social desses sujeitos (atividades sociais e se eram ou não vítima de preconceito) e a maneira pela qual

os direitos, reconhecidos no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da política de saúde mental, lhes eram garantidos ou não.

Neste trabalho apresentaremos as falas dos usuários<sup>31</sup> do CAPS II que mobilizaram os questionamentos que conduziram a tese, sobretudo, aquelas nas quais avaliaram a assistência à saúde mental que recebiam no serviço. Algumas dessas falas já foram apresentadas na introdução.

Desse modo, diante da solicitação para que avaliassem a assistência que recebiam no CAPS II e os motivos dessa avaliação, todos os entrevistados (6 no total) avaliaram positivamente o serviço. Destaca-se que todos têm históricos de internação em hospitais psiquiátricos e relataram vivências terríveis nessas instituições. Para eles, o vínculo de acolhimento entre profissionais e usuários foi o elemento central para a qualidade da assistência:

**Usuária 8:** – *É maravilhosa, porque aqui cada profissional tem uma maneira de ser própria para sua função, todos não negam a palavra para a gente. Aqui a gente tem problema sério, por isso eles não ficam de bate-papo e eles tão certos. Eu gosto de vir pro CAPS, fazer as atividades, participo de todas que posso.* (Marini, 2012, p. 90).

Contudo, mesmo com avaliação positiva em relação ao estabelecimento de vínculos com os profissionais, para 2 (dois) usuários a relação se mostrou conflituosa:

A **Usuária 9** diz que: – *Aqui a assistência é muito boa. Mas eu já tive problemas com alguns funcionários que acho que não deveriam estar trabalhando em CAPS. Eu que tenho bom funcionamento percebo que eles não tratam bem. Falam coisas que o paciente não devia ouvir, como se fosse bullying. Há agressões com palavras, mas como quero melhorar e preciso do tratamento eu deixo para lá.*

**Usuário 4:** – *... cheguei a discutir com o psicólogo, porque eu gostaria de aumentar meus dias de vir e também porque eu queria ser atendido pela psicóloga. Por que eu não posso, não é direito meu escolher o psicólogo. Você perguntou isso ao psicólogo? – Nem perguntei por que eles sempre quer ter razão* (Marini, 2012, p. 91).

Nas falas desses usuários podem ser identificadas situações de autoritarismo, considerando que os funcionários sempre têm razão nas disputas e conflitos. E, ainda, o despreparo por parte de alguns profissionais “que não deveriam trabalhar em CAPS” no que se refere ao tratamento dos usuários. Mesmo a fala da **Usuária 8**, que qualifica a assistência como maravilhosa, apresenta uma denúncia velada quando expressa a restrição do diálogo entre equipe e usuários em função dos “problemas sérios”, ou seja, da psicopatologia que apresentam.

---

<sup>31</sup> Os usuários entrevistados foram identificados na dissertação como: Usuário 1, 2, 3...



Segundo ela, a doença mental legitima essa condição de receber a palavra, mas uma palavra restrita e restritiva do diálogo, da conversa, da liberdade de expressão. Há um limite para o que pode ser dito e, principalmente, ao que nos parece, para o que será ouvido.

Há na fala da **Usuária 9** a importante denúncia de situações de submissão para a manutenção do atendimento, já que ela fica quieta diante das situações que presencia pois precisa do tratamento. Ela denuncia a violência moral e psicológica (*bullying*) que alguns profissionais promovem. Essa queixa fica mais contundente quando ela relata situações vexatórias às quais são expostos os pacientes mais crônicos.

A pergunta sobre o como era a relação entre usuário e equipe foi respondida por ela da seguinte forma:

**Usuária 9:** – *Depende do profissional, com alguns a relação é boa e outros desestruturam a gente. Quando acontece isso? – Dizem para aqueles que não conseguem fazer alguma atividade que ele não sabe fazer nada, eles estão aqui para ensinar e não para brigar e xingar, a gente fica magoado. Mas fazer o que, aqui a gente tem o tratamento, mas às vezes saí pior.* (Marini, 2012, p. 91).

Nessas falas encontramos vários pontos que podem conduzir a críticas no cuidado aos pacientes psicóticos oferecidos no CAPS em questão. Primeiro, encontramos indício de que o diálogo e o espaço de fala e escuta dos usuários são limitados; segundo, alguns profissionais reproduzem a lógica manicomial de violência e submissão dos pacientes; e terceiro, o autoritarismo dos profissionais que conduzem todo o processo de cuidado, desde o estabelecimento dos vínculos, às atividades que serão realizadas e o que pode ou não ser feito pelo usuário. Há pouco espaço para a expressão dos desejos. A fala que segue, nos parece ilustrar essa nossa hipótese.

Diante da solicitação para que apresentasse sugestões para a melhora da assistência do CAPS II, o **Usuário 6** disse:

– *Acho que poderia melhorar se tivesse mais jogos. O doente mental gosta das atividades lúdicas. Também acho que deveria ter pintura em tela novamente, que está em falta. Você já sugeriu isso alguma vez para os técnicos? – Não, só tô falando para você, pode ser que tenha algum efeito.* (Marini, 2012, p. 95).

Assim, a solicitação das melhoras, do que o usuário desejava para sua assistência, precisava ser mediada pela entrevistadora, pois quem sabe teria “algum efeito”, ou, melhor, seria considerada.

Destaca-se, ainda, que percebemos por parte da maioria dos entrevistados uma imensa gratidão por serem tratados bem e por receberem a palavra, ou seja, por não serem completamente ignorados no CAPS II, o que se somava à higiene do lugar e a boa alimentação que recebiam. A vivência de experiência de descaso, exclusão e violência, tanto na assistência já recebidas, sobretudo nos hospitais psiquiátricos, quanto na própria família, os levavam a valorizar muito o tratamento recebido no serviço. Os elogios se centravam muito em aspectos estruturais, o que não deixa de ser importante e de representar avanços assistenciais.

Entretanto, uma boa assistência não está pautada apenas em relações sem conflitos, na qual a obediência cega e o excesso de gratidão inviabilizam a crítica e o movimento de transformação. Os usuários devem participar ativamente no processo de gestão e organização dos serviços, papel garantido na IV Conferência e na Carta de Direitos, que exigem, ainda, a participação deles na definição de seu projeto terapêutico.

Experiências de participação nesse nível não foram identificadas em nenhum dos serviços pesquisados. As atividades desenvolvidas giram em torno das oficinas terapêuticas, da terapia ocupacional e das consultas clínicas. Há sim a existência de atividades lúdicas, muito valorizadas pelos usuários, mas faltam, ao que parece, espaços e oportunidades de participação coletiva na gestão dos serviços.

A falta de capacitação de alguns profissionais também ficou evidente e foi apontado diretamente pela **Usuária 9** que apresentou como sugestão para a melhora da assistência:

*– Chamar técnicos que saibam trabalhar em CAPS, mais capacitados e que não tragam problemas de casa aqui para o serviço, que afeta a gente também. Falta capacitação para alguns e não todos. Alguns são bons profissionais. (Marini, 2012, p. 93).*

O reconhecimento da necessidade de formação dos profissionais da saúde mental é uma constante nas discussões sobre a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Acrescentamos, à falta de capacitação, a problemática contratação via concurso público sem muitos critérios para a inscrição e seleção dos candidatos. Muitos Editais são generalistas e aprovam candidatos para atuarem em todas as secretarias e serviços. Ou seja, os profissionais, quando se inscrevem, não sabem para qual serviço público serão convocados.

Talvez a carência de formação e a falta de desejo para trabalhar com os pacientes com psicose, já que muitos profissionais não estão ali por escolha, sejam elementos importantes que contribuem para a diferença na capacidade de acolhimento e escuta. E acreditamos que esses fatores, somados às mobilizações inconscientes da psicose, tornam o vínculo entre profissionais e pacientes extremamente traumático para ambos.

Em síntese, esses foram aspectos importantes da pesquisa de mestrado que nos mobilizaram para a proposição da tese. Diante de todos os aspectos implicados na produção desse modo de cuidado, neste trabalho, escolhemos analisar suas dimensões inconscientes, sobretudo, aquelas que partem dos profissionais enquanto reações contratransferenciais à psicose. Com isso, não desconsideramos os grandes desafios implicados na prática cotidiana de organização dos serviços e de produção de cuidado, como a falta de recursos, número reduzido de profissionais, ausência de formação, ou seja, limitações estruturais características de todas as políticas públicas do país.

A ênfase atribuída ao vínculo e aos aspectos inconscientes que o sustenta é para nós a possibilidade de contribuir, a partir da psicanálise, com a compreensão de aspectos fundamentais para a construção de uma efetiva clínica das psicoses. Aspectos que, por vezes, são negligenciados quando a ênfase do cuidado recai, quase exclusivamente, nos aspectos normativas, burocráticos e estruturais da política e dos serviços. Por isso, falar dessa clínica possível e dos aspectos necessários para que ela aconteça é fundamental.

### **3.2 A transformação assistencial e a clínica das psicoses nos serviços de saúde mental**

Desde o questionamento da assistência psiquiátrica tradicional pautada no modelo manicomial, ocorrido em diversos países do mundo, muitas experiências e redes de cuidado foram criadas. Embasadas em diferentes referenciais teóricos e configuradas, também, de diferentes maneiras, cada uma, ao seu modo, buscou transformar a assistência psiquiátrica e oferecer modos inovadores de assistência aos pacientes psicóticos.

No Brasil, como já dito, a experiência italiana implementada por Franco Basaglia se tornou a mais influente para o Movimento de Reforma Psiquiátrica. A partir do conceito de desinstitucionalização, Basaglia propôs a superação da psiquiatria enquanto produtora de conhecimentos e práticas sobre a loucura, denunciando seu papel político e social de exclusão e violência.

Segundo Amarante (1996), Basaglia

ao desenvolver sua crítica e ação política, põe no centro da discussão a questão da psiquiatria e o papel e a função dos técnicos, seja do enfermeiro do manicômio, seja do pesquisador universitário, que deve ter como princípio a negação do ato terapêutico como ato de violência mistificada. (p. 30).

Esse modelo teórico-prático apresentou-se realmente como transformador, pois não se restringiu a reformar a assistência, mas promoveu um intenso processo de crítica acerca do papel de controle social, violência e exclusão promovidos pela Psiquiatria.

Nesse sentido, a Psiquiatria é criticada por reproduzir a ideologia que preconiza a submissão, o controle e a violência, uma vez que o tratamento “moralizante é realizado no sentido de punir e readaptar todos os desvios que evidenciam as contradições político-sociais e econômicas e que são encarados como desvios da conduta e da moral”. (MARINI, 2010, p. 31).

Toda a experiência italiana proposta por Basaglia pautou-se no conceito de desinstitucionalização. Para Amarante (1995):

[...] desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais históricos. (p. 49).

Assim, a desinstitucionalização da loucura assume a dimensão de um processo de desconstrução e construção de saberes, práticas e realidades. Um processo contínuo que combate o enrijecimento e a cristalização assentados sobre o saber biomédico. Esse implica, necessariamente, na construção de um novo lugar social para a loucura, de modo que a cidadania, ou seja, a garantia dos direitos dos psicóticos, passe a ser o objetivo principal.

Inspirado em autores como Husserl, Sartre, Adorno, Foucault, Goffman, Cooper, entre outros, Basaglia denuncia a normatização social empreendida pela psiquiatria, psicologia e psicanálise que, no modo de tratar a loucura, reproduziam a lógica social de manutenção de relações de poder e dominação do sujeito. Para ele, e aqui claramente encontramos as ideias de Foucault, o saber clínico sobre as psicoses construído até então mantinha a loucura como objeto e domínio da ciência.

A crítica ao saber clínico e ao poder atribuído ao médico recaiu sobre a psicanálise, uma das principais teorias que fundamentava a prática com as psicoses na época. De acordo com Foucault (1972):

Freud desmistificou todas as outras estruturas do asilo: aboliu o silêncio e o olhar, apagou o reconhecimento da loucura por ela mesma no espelho de seu próprio espetáculo, fez com que se calassem as instâncias da condenação. Mas em compensação explorou a estrutura que envolve a personagem do médico; ampliou suas virtudes de taumaturgo, preparando para sua onipotência um estatuto quase divino. Trouxe para ele, sobre essa presença única, oculta atrás do doente e acima dele, numa ausência que é também presença total, todos os poderes que estavam divididos

na existência coletiva do asilo. Fez dele o Olhar absoluto, o Silêncio puro e sempre contido, o Juiz que pune e recompensa no juízo que não condescende nem mesmo com a linguagem; fez dele o espelho no qual a loucura, num movimento quase imóvel, se enamora e se afasta de si mesma. (p. 554).

Para Foucault, o lugar alienante do médico foi mantido pela psicanálise, ao lhe atribuir o papel central no processo terapêutico. E Silva (2001) afirma que, em sua obra, o autor foi enfático ao afirmar que o conhecimento e a técnica psicanalítica legitimavam o sujeito cartesiano ao estabelecer limites entre o normal e o patológico. Ou seja, para ele, a psicanálise contribuía com o projeto social de normalização, patologização e dominação dos sujeitos.

Inspirado por Foucault, Basaglia adotou a mesma crítica em relação à clínica produzida até então e, com base em uma marcante formação humanística e filosófica, sobretudo, fenomenológica e existencialista, defendeu em seu projeto assistencial a necessidade de criar espaços para a emergência e emancipação do sujeito em sofrimento psíquico. (Amarante, 1996).

Por isso, ao questionar a psiquiatria enquanto instituição, fechando o hospital psiquiátrico de Gorizia e implementando novos modos de assistência, ele procurou garantir o protagonismo político e social dos usuários desde a construção do projeto terapêutico, à gestão do serviço, à reivindicação de direitos e à participação ativa na vida comunitária. A ênfase, portanto, recaí sobre a dimensão político-social e não sobre a clínica.

Amarante (1995) destaca que a Psiquiatria Democrática Italiana possibilitou a denúncia das práticas simbólicas e concretas de violência institucional no interior dos hospitais psiquiátricos. Contudo, a influência desse modelo na política de saúde mental brasileira, segundo Kyrillos Neto (2009), promoveu a desvalorização da clínica. Segundo ele, “a ‘inversão do investimento’ propõe que a Psiquiatria não enfatize a patologia e contemple a existência complexa dos pacientes e sua inserção no corpo social”. (p. 41).

Contudo, repensar a clínica nesse novo contexto foi fundamental, já que a necessidade de atender o paciente e acolher seu sofrimento se manteve. Mesmo no início da implantação dos novos serviços, alguns profissionais e pesquisadores se dedicaram à construção de uma nova clínica que considerasse a dimensão subjetiva do sujeito e sua emancipação político-social. Como exemplo, temos o livro de Goldberg (1994), *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*, que apresenta os desafios encontrados nesse âmbito durante a implantação do CAPS - Professor Luiz da Rocha Cerqueira, o primeiro do país.

Já na apresentação do livro, Jurandir Freire Costa evidencia o compromisso transformador das ações desenvolvidas nesse CAPS ao tecer a crítica ao modelo clínico que

busca homogeneizar pacientes e submeter suas subjetividades às descrições nosográficas, às teorias e aos manuais diagnósticos. Segundo ele:

A Ambição de síntese ou convergência dos discursos sobre o psicótico não atende a necessidade alguma do sujeito; atende à exigência de identidade profissional dos assistentes. [...] Na assistência aos psicóticos, uma coisa é evitar relações intersubjetivas que induzam contradições no interior de um mesmo sistema de crenças ou ações intencionais do sujeito; outra coisa é imaginar que a unidade narcísica do Ego pode ser obtida pela unificação de nossas teorias e uniformização de nossas condutas (Costa, 1994, p. 13).

Assim, o objetivo da proposição de uma nova clínica da psicose era a superação do modelo biomédico que, ao homogeneizar os pacientes e silenciar seus sintomas via medicamentos, protegia os profissionais da angústia de lidar com o desconhecido.

Por isso, a priorização do sujeito, de suas experiências e de seu sofrimento se tornam fundamentais na clínica das psicoses proposta no novo modelo assistencial representado pelo CAPS. Desse modo, a necessidade de superar modelos teóricos e assistenciais tradicionais exigiu, e exige, a invenção de novas práticas e modos de cuidado.

O que salta aos olhos na análise da experiência do CAPS - Professor Luiz da Rocha Cerqueira é o protagonismo do sujeito psicótico no interior da clínica. Evidente que tal objetivo não foi alcançado sem intensos processos de discussões, construções e desconstruções. Os profissionais que ali ingressaram com a tarefa de iniciar efetivamente o modelo psicossocial de assistência, mesmo com o intenso engajamento no Movimento de Reforma Psiquiátrica, foram formados a partir do modelo assistencial vigente, ou seja, o do saber psiquiátrico centrado nos sintomas concebidos como disfunções de ordem puramente biológica. Mudar modos de assistência, exigiu transformar modelos teóricos e verdades que subsidiavam a prática.

Em síntese, a experiência do primeiro CAPS do Brasil representa a tentativa de junção de saberes oriundos do conhecimento das diferentes experiências desenvolvidas em todo o mundo<sup>32</sup>, sobretudo a italiana, e da inventividade de profissionais e usuários que em suas subjetividades traziam as marcas da realidade da vida coletiva e particular dos brasileiros.

Dessa complexa produção de uma nova clínica das psicoses no interior de um serviço público, destacaremos algumas características. A primeira delas se refere ao retorno à dimensão clínica da clínica, o que implica a capacidade investigativa e o desconhecimento do objeto. Como afirma Lantéri-Laura, no nível da orientação clínica,

---

<sup>32</sup> No livro o autor apresenta três modelos institucionais e suas possibilidades de atuação e que nos parecem servir, cada um ao seu modo, como exemplos para o CAPS em implantação. Tais modelos são: a Clínica de La Borde na França, o Sistema de Setúbal em Portugal e o Sistema de Trieste na Itália.

ninguém pode saber de antemão o distúrbio que habita o paciente, e é preciso aprendê-lo pouco a pouco, ou seja, descobri-lo e não produzi-lo; mesmo que a orientação clínica nunca seja ingênua e pressuponha sempre o saber e a habilidade clínica, [...] é do exame do paciente que ela extrai o que pode conhecer dele. (Lantéri-Laura, 1989, citada por Goldberg, 1994, p. 58).

O saber sobre o paciente, por sua vez, só é possível pela análise e interpretação da sua fala. A fala deve ser concebida não como verdade suficiente sobre os sintomas, mas como índice da condição existencial e de sofrimento do sujeito. É dessa compreensão da clínica que pode ser estabelecido o diálogo entre a universalidade do saber científico e a singularidade fenomenológica de cada quadro tão caro à clínica das psicoses proposta no livro. (Goldberg, 1994).

À dimensão clínica que reconhece a fala e a comunicação do psicóticos como elementos fundamentais do processo diagnóstico e assistencial, a experiência do primeiros CAPS brasileiro acrescenta o protagonismo político dos usuários, por meio da participação direta no processo de gestão, proposição e avaliação das atividades terapêuticas. O reconhecimento da assistência à saúde mental comprometida com a participação política e social dos usuários muito se deveu à influência da experiência italiana, como já dito.

Assim, além da participação ativa do psicótico na assistência clínica, à medida que sua fala era considerada, e na gestão do serviço, por meio da criação de assembleias e espaços de discussão coletiva, havia a preocupação com a inserção dos usuários no mundo produtivo e na participação das atividades da comunidade.

Isso porque, a partir da organização psíquica e emancipação dos usuários, instituição e equipe passaram a se deparar com as reivindicações e novas demandas decorrente desse novo nível de organização, como por exemplo, o desejo de comercializar o que era produzido nas oficinas. Da necessidade de responder a tais demandas, criou-se o Núcleo de Projetos Especiais, que se tornou responsável pelos projetos de Trabalho e Moradia. O projeto de Trabalho tinha como objetivo organizar os usuários em cooperativas para a produção e comercialização de produtos, já o projeto Moradia objetivava oferecer residência para aqueles que estavam em situação de rua. Para a gestão desses projetos foi criada uma associação composta por pacientes e profissionais.

As ações assistenciais foram marcadas por momentos coletivos de crítica e pela proposição de ações, como os grupos de psicoterapia, que possibilitavam a interação entre usuários e deles com as equipes.

À medida que o serviço crescia em termos de atividades e em número de pacientes atendidos, a equipe também crescia.

Essa crescente multiplicidade de especializações e a conseqüente exigência de que a heterogeneidade de funções daí decorrentes não acarretasse dispersão e proselitismo multidisciplinar e às vezes conflitantes às manifestações da psicose, foram fatores decisivos na lapidação de um projeto institucional diferenciado. (Goldberg, 1994, p. 117).

Esse projeto institucional foi construído coletivamente e com o apoio extra das supervisões institucionais. A equipe, para melhor gerir as ações, se subdividiu em miniequipes que se incumbiam de grupos de pacientes e centralizavam todas as informações sobre eles, bem como a responsabilidade da construção do projeto terapêutico de cada um com base nos olhares dos diferentes profissionais e especialidades.

Muitos desafios foram encontrados nesse processo de construção de um novo projeto de clínica, como por exemplo a adesão dos pacientes às atividades propostas, as resistências da equipe diante das novas demandas e necessidades do serviço e dos pacientes e, ainda, a recusa do caráter meramente burocrático e quantitativo das intervenções, que, segundo a equipe, impedia o estabelecimento de projetos terapêuticos individuais para cada paciente. O objetivo não era a quantidade, mas a qualidade da assistência, embora sofressem pressão por parte dos gestores municipais e demais serviços.

Segundo Goldberg (1994, p. 118), “o projeto a ser elaborado se desenvolveria a partir de um pressuposto fundamental: a experiência que a equipe acumularia na minuciosa lida diária com os pacientes”. Destaca-se que, segundo o autor, nessa lida diária com a psicose privilegiava-se a criação de espaços de fala dos pacientes por meio de oficinas de pintura, escultura, objetos, peças de teatro, jogos, escrita e verbalizações.

Assim, na clínica das psicoses desenvolvida no primeiro CAPS brasileiro, a identificação do paradigma institucional voltado para a reabilitação ou para o tratamento não era importante, já que a ação institucional “era concebida como produção de movimento cuja a finalidade [...] é impelir o paciente a coeficientes de escolha cada vez maiores no gerenciamento de sua vida”. (Goldberg, 1994, p. 140).

Portanto, o pensar, repensar, construir e desconstruir constante das práticas assistenciais apresentavam como objetivo último a emergência do sujeito e sua emancipação. E, em função da importância e inovação assistencial desse projeto, ele se tornou referência para as ações desenvolvidas em diversas regiões do Brasil. A equipe desse CAPS se tornou produtora,



formadora e disseminadora de conhecimentos na área de assistência pública à saúde mental no país.

Nesse projeto modelo, evidencia-se a possibilidade da construção de uma clínica das psicoses que, necessariamente, implica a expansão das fronteiras assistenciais para além da relação médico paciente, já que a emersão do sujeito requer protagonismo na produção e reprodução da vida. Tal protagonismo encontra na fala, na possibilidade de dizer e ser ouvido pela equipe do serviço, pela família, pela comunidade, pelos produtores de leis, etc., seu principal recurso.

Aqui destacamos as contribuições que a psicanálise pode apresentar nesse processo de construção de uma nova clínica nos CAPS e em outros serviços das Rede. Mesmo em face das críticas que recebeu, sobretudo no que se refere à centralidade do saber e da figura do médico, desde Freud, a psicanálise atribui ao sujeito e ao seu discurso a legitimidade e verdade necessárias à compreensão dos sintomas e do sofrimento psíquico. A psicanálise também se transformou e se transforma diante das necessidades sociais e históricas. Enquanto saber que orienta as ações dos profissionais, não prescinde das dimensões políticas e das lutas históricas pelas transformações assistenciais e pela centralidade do sujeito no interior da assistência à saúde mental. Tal reflexão é constante e deve pautar o discurso e a prática de todos os profissionais.

Concordamos com Ribeiro (2005) acerca da importância de retomar a reflexão sobre as formas de entender e tratar a loucura nos serviços de saúde mental. Vimos, há pouco, o projeto do CAPS - Professor Luiz da Rocha Cerqueira que se tornou referência no país para a superação do modelo biomédico de assistência e vimos, também, com nossa pesquisa de mestrado, algumas limitações que o CAPS II de Maringá apresentava para a superação da lógica manicomial. Diante disso, consideramos que:

Não estamos frente a um problema resolvido pela promulgação de uma lei que coloca o fim dos manicômios, nem pela legislação que ratifica a proposta de um CAPS como o paradigma oficial de atenção em saúde mental, válido para todo o território nacional. Se assim o fosse, teríamos uma reforma psiquiátrica consolidada neste país e não trataríamos o louco, ainda, como doente assujeitado a ser tutelado por um poder médico. Parece-me, ao contrário, ser este um ponto a ser constantemente lembrado, relembado e posto para trabalhar. (Ribeiro, 2005, p. 166).

Assim, a assistência que considere e implique o sujeito não é garantida em legislações, mas no fazer diário dos profissionais e na sua relação com os pacientes. Implica, portanto, o estabelecimento de uma nova ética de cuidado.

Para nós, a psicanálise se apresenta como um recurso importante na produção dessa ética, já que pode contribuir tanto para a compreensão de aspectos importantes para a manutenção de relações de tutela e assujeitamento dos pacientes, quanto para a proposição de ações que superem essas características assistenciais.

Isso porque, como um contraponto às críticas de Foucault, Kyrillos Neto (2009, p. 42) afirma que o objetivo da psicanálise não é a eliminação do sintoma e nem a adaptação do sujeito “pois é a partir do sintoma que cada sujeito tem a possibilidade de atribuir um sentido a sua vida. O psicanalista trabalha para que o sujeito construa um modo diferenciado de posicionamento frente a seu mal-estar”.

Assim, a psicanálise, no âmbito dos serviços de saúde mental, oferece elementos teóricos e técnicos que reposicionam profissionais e pacientes diante do mal-estar que esse encontro pode proporcionar. Como já dissemos neste trabalho, a relação com a psicose, as fantasias e afetos fruto dessa relação, podem gerar conflitos e se expressarem em práticas que alienam os sujeitos, já que alguns profissionais para se defenderem dessas mobilizações adotam posturas rígidas que silenciam os pacientes.

Por isso, voltar a escuta para o discurso dos profissionais e para a expressão do seu inconsciente se torna fundamental. Ribeiro (2005) nomeou de desterritorialização o lugar dos profissionais de saúde mental na clínica das psicoses em serviços de saúde mental como o CAPS. Segundo ela, “no dia-a-dia da clínica ficamos muitas vezes sem lugar, sem jeito, sem graça e quase sem condições de lidar com os pacientes”. (Ribeiro, 2005, p. 167). Para a autora, essa desterritorialização é decorrente da necessidade de uma prática e de cuidado, para a qual os profissionais nem sempre estão preparados dada a complexidade das demandas e das ações a serem desenvolvidas nessas instituições.

A autora nos coloca, ainda, a seguinte questão: o que acontece nos encontros que temos com os pacientes psicóticos? Esse questionamento converge para o nosso próprio problema de pesquisa. À pergunta, Ribeiro (2005) oferece a seguinte resposta:

Desencontros, diferenças de línguas, distâncias, erros, surpresas, desconfortos... São os acontecimentos que nos convidam a pensar e a criar alguma condição para nossa prática, uma vez que aquilo de que poderíamos dispor de maneira mais sistematizada – nossa profissão, nossa formação específica, nosso arcabouço teórico e técnico – não nos traz garantias e conforto suficientes, tampouco situa-nos frente à clínica de forma segura. O que fazer com tudo isso? E o que fazer sem nada disso? De onde podemos trabalhar? (p. 168).

Acrescentamos à resposta da autora a consideração da dimensão inconsciente e fantasmática dos profissionais, que enquanto sujeitos se implicam e estão implicados

inconscientemente nesse encontro e, por isso, precisam ser ouvidos e considerados. Os profissionais também sofrem e criam defesas e estratégias para lidar com esse sofrimento. Repensar a clínica e a assistência aos pacientes psicóticos, exige repensar o lugar dos sujeitos que os assistem.

Assim, concluímos, diferentemente do que críticos como Foucault afirmavam, que a psicanálise tem muito a contribuir com a Reforma Psiquiátrica e com a construção de uma nova clínica das psicoses. Isso porque, tanto teórica como tecnicamente, apresenta dispositivos para a constituição e emancipação do psicótico e, também, para a consideração dos profissionais de saúde mental que lhes prestam assistência. O sujeito de direitos e cidadania, também é o sujeito do inconsciente e do desejo. A verdadeira emancipação só é possível quando as duas dimensões – político-social e subjetiva – são consideradas.

## **CAPÍTULO 4 AS ENTREVISTAS: DAS GENERALIDADES ÀS ESPECIFICIDADES... A ANÁLISE DAS PRODUÇÕES LÍMITES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE AS PSICOSES**

Como anunciado na introdução, objetivávamos, neste trabalho, entrevistar profissionais de saúde mental de diferentes categorias de dois serviços especializados – CAPS e Emergência Psiquiátrica – do município de Maringá-PR, na busca de encontrar, por meio da interpretação de suas falas, elementos ou expressões das fantasias inconscientes mobilizadas pelas psicoses, ou seja, as produções limites de cada um em torno da temática.

Como apresentamos na metodologia, o conceito de produção limite foi designado por Mello Neto (1994) para representar as produções psíquicas que se localizam no espaço de transição ou, melhor, de intersecção entre as representações puramente psíquicas, ou seja, as fantasias, e o material-social (crenças, valores, concepções, etc.), conservando-se a moção desejante enquanto elemento constituinte e organizador. A análise será pautada na busca das especificidades, ou seja, das produções limites que expressam a história psíquica – ou seja, a história inconsciente – de cada um e, ainda, das generalidades, que expressam as produções compartilhadas diante das psicoses.

Para isso, utilizamos como instrumento de pesquisa um roteiro semiestruturado (Apêndice B), com questões amplas e disparadoras de associações livres. A partir da fala dos entrevistados, novas questões foram introduzidas a fim de compreender melhor do que falava o sujeito. As questões do roteiro, apresentadas a todos os entrevistados, foram: 1. Iniciais e Instituição; 2. Qual a sua idade?; 3. Qual a sua formação?; 4. Qual é sua atividade profissional atual?; 5. Há quanto tempo trabalha com essa atividade?; 6. O que é um psicótico?; 7. Você trabalha com psicóticos, o que é um psicótico na sua vida? e; 8. Fale de uma cena da sua experiência.<sup>33</sup>

A proposta inicial era a de entrevistar 6 (seis) profissionais de cada serviço, totalizando 12 (doze) entrevistados. Contudo, como indicado na metodologia, a grande quantidade de material obtida com as entrevistas no CAPS nos levaram a restringir a pesquisa a esse serviço, de modo a garantir a análise do material em profundidade. Assim, no CAPS, foram entrevistadas 5 (cinco) profissionais, já que os psiquiatras se recusaram a participar. Sobre a recusa dessa categoria profissional, não nos foram fornecidas maiores explicações.

---

<sup>33</sup> Durante a qualificação, a professora Joseane Cristina Bocchi nos chamou a atenção para a ausência de uma questão com foco na relação entre profissionais e usuários. Concordamos com a importância da inclusão de tal questão, mas como as entrevistas já tinham ocorrido não foi possível fazê-la.

Nesta análise, portanto, constam os conteúdos das entrevistas realizadas com os seguintes profissionais do CAPS: um enfermeiro, L.<sup>34</sup>, 32 anos; uma assistente social, C., 57 anos; uma agente administrativa, P., 27 anos; uma terapeuta ocupacional, M., 37 anos e uma psicóloga, J., 60 anos.

Antes de apresentarmos a análise, acreditamos ser importante falar da nossa própria reação contratransferencial diante do material das entrevistas. Destacamos as vivências de angústia e sobretudo, esgotamento e cansaço mental durante o processo de transcrição e análise.

Essas mesmas reações foram apresentadas por uma transcritora auxiliar<sup>35</sup> que, diante da angústia que sentiu, levou aproximadamente 3 horas para transcrever 10min de entrevista e desistiu ao final desse período alegando que a entrevistada (M. auxiliar administrativa) falava demais e rápido e que ela, por sua vez, era muito lenta para transcrever. Relatou que em alguns trechos teve muita dificuldade para compreender o que era dito, muito embora, o som da gravação estivesse bom. Destaca-se que durante nosso encontro após sua desistência da transcrição, ela verbalizou: — *Nossa, coitada dessa menina, porque não tiram ela de lá? Ela não gosta de trabalhar lá! Fiquei morrendo de pena dela.*

Mediante o exposto, concluímos que a interrupção da transcrição se deveu ao excesso de mobilização ocasionada pela fala da entrevistada. Se, de um lado, a última não pode deixar o trabalho e se afastar das fontes de mobilização, como veremos na análise da sua entrevista mais adiante, de outro, ela – a transcritora auxiliar – pôde desistir da transcrição.

Embora reconheçamos que o trabalho de transcrição seja árduo, no sentido de atenção e do tempo que demanda, acreditamos que nossos sentimentos e sensações se vinculam aos conteúdos comunicados pelos profissionais nas entrevistas. Ou seja, em suas falas foram transferidas parte de suas angústias e mobilizações, nos afetando de modo intenso, tal como eles são afetados pela psicose.

Vamos, então, à análise que foi dividida em categorias a fim de sistematizar as informações.

#### **4.1 Caracterização dos entrevistados**

Nesta categoria será apresentada uma breve caracterização dos profissionais, que informa as iniciais com as quais serão nomeados, a idade, o sexo, a formação superior e se possuem

---

<sup>34</sup> Todas as iniciais são fictícias para preservar a identidade dos(as) entrevistados(as).

<sup>35</sup> Integrante da família da pesquisadora que aceitou ajudar na transcrição das entrevistas.

formação específica em saúde mental. Além disso, faremos uma breve descrição das mobilizações contratransferenciais que despertaram em nós e as defesas dos profissionais identificadas durante as entrevistas.

#### *4.1.1 Profissional de Enfermagem*

L., 32 anos, sexo masculino, é enfermeiro formado numa universidade pública. Trabalha no CAPS há dois anos. Suas experiências profissionais anteriores foram em um centro beneficente de atendimento a idosos e em uma comunidade terapêutica destinada ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas. Afirmou que sempre se interessou pela saúde mental, embora não tenha nenhuma formação específica para a atuação na área. Sobre isso, ele diz: — *Passei no concurso e pedi para ser alocado aqui no CAPS. Queriam me enviar pra UPA, mas eu insisti pra participar da saúde mental que é o que eu gosto. É a área que eu mais me identifico.*

Enquanto falávamos da sua formação, perguntei se o município ou o Estado ofertavam formação continuada para o trabalho. Segundo ele, os cursos ou formações são raros e conseguiu se lembrar de três breves atividades formativa que participou em dois anos de trabalho no CAPS.

Apresentou-se muito interessado em participar da pesquisa. Contudo, ao longo da sua fala, percebeu-se a preocupação de ser avaliado em relação ao seu trabalho e do seu conhecimento e, por isso, a hesitação e a insegurança para responder algumas perguntas, o que se intensificava pelas próprias características do trabalho com as psicoses, como veremos a seguir. Por outro lado, o desejo de atuar na saúde mental pôde ser percebido durante a sua fala e parece sustentar sua atuação e os modos de tradução e recalcamento diante das comunicações psicóticas e as mobilizações provocadas por elas. Sua entrevista teve duração de 56 minutos.

#### *4.1.2 Profissional de Serviço Social*

C., 57 anos, sexo feminino, é assistente social, trabalhava em outro serviço do município e solicitou transferência para o CAPS, por gostar da área, ser um campo novo para ela e, ainda, por ser próximo à sua residência. Em suas palavras: — *Uniu o útil ao agradável.* Está no CAPS há 6 anos e não possui curso específico para o trabalho na área e acredita que ninguém da saúde mental faça para ingressar. Segundo ela, o profissional tem que buscar, particularmente, a partir

das normativas que recebe da secretaria de saúde acerca do serviço e do trabalho, já que o município oferece poucas oportunidades de formação. Ela se intitula autodidata, pois busca livros e materiais por conta própria.

A entrevistada não se apresentou confortável para fornecer a entrevista. Afirmou que, por conta de uma cirurgia plástica, realizada recentemente no rosto, não podia falar muito. Sugeriremos realizar a entrevista em outro dia, posto que voltaríamos algumas vezes para as demais entrevistas. Ela disse que não precisava, já que teria que falar mesmo, pois era a única assistente social do serviço.

Durante a entrevista, parava para atender o telefone, para enviar e-mail, ações que nos pareciam defensivas e, ao mesmo tempo, de demonstrações da importância e demanda do seu trabalho. O modo como demonstrava seu desconforto ao longo da entrevista, bem como a rigidez e inibição na fala, nos causaram certo desconforto. Nos pareceu uma mulher muito inibida e defensiva. Sua entrevista teve duração de 43 minutos e meio.

#### *4.1.3 Profissional de Terapia Ocupacional*

M., 37 anos, sexo feminino, é terapeuta ocupacional há 15 anos e se formou numa Pontifícia Universidade Católica. Trabalha no CAPS há cerca de um ano e meio. Antes, trabalhou em outras áreas da saúde mental. Se especializou em Saúde Mental por meio de um aprimoramento, tal como uma residência, que teve duração de um ano e foi realizado no hospital do servidor público estadual de São Paulo.

Começou a trabalhar na prefeitura em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), contudo, como foi aprovada em concurso público, optou por assumir a vaga e ir trabalhar no CAPS. Isso, em razão da estabilidade garantida pelo concurso e, também, pelo desejo de trabalhar diretamente com pacientes psiquiátricos. Como veremos, posteriormente, sua motivação tem natureza afetiva, já que seu avô já falecido tinha esquizofrenia.

A entrevistada apresentou-se muito nervosa durante toda a entrevista, verbalizando isso logo no início, sobretudo, quando foi iniciada a gravação da sua fala. Perguntei o que a incomodava e ela disse que se sentia nervosa ao dar entrevistas e não sabia o motivo. Por outro lado, apresentou muito carinho pela profissão e pelas atividades que realiza no CAPS, nos mobilizando de modo positivo acerca do desejo e satisfação que apresenta ao trabalhar ali. Sua entrevista teve duração de 36 minutos.

#### 4.1.4 Profissional Agente Administrativo

P., 27 anos, sexo feminino, exerce a função de agente administrativo. No entanto, sua formação, como ela mesma afirma, não tem nada a ver com o trabalho, já que é graduada em moda, tem pós-graduação em marketing e está cursando uma graduação à distância em designer de produto. Não possui qualquer formação para a atuação na saúde mental. Foi aprovada em concurso e lotada no CAPS, sem qualquer possibilidade de escolha. Em suas palavras: — *Se eu pudesse ter escolhido eu não teria escolhido a saúde, não teria escolhido saúde em geral e nem saúde mental também.* Quando perguntamos por quê, ela respondeu:

— *É porque eu penso assim, normalmente a pessoa se sente meio vocacionada né, a trabalhar com pessoas ou com saúde ou alguma coisa assim. Pela minha formação eu não vinha né, com características, com vontade de trabalhar em qualquer lugar que tinha a ver com saúde.* (P.)

Não recebeu qualquer formação ou preparo para atuar no serviço após o início das atividades no CAPS e, durante toda a entrevista, manifestou sua insatisfação em trabalhar ali, sendo que já solicitou sua transferência mais de uma vez. Apresentou-se muito ansiosa, com fala rápida e nervosa.

Sentimos que sua fala era um pedido de ajuda, uma forma de expressar sua angústia e sofrimento em trabalhar naquele serviço e com aqueles pacientes. A angústia foi transferencialmente sentida pela transcritora auxiliar como apresentamos no início deste capítulo, o que, diante de sua própria angústia e pena, a fez desistir da transcrição.

A pesquisadora ao dar continuidade ao processo de transcrição, também, sentiu angústia e pena da profissional e, ao mesmo tempo, teve a impressão que algo de ódio e raiva que a entrevistada sentia por trabalhar ali e dos pacientes surgia de forma mais clara, ao que se soma o seu medo de enlouquecer tal como eles. Assim, nos pareceu que o trabalho no CAPS para ela é traumatizante e violento, o que o torna uma experiência com potencial enlouquecedor. Sua entrevista teve duração de 50 minutos.

#### 4.1.5 Profissional Psicóloga

J., 60 anos, sexo feminino, é psicóloga da rede pública há mais de 30 anos. Iniciou suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde e foi transferida para o Centro Integrado em Saúde



Mental (CISAM) quando ele foi inaugurado e permaneceu lá até sua extinção, há 2 anos, quando foi transferida para o CAPS.

Segundo ela, suas atividades no CISAM eram centradas em psicoterapias individuais de pacientes com neuroses e neuroses graves, de modo que seu contato com pacientes psicóticos foi sempre distante, já que os mesmos, quando chegavam ao CISAM, eram encaminhados para receber assistência em outro CAPS.

O trabalho no CISAM, associado ao trabalho na clínica individual, a fizeram focar sua formação na psicoterapia individual, de casal e famílias, sempre na perspectiva de atender pacientes neuróticos. Sua ida para o CAPS não foi uma escolha, foi remanejada, juntamente com toda a equipe, à medida que o CISAM foi extinto justamente pela criação do novo serviço. Ela afirma que foi literalmente obrigada a ir para o CAPS. A fala abaixo representa o que significou para ela essa mudança.

*— E com a mudança para cá, nós também tivemos que nos adaptar, para fazer o atendimento desses psicóticos. Só que é assim, a gente tem que se virar por conta, porque a gente não tem nenhuma assistência de ninguém. É por isso que eu falo que para mim, é... eu acabei ficando porque eu sabia que eu ia sair agora nesse ano. Porque eu realmente não tinha interesse em trabalhar com esse tipo de paciente, dessa forma. Porque eu estudei quarenta anos, trinta e pouco anos numa outra linha. (J.)*

A ausência de formação foi atribuída por ela como a causa do seu desconforto em trabalhar com as psicoses, sobretudo, em grupos que é a perspectiva de trabalho no CAPS. Contudo, os dois anos que permaneceu ali não foram utilizados para qualquer formação, de modo que a impotência diante das demandas dos pacientes, a excessiva dependência que apresentam os profissionais, bem como às limitações terapêuticas impostas pela psicopatologia, a fizeram pedir aposentadoria por idade.

Chama a atenção o fato de que se trabalhasse mais 4 anos, se aposentaria por tempo de contribuição, o que implica uma aposentaria melhor em termos financeiros. Mas ela não poderia mais ficar ali, até porque a pressão para que realizasse grupos estava crescendo, ou seja, ela teria efetivamente que entrar em contato com as psicoses, o que evitou realizando outras atividades até aquele momento. A angústia a paralisou e fez desistir do trabalho como psicóloga do município, cargo que ocupava há mais de 30 anos.

Durante a entrevista, que durou 50 minutos, predominou a insatisfação em relação ao trabalho, a angústia e rebeldia diante da obrigatoriedade de estar naquele serviço e, principalmente, o alívio pela proximidade da aposentadoria e a conseqüente interrupção do trabalho e do contato com as psicoses. O fato de estar deixando o serviço, possibilitou maior

tranquilidade e sinceridade em relação às respostas, de modo que não foi percebido nervosismo e nem medo ou fantasias de avaliação. A entrevista, nos pareceu, foi mais um desabafo e uma justificativa acerca da decisão pela aposentadoria.

## **4.2 O trabalho no CAPS**

Antes de qualquer análise específica das generalidades das falas dos profissionais, acreditamos ser importante contextualizar o trabalho no CAPS. Como já apresentamos anteriormente, o CAPS faz parte do Complexo de Saúde Mental de Maringá e conta com leitos de internação e atendimento 24 horas. É considerado, de acordo com as diretrizes da política de saúde mental brasileira, o serviço extra-hospitalar de maior complexidade, já que atende pacientes crônicos e em situação de crise.

Discutimos, ao longo deste trabalho, a demanda complexa da psicose e o lugar que a alteridade ocupa na sua dinâmica psíquica. Apresentamos, ainda, um modelo de clínica das psicoses, desenvolvido no primeiro CAPS brasileiro e que apresentou como características marcante, a originalidade da assistência fruto de um intenso processo de reflexão teórico e prática constantes. Essas informações são destacadas pois nos remetem à complexidade do trabalho e à necessidade de formação.

A partir da análise geral de como os entrevistados descrevem as atividades que realizam, pôde-se perceber que a atuação no CAPS exige a dimensão criativa e inventiva dos profissionais que precisam responder às demandas dos pacientes, mesmo que isso signifique ultrapassar os recursos técnicos-científicos de cada formação. Essa condição, nos parece acarretar, em alguns momentos, uma mistura de papeis e, até mesmo, uma perda da identidade profissional. Soma-se a isso, as características das demandas dos pacientes e devemos nos perguntar: quais são estas demandas?

A partir da fala dos profissionais identificamos que são demandas muito complexas e variadas, que envolvem carência material, afetiva, ações de educação sexual, expressões pulsionais (sexuais e agressivas) desimpedidas, orientação acerca da higiene e hábitos de vida, resistência em aderir ao tratamento, resistências em compreender os limites dos serviços e dos profissionais ou, melhor, dos limites de modo geral, situações de crise entre outras.

Assim, nos chamou a atenção a generalidade das atividades desenvolvidas, que transcendem os limites da formação profissional e que exigem a atuação e a implicação em demandas muito amplas da vida humana. A psicose exige muito dos profissionais! Testa seus limites e, nos parece, que os colocam em posição incômoda diante da dúvida se realmente fazem

o que deveriam fazer, ou seja, se realizam as atividades pertinentes à profissão ou, mesmo, se respondem às demandas apresentadas pelos pacientes.

Ficou evidente a ausência de formação ou capacitação tanto para o ingresso no serviço, quanto para a condução das atividades e resoluções dos problemas. Os cursos oferecidos pelo município são raros e, quando acontecem, são pontuais e destinados aos trabalhadores da saúde de modo geral. Não abordam as demandas específicas do CAPS e, muito menos, de todos da equipe.

A equipe não é composta apenas por representantes de áreas da saúde, que teoricamente, cursam disciplinas específicas de saúde mental na graduação. Existem funções que não exigem formação em saúde e logo são ocupadas por pessoas que muitas vezes não fazem a menor ideia do que é saúde mental e conhecem a psicose e a loucura pelas produções sociais e culturais, muitas vezes baseadas em preconceitos.

A fala de P. ilustra essa condição de trabalho no CAPS. Diante da pergunta sobre a sua formação e a função que exerce, ela disse: — *Nada a ver com a minha área, eu sou graduada em Moda, tenho uma pós-graduação em Marketing e agora tô fazendo uma graduação a distância em designer de produto. Então, não tem nada, absolutamente, nada a ver.*

Diante desta afirmação, perguntamos se ela possuía alguma formação na área de Saúde Mental, ao que ela respondeu:

— *Não, eu prestei o concurso pra agente administrativo achando que eu ia cair em qualquer secretaria que não fosse saúde, né? E eu não sabia como é que funcionava, enfim... e aí, sei lá, me lotaram na saúde. ... não fazia a mínima ideia que existia esse local, Complexo de Saúde Mental, CISAM, nunca tinha ouvido falar, não fazia a mínima ideia, nunca tinha parado pra pensar que existia alguma coisa assim. Óbvio que deveria existir, mas eu nem pensava em nada. Aí, quando me falaram no Complexo de Saúde Mental, nossa... o que será que eu vou ver, né? E aí, eu vim pra cá. Eu até tentei trocar na mesma semana que eu entrei, mas aí o responsável lá do RH me disse que tinha que esperar um tempo, trabalhar um tempo antes de tentar trocar pra outra área e eu pedi já a minha, como é que fala, a minha transferência. ... porque eu acho que é meio... não sei, é meio limitado na verdade, né? Você vai tratar de pessoas assim, por exemplo, aqui na Saúde Mental, a gente não teve nenhum treinamento, eu entrei, caí de paraquedas, sabe? Então, eu penso assim, poxa, poderia ser interessante a prefeitura fazer uma formação antes, até antes da pessoa entrar, tirar um pouco, às vezes, do receio, sabe? Do que a pessoa vai encontrar. (P.)*

A forma de contrato por concursos públicos generalistas, nos quais o candidato não pode escolher a política ou instituição na qual irá atuar, parece ser um dos desafios do serviço, que recebe pessoas despreparadas e para o próprio profissional que se vê “caindo de paraquedas”, sem qualquer formação prévia, e, mesmo, posterior ao início do trabalho, como já dissemos.

Nestes casos, não há a possibilidade de escolha e nem ações de orientação e acolhimento para as pessoas que estão ali e que, inclusive – como no caso de P. e de outros profissionais do CAPS que pediram transferência – trabalham contra a vontade, apenas pela necessidade do salário. Segundo ela, no setor de Recursos Humanos da prefeitura: — *Eles não analisam nada, né? Simplesmente vai precisando de funcionário, vai chamando e vão mandando.*

Há, portanto, uma indiferença em relação às necessidades, desejos dos profissionais e formação. Essa realidade é apontada, também, pela psicóloga entrevistada. Mesmo ela, com formação específica na área da saúde e funcionária pública há mais de 30 anos, sentia-se negligenciada em relação a sua vontade e formação. Segue sua fala:

— *Na verdade, você está falando de formação, a minha formação foi sempre voltada para ser psicoterapeuta, né? E a minha função sempre foi fazer psicoterapia. Desde que eu entrei na unidade básica, quando eu comecei na prefeitura. Então, todos os meus cursos, todas as minhas formações foram para continuar na clínica, como psicoterapeuta. Eu trabalhei na UBS, quando eu entrei, aí abriu o CISAM, em 1994, 96, uma coisa assim. Aí, eu fui pro CISAM, fiquei todos esses anos no CISAM e eram atendimentos ambulatoriais já secundários, né? E eu fiquei fazendo esse trabalho lá. Daí, abriu o CAPS e acabou o CISAM. Daí, todo mundo que tava no CISAM, veio pro CAPS. Então nós viemos quase que (risos), obrigados. Porque muita gente, não queria estar aqui, eu acho. Tanto que tem muita gente pedindo para sair. (P.)*

Assim, essa profissional veio obrigada para o CAPS e sentiu as dificuldades de ter que se adaptar a uma nova demanda, diferente do que ela se sentia capacitada para enfrentar e tudo isso sem qualquer apoio institucional ou oferta de capacitação.

— *E com a mudança para cá, nós também tivemos que nos adaptar, para fazer o atendimento desses psicóticos. Só que é assim, a gente tem que se virar por conta, porque a gente não tem nenhuma assistência de ninguém. É por isso que eu falo que para mim, é... eu acabei ficando porque eu sabia que eu ia sair agora nesse ano. Porque eu realmente não tinha interesse em trabalhar com esse tipo de paciente, dessa forma. Porque eu estudei quarenta anos, trinta e pouco anos numa outra linha. Então, essa é a grande dificuldade. Inclusive, eu até brinco, assim, com o pessoal aqui, assim: gente é igual você falar para um médico ortopedista que ele não vai ser mais ortopedista, ele vai ser ginecologista. Porque ele é médico e ele tem que fazer qualquer coisa. E para nós, ninguém tem esse olhar, entendeu? Ninguém tem esse olhar! (P.)*

Essa falta de olhar para as necessidades, desejos e condições dos funcionários públicos que trabalham em saúde mental, ou em qualquer outra política, tem efeitos diretos sobre sua própria saúde mental. Nos parece que se sentem despreparados diante do universo da psicose.

J. relata o atendimento que prestou a uma auxiliar de enfermagem que atuava em uma residência terapêutica<sup>36</sup> e que adoeceu pelo trabalho. Segundo ela, a paciente:

*— veio com um pânico grande, uma ansiedade e uma depressão, com pensamento de morte e não saía de casa, não queria, não queria. Porque ela foi colocada em uma residência terapêutica para ser cuidadora deles, de homens, tá? Uma moça jovem, de uns 30 anos, então ela foi cuidar de homens, todos psicóticos, dentro de uma residência e sozinha o dia todo... e aquilo ela não aguentou, tá? E aí ela adoeceu. E aí precisou medicamento, a gente fez, ele ficou afastada, e agente fez um trabalho de readaptação e mandamos ela para outro lugar. Ela tá ótima, trabalhando. A gente sempre lembra desse caso, quando a gente vê que alguém não tá se adaptando, porque alguns não conseguem se adaptar a isso. E eu acho que precisa acabar essa ideia de que é preconceito. Não é só preconceito, tá? Quem fala assim: eu não quero psicótico. Não! É a estrutura psíquica que a pessoa tem que ter para isso. Não é só o preconceito, né? (J.)*

Assim, o adoecimento e a desorganização psíquica são uma ameaça a todos que não se adaptam, a todos que, pela sua dinâmica psíquica, atrelada à ausência de suporte e estratégias institucionais, não dão conta de se relacionar com as psicoses. O risco iminente de desorganização – fantasias de desintegração do Eu – parece afetar a todos, porém, a impossibilidade de escolha pelo trabalho e o reconhecimento, consciente ou não, das limitações psíquicas e profissionais, tornam a angústia e o perigo muito mais intensos.

J. apresenta como alternativa para essa realidade, a necessidade de triar melhor a equipe e destaca as dificuldades das convocações e alocações dos aprovados em concursos públicos que não são específicos. Ela destaca que para a função de Terapeuta Ocupacional houve um concurso específico – o que, como veremos, teve especial importância – e que isso deve se estender a todos os cargos.

A indiferença em relação aos profissionais não se restringe ao desejo e às condições psíquicas e emocionais, mas também ao seu saber técnico e sua experiência com o trabalho. L. destaca isso ao falar sobre a construção do CAPS e dos problemas que enfrentam por conta da estrutura e divisão do prédio. Segundo ele:

*— esse prédio aqui, ninguém nunca perguntou: L., você pode dar alguma contribuição, nós vamos construir o CAPS, como deve ser a sala da enfermagem? Eles não perguntam, o projeto sai lá da prefeitura, sai pronto. Ô, eu trouxe uma camisa aqui pronta, eu não perguntei qual é o seu tamanho, mas eu trouxe pra você vestir. Tem que dar certo? O posto de enfermagem, fizeram minúsculo e não cabem as lixeiras que*

<sup>36</sup> “O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não”. (Ministério da Saúde, 2004, p. 6).

*precisa ter. E aí? Falta de comunicação, você não pergunta para as pessoas que trabalham mesmo. A coisa vem de cima e você tem que vestir. Aí depois... olha não ficou bonita essa camisa. Mas é claro, eu visto G e você me deu P. E aí, como que vai dar certo (risos)? Não tem como. Então, é isso aí que eu acho muito errado. (L.)*

À “cama de Procusto” – referência ao mito grego do bandido Procusto, que aprisionava suas vítimas em uma cama de ferro e as fazia, à força, adequarem-se ao tamanho da cama. Se fossem mais altas, Procusto cortava-lhes os pés, se fossem menores, esticava-as – e que mais à frente retomaremos para falar dos pacientes, também estão submetidos os profissionais. Que “obrigados” que precisam aceitar e se adequar às burocracias e decisões institucionais. A “cama de Procusto”, a “camisa P”, o trabalho, a função, realmente se tornam apertados quando o profissional e as demandas do cotidiano do trabalho e, mesmo, humanas são negligenciadas.

Acrescenta-se à discussão, as limitações impostas aos profissionais decorrentes do local, ou seja, do bairro no qual o Complexo de Saúde Mental foi construído. Como já dissemos, o bairro Santa Felicidade é afastado da região central da cidade e conta com poucos serviços públicos e comerciais.

Isso significa o isolamento dos pacientes e, também, dos profissionais, que, no horário de almoço, por exemplo, precisam permanecer no serviço e se alimentar no refeitório do próprio CAPS, junto com os pacientes. Essa realidade foi apontada pela entrevistada P. como extremamente desconfortável e mesmo violenta. Em suas palavras:

*— Mas eu acho que falta esse, esse... se importar com o profissional. É, não acho que o nosso refeitório deveria ser dividido com os pacientes, sabe. Mas dizem, ah é o horário da gente comer, mas não precisa ser no trabalho. Mas é que é inviável, a gente não tem nenhum local próximo, a gente tem um buteco aqui na frente, um mercadinho pequeno. Um lanche ali na rua e outro bem lá em cima. Então, a gente divide o refeitório, às vezes, não tem lugar pra sentar porque é bem pequeno. Aí você tá comendo com o mesmo paciente comprometido, que enfia comida em todo lugar, menos na boca. Então não dá uma... Você fica assim: caraca! E o nosso ser humano ser respeitado também? A gente não é respeitado nas coisas mais básicas, pô! Às vezes eu gostaria de almoçar em um local onde as pessoas vão estar comendo civilizadamente. Onde não há ninguém comprometido nesse sentido. Às vezes dá até nojo. Eu não pego muito. Eu sei que tem outras colegas minhas que falam: nossa, come e joga mais pra fora no chão do que... Aí a gente chega e tá tudo sujo. Então já dá uma... um, um mal estar de ver... Então nessas coisas básicas, sabe? E é algo que não é visto, sabe? Parece que ninguém reclama ou se reclama não é atendido. No meu descontentamento de trabalhar aqui, também tem essas questões pequenas. Porque também a nossa saúde mental precisa ser levada em consideração e não só do outro. Então eu acho que isso é uma coisa bem faltosa, sabe? E muita gente pensa dessa forma, só que nem todo mundo vai falar (risos). Acaba sendo desrespeitoso com a gente. O prédio também, ele foi mal projetado. Já aconteceu muito do paciente fugir. Eu não corro atrás de paciente, eu já falei, essa não é a minha função. (P.)*

Percebemos assim, o quanto a necessidade de formação, de estrutura física, de condições de trabalho e o apoio institucional às demandas profissionais e subjetivas dos entrevistados são negligenciadas. E o que significa tudo isso para aqueles que trabalham diretamente com a demanda ampla e complexa expressa pelas psicoses.

Todos os entrevistados destacaram a necessidade de ampliar as intervenções para além das atividades de cada cargo e mesmo da formação. Essa é uma característica do trabalho no CAPS e em todos os serviços da política de saúde mental que se propõem alternativos à lógica manicomial.

Logo, nesses casos, o saber científico, que, conforme nos disse Mannoni (1981), serve como modo de proteção contra a angústia que a psicose mobiliza, deixa de ter essa função rigidamente estabelecida, já que todos precisam fazer um pouco de tudo. Os grupos e as atividades desenvolvidas envolvem ações de orientação, de educação sexual, de noções de higiene corporal, de contenção das pulsões e dos desejos, de garantia da integridade física dos pacientes etc. Misturam-se, portanto, atividades assistenciais, educativas e de emancipação. O que exige dos profissionais flexibilidade egóica e criatividade.

A única função que parece ter resguardada a sua especificidade e lugar é a da psiquiatra. Ao médico cabe realizar o diagnóstico e prescrever a medicação. Das suas ações, depende a condução do caso pelo restante da equipe.

L. deixa essa condição evidente ao responder a pergunta: O que é um psicótico? Ele nos diz:

*— Bom, o psicótico é uma pessoa, que quem faz o diagnóstico é o médico, né? Através de vários meios, né? Atualmente é o DSM V. Então, o diagnóstico é uma coisa bem delicada, deve seguir um padrão, pra você não correr o risco de colocar o diagnóstico em uma pessoa que não tem. E é um processo demorado, não é rápido, precisa ver o histórico dessa pessoa. E na saúde mental, é curiosa essa pergunta, porque tem muito diagnóstico equivocado. (L.)*

A informação de que o diagnóstico é realizado pelo médico foi confirmada pela coordenadora do CAPS. Aqui encontramos a subordinação ao saber médico, que é legitimado como o único que sabe reconhecer a loucura. Para os demais profissionais, isso pode ser favorável no sentido de eximi-los da responsabilidade e dificuldades diagnósticas e para os médicos fica a responsabilidade da palavra final e do destino do paciente.

Não obstante, as diferenças de importância do saber mantêm relações hierárquicas que se expressam no cotidiano do serviço, já que os médicos são os únicos profissionais que não

podem ser acessados pela equipe livremente. O contato com os médicos é mediado pelos enfermeiros e essa inacessibilidade aos profissionais se estendeu à pesquisa, já que nenhum deles aceitou participar da entrevista. Quando insistimos junto à coordenadora do serviço acerca da importância da participação dos psiquiatras, ela se mostrou constrangida ao dizer que já havia feito o convite e que eles não aceitaram participar.

Aqui podemos inferir duas razões para a recusa: ou se sentiram ameaçados, a partir da ativação de fantasias de julgamento e avaliação do seu saber, ou se sentem tão superiores, o que pode ser uma formação reativa, que não precisam participar. Acreditamos na junção destas duas possibilidades e na função protetiva que os manuais diagnósticos e os psicotrópicos oferecem, quando resumem o contato entre médicos e paciente à identificação dos sintomas e prescrição de medicamentos.

Diante de tudo o que abordamos até aqui, fica evidente que o trabalho no CAPS, que implica no atendimento da demanda complexa das psicoses, é realizado em condições muito diferentes daquelas que vimos no primeiro CAPS brasileiro. Aqui, o único contado coletivo dos profissionais consiste em reuniões semanais para a discussão dos casos mais complexos. Não há momentos de denúncias e de reflexões acerca das suas próprias condições de trabalho e violência institucional. As decisões são tomadas de cima para baixo e à equipe do CAPS só resta se adaptar, “vestir a camisa P”, mesmo que, para isso, percam sua saúde, sua criatividade e prazer pelo trabalho.

Não há supervisão institucional, formação regular e específica para o trabalho e espaços de escuta para os profissionais e suas demandas. A tudo isso, soma-se o retrocesso de investimentos na política de saúde mental que já denunciemos neste trabalho. Há um movimento de defesa das internações psiquiátricas como melhor recurso assistencial, o que implica na desvalorização da assistência ofertada pelos CAPS e seus profissionais.

Sobre os retrocessos na política de saúde mental, L. nos disse:

— *E eu acho que o Estado tem que acreditar nessas pessoas, investir mais. A saúde mental tem muitos avanços, mas tem muitos retrocessos. Quais retrocessos? Por exemplo, eu pedi vacina pra cá, falam: “ah, as pessoas da saúde mental não tomam vacina”. Às vezes, quando a gente liga pro SAMU: “ah, é paciente mental?”, “É, eu sou do CAPS, né?”, “Ah, ele tá fazendo drama, não é não?”. Então, deixam a pessoa com transtorno mental ou usuária de drogas marginalizada, é fácil né? É isso que eles querem, deixar essas pessoas na sombra. Isso me deixa muito triste. O aumento de leitos hospitalares, também, é um retrocesso. O hospital é necessário, mas não deveria ser a porta maior de entrada. Ao que você atribui esse retrocesso? Gestão, agora por exemplo, nosso ministro da saúde é engenheiro, não tem formação na área da saúde. A*



*saúde não é uma ciência exata. Mesma coisa com o nosso secretário de saúde, que veio de hospital privado. (L.)*

Nesse trecho fica evidente que não é só o paciente que é desacreditado em seu sofrimento, que é silenciado. Os profissionais, também, são ignorados no seu saber sobre o cotidiano e gestão da política, bem como em relação às demandas e necessidades dos pacientes. Parece haver uma identificação feita entre profissionais e pacientes, que sozinhos precisam dar conta das demandas e mobilizações contratransferenciais resultantes desse encontro. Essa é a condição do trabalho nos CAPS.

### **4.3 A comunicação dos psicóticos e a mobilização inconsciente dos profissionais**

Temos falado ao longo deste trabalho que a psicose comunica, em seus sintomas e discursos, o inconsciente. Se trata, portanto, de uma comunicação intensa em termos pulsionais e, por isso, traumática e, ainda, “incompreensível”, dada à lógica dos processos primários. Assim, nesta categoria apresentaremos os conteúdos comunicados e reconhecidos pelos profissionais e que podem apresentar esse nível de mobilização.

Iniciaremos pelo sexual, que nos psicóticos explicita sua dimensão polimórfica e perversa, já que essa é a comunicação que primeiro aparece nas entrevistas e que se mostrou um problema para os profissionais, exigindo deles ações de contenção.

Nosso primeiro entrevistado, L., ao falar das atividades que desenvolve no CAPS, mencionou um grupo que realiza com pacientes do sexo masculino e que tem como objetivo discutir noções de higiene pessoal e de orientação sexual. Segue sua fala:

*— Nesse grupo a gente trabalha temas bem amplos, coisas da atualidade e da higiene. Infelizmente, a higiene deles é bem precária. E sempre precisa fazer manutenção. **Como assim?** Olha, a higiene bucal... eles esquecem de escovar os dentes, às vezes, esquecem de usar antitranspirante. Às vezes acorda tarde, não toma banho e vem direito pro CAPS. Então, a gente tá falando de pacientes, assim, bem comprometidos. Não são pacientes com uma ansiedade leve, são pacientes esquizofrênicos, com retardo mental moderado ou grave. Então, eles perdem essa capacidade de autocuidado e a gente sempre está estimulando. Estimulando e não carregando, fazendo eles ficarem dependentes de nós, mas estimulando a autonomia, a dignidade, porque essas pessoas são vítimas de muito preconceito. Então, por uma dificuldade de raciocínio, por uma dificuldade de localização de tempo e espaço, elas acabam esquecendo. A memória não tá muito boa, esquece de escovar os dentes, esquece de passar antitranspirante. Não consegue organizar suas coisas, vem com a roupa um pouco suja, aí a gente tem sempre que fazer essa manutenção. (L.)*

Nesta fala, ele relata a condição de higiene dos pacientes e a necessidade de orientação para que eles não sofram preconceito. Segundo ele, esse preconceito é vivido dentro e fora do serviço. Dentro do serviço, vem de profissionais e pacientes menos regredidos e que não compreendem a condição psíquica do paciente.

Nos parece que ele é porta-voz de todos que encontram na sujeira uma dimensão primitiva da sexualidade que precisa ser combatida, que causa nojo e incômodo. Ou seja, que foi alvo da repressão. Há a necessidade de conter, de orientar o paciente e de manter a higiene deles a um nível tolerável. Contudo, para isso, é preciso entrar em contato com ela, com seus odores e aparência em nível externo, e, internamente, com o seu próprio prazer pela sujeira já reprimido. Podemos pensar ainda no corpo do psicótico como o corpo do bebê que precisa do cuidado e é alvo do olhar do outro, do adulto que se excita e é mobilizado por ele. Esse contato é violento e para alguns profissionais menos suportável do que para outros.

P. demonstra os efeitos que esse contato tem sobre ela ao se queixar da necessidade que tem de dividir o refeitório com os pacientes. O nojo que ela e as demais colegas de trabalho sentem é intenso e vivido como um ataque a sua humanidade.

*— Mas eu acho que falta esse, esse, se importar com o profissional. É, não acho que o nosso refeitório deveria ser dividido com os pacientes, sabe. ... Aí, você tá comendo com o mesmo paciente comprometido, que enfia comida em todo lugar, menos na boca. Então, não dá uma... Você fica assim: caraca! E o nosso ser humano ser respeitado também? A gente não é respeitado nas coisas mais básicas, pô! Às vezes eu gostaria de almoçar em um local onde as pessoas vão estar comendo civilizadamente. Onde não há ninguém comprometido nesse sentido. Às vezes dá até nojo. Eu não pego muito. Eu sei que tem outras colegas minhas que falam: nossa! Come e joga mais pra fora no chão do que... Aí a gente chega e tá tudo sujo. Então já dá uma... um, um mal-estar de ver... (P.)*

Mal-estar, nojo, indignação e raiva parecem ser alguns afetos que a cena dos pacientes comendo livremente e se lambuzando causam na entrevistada e suas colegas. Podemos conceber essa reação como formação reativa ao intenso prazer proibido que despertam. Encontramos aqui os diques tão discutidos na psicanálise: nojo, pudor e vergonha.

Para a entrevistada, é algo intolerável. Tanto que, o fato de dividir refeitório com os pacientes é apontado por ela como um dos motivos para o seu desejo de ser transferida. A mobilização é intensa, ao ponto de sentir necessidade de se afastar de uma vez por todas da cena que atualiza o trauma. O trauma diante da excitação que o psicótico, como uma criança, provoca em quem cuida, mobilizando o próprio recalçado.

Ainda em relação ao sexual, temos os relatos de comportamentos mais explícitos como: falas e linguagens obscenas e mesmo atos de estimulação do próprio corpo ou do corpo dos outros pacientes.

Sobre a linguagem, L. afirma que o objetivo do grupo com pacientes do sexo masculino é, também, orientá-los sobre a expressão da sexualidade. Ao relatar a importância do grupo, ele menciona falas inadequadas dos pacientes que precisam ser contidas:

— *Algumas coisas, é, de base assim, talvez, sexual. Pra eles é natural (risadas) tratar de uma forma mais liberal. Então, assim pra nós, num primeiro momento causa uma certa estranheza. Então, tem gente que tem dificuldade de enxergar o indivíduo que tá sofrendo, que tem um sofrimento, sofrimento patológico. Pessoas confundem, “ô ele tá falando isso porque ele é sem vergonha, porque ele é safado”. Mas não entende o sofrimento, a dificuldade que essa pessoa tem de compreensão. Então, eles acabam soltando uma palavra, assim, que não é adequada para aquele momento, e não é adequada para ambientes públicos, pessoas que ele não conhece. (L.)*

Aqui, a cesura apresenta-se tanto por parte do profissional, quanto da entrevistadora, uma vez que os conteúdos comunicados pelos pacientes não foram explicitados pelo primeiro e nem explorados pela segunda. Nesse momento, havia de fato um constrangimento de ambos, um acordo inconsciente de não avançar para além do que se podia comunicar. Da parte do entrevistado, o constrangimento manifestou-se pelo rubor das faces, bem como pelo cuidado na escolha das palavras e pelas risadas nervosas. Na entrevistadora, manifestou-se no constrangimento e preocupação de explorar mais, ou seja, solicitar mais esclarecimentos sobre a comunicação sexual dos pacientes e, com isso, dessagrar o entrevistado.

Nesta fala, a ênfase no sofrimento e a negação do prazer sentido pelos pacientes é necessária para que se possa tolerar a comunicação sexual e intervir no sentido censura e contenção. Aqui o papel de recalçamento que apresentam os profissionais que atuam com psicóticos, e destacado por Federn (1952, 1979), fica evidente.

Mesmo mais à frente, em outro momento da entrevista, quando diante da falta de clareza do entrevistado acerca das comunicações e comportamentos considerados inadequados dos pacientes, foi pedido que exemplificasse o que queria dizer, sua resposta ainda foi evasiva:

**Você poderia me dar um exemplo?** — *É, por exemplo, assim, o indivíduo chegou e falou assim para outra pessoa, que não tem o transtorno mental, ao invés de... é... o indivíduo se sente interessado, né? Ao invés de chegar mais devagar, né? Olha você é muito bonita, não sei o quê, fazer um elogio, depois no outro dia fazer mais um elogio. A pessoa não, ela vai muito direta ao ponto (risos), aí acaba assustando (risos) essa pessoa, aí não consegue nada. (L.)*

Novamente a fala foi evasiva e se apresenta como uma mensagem enigmática que precisa ser traduzida pela entrevistadora e, agora, pelo leitor. Ao assumir o papel de recalcador, o entrevistado censura a si mesmo, seu discurso e, ainda, influencia ou ativa censura da entrevistadora.

Segundo L. é o próprio tratamento que contribui para a expressão mais livre das demandas dos pacientes. Em suas palavras:

— *Quando aumenta a autonomia desses sujeitos, isso traz consigo o desejo de comer uma coisa diferente, de se vestir de uma forma mais individualizada. Então, é mais nesse ponto. E nessa alavanca que eles têm... às vezes, eles fazem umas coisas um pouco exageradas, porque eles não conseguem, assim, fazer as coisas com uma certa leveza. Ele faz algo assim de uma forma abrupta, chocando a outras pessoas. ... Nós tivemos um grupo de dez homens, aí eu levei pra eles: qual é a dificuldade de vocês na questão do relacionamento? É que a gente, é assim, a gente fica muito ansioso, que é próprio da patologia, chega muito direto ao ponto e a gente acaba por assustar as pessoas e aí, é mais uma oportunidade perdida. Quando ocorre uma oportunidade perdida, o indivíduo que não sofre com transtorno mental, tem uma frustração de 0 a 3 em uma escala de 0 a 10. Já pessoa com transtorno mental, vai ter uma frustração muito mais intensa. O que eu trabalhei com eles, um equilíbrio, ponderar que nem tudo a gente consegue, né? Ponderar que as coisas devem ser tentadas mais suaves, mais calmas, determinadas palavras não são adequadas. Por exemplo, falar de órgãos genitais no primeiro encontro, não é adequado, não é adequado. Mas olha L., como eu vou chamar uma pessoa de bonita? Elogia o cabelo, elogia as mãos, mas não elogia determinadas partes íntimas. Então, isso parece muito simples pra nós, mas deve ser trabalhado com eles. Isso é muito importante pra eles, eles se sentem mais seguros. Porque certas pessoas têm receio de trabalhar esses temas com eles em grupo. Então, foi uma oportunidade muito legal. Porque como eu falei pra você, na questão sexual eles são muito atirados, muito exacerbados. Até porque foi muito contido, de uma forma química, de isolamento, então foi um período muito grande de contenção sexual. E quando chega no período quando aflora, aflora de uma forma exagerada, que não consegue controlar. (L.)*

O comunicado direto, livre e intenso da pulsão sexual do psicótico constrange até quem racionaliza, e só pode ser tolerado pela ênfase no sofrimento e na condição psíquica dos pacientes. L. evidencia em sua fala o seu constrangimento, seus rodeios para entrar no assunto, a necessidade de elaborar o que lhe é comunicado. E nós, de alguma forma, ficamos ao seu lado no recalçamento, quando não encontramos meios para explorar mais o conteúdo sexual das mensagens que permaneceu durante toda a entrevista subentendido. Nos parece difícil esse lugar que ocupa. Contudo, seus recursos psíquicos lhe possibilitam ocupar o lugar recusado por muitos, de abordar, entrar em contato e conter a sexualidade, de orientar e ensinar os pacientes a reprimir.

Outros profissionais, como P., por exemplo, não conseguem recalcar e desejam intensamente a transferência para outro setor, e também por C., que, ao relatar uma cena da sua experiência com psicóticos, sugere a falta de recursos para lidar com a situação e a necessidade de apoio dos profissionais de enfermagem.

Segue seu relato:

— *Ah, foi o do... Ah, ele tem delírios místicos, né? Então a gente estava fazendo uma dança circular lá no grupo com as mulheres. Aí eu chamei os homens que estavam, né? Todos que estavam ali. Ele começou bem, começou a dançar também. A dança circular você pega na mão quando dança, com uma música tranquila. Ele de repente, soltou a mão da moça, das moças que estavam ligadas a ele, né? Se ajoelhou, erguia as mãos pra cima, baixava a cabeça. Ele teve uma crise, de inconsciência, talvez até... Ele é libidinoso, também, né? ... Chegou a ter com uma namorada, ele criou uma namorada. Ela tá **trabalhando** [grifo nosso], ela tá sendo atendida também em uma residência pequenininha, praticamente catatônica (risos). Ela é aquela esquizofrênica que praticamente não fala, você não consegue tirar uma palavra dela. Você tem que ter assim, um trabalho muito de formiguinha, de cativar ela. Depois de muito tempo que ela te conheça, ela solta uma palavra. Aí, ele se encantou com ela, só que ele não tem noção de pudor, ele avança pra cima, tem que ficar muito atento, é instinto animal, na frente de todo mundo (risos). Esse é um psicótico muito avançado, eu acredito. É esse caso. (C.)*

Após essa fala, perguntamos à entrevistada como ela se sentia ao vivenciar essas cenas, e ela respondeu que não se envolvia afetivamente, que trabalhava de modo racional para não se envolver. Contudo, nos chamou a atenção o constrangimento ao relatar a cena, bem como a onda de calor pela qual a entrevistada foi tomada após o relato, tanto que interrompeu a entrevista para ligar o ar condicionado com a queixa de que a sala estava muito quente. Estávamos quase no final da entrevista e até aquele momento nenhum desconforto em relação à temperatura tinha sido apresentado.

O aumento da temperatura corporal, associado ao constrangimento e ao ato falho de dizer que a suposta namorada do paciente libidinoso trabalhava – que logo foi corrigida pela palavra morava – em uma residência terapêutica, nos leva a acreditar que a entrevistada se envolve, se excita e mesmo deseja estar no lugar da namorada tão investida sexualmente, ou seja, por intenso “instinto animal”. Nestas situações de descontrole do paciente, e em outras relatadas ao longo da entrevista, ela recorreu à equipe de enfermagem para o auxílio na contenção das manifestações pulsionais.

C. ao relatar as atividades que desenvolve, mencionou um grupo de mulheres depressivas que coordena. Neste grupo, as atividades têm como objetivo relaxar as pacientes, de modo que seus pensamentos e sentimentos sejam controlados. Por isso, não há espaço para

a fala ou expressões emocionais. Entrar em contato com a comunicação livre dos pacientes nos parece um obstáculo para ela, de modo que suas ações buscam inibi-las e, assim, mantê-la protegida.

De modo geral, as ações dos profissionais do CAPS orientam-se para a contenção das pulsões dos pacientes psicóticos, o que os protege, e protege a sociedade de modo geral, das ações egoístas de satisfação.

Além da pulsão sexual, a comunicação da agressividade dos pacientes foi evidenciada. Por isso, apresentaremos na sequência diversas falas que retratam situações de violência e medo vividas pelos profissionais.

— *Teve um que me ameaçou aqui, porque eu expliquei pra ele que a situação dele não era aquela... e ele me ameaçou de morte. ... Foi assustador, porque eu tinha acabado de vir de uma cirurgia, como hoje (risos), porque eu pensei: não posso levar um soco agora, tô com pontos ainda. Aí eu me afastei rápido, pedi ajuda. Até hoje ele olha pra mim em tom ameaçador, porque eu não atendi o desejo dele. (C.)*

— *Aqui mesmo a gente vê, quando recebe um paciente fica assustado, não sabe o que fazer, fica desesperado. Não sei, talvez, eu acho que isso é uma questão de formação. Se ter uma capacitação, e de você fazer um trabalho individual, terapêutico. Eu nunca tive medo, sempre fui atrás dos desafios, sempre enfrentei os desafios. Alguma coisa vou fazer agora aqui que vai acalmar essa situação, entendeu? Às vezes eles contam ali, da residência, o pessoal que está mais em contato, contam, assim, que o paciente a noite ficou mais agressivo, esmurrou os vidros, se cortou, saiu pra rua, né? Mas quem faz esse trabalho, quem tá com esse contato, são os cuidadores. Eu nunca tive que acudir nada assim, tá? ... Ah, assim, vamos dizer, coisas que me marcaram. Eu me lembro do atendimento de uma, de uma paciente muito depressiva, que o marido me procurou que queria falar comigo. Porque acho que na verdade ele começou a sentir ameaçado com a melhora dela, e ele entrou armado, colocou a arma em cima da mesa, então foi uma situação de ameaça o tempo todo. Então, são coisas que você enfrenta sem nem reclamar, né? (risos) O que eu podia fazer ali? Nada! E, cenas assim, isso foi uma coisa marcante. (J.)*

— *Na verdade, a gente é tipo o fronte da guerra (risos), eu acho que os soldados que vão ali na frente. Tudo o que entra, vai passar antes na recepção. Então, quando a pessoa chega irritada, igual eu falei, brava, xingando... E geralmente, na gente, eles tendem a soltar, assim, né? Ah porque perdeu a consulta... A gente fala, ô não é assim que funciona. Por ter esquecido, porque tava trabalhando. Por regras do serviço a gente não reagenda ... e quando a pessoa recebe essa resposta, ela já tá alterada com alguma outra coisa, ela tende a soltar em cima da gente. Eu não, mas uma colega minha, uma pessoa olhou pra ela e disse: -- Ah sua incompetente! Minha colega ficou bem chateada e era uma coisa que não era culpa nossa, sabe? As pessoas tendem a não assumir a culpa delas, por um erro que elas cometeram, e chegam na gente e soltam em cima da gente. ... Pra mim, psicótico, quando fala, é alguém que tem algum tipo de surto. Não só no sentido de querer se matar ou querer matar as outras pessoas, se ferir ou ferir os outros, mas alguém que grita, que vai espernear, que, enfim, né? Algo nesse*

*sentido. Você já presenciou situações assim? Que eu já tenha visto, aqui no serviço? Poucas vezes, normalmente acontece mais aqui no fundo, ou na sala de... de enfermagem. Mas já teve algumas vezes, não é algo agradável de se ver, alguém tendo um surto. Foi pouco. Porque tem gente que vê, vê o fervo ali e gosta de ver, vai atrás. E eu não gosto, porque eu... eu penso: o que eu vou fazer ali? Eu não tenho nada a ver, eu só vou atrapalhar tando em volta, então eu não curto muito ficar assistindo assim, mas tem gente que gosta de ver. Eu corro pro outro lado na verdade (risos), eu prefiro não ver. Mas já teve um outra vez, de falar coisa que é absurdo, tem gente gritando, alguma coisa assim. **O que você sentiu?** Nossa, deixa eu tentar lembrar, eu acho que o mais próximo que teve uma vez, mas falaram que não era um surto o que o cara tava tendo. Era epilepsia. Alguma coisa assim, ou uma mistura dos dois, alguma coisa assim. Sei lá se é possível, mas... Tentar lembrar de outro... O que eu senti? Silêncio... Normalmente a pessoa eleva o tom da voz dela, começa a gritar, eu... eu lembro de uma ou outra paciente que começou a xingar o terapeuta. Então, a primeira coisa que eu senti, realmente, foi medo. Pensei assim, eu não vou ficar em volta, porque sei lá, assim, vai que a pessoa pega uma cadeira, ele joga em cima de alguém ou... A gente tem tesoura aqui no serviço, eu não deixo muito em cima do balcão essas coisas, porque nunca se sabe, né? (P.)*

*— Então, por isso, aqui no CAPS a gente aborda grupos com o mesmo perfil, mas eles se esbarram nos corredores. Há esse choque cultural, eu diria assim cultural ... Aí acabam xingando, falando, ficando irritado. Mas ali talvez a pessoa tenha esquecido de tomar o medicamento, a pessoa está em crise mesmo. Outras pessoas que não têm pleno conhecimento enxergam: Ah, essa pessoa é barraqueira; Ah, aquela pessoa sempre quer dar problema, quer causar. (L.)*

Em todas estas falas que descrevem situações nas quais os profissionais se deparam com a agressividade dos pacientes, decorrentes das frustrações de seus desejos, o medo e o pavor estão presentes, bem como a necessidade de se defender e manejar a situação. Há, também, o contato com o sofrimento que a psicose representa e essa mistura pulsional gera angústia. J. fala da angústia dos profissionais e do sofrimento ao qual são submetidos. Segundo ela:

*— ... ainda tem muita gente aí, esquecida, em sofrimento, sabe? E que a gente precisa lidar muito com, vamos dizer, a nossa impotência. É... no sentido de saber o nosso limite e deles também. Porque é muito sofrido, é muito sofrido pro profissional. O profissional precisa de muita ajuda também, muita troca dessa equipe pra poder lidar, entendeu? Isso eu vejo muito com o pessoal que está lidando diretamente, a angústia que eles vêm, querem conversar, querem falar, querem trocar. Com médico, com terapeuta ocupacional, com todas essas pessoas e, principalmente, com a equipe, essa equipe mais técnica, mais assistencial. Por exemplo, atendente de enfermagem, cuidador, a recepção, precisa de uma coisa ainda para eles conseguirem lidar. Porque a angústia deles é muito grande. É muito diferente, né? Então, eles têm muita dificuldade, eles se assustam, eles não sabem o que fazer, né? E, às vezes, o sistema acha que todo mundo pode fazer tudo. (J.)*

A intensidade pulsional e o descontrole, colocam os profissionais no “*front de guerra*”, como nos disse uma das entrevistadas. Isso significa que eles recebem maciçamente os ataques, os investimentos pulsionais e precisam enfrentá-los. Isso promove a sensação de impotência frente às grandes demandas dos pacientes e o lugar que os profissionais ocupam em termos fantasmáticos, já que lhes é atribuído, pelo próprio paciente, pela sociedade de modo geral e, em alguns aspectos, por eles próprios, o papel de quem deve resolver e satisfazer as demandas da psicose e da sociedade. Além da impotência, tem-se a ativação das próprias pulsões dos profissionais, já que ser agredido e ameaçado pelos pacientes, gera raiva e presenciar uma expressão da sexualidade, excita e dá calor. Tudo isso apresenta potencial enlouquecedor, como nos diz P. ao responder o que é um psicótico em sua vida:

— *Algo que me deixar surtada? (risos) O que me surta? Gente! O que me altera, o que me altera. ... Seria, assim, algo que me deixa alterada, que me torna psicótica, digamos assim. Dentro do meu limite, que talvez é diferente da pessoa que tem uma doença mental, comprometimento, alguma coisa assim. Como assim alterada? O que me deixa alterada? As pessoas que chegam ao serviço dizendo que é nossa culpa e não é. Isso me deixa alterada, mas eu não vou surtar, né? Às vezes eu choro, se a pessoa me ofende, ou eu me sentir chateada. Às vezes, a gente comete algum erro, como eu falei, às vezes, acontece comigo e com outros colegas também, com todo mundo que trabalha aqui. (P.)*

Aqui o contato com a psicose claramente apresenta um potencial enlouquecedor, embora a entrevistada reconheça que sua “psicose” ou seja, sua alteração seja diferente da alteração do paciente, pois tem limites. Assim, ser alvo de tamanho investimento pulsional pode mobilizar fantasias de destruição vindas de fora e, ainda, das perdas dos próprios limites e defesas psíquicas como resultado da mobilização pulsional. Nesse confronto, portanto, fica em risco a integridade física e mental dos profissionais.

#### **4.4 Os mecanismos de defesas diante das psicoses**

À medida que os profissionais são confrontados com as psicoses e com a intensa mobilização pulsional resultante desse encontro, mecanismos psíquicos de defesa contra as fantasias, o horror e a inveja são empregados. Por isso, nesta categoria apresentaremos as falas que nos indicam o modo como psiquicamente os profissionais vão reagindo às mobilizações contratransferências inconscientes.

C., ao descrever as características das mulheres que participam do grupo conduzido por ela, afirma que elas são mulheres muito depressivas, com a autoestima muito baixa e destruídas



internamente. Desse modo, o objetivo do grupo, como ela mesma declara, é a mudança de pensamento dessas mulheres. Em suas palavras:

— *Eu pego esse grupo porque dá para trabalhar de certa forma homogêneo, mesmo pensamento... De repente você tem uma pessoa dentro do grupo que tumultua muito, atrapalha, você pensa que não vai dar conta. Pensa: pronto! Essa aqui veio pra detonar, né? Só que aí você tem que reconstruir o pensamento, a forma de agir dela, né? Aí com o tempo... e uma vai ajudando a outra, elas vão dando forma, elas... (C.)*

Já falamos do papel de recalcoadores que os profissionais assumem. Nesta fala, se evidencia a necessidade de mudar o pensamento das mulheres para a contenção da pulsão de morte. Em alguns momentos, a profissional pensa que não vai dar conta e que tudo, inclusive ela, será destruído pelos ataques. É necessário moldar, adaptar os pensamentos e a autoestima para manter a si e o grupo protegidos. É preciso manter a própria pulsão de morte reprimida, para que a pulsão de vida prevaleça, mesmo diante de histórias e organizações psíquicas destruídas.

Como estratégia para não ser atacada, como mencionamos na categoria anterior, ela organiza as atividades do grupo de modo que não haja espaço para a fala, ou seja, a comunicação das pulsões precisa ser silenciada. Por isso, ela escolhe atividades de relaxamento, de controle das emoções e pensamentos.

Nesta mesma perspectiva de contenção pulsional e controle da fala, se enquadram as atividades de L., que orienta os pacientes na condução da sua vida sexual. Ele os orienta no que é apropriado dizer e o que não é, tal como os pais fazem com as crianças no início da vida. O silenciamento dos desejos, ou ainda, seu domínio é o objetivo geral das práticas assistenciais.

Atribui-se aos profissionais a função de cuidadores e responsáveis pelo controle e organização pulsional que o próprio Eu do paciente não é capaz de ocupar. Daí decorre a complexidade e intensidade da demanda reconhecida para a intervenção e a responsabilidade dos profissionais.

J. reflete sobre esse lugar dos profissionais e o papel de domínio e controle que podem ocupar. Segundo ela, o maior desafio do atendimento de psicóticos:

— *... seria esse entendimento e essa, vamos pensar assim, o que... até aonde o que eu desejo com eles, para eles e o que eles estão realmente desejando, né? Então, então, essa coisa que, às vezes, não é a mesma. Então, até aonde eu... eu posso chegar com ele? Até aonde ele vai ser independente? Até aonde ele vai ser inserido, né? Eu acho que é isso, essa é... é a grande questão minha sempre. (J.)*

Fica evidente aqui a reflexão acerca do papel normativo e de controle sobre os desejos dos pacientes que o profissional pode assumir. Esse papel é uma estratégia defensiva, como já vimos, e que pode ter como efeito o silenciamento total do sujeito do desejo, na medida em que a necessidade de contenção impede os profissionais de ouvir e considerar o paciente e a comunicação inconsciente que apresenta.

Outra defesa empregada, que se vincula ao discutido no parágrafo anterior, é o distanciamento emocional ou, ao menos, a tentativa de estabelecê-lo. C., ao explicar como reage às situações que considera difíceis em seu trabalho, nos diz:

— *É complicado (risos), porque você não sabe se você tem pena, você aprende também a se abstrair, né? Você não pode se envolver, você tem que agir, porque você sabe que se você não agir... Tem que ser rápido. A pessoa entra em uma crise mais forte. ... Você sabe (risos), você que tem que se preservar e ajudar ele. Mas o sentimento que eu tenho é assim, tenho que ajudar e não tenho o que fazer além disso. Não posso me tornar uma mãe dele no momento, eu tenho que ser profissional. ... Você tratar, atender o que for preciso, continuar tralhando. É isso, não tem como você se... é... se envolver emocionalmente. Eu não me envolvo mais emocionalmente, muito pouco. ... Você não pode ficar assustada, ansiosa, como o coração na mão, com dó, com aquela piedade, assim. Você tem que aprender a ser profissional, acaba acostumando, quase 30 anos de profissão, você vê tanta coisa. Você não pode. Ah... vou pra casa e lá desabar com a família. Fechou a porta, você esqueceu. Então é assim que a gente vai fazendo com o tempo. É uma defesa. Com o tempo, se você pegar essa área, é interessante trabalhar o seu eu também, para você se preservar. Tem coisas que você sofre. Quer ver o dia que eu sofro, é quando você senta na reunião geral, você se sente sugada, porque é muito problema. É coisa escabrosa que sai, você pensa: existe isso? Não é possível, dá onde que sai? Um problemão daquele tamanho, cabeludo? Que você não consegue, não tem solução, problema que não tem solução mesmo? Aí, você se sente impotente. Fala-se bastante, são 30 pessoas, mas uma saída efetiva não existe. Isso me deixa mal, pra baixo. (C.)*

A fala, por si só já evidencia as contradições, o conflito entre se preservar e não se envolver e a impossibilidade disso, tamanho o potencial mobilizador das situações vividas. A impotência apresenta-se como principal sentimento e contra o qual é preciso se defender por meio do distanciamento.

Na perspectiva do distanciamento psíquico e emocional, encontramos estratégias defensivas que caracterizam o psicótico de modo a lhe inscrever marcas distintivas e específicas da sua condição. Com isso, os profissionais, e a sociedade de modo geral, podem se apartar e não se confundir, ou se envolver com a condição psíquica e social das psicoses.

A fala mais extrema no sentido da diferenciação foi a de P. que, ao abordar sua relação com os pacientes, diz:

— *É engraçado, porque, às vezes, uma pessoa bem impaciente, ela me lembra de eu ser mais paciente. Se ela chega ali super irritada, brava comigo, dá vontade de usar da mesma forma: olha, minha senhora, o problema é seu se a senhora esqueceu a consulta, se vira e desligar na cara dela. Mas é o momento de não, pera aí, essa pessoa é totalmente impaciente, sem educação e de ver que ela é assim, é uma característica que eu não acho nem um pouco legal, eu não vou ser igual ela, eu vou aprender com ela. Às vezes, o desespero dela ali, o surto dela, me ajuda a relevar coisas do meu dia a dia e da minha própria personalidade, que, às vezes, eu tenho, mas eu consigo afinar muito mais diante da experiência do outro, de ver a outra pessoa. Eu não sei alguma coisa específica. Talvez, uma ou outra paciente que está sempre aí, que ajudou a quebrar essa barreira de achar que é uma pessoa... Porque, às vezes, como eu falei, a gente pensa que é alguém que vai matar outra, vai levar uma faca, vai dá... enfim, ou vai machucar ou ferir outra pessoa. E não é dessa forma, né? Todos não são assim, você consegue conversar com a pessoa. É claro que ela vai funcionar de uma maneira completamente diferente da maneira que ela responde. Alguns são bem mais comprometidos, mas também vê que são pessoas, que realmente tem uma doença, tem um comprometimento grande e tal. Mas que são ser humano também, então... Às vezes, dá um mal estar diante dessas pessoas, como se elas não fossem gente, sabe? Tipo... Não chega a ser um robô e nem um animal. Mas como se fosse uma outra espécie. Caramba, né? Não é uma pessoa normal, né? (P.)*

Novamente nos deparamos com o conflito, pois há o movimento de identificação com os pacientes, que evidenciam características da personalidade da própria profissional, e a ênfase no excesso, nos elementos que diferenciam e que colocam os psicóticos na condição de outra espécie. Há, portanto, um elemento diferenciador que, racionalmente, protege contra as fantasias de enlouquecer. Aqui, relembramos a discussão de Freud (1919b/2010) sobre o inquietante, que causa horror pela proximidade do reprimido. A diferenciação se torna, portanto, uma defesa diante do inconsciente universal comunicado pelos psicóticos.

Outro modo de diferenciação e distanciamento identificado foi a ênfase no sofrimento e sua utilização para justificar as ações do paciente. Assim, só pessoas em intenso sofrimento podem apresentar tais comportamento ou, ainda, não há lugar para o prazer, o gozo na psicose.

Seguem algumas falas que representam essa afirmação. A primeira é a de L. que, ao se referir ao preconceito em relação aos pacientes no interior do próprio CAPS, diz:

— *Funcionários, funcionários que, às vezes, assim, não conseguem separar o indivíduo, que naquele momento tem uma patologia, está sofrendo e acaba achando que ele está fazendo aquilo porque ele quer, por vontade própria. Outras pessoas que estão em sofrimento também, mas um sofrimento mais leve. (L.)*

Segundo ele, portanto, o preconceito dentro do serviço vem daqueles que não entendem a condição patológica e de sofrimento dos pacientes e que, portanto, atribuem desejo às suas

ações. Para L. a psicose se torna tolerável a partir do reconhecimento do sofrimento, de modo que em sua opinião o psicótico é:

— *Uma pessoa em sofrimento. Uma palavra-chave, assim, uma pessoa em sofrimento. Uma pessoa que sofre, enxerga coisas que a gente não enxerga. A ansiedade deles gera, né? Quando é que eu vou pirar? Sou uma bomba relógio? A pessoa tem medo. A pessoa tem medo de ir em um lugar público e acabar dando vexame. Ela tem medo de acabar passando por uma situação estressante e ter que ir para o hospital psiquiátrico. Ela tem medo que as outras pessoas julguem ela. Uma pessoa em sofrimento, resumindo assim. (L.)*

M. também destaca a condição de sofrimento dos pacientes como algo que dá sentido ao seu trabalho, pois seu objetivo nos grupos de terapia ocupacional é melhorar a vida dos pacientes, lhes proporcionando momentos de alegria. Segundo ela:

— *... é um sofrimento muito grande, já tivemos muitos casos de tentativa de suicídio. Então, eu acho assim... que é o limite do sofrimento. Têm pacientes muito deprimidos, com dores em todo corpo, e isso mexe comigo porque na minha família têm casos também. Meu avô, ele passou por muita internação psiquiátrica e eu fico pensando o quanto ele sofreu. (M.)*

Assim, a ênfase no sofrimento pode ser um elemento tanto diferenciador, já que os pacientes sofrem muito mais que os profissionais – são uma “bomba relógio” – quanto um assistente de tradução, como nos diria Laplanche, para a comunicação e vivências traumáticas decorrentes do encontro com as psicoses.

Contudo, a condição assustadora de proximidade está sempre presente. As falas dos profissionais indicam o reconhecimento dessa proximidade. L., por exemplo, diz que trata os pacientes como gostaria de ser tratado e assim como ele conversa com seus amigos sobre como flertar, faz isso com os pacientes.

M. também reconhece a proximidade dos dramas vividos pelos pacientes, com suas próprias questões e sentimentos. Ao falar sobre a relação com os pacientes, diz:

— *... é muito engraçado o jeito que eles desenham, o jeito deles pensarem é muito interessante e, muitas vezes, a gente dá muita risada também. Porque a gente é muito igual a eles e muito diferente também. Uma vez um paciente falou uma coisa para mim: se eu sou igual a ele? Eu falei que acredito que eu sou porque tudo que eles sentem eu sinto também, como o medo, tristeza... que a gente não é diferente, só que essa forma deles pensarem é muito diferente, a estrutura, assim... a organização. (M.)*

Novamente a contradição, o conflito se apresenta. Há o reconhecimento da igualdade, mas também há ênfase na diferença. P., por sua vez, enfatiza a proximidade no aspecto mais ameaçador, o da doença. Segundo ela:

*— é engraçado, porque, às vezes, você pensa que é só quem chega ali que é ansioso, ou, às vezes, neurótico com algumas coisas, com estopim curto, impaciente, enquanto tem vários colegas que são iguais. Tem gente que trabalha aqui, que eu sei que é extremamente ansioso, e eu penso: meu Deus! Como uma pessoa ansiosa dessa forma, super, super agitada, ansiosa e qualquer coisa ai..., que trabalham comigo, e são colocadas em uma posição de trabalhar com pessoas que são assim também? Porque supostamente elas deveriam ter um pouco mais de balança, equilíbrio. E elas não são, então é engraçado, porque às vezes você pensa: só uma pessoa que tem o diagnóstico X que é a doida, que é a desequilibrada e não, né? Às vezes, tá mais próximo do que a gente imagina, como nos colegas de trabalho, por exemplo. (P.)*

Assim, a linha que separa o normal do patológico, as características de profissionais e de pacientes é tão tênue, que exige o emprego de muitas defesas para que resistam ao encontro com essa dinâmica psíquica. Alguns não dão conta, e abandonam o trabalho, como J. que decidiu se aposentar por idade para não trabalhar mais no CAPS, o que implicou a perda da aposentadoria por tempo de contribuição que exigiria mais quatro anos de trabalho no serviço. E P. que aguardava a transferência, pois não queria trabalhar mais lá, realidade muito comum e que implica na constante rotatividade de profissionais.

Desse modo, podemos concluir que o trabalho com a psicose é traumático e, por isso, complexo, pois implica questões psíquicas, como as fantasias, os afetos e defesas, e estruturais, como a falta de formação e apoio institucional.

#### **4.5 As especificidades: o lugar da escolha do profissional**

Analisar as produções limites, como já dissemos, implica na discussão das generalidades e especificidades apresentadas nas falas dos entrevistados. Até o momento falamos do que foi geral, das fantasias e dos afetos que perpassam o psiquismo e a relação com os pacientes de todos os profissionais.

Nesta categoria analisaremos o que pode ser reconhecido como específico de cada entrevistado, ou seja, daquilo que lhe é particular e que, portanto, reconhecemos como erigido a partir do desejo. O desejo de trabalhar com a saúde mental e com as psicoses parece ser o elemento diferenciador no modo como os profissionais se defendem, dão sentido e são afetados pelo trabalho. Desse modo, podemos reconhecer dois entrevistados (L. e M.) que realmente

desejaram estar ali, trabalhar naquele serviço e com aqueles pacientes. Uma entrevistada (C.), que, por sua vez, pediu para ser transferida para o serviço, o que implica escolha e podemos inferir algum desejo, alegando facilidades práticas, como: proximidade de sua residência. E, por outro lado, temos duas entrevistadas (J. e P.) que explicitamente demonstraram a contrariedade e a violência que o trabalho no CAPS, ou seja, com pacientes psicóticos, lhes representavam.

Tais diferenças estão implicadas na prática e na relação estabelecidas com os pacientes, tanto que L. e M., várias vezes em suas falas, expressaram o compromisso com a qualidade de vida e felicidades deles e, ainda, defesas e recursos mais elaborados para lidar com as mobilizações diante das psicoses. L. sobre o início do trabalho no CAPS diz: — *Passsei no concurso e pedi para ser alocado aqui no CAPS. Queriam me enviar pra UPA, mas eu insisti pra participar da saúde mental que é o que eu gosto. É a área que eu mais me identifico.*

O prazer pelo trabalho foi percebido no modo como L. conduz as atividades e no modo como se relaciona com os pacientes. Ao falar sobre como reage às situações nas quais eles estão em crise, afirma que os acolhe e os trata como gostaria de ser tratado. Quando relatou as demandas sexuais dos pacientes e a resistência que a maioria das pessoas tem em abordar esse assunto com eles, L. disse:

— *Eu gosto, porque eu vejo que se eu tivesse um transtorno eu gostaria que alguém tralhasse esse tema comigo, e assim, até eu com os meus amigos, eu sempre tô perguntando: como você se relaciona? Olha, qual a melhor jeito de abordar esse assunto? Por que não trabalhar com eles. Então, assim, é expandir, não enxergar o indivíduo como um doente, uma pessoa passiva que não tem direito de sentir alegria, de ter um relacionamento. É ampliar esse indivíduo como cidadão, como pessoa de direito. (L.)*

A identificação com os pacientes, com suas demandas, sofrimento, direitos e seus desejos, o possibilita lidar de forma mais saudável, ou seja, menos angustiante com as mobilizações e ampliar as relações para além dos muros dos serviços, ou seja, para outros espaços sociais, como veremos na fala a baixo.

— *Aliás, as pessoas que tem uma patologia eu trato de uma forma até mais carinhosa. Me empenho mais em tentar entender qual é a mensagem que essa pessoa tá te falando. Porque, muitas vezes, a pessoa tá querendo pedir ajuda, alguma coisa assim. Mas é interessante que, por exemplo, eles estão aí no mundo. Às vezes, eu tô no shopping e encontro um, eles me cumprimentam. Já tomei suco com um, comi um negócio com outro, fui na padaria com outro. Então, eu não tenho assim restrição. Eu acho que são pessoas que tem que ser tratadas de uma forma natural, sem medo, sem bloqueios, sem barreiras. (L.)*

O mesmo foi reconhecido em M. que sente grande prazer em trabalhar no CAPS e se relacionar com os pacientes. Ela, também, quis ir para o serviço, tanto que realizou concurso específico para isso. Diferente de L., em sua fala ficou evidente as bases de seu desejo e identificação, ou seja, o histórico de adoecimento e internações psiquiátricas do avô paterno em uma época de precarização da assistência e centralidade dos manicômios. Em suas palavras:

— ... na minha família tem casos também, meu avô, ele passou por muita internação psiquiátrica e eu fico pensando o quanto ele sofreu, naquela época que não tinha nem medicação e que tinham muitos maus tratos, que o que tinha era só internação psiquiátrica e de longo prazo. Então eu tento fazer o possível no trabalho para ajudar eles na qualidade de vida, na alegria... proporcionar coisas que eles se sintam bem e dar o máximo possível de acolhimento. (M.)

Nos parece que seu desejo é reparar, na vida dos pacientes que atende, ao sofrimento, ao descaso e à violência vividos pelo avô. Pode estar implicada, ainda, a culpa pela família ter tido que recorrer aos hospitais psiquiátricos como recurso assistencial, muito embora a entrevistada afirme que era a única opção que existia. Com cada paciente ela parece transferir as relações com o avô e o pai, já que afirma que ambos são muito parecidos. Tal transferência implica-se nas relações que estabelece com eles e, principalmente, no modo como sente prazer e significa o seu trabalho. Diante da pergunta: *O que você mais gosta nessa área?* M. respondeu:

— eu gosto da clientela mesmo, dos pacientes, ao mesmo tempo que eu sei que a terapia está ajudando, que é gratificante, eu também me divirto muito com eles e essa troca para mim é muito boa. A gente vive num mundo quadrado e poder entrar nesse mundo deles, eu acho uma ótima oportunidade que a gente tem na vida. E eu acho que o fortalecimento do vínculo, você estava falando alguma coisa do vínculo, da contratransferência, eu acho que é isso mesmo, a gente entrar no mundo deles. Não na loucura, mas nessa coisa do desejo deles, do que eles gostam, do que é importante para eles. Nos grupos que eu faço, eu procuro deixar eles bem à vontade, bem solto, que eles tenham bastante confiança e se sintam bem, porque daí acho que rola, acho que daí vai dando certo. **Você falou de diversão, que se diverte, como é isso?** A vida deles assim, a história deles é muito triste, mas tem o outro lado também, que eles falam umas coisas que é muito puro e que é muito engraçado, às vezes, a forma deles estarem enxergando esse mundo deles e acaba que a gente aprende muito com a forma deles pensarem. E eu me divirto muito assim, porque eu que escolhi o tipo de grupo que eu vou fazer e, então, geralmente são coisas que eu gosto. (M.)

Aqui, o desejo da profissional e os desejos dos pacientes se confundem, de modo que ela escolhe as atividades dos grupos a partir dos seus próprios interesses e gostos. Por outro lado, fica evidente o compromisso dela em oferecer momentos agradáveis, de alegria, que compensem ou aliviem o grande sofrimento deles. A vontade de estar com eles e de poder

aproveitar as características boas – “puras” – que apresentam, marcam o seu trabalho e seu lugar no serviço e na relação com a psicose, ou seja, o recalçamento.

Contudo, isto só é possível à medida que ela atribui pureza aos comportamentos e manifestações dos pacientes psicóticos, como se fossem crianças. Sabemos o quanto de idealização e defesas estão implicadas nessa definição do mundo psíquico dos psicóticos e, mesmo do mundo infantil, com vistas a manter reprimidas às vivências pulsionais mais primitivas, sobretudo, as sexuais. A pureza e o sofrimento são as traduções possíveis da psicose e dão sustentação ao seu trabalho, ou seja, estão a favor do recalçamento

C., como já dissemos, escolheu ser transferida para o CAPS e apresentou como principal justificativa as facilidades objetivas – trabalhar próximo de casa – disso. De alguma forma, essa escolha intencional lhe oferece, também, recursos para o enfrentamento do trabalho, mesmo em face das intensas mobilizações que o contato com os pacientes e suas histórias de vida, lhe provocam. Pudemos perceber em sua entrevista, vivências intensas de medo, excitação sexual, tristeza e impotência. No entanto, em nenhum momento nos deu indício de arrependimento por sua escolha. Em sua prática, mostra uma dedicação em pensar e planejar atividades com os pacientes, e o contato com a psicose, por mais ameaçador que lhe seja, não é evitado. Algumas precauções são tomadas, mas o paciente é acolhido e o sofrimento que apresenta lhe comove. Há, mesmo diante de todas as limitações internas e de formação, a persistência e o interesse pelo trabalho e pelos pacientes.

J. e P., por sua vez, enfrentam o trabalho no CAPS e a relação com os pacientes como uma violência a suas vontades. Em suas falas a saída do serviço é a única possibilidade para o conflito psíquico que o encontro com as psicoses lhes causa. Por isso, J. pediu aposentadoria por tempo de serviço e M. solicitou por várias vezes sua transferência.

Ambas alegaram a falta de formação e apoio institucional para o enfrentamento das dificuldades, uma vez que não recebem formação e nem tem suas angústias acolhidas. Contudo, acreditamos que mesmo que essas condições fossem oferecidas, não seria suficiente para mantê-las no trabalho. Com essa afirmação, não estamos desconsiderando a importância desses recursos – formação e apoio institucional – mas considerando que, diante da intensa angústia na qual se encontravam as duas entrevistadas, eles já não seriam suficientes. Por isso, defendemos a importância do acompanhamento do profissional, tanto no que se refere à formação técnico-científica, quanto à de espaços para a discussão das dificuldades e do acolhimento das angústias encontradas no cotidiano, de modo a evitar que situações extremamente traumáticas sejam vivenciadas isoladamente e sem amparo.



Em síntese, a vontade e a identificação com a área e com o campo de atuação se apresentam como recursos importantes para o enfrentamento mais saudável e criativo das mobilizações contratransferenciais promovidas pela psicose. É a vontade que possibilita a atribuição de sentido particular, ou seja, de cada profissional, diante do encontro com o paciente e suas demandas.

#### **4.6 Observações gerais acerca das entrevistas**

A partir de nossas análises, fica evidente o potencial mobilizador das psicoses que desafiam os profissionais, as diferentes áreas do conhecimento e mesmo a sociedade em relação a suas demandas e modos de funcionamento psíquico. O que mais chama a atenção nessas falas é o lugar que esses profissionais ocupam, de modo que sua principal função parece ser a de contenção das pulsões e de adaptação dos sujeitos. Eles são o “*front* de guerra”, ou seja, aqueles que recebem os ataques maciços e que precisam tolerá-los, conter suas próprias pulsões mobilizadas e, ainda, agir no sentido de manejar a situação e recalá-las.

Todas essas funções exigem muito desses profissionais, que, assim como os pacientes, se encontram marginalizados e silenciados nas suas necessidades e angústias. Diferente do modelo de clínica implementado no primeiro CAPS brasileiro, marcado pela inventividade, reflexão e construção coletivas, no CAPS de Maringá parece imperar relações e práticas burocratizadas, vindas de cima para baixo, como uma “cama de Procusto”, que aprisiona e diante das quais eles precisam se adaptar.

Reconhecemos que todos esses fatores, desde os elementos psíquicos mobilizados contrasferencialmente pelos pacientes, até as limitações estruturais e de gestão da política, são geradores de intensa angústia e se oferecem como base para a produção das fantasias Primitivas de Desintegração do Eu, que representam o inconsciente encravado e promovem o horror e as fantasias de Satisfação Pulsional Ilimitadas, que representam o recalçado e despertam a inveja. Assim, as mensagens comunicadas remetem ao infantil do paciente e dos profissionais, o que implica a perda dos modos mais desenvolvidos de funcionamento psíquico, de comportamentos e de satisfação pulsional.

O encontro com as psicoses, estabelecido desse modo, ou seja, na solidão e na individualidade, exige dos profissionais a construção de defesas no interior das quais podemos localizar a indiferença e o silenciamento percebidos na dissertação de mestrado, na supervisão de grupos de estágio e na fala de uma da entrevistadas (P.) que elencou uma categoria de pacientes composta por aqueles que “falam abobrinha”, ou seja, coisas assustadoras e místicas,

que é necessário ignorar para dar continuidade ao trabalho. O conflito se expressa na escolha do substantivo “abobrinha” para nomear a fala desses pacientes, já que no senso comum essa expressão se apresenta como um adjetivo que atribui a qualidade de pouca importância ao que é dito. Contudo, ela mesma se mostrou mobilizada e assustada, o que significa que lhe afetam de alguma forma e é justamente esse potencial mobilizador que precisa ser contido por meio da desqualificação do discurso do paciente.

Percebemos que a comunicação dos conteúdos inconsciente dos pacientes, ou seja, a sexualidade, agressividade e o paradoxal, só podem ser tolerados às custas da patologização, da diferenciação entre pacientes e profissionais e da segregação. Tais recursos nos parecem defensivos, haja vista que o estranhamento, a inquietação que tais conteúdos apresentam se deve justamente à verdade, à intencionalidade e ao prazer que tais comunicações veiculam, bem como ao insuportável, ao não tolerável e, por isso, encraves, abscessos psíquicos.

As produções limites, ou seja, o pensar dos profissionais sobre as psicoses que expressam o desejo, parece se dividir em dois conjuntos principais. Um conjunto que reconhece e expressa o recalcado e, desse modo, exige dos profissionais o papel de recalcoadores, conduzindo, orientando e limitando a comunicação pulsional dos pacientes. Esse conjunto parece se constituir a partir das mensagens implantadas comunicadas pelos pacientes, que possibilitam aos profissionais reagir por meio da tradução, ainda que parcial. Neste conjunto, parecem se localizar as representações dos profissionais que lidam de forma mais positiva com os pacientes e que, inclusive, reconhecem prazer no trabalho. Tais profissionais escolheram estar ali e, talvez, tal escolha se relacione com a posse de assistentes de tradução para lidar com o traumático e/ou, quem sabe, a posse de menos conteúdos encravados no seu próprio psiquismo.

No segundo conjunto de produções limites estão aquelas que representam o encravado, o angustiante, o que não pode ser traduzido e que paralisa o psiquismo. Aqui a ameaça das mensagens se torna insuportável e insuperável, de modo que o distanciamento e o silenciamento dos pacientes tornam-se a ação possível. Nas falas das profissionais entrevistadas que desejam sair do trabalho, que relatam grande sofrimento, há a predominância de produções com tais características. Aqui não há assistentes de tradução que possibilitem ao psiquismo trabalhar e encontrar recursos para enfrentar a angústia.

Todos os profissionais entrevistados apresentam produções limites que representam os dois conjuntos, contudo há a predominância de um deles. Por isso, para alguns é possível trabalhar com os pacientes psicóticos e obter prazer, enquanto, para outros, o trabalho é fonte exclusivamente de sofrimento e de horror.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: O PROJETO CONTRATRANSFERENCIAL DEFENSIVO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA ASSISTENCIAL**

Para concluir este trabalho, utilizaremos e ampliaremos o conceito de Projeto Transferencial de Mello Neto (2012) para a compreensão da contratransferência – fantasias inconscientes Primitivas de Satisfação Pulsional Ilimitadas e Desintegração do Eu e os afetos de horror e inveja – que se manifesta na relação terapêutica entre profissionais de saúde mental e pacientes psicóticos.

Embora a finalidade original, proposta pelo autor, seja desenvolver o conceito de projeto transferencial – isto é, um projeto que o paciente traz para análise e se propõe vivê-lo, executá-lo ou mesmo transformá-lo na relação com a analista –, nossa proposta é ampliá-lo para refletir sobre o que chamamos projeto contratransferencial dos profissionais que atendem os pacientes psicóticos e que se materializa em sua prática assistencial.

Tal projeto, acreditamos, é resultado da relação com a loucura estabelecida em dois planos: cultural e assistencial. No primeiro plano, encontram-se as representações, as ideias e imagens da loucura (psicose) e os afetos a elas vinculados e que são apreendidas culturalmente, anterior a qualquer formação científica ou profissional e, em muitos casos, anterior a qualquer contato direto com pacientes psicóticos. No segundo plano, o da prática, encontram-se as vivências afetivas e fantasmáticas resultantes do contato direto com o paciente e com os conteúdos que ele comunica que foram analisadas e apresentadas neste trabalho. Denominaremos esse projeto de projeto contratransferencial defensivo.

Ao longo das nossas discussões temos falado sobre as características de algumas práticas assistenciais marcadas pela indiferença e que objetivam o silenciamento do paciente e promovem limitações assistenciais e dificuldades no processo de construção de um novo lugar social para a loucura, à medida que o sujeito é impedido de falar do seu sofrimento, dos seus sintomas e de si.

Situamos na problemática da contratransferência mobilizada pelos psicóticos, a partir do seu modo de funcionamento psíquico e de sintomas nos profissionais de saúde mental, uma dimensão importante dos elementos que dão sustentação e estão implicados na prática assistencial estabelecida dessa forma. São, precisamente, essas ações de silenciamento e indiferença que acreditamos materializar o que denominamos aqui de projeto contratransferencial defensivo. Mas antes de falarmos dele, vamos analisar o conceito de projeto transferencial no qual embasamos nossa proposição.

Mello Neto (2012, 2016) propõe a noção de projeto transferencial a partir de suas experiências clínicas. Para o autor, o paciente, ao procurar a análise, já chega com um projeto, “uma cena engatilhada”, parte consciente e parte inconsciente, que compreende os objetivos, aquilo que ele deseja com a análise e que implica, diretamente, o analista ao colocá-lo em um lugar nessa busca. As dimensões conscientes podem ser o desejo de cura, de livra-se dos sintomas etc. Os aspectos inconscientes estariam relacionados às demandas pulsionais infantis, ao desejo insatisfeito, portanto. Nas palavras do autor:

... é possível pensar que a situação analítica, que é única para cada paciente, está fundada não só num projeto racional, mas em elementos inconscientes que fazem parte do projeto. Ela, a situação analítica resultaria, então, de algo muito complexo, difícil de discernir, em que representações conscientes e inconscientes se mesclariam produzindo algo semelhante a um projeto, um projeto transferencial. Esse projeto, pois, teria que se manter durante toda a análise e, ao mesmo tempo, ser interpretado; no entanto, creio que ele só será conhecido inteiramente no après-coup. (Mello Neto, 2012, p. 504).

Para o autor, o projeto transferencial é, acima de tudo, egóico. Representa o esforço do eu para organizar e integrar fantasmaticamente em uma cena, que pode mudar durante a análise, elementos como: “traumas, aspirações, elementos egóicos de todo tipo, elementos pulsionais, conflitos conscientes e inconscientes e etc”. (Mello Neto, 2015, no prelo). Trata-se, portanto, de um recurso egóico caracterizado por uma tendência a viver o projeto e, desse modo, repetir e, quem sabe, elaborar e/ou defender-se – sabemos que são dois processos intrínsecos à análise – dos conteúdos que o integram, organizados pelo desejo ou mesmo pela necessidade de resistir a ele. Contudo, o autor destaca a primazia do eu nessa construção ou organização, de modo que o desejo se encontra, então, subordinado.

Ao destacar o lugar do analista no projeto transferencial do paciente, Mello Neto (2012) reivindica a importância do seu papel ativo, já que ao ocupar esse lugar fantasmático, ele entra no campo transferencial tão necessário à análise. E não o faz de forma passiva, mas sedutora, oferecendo-se como objeto do amor infantil, ocupando o papel que lhe é atribuído, permitindo-se ser para o outro. É dessa relação que emerge a interpretação como fenômeno tradutivo do projeto e das demandas inconscientes.

Chama a atenção na ideia de Projeto Transferencial, a sua existência enquanto cena fantasmática pré-existente, mas que desde o início implica o analista, que precisa encená-la junto com o paciente para conhecê-la e compreendê-la, ou seja, para desvendá-la, (Mello Neto, 2002).

Da análise da relação analista/paciente no Projeto Transferencial e na cena trazida pelo paciente, Mello Neto (2012) remete à contratransferência ao observar que o analista aceita ser o outro significativo para o paciente, mas, também, ao assumir esse papel, tem o seu outro significativo reeditado na figura terapêutica.

Poderíamos pensar, então, que o analista também traz sua própria cena para análise? Ou ainda, que ao entrar na cena do paciente, ao assumir um papel, o vive a partir, também, de conteúdos que são seus?

O analista, portanto, estaria ativamente implicado, tal como nos diz Mello Neto (2015, inédito) ao destacar o lugar que ele ocupa no projeto transferencial do paciente, implicado como outro significativo, como sedutor, tradutor e, ainda, com seu inconsciente mobilizado, ou seja, com a reedição dos seus próprios conteúdos inconscientes em ressonância com o que lhe é comunicado.

Por isso, a partir dessas considerações, podemos considerar a existência de processos transferenciais e contratransferenciais na relação estabelecida entre profissionais de saúde mental e pacientes psicóticos. E, assim, supor a existência de um projeto contratransferencial dos profissionais, construído como um recurso defensivo fundamental para lidar com a loucura e com as comunicações dos pacientes psicóticos que os interpelam.

Mello Neto (2015, inédito), ao analisar o projeto transferencial, destaca os casos em que eles são tão enrijecidos que forçam o analista a vivê-los sem a liberdade necessária à análise. Segundo ele,

Há sujeitos que buscam incluir à força o terapeuta/analista em seu projeto transferencial, não lhe dando nenhum espaço de liberdade, o que provoca grande mal-estar... o terapeuta/analista experiencia um processo psíquico importante aí. Entrar no projeto do outro, aceitar contracenar em seu fantasma e permanecer lúcido é algo muito difícil. (Mello Neto, no prelo 2015, p. 2).

Essa rigidez do projeto, o autor a denomina de Cama de Procusto Transferencial, mito já apresentado neste trabalho. Para ele, esse fenômeno, sem dúvida, levaria o analista a desenvolver uma defesa também na forma de um projeto contratransferencial. (Mello Neto, 2015). Assim afirma o autor:

É de se imaginar que o projeto contratransferencial contenha elementos fantasmáticos, mas isso tem que ser controlado/limitado de várias formas, todas possivelmente ligadas ao eu. Uma dessas formas é a teoria. Mas esta pode também estar dentro do projeto e ser usada como defesa, de forma que o analista/terapeuta a utiliza como cama de Procusto contratransferencial, forçando o paciente a “se comportar”, a caber dentro das ideias teóricas de seu terapeuta. Mas, além disso, devido ao fato de que o projeto transferencial do paciente pode ser sentido como perigoso, o

projeto contratransferencial deve ter muito a ver também com defesas, mas este é um ponto que ainda não pesquisamos mais detalhadamente. (Mello Neto, 2015, nota 1, p. 3).

Destacamos essa noção aqui, pois nossas discussões se tratam precisamente de contribuir com o desenvolvimento e aplicabilidade dessas ideias formuladas em torno do conceito de projeto transferencial de Mello Neto (2012; 2015).

Por outro lado, se as ideias de Mello Neto (2012) estão mais em torno da neurose, aqui estamos nos referindo aos casos de psicose e, portanto, a uma complicação em termos transferenciais – com predomínio narcísico –, o que vai demandar do profissional uma escuta e uma intervenção diante do polimórfico perverso que se manifesta sem muitas mediações simbólicas, sem muitos recalamentos neuróticos provenientes de alguém – o paciente – para quem as necessidades do outro não fazem sentido. (Gabbard, 2006). E que se mostram incuráveis e intratáveis em alguns casos como aponta Figueiredo (2003). Soma-se a esses fatores, as condições estruturais e de gestão do CAPS, que implicam no desamparo dos profissionais diante de suas angústias e do seu próprio silenciamento.

Talvez, por isso a intervenção do profissional seja notadamente defensiva, já que o paciente psicótico impõe ao outro a sua própria busca e realização, mesmo ao custo de uma ruptura com a realidade, à regressão a estados primitivos de funcionamento psíquico e, com isso, ao empobrecimento geral de suas capacidades psíquicas.

Assim, o projeto contratransferencial defensivo seria ativado pelos profissionais quando estão diante de casos que julgam mais graves ou mais difíceis de tratar, e se manifestaria pelo conjunto de concepções e práticas assistenciais rígidas e aplicadas a todos os pacientes, independente das suas características e sintomas. Ainda que se objetive uma intervenção a favor da saúde mental, pautada por políticas públicas humanizadas, a defesa, na forma de um projeto contratransferencial, será erguida entre o profissional e o paciente.

Nos serviços de saúde mental, embora a transferência, tal como caracterizada por Freud (1912/1996), na análise das neuroses, esteja limitada em função da dinâmica psíquica característica da psicose, como já destacado, e, ainda, pela característica do processo terapêutico – que não é realizado nos moldes da análise clássica e está a cargo de profissionais de diferentes categorias – há a comunicação inconsciente dos pacientes, através dos seus sintomas e discurso e a consequente mobilização contratransferencial dos profissionais.

Não discutiremos aqui se há, nessa comunicação, também, um projeto transferencial do paciente psicótico – vimos que Mello Neto (2012; 2015) o define em torno da clínica com

neuróticos<sup>37</sup> –, ainda que menos organizado e produto de um ego extremamente fragilizado<sup>38</sup>. Nossa reflexão está voltada para os elementos contratransferenciais mobilizados nos profissionais diante da comunicação do psicótico e que, acreditamos, são base para a construção de um projeto contratransferencial defensivo o que, de certa forma, determinará a relação terapêutica e seus desdobramentos.

Já apresentamos nossa tese de que estaria na base da contratransferência, nos casos atendidos de psicose, as fantasias de Satisfação Ilimitadas e de Desintegração do Eu e com elas os afetos de horror e inveja. Por outro lado, para Winnicott (1994), o ódio é a manifestação contratransferencial mais presente em toda análise e assistência prestada aos pacientes psicóticos. Segundo ele, o vínculo estabelecido com esses pacientes é ambivalente e o processo terapêutico muito fatigante. Em suas palavras: “Pacientes insanos são sempre um pesado fardo emocional para aqueles que cuidam dele. Deve-se perdoar se aqueles que fazem esse trabalho fizerem coisas horríveis”. (Winnicott, 1994, p. 350)<sup>39</sup>.

Mannoni (1995), por sua vez, se refere a algo semelhante ao abordar os sentimentos das mães de crianças deficientes intelectuais e/ou psicóticas. Para a autora, o vínculo é muito ambivalente e o ódio sentido, diante da intensa demanda de cuidados e da frustração narcisista, dá origem a desejos homicidas e mesmo suicidas nessas mães.

Para Winnicott (1994), o ódio, sentimento primitivo e inerente a qualquer relação humana, será mobilizado mais intensamente diante do psicótico, já que ele encontra-se em um estado no qual o amor e o ódio coincidem. Como o paciente só é capaz de atribuir ao analista o que ele mesmo pode sentir, logo, para o paciente psicótico, “caso o analista mostre amor, ele certamente, no mesmo momento, estará matando o paciente”. (Winnicott, 1994, p. 351)<sup>40</sup>.

Essa percepção do paciente associada à regressão, que o impede de se identificar com o analista, acarretam importantes problemas de manejo para o último e, como consequência, sentimentos contratransferenciais de ódio e temor. (Winnicott, 1994). Mais uma vez, o ódio se apresenta como um elemento contratransferencial importante.

O analista, nestes casos, é como a mãe de uma criança – sujeito não nascido ou recém-nascido – e, em alguns casos, será a primeira pessoa a oferecer ao paciente coisas que são

<sup>37</sup> Santos e Mello Neto (2017) analisam o projeto transferencial de uma paciente diagnosticada como borderline.

<sup>38</sup> Winnicott (1994), no texto *Hate in the Counter-Transference* (Ódio na Contratransferência), classifica de rude a forma de amor do paciente psicótico pelo analista. Mesmo rude, para esse autor, existe amor e, portanto, transferência. Considerando estas ideias do autor, talvez pudéssemos pensar que nesse modo rude de amar, talvez esteja implicado um projeto transferencial, também, rude e primitivo.

<sup>39</sup> “Insane patients must always be a heavy emotional burden on those who care for them. One can forgive those who do this work if they do awful things” (Winnicott, 1994, p. 350).

<sup>40</sup> “Should the analyst show love he will surely at the same moment kill the patient” (Winnicott, 1994, p. 351).

essenciais no ambiente. Ao comparar a condição do analista de pacientes psicóticos à condição de mãe, o autor destaca que as mães odeiam os filhos antes mesmo de eles a odiarem ou serem capazes de tolerar o seu próprio ódio.

Winnicott (1994, p. 355) atribui vários motivos para o ódio da mãe, destacamos aqui a renúncia de sua vida e seus interesses em favor dos interesses e necessidades do bebê, que, sem condições, não reconhece o que ela faz e, ainda, a excitação e concomitante frustração que o bebê lhe causa, já que “ele a excita, mas a frustra – ela não deve comê-lo ou ter trocas sexuais com ele”<sup>41</sup>.

Destacamos esses elementos por se aproximarem da concepção que possuímos da relação entre profissionais de saúde mental e pacientes psicóticos. Os profissionais se empenham em um cuidado que não é reconhecido pelo paciente, se expõem ao vínculo que lhes causa angústia, ódio e medo e, ainda, são excitados pelo modo regredido e autoerótico com o qual os pacientes vivem a sua sexualidade. Tudo isso com poucas perspectivas de satisfação ou recompensa, que poderia dar-se, ao menos parcialmente, com a cura ou sucesso terapêutico. Há, como vimos, uma confusão de línguas neste encontro. A linguagem da paixão, do violento, do paciente se choca com a linguagem da ternura, do recalcado, do profissional e o ódio pode ser uma consequência desse encontro.

Para Winnicott (1994), o ódio contratransferencial precisa tornar-se consciente para o analista, médicos e cuidadores de psicóticos e deve ser utilizado como instrumento da análise, pois os sentimentos contratransferenciais são, em alguns casos, as coisas mais importantes da análise. O paciente precisa perceber que o analista, terapeuta e cuidadores são capazes de tolerar o ódio, para que ele consiga reconhecer e tolerar o seu próprio ódio.

Segundo o autor, para que o analista e cuidadores possam utilizar o ódio como recurso auxiliar e não como obstáculo, enquanto resistência, precisa empenhar-se em sua análise pessoal. Pois, “se nós queremos ser analistas de pacientes psicóticos devemos chegar a coisas muito primitivas em nós mesmos, e este é mais um exemplo de que a resposta para muitos problemas obscuros da prática psicanalítica pode estar em uma análise mais aprofundada do analista”. (Wnnicott, 1994, p. 351)<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> “He excites her but frustrates-she mustn’t eat him or trade in sex with him” (p. 355).

<sup>42</sup> “If we are to become able to be the analysts of psychotic patients we must have reached down to very primitive things in ourselves, and this is but another example of the fact that the answer to many obscure problems of psycho-analytic practice lies in further analysis of the analyst” (Wnnicott, 1994, p. 351).



Assim, é no reconhecimento do potencial mobilizador de conteúdos primitivos nos profissionais que analisamos as relações e o processo terapêutico estabelecidos com os pacientes psicóticos e a construção do projeto contratransferencial.

Desse modo, acreditamos que o contato direto com os conteúdos comunicados pelo psicótico, com a possibilidade de desorganização egóica e a vivência da sexualidade polimórfica perversa, originam, como resultado contratransferencial, as fantasias Primitivas de Satisfação Pulsional Ilimitada e as fantasias Primitivas de Desintegração do Eu e os afetos inveja e horror, como já analisado. Aqui, o ódio existente na relação também se torna importante, já que pode ser resultado tanto da insatisfação dos pacientes, quanto da mobilização do ominoso nos profissionais. Ambos se odeiam.

A necessidade de defesa diante da angústia produto dessa mobilização, pode levar alguns desses profissionais a colocar em ação o projeto contratransferencial defensivo, caracterizado por discursos (teóricos, burocráticos, morais) e por ações que silenciam a fonte de excitação pulsional, ou seja, que calam, ignoram e, em alguns casos, violentam o paciente psicótico. O Projeto Contratransferencial é defensivo pois está ao lado do Eu e das defesas contra o pulsional reprimido.

É nesse contexto, que a ideia de Cama de Procusto Contratransferencial indicada por Mello Neto (2015) se aplica bem. Esses profissionais, pela necessidade defensiva, constroem o projeto terapêutico e enquadram o paciente nos moldes teóricos e nos dispositivos técnicos e burocráticos que escolheram. Ou seja, as atividades são organizadas de modo a que cumpram o papel de recalçadores, de diques que contém as pulsões dos pacientes e as suas próprias.

Há, nesse sentido, uma “cena engatilhada”, utilizando a expressão de Mello Neto (2012), que se caracteriza por aquilo que se busca com a assistência e, por isso, a atribuição de um lugar ao paciente. Lugar que, como vimos, pode ser marcado pelo medo, dependência, indiferença em relação às demandas e pela desqualificação do discurso, além do isolamento.

É o contato com o discurso do psicótico, sobretudo, com os elementos que comunicam a sexualidade polimórfica perversa, e, ainda, com um modo de funcionamento psíquico desorganizado e primitivo, que causam horror e inveja. Como afirma Zusman (1998), o contato com a psicose mobiliza as partes psicóticas da personalidade presentes em todos nós, tanto no nível da desorganização e da pulsão livre, inclusive a de morte, quanto dos modos prazerosos de satisfação pulsional.

Mas, além disso, as fantasias de Desintegração do Eu e de Satisfação Pulsional Ilimitadas que provocam horror e inveja são também reações diante do narcisismo ferido dos profissionais. Isso ocorre por dois motivos: primeiro, porque os psicóticos não se enquadram

nos ideais sociais estabelecidos de humanidade e sociabilidade, e, segundo, porque essa psicopatologia, até então, sem cura, evidencia as limitações da ciência, do conhecimento e da assistência ofertada. A impotência é o sentimento que perpassa a maioria dos profissionais, que se sentem inseguros em relação às atividades que desempenham.

Antes mesmo de escolherem suas profissões e se capacitarem cientificamente para exercê-la, como integrantes da cultura, os profissionais se apropriam de uma ideia, de um conhecimento sobre a loucura. Isso porque, como fenômeno humano, a loucura sempre esteve presente na história da humanidade e na vida das pessoas, seja através das histórias trágicas de personagens da comunidade considerados loucos, seja pela visão dos andarilhos com comportamentos excêntricos, seja na literatura, nas artes, na mídia e nos meios de comunicação de modo geral.

Como já dissemos em outro momento, Foucault (1975) apresentou as diferentes formas de tratamento e significação da loucura em diferentes momentos. Para Pessotti (1995), as três visões gerais sobre a loucura, que marcam a sua história, podem ser identificadas e coexistem no modo contemporânea de olharmos e pensarmos sobre ela. Essas visões, segundo o autor, são: mitológica, psicológica-passional e organicista. Nessa visão contemporânea:

A loucura é, na verdade, a perda do caráter distintivo do humano. E, diante desse fato, a constatação da precariedade da “essência” do homem se impõe de modo irrecusável. A autonomia pessoal cede lugar à entidade mitológica, à prepotência da natureza (animal) espelhada na força do instinto ou, ainda, às inevitáveis imposições das contingências corporais da vida humana. (Pessotti, 1995, pp. 78-79).

Há, com a percepção dessa possibilidade inerente à condição humana, um ataque direto ao narcisismo da humanidade progressivamente estimulado e expresso na visão de uma essência humana racional e sua conseqüente superioridade. Essa concepção humana marcou, sobretudo, os esforços científicos do século XIX. Qualquer questionamento a essa concepção – tal como a loucura e mesmo o inconsciente freudiano – era, e ainda é, extremamente ameaçador. Isso porque remete aos modos primitivos de funcionamento psíquico e satisfação pulsional, evidencia o poder do inconsciente e do desejo sobre o funcionamento psíquico. Ou seja, a condição subalterna da razão.

Como afirma Pessotti (1995), ainda hoje coexistem essas teorias e explicações da loucura e dão sustentação ao imaginário popular sobre esse fenômeno. Os profissionais de saúde mental, como já dito, enquanto integrantes da cultura, são influenciados por esse modo de compreensão e pelo mundo fantasmático sobre ele construído.

O horror, o medo e, em alguns casos, a resistência frente a esse outro que é humano, mas que a partir de sua condição, tem sua humanidade questionada, e que, por isso, coloca em cheque a humanidade, ou o ideal de Eu, de todos nós, acreditamos, ser elementos conscientes e, em parte, inconscientes do projeto contratransferencial defensivo dos profissionais de saúde mental. Como dissemos, o narcisismo individual e coletivo é diretamente atacado pela loucura, o que resulta em intensa angústia. Vimos nos discursos de duas entrevistas, de P. e C., a referência a animalidade ou a especificidade dos pacientes que os colocam na condição muito próxima de uma outra espécie.

É precisamente nesse aspecto que os psicóticos, ao não se enquadrarem nos ideais de humanidade valorizados socialmente e representarem o excesso da vida pulsional, ferem os ideais dos profissionais, representantes de uma coletividade, representantes da civilização.

No que se refere aos profissionais têm-se, ainda, as frustrações frente às limitações terapêuticas que desafiam o saber da ciência que representam, bem como sua capacidade profissional e sua condição psíquica de contratransferência fundamental, o que incorre na diminuição da autoestima individual, já que o sucesso profissional é um objetivo importante e que envolve grande investimento libidinal. A ausência de reconhecimento da importância terapêutica das ações e da condição de auxiliar na autonomia dos pacientes pode ser motivo – como no caso de J. – de desistência do trabalho.

Mannoni (1995), ao tratar da contratransferência do analista de crianças retardadas e psicóticas, chama a atenção para o fato de que, muitas vezes, as condições do paciente leva à sensação de impotência do analista, o que frustra sua fantasia onipotente, e o torna, também, fóbico.

Desse modo, o psicótico e os conteúdos que comunica e transfere nos seus sintomas e em suas falas ferem o narcisismo dos profissionais, pois questionam os padrões sociais de humanidade, o saber científico e a capacidade de cura que eles representam. Impotentes e solitários diante da psicose e das mobilizações contratransferenciais que ela invoca, os profissionais do CAPS encontram nas fantasias de Satisfação Pulsional Ilimitadas e de Desintegração do Eu, que promovem inveja e horror, expressões simbólicas possíveis. Alguns deles, ou seja, aqueles que desejaram e escolheram trabalhar com essa demanda, encontram recursos mais saudáveis e elaborados que os permitem sentir prazer no trabalho mesmo em face das limitações. Por isso, acreditamos na possibilidade de realização de uma clínica das psicoses, tal como nos demonstrou a experiência do primeiros CAPS brasileiro, no CAPS de Maringá investigado.

Entretanto, para aqueles nos quais o desejo se encontra ausente, essas fantasias que sustentam o projeto contrasferencial defensivo posto em prática nas relações assistenciais, podem ter na indiferença, no silenciamento e no lugar do não humano atribuído ao psicótico, as estratégias defensivas contra a angústia que sentem.

Zusman (1998) define a defesa como uma estratégia psíquica inconsciente utilizada para a proteção contra a desorganização ou contra ideias e sentimentos potencialmente destrutivos, marcados pela pulsão de morte.

Ao abordar o emprego de defesas por profissionais de saúde mental, o autor afirma que no vínculo assistencial com psicóticos, os profissionais apresentam-se como a parte organizada da relação e do psiquismo do paciente, ao mesmo tempo que o paciente representa o potencial destrutivo e desorganizador que evitam em si mesmos. Para ele, essa intensa mobilização afetiva, não compreendida e nem simbolizada, levaria à ações irreflexivas e condutas assistenciais inadequadas. Há, nessas condições, atuações contratransferenciais do profissional, e mesmo da instituição, resultantes da loucura do psicótico que passa a ser compartilhada. Como resultado, têm-se ações dos profissionais que objetivam afastar os pacientes, como recurso para a manutenção ou estabelecimento da própria organização interna e, mesmo, da instituição.

Para Zusman (1998), as estratégias defensivas contra a própria loucura passam a apresentar as características da defesa psicótica, o que sugere o adoecimento do profissional de saúde mental. Como expressão dessas defesas, o autor cita os maus tratos infringidos aos pacientes em nome do combate à doença, a briga entre as distintas categorias profissionais, a fragmentação e a rivalidade entre a equipe, medo de alguns pacientes, confiança excessiva na medicação, raiva dos pacientes que não se enquadram aos esquemas terapêuticos e diagnósticos e prognósticos inquestionáveis, que expressam a verdade absoluta sobre o paciente.

Segundo ele, “uma equipe de tratamento que funciona integralmente é aquela que pode operar como continente para a angústia psicótica, utilizando os sentimentos contratransferenciais como guia para a melhor compreensão dos dramas vividos por cada paciente”. (Zusman, 1998, p. 122). Assim, acreditamos que o projeto contratransferencial defensivo é o recurso egóico e da própria instituição utilizado para proteger parte dos profissionais de seus próprios excessos pulsionais e da possibilidade de desorganização e perda da razão.

A submissão do inconsciente ao Eu e à organização psíquica parece ser o real objetivo de uma prática assistencial organizada de tal modo que a principal característica das psicoses é, justamente, o rompimento com a realidade e suas restrições na busca pela satisfação pulsional. Do encontro com esse modo de funcionamento psíquico, resta aos profissionais lidar com todo horror e inveja mobilizados, e isso a partir dos seus mecanismos neuróticos de defesa.

Assim, acreditamos que as ações de silenciar e a indiferença de alguns dos profissionais de saúde mental diante dos pacientes psicóticos são materializações do projeto contratransferencial defensivo que representa a “cena engatilhada” da relação assistencial, que tem como principal objetivo protegê-los da angústia mobilizada contratransferencialmente pelo perigo individual e coletivo que os psicóticos representam.

No plano individual, os psicóticos, ao comunicarem seu inconsciente, mobilizam a sexualidade polimórfica perversa recalcada de cada profissional, ou seja, mobilizam conteúdos e modos de satisfação que tão penosamente foram e são mantidos no esquecimento. O horror defende o ego da excitação e das pulsões primitivas que pressionam por satisfação.

No plano coletivo, os psicóticos desafiam os modelos de normalidade pautados na repressão pulsional que a sociedade constrói para sua manutenção e desenvolvimento e, ainda, construídos sob a égide de uma essência humana sustentada pelo controle racional e que, por isso, ferem o narcisismo social e nos dão a impressão de perder sua humanidade.

Os profissionais de saúde mental, que estão no “*front* de guerra”, enquanto representantes de uma sociedade de diferentes categorias profissionais e de instituições de saúde mental, também defendem e reafirmam os padrões de normalidade, o que implica em práticas de correção e normatização de funcionamentos psíquicos e subjetividades. O horror e a inveja confirmam a polaridade estabelecida entre a sanidade e a loucura que, presente em todos nós, precisa ser combatida.

A busca pela normatização, no caso da psicose, promove frustrações constantes, a sensação de fracasso profissional e o ódio decorrente disso. Soma-se ao desafio assistencial, imposto pela própria psicopatologia, as condições e limitações do trabalho na saúde pública que intensificam os sentimentos de impotência e as frustrações narcisistas desses profissionais.

Mannoni (1981) nos diz que, com muita frequência, são os próprios médicos quem, de forma inconsciente, bloqueia o movimento dialético do sujeito diante do seu sofrimento. Para a autora, a sociedade sempre previu lugares para seus loucos, sendo que os modelos produzidos de loucura e institucionalmente legitimados servem para protegê-la das diferentes expressões do inconsciente.

Desse modo, a psicose – a loucura – é combatida e temida porque encarna o inconsciente universal e desafia o poder e as estratégias para combatê-lo. Já que não é possível curar, silenciar o inconsciente por meio do silenciamento e da indiferença diante do psicótico parece ser o recurso possível para parte da equipe. Outra parte, contudo, mesmo assumindo esse lugar de recalco, o fazem de forma mais flexível, humana e próxima dos pacientes. Tais profissionais escolheram e gostam do trabalho.

O projeto contratransferencial defensivo ao se tornar o *modus operandi* dos profissionais e mesmo da instituição, marcado por protocolos de cuidado e procedimentos burocráticos, torna-se a Cama de Procusto Assistencial que aprisiona os pacientes no lugar que lhes é atribuído. Assim, a repetição: construção e aplicação do projeto – insubordinação ou inadequação dos pacientes – permanência do horror e da inveja –, e Projetos cada vez mais enrijecidos, se perpetua. Um caminho para o rompimento da repetição consiste no domínio consciente dessas determinações e suas implicações nas ações de cuidado. E, ainda, na possibilidade da construção de assistentes de tradução diante do traumático. É nesse âmbito que acreditamos na contribuição do nosso trabalho para possíveis transformações na prática assistencial.

Concluimos que, mesmo para os profissionais que desejam estar no CAPS, há muitos desafios e muitas angústias diante da prática. Para aqueles que “caem de paraquedas”, a angústia tem potencial enlouquecedor e levam à desistência do trabalho.

Por isso propomos, como desdobramento deste trabalho, uma possível parceria com a Universidade Estadual de Maringá, representada pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicanálise e Civilização, no que se refere à construção de um projeto para oferta de apoio assistencial para os profissionais, que consista na construção de um espaço de escuta, fala e reflexões teórico-práticas sobre o cotidiano do trabalho com as psicoses.

Acreditamos que a Universidade tem como função oferecer estratégias e recursos para a superação dos problemas e dificuldades assistenciais encontradas. E vimos que a existência do desejo é recurso importante e que ações defensivas mais saudáveis para os profissionais e para os pacientes são possíveis, contudo, elas dependem do controle da angústia e da compreensão das mobilizações contratransferenciais inconscientes.

Por isso, não é só a escuta dos pacientes que se torna importante, mas a dos profissionais que prestam assistência e que enfrentam cotidianamente os desafios desse encontro. Assim como os pacientes, eles não podem ser silenciados, e é na perspectiva da fala, da escuta e do apoio assistencial que nos propomos a contribuir. Vivemos um momento delicado de uma revalorização das internações, dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas em detrimento dos CAPS e dos demais serviços comunitários. Contra isso devemos nos posicionar e, sobretudo, contribuir para a superação de alguns problemas assistenciais que podem ser utilizados como instrumentos de depreciação do serviço e da assistência. A luta pela Reforma Psiquiátrica permanece necessária e nos impulsiona à ação.

## REFERÊNCIAS

- Abel, M. C. (2011 janeiro/junho). Verdade e Fantasia em Freud. *Ágora*, 14(1), 47-60.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996) *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arriola, G. M. (2008). Paul Federn, entre Freud y la roca de la alienación. *Artefactos: la ciencia-ficción del amor de... transferencia*. Disponível em: <https://documentslide.org/paul-federn-artefactos-2008>. Acesso em: 27/02/2017.
- Birman, J. (1990). *Tausk e o “aparelho de influenciar” na psicose*. São Paulo: Escuta.
- Bocchi, J., Menendez, J. G., & Oliveira, L. E. P. de. (2011). Freud e a Transferência dos Psicóticos. *Psic. Clin.*, 2 (23), 233 – 248.
- Brasil, Diário Oficial da União, *Seção 1*, quinta-feira, 6 de junho de 2019. Acesso em: 07 de junho de 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde (1988). Centro de Documentação do Ministério da Saúde. *Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: autor.
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados: Informativo eletrônico*, Brasília, DF, ano 10, n. 12, out. 2015.
- Carvalho, M. T. de M. (2003, junho) As Fronteiras do Eu nas Psicoses: o trabalho pioneiro de Paul Federn. *Psicologia em Revista*, 9(13), p. 43-58.
- Calich, J. C. (2009). A pessoa do analista: o novo/velho incômodo Reflexões a partir da “Teoria da sedução generalizada”, de Jean Laplanche. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43(2), 61-67.
- Costa, J. F. (1994). Apresentação. In: J. Goldberg, *Clínica da psicose: um projeto na rede pública* (pp. 9-17). Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In P. Amarante (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Damascena, J. S. (2010). *O peso do voto metropolitano: a representatividade das regiões metropolitana de Maringá e Londrina na Assembléia Legislativa do Paraná – ALEP*. 2010. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Daúd Junior, N. (2000). Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. In: BOARINI, Maria Lúcia. *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eduem,
- Epstein, J. (2004). *Inveja*. (I. Korytowski, Trad.) São Paulo: Arx.
- Federn, P. (1952-1979). *La psychologie du moi et les psychoses*. (A. Lewis-Loubignac, Trad.), Edition PUF.
- Ferenczi, S. (1933-1992). Confusão de Línguas Entre os Adultos e a Criança: a linguagem da ternura e paixão. In: *Obras Completas*, v. 4, (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1933)



- Figueiredo, L. C. (2003, abril). Transferências, contratransferências e outras coisinhas mais ou Esquizoidia e narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea ou A chamada pulsão de mortepulsional. *Revista de Psicanálise*. 68 (168), 58-81.
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006, junho). Pesquisa em Psicanálise: Algumas Ideias e um Exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.
- Foucault, M. (1972). *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Freud, S. (1894-1996). As Neuropsicoses de Defesa. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 3, pp. 49-74). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1894).
- Freud, S. (1895a-2001). Proyecto de psicologia. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. I. Buenos Aires: Amorrortu. (Obra original publicada em 1895).
- Freud, S. (1895b-1996). Rascunho G. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 1, pp. 252-259). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).
- Freud, S. (1895c-1996). Rascunho H. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 1, pp. 259-265). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).
- Freud, S. (1896a-1996). Rascunho K. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 1, pp. 273-283). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1896).
- Freud, S. (1896b-1996). Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 3, pp. 159-186). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1896).

- Freud, S. (1897a-1996). Carta 61. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 1, pp. 302-303). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1897).
- Freud, S. (1897b-1996). Rascunho M. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 1, pp. 306-309). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1897).
- Freud, S. (1897c-1996). Carta 69. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 1, pp. 315-317). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1897).
- Freud, S. (1900-1996). A Interpretação do Sonhos (II) e Sobre os Sonhos. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 5). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1900).
- Freud, S. (1905-1996). Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade Infantil. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 7, pp.119-230 ). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905).
- Freud, S. (1908-2015). O Escritor e a Fantasia. In: P. C. de Souza (Trad). *Obras Completas* (vol. 8, pp. 153-59). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1908).
- Freud, S. (1910-1996). As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 11, pp.143-156). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1910).
- Freud, S. (1911a-2015). Observações Psicanalíticas Sobre um Caso de Paranóia (Dementia Paranoides) Relatado em Autobiografia. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 10, pp. 9-80). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1911).
- Freud, S. (1911b-2015). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 10, pp. 81-91). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1911).

- Freud, S. (1912-1996). Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 12, pp.121-133). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912).
- Freud, S. (1914-2010). Introdução ao Narcisismo. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 12, pp. 9-37). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (1915a-2010). O Inconsciente. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 10, pp. 74-114). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (1915b-1996). Observações Sobre o Amor Transferencial. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 12, pp.175-190). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (1915c-2010). A Repressão. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 10, pp. 61-73). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (1917a-2010). Os caminhos da Formação dos Sintomas. In: S. Tellaroli (Trad.) *Obras Completas* (vol. 13, pp. 475-499). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1917).
- Freud, S. (1917b-2014). 26. A Teoria da Libido e o Narcisismo. In: S. Tellaroli (Trad.) *Obras Completas* (vol. 13, pp. 545-569). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1917).
- Freud, S. (1919a-1996). Deve-se Ensinar a Psicanálise na Universidade. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 14, pp. 284-287). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1919).
- Freud, S. (1919b-2010). O Inquietante. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 14, pp. 247-283). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1919).

- Freud, S. Além do princípio de prazer (1920). In: \_\_\_\_\_. *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos* (1920-1922). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 12-85. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, 18).
- Freud, S. (1923b-2010). A Organização Genital Infantil: um acréscimo à teoria da sexualidade. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 16, pp. 150-157). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1923).
- Freud, S. (1924a-2010). A Dissolução do Complexo de Édipo. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 16, pp. 182-192). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1924).
- Freud, S. (1924b-2010). Neurose e Psicose. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 16, pp. 158-164). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1924).
- Freud, S. (1924c-2010). A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 16, pp. 193-199). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1924).
- Freud, S. (1927-2014). O Fetichismo. In: P. C. de Souza (Trad.) *Obras Completas* (vol. 17, pp. 302-310). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1927).
- Freud, S. (1940b-1996). A Divisão do Ego no Processo de Defesa. In J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 23, pp.286-292). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1940).
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Goldberg, J. (1994). *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Goffman, E. (1961-2007). *Manicômios, Prisões e Conventos* (7a ed.). São Paulo: Editora Perspectiva.

- Klein, M. (1957-1991). *Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos 1946-1963*. (E. M. da R. Barros, Trad.) Rio de Janeiro: Imago.
- Kyriillos Neto, F. (2009, jul/dez). Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Aletheia*, 30, 39-49.
- Laplanche, J. (1992a). *Novos Fundamentos para a Psicanálise* (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (1992b). Le Traitement Psychanalytique Des États Psychotiques. In Laplanche, J. *La Révolution Copernicienne Inachevée*. Paris: Aubier.
- Laplanche, J. (1992c). Implantation, Intromission. In Laplanche, J. *La Révolution Copernicienne Inachevée*. Paris: Aubier.
- Laplanche, J. (1999). Tres destinos del mensaje enigmático. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*.
- Laplanche, J. (2001). Notas sobre el après-coup. In Laplanche, J. *Entre seducción e inspiración : el hombre*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. (2003). Três acepções da palavra “inconsciente” no quadro da Teoria da Sedução Generalizada. *Revista de Psicanálise*, 10(3), 403-418.
- Laplanche, J. e Pontalis, J.-B. (1988). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes. (Obra original publicada em 1967)
- Mannoni, M. (1981). *O Psiquiatra, Seu “Louco” e a Psicanálise* (2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Mannoni, M. (1995). *A Criança Retardada e a Mãe* (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

- Marini, S. (2010). *Reforma Psiquiátrica: elementos teóricos, políticos e sociais do movimento determinante para a construção da política de saúde mental brasileira*. (Monografia). Especialização em Saúde Mental e Intervenção Psicológica do Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Marini, S. (2012). *Saúde mental e cidadania: ações e desafios da política pública de saúde mental do município de Maringá – PR*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Martinez, V. C. V. (2003). *A Figura do Herói: entre a falta e o excesso por uma ruptura de campo em três tempos: a criança e o videogame, o herói mitológico e o homem psicanalítico*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Martinez, V. C. V. (2012, julho/setembro). Suzana e os Velhos: Sedução, Trauma e Sofrimento Psíquico. *Psicologia em Estudo*, 17(3), 475-485.
- Mello Neto, G. A. R. (1994). *O ardil da criança: o pensamento adulto sobre a criança, sob um enfoque psicanalítico*. Maringá, PR: EDUEM.
- Mello Neto, G. A. R. (2012a, julho/setembro). Editorial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(3), 359-361.
- Mello Neto, G. A. R. (2012b, julho/setembro). Psicanálise: a clínica e o Projeto Transferencial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(3), 499-505.
- Mello Neto, G. A. R. (2012). Psicanálise: a clínica e o projeto transferencial. *Revista Psicologia em Estudo*, (3) 17, (pp. 499-505).
- Ministro de Bolsonaro ataca CAPS e defende tratamento de dependentes em instituições religiosas. Esquerda Diário, 27 de nov. de 2018. Disponível em: [www.esquerdadiario.com.br/Ministro-de-Bolsonaro-ataca-CAPS-e-defende-tratamento-de-dependentes-em-instituicoes](http://www.esquerdadiario.com.br/Ministro-de-Bolsonaro-ataca-CAPS-e-defende-tratamento-de-dependentes-em-instituicoes)

[religiosas?fbclid=IwAR1DTIUsXCmxjWuUmNjtDJUHA\\_pwvIVSIB--PWe3KJKR171E1xDFkNb-gmk](https://www.facebook.com/IwAR1DTIUsXCmxjWuUmNjtDJUHA_pwvIVSIB--PWe3KJKR171E1xDFkNb-gmk). Acesso em: 15 de dezembro de 2018.

Penot, Bernard. (2005) Verbete rejeição. In Mijolla, A. (Org.). Dicionário Internacional da Psicanálise. Rio de Janeiro, Imago.

Pessotti, I. (1995). *A Loucura e as Épocas* (2a ed.). Rio de Janeiro: Ed. 34.

Ribeiro, A. M. (2005, jul/dez). O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões. *Psychê*, 9 (16), 165-182.

Silva, A. M. P. da (2000). *Serviço Municipal de Saúde Mental de Maringá: considerações e retrospectiva histórica*. (Trabalho de Conclusão de Curso, Especialização). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Silva, E. P. e. (2001, dezembro). Ética Loucura: um diálogo entre psicanálise e Michel Foucault. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(4).

Simanke, R. T. (2009). *A formação da teoria freudiana das psicoses*. São Paulo: Edições Loyola.

Tarelho, L. C. (2003). *Paranoia y teoría de la seducción generalizada*. Madrid: Editorial Síntesis.

Tausk, V. (1919-1990). Da Gênese do “Aparelho de Influenciar” no Curso da Esquizofrenia. In: J. Birman (Org.), *Tausk e o aparelho de influenciar na psicose* (pp. 37-77). São Paulo: Escuta.

Tenório, F. (2002, jan/abr). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*. 9 (1), 25-59.

Trinca, W. (2009) O sistema mental determinante da inveja. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43 (3), 51-58.

- Winnicott, D. (1952-1984). Psychosis and child care. *Collected papers: through paediatrics to psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Winnicott, D. (1994). Hate in the Counter-Transference. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. Estados Unidos, 3(4), 348-356.
- Yamamoto, O. H. (2003). Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In: BOCK, Ana Mercês Bahia (Org.). *Psicologia e o compromisso social*. (pp. 37-54). São Paulo: Cortez.
- Yasui, S. (2006) *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Zambelli, C. K., Tafuri, M. I., Viana, T. de C., & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psic. Clin.* Rio de Janeiro, 25(1), 179-195.
- Zusman, J. A. (1998). Centro de Atenção diária Luiz Cerqueira (IPUB): a formação de um modelo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, 47(3), 119-123.



**APÊNDICE A****QUESTÕES DA ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

**1. Iniciais:** \_\_\_\_\_ **Instituição:** \_\_\_\_\_

2. Qual a sua idade?

3. Qual a sua formação?

4. Qual é sua atividade profissional atual?

5. Há quanto tempo trabalha com essa atividade?

6. O que é um psicótico?

7. Você trabalha com psicóticos, o que é um psicótico na sua vida?

8. Fale de uma cena da sua experiência.

**APÊNDICE B**

<b>PESQUISA</b>	<b>POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DE MARINGÁ</b>
<b>ESTADO</b>	PARANÁ
<b>ENTREVISTAS</b>	USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

1. SEXO:
2. IDADE:
3. ESCOLARIDADE:
4. ESTÁ CURSANDO ESCOLA / FACULDADE?.
5. COR OU RAÇA:
6. ESTADO CIVIL:
7. QUAL É O SETOR QUE O SR(A) TRABALHA:
8. RENDA INDIVIDUAL MENSAL:
9. RENDA FAMILIAR MENSAL (EM SALÁRIO MÍNIMO):
10. HÁ QUANTO TEMPO É MORADOR DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ?
11. HÁ QUANTO TEMPO É USUÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL?
12. QUAL(IS) SERVIÇO(S) DE SAÚDE MENTAL UTILIZA ATUALMENTE?
13. DIAGNÓSTICO:
14. FAZ USO DE MEDICAMENTOS?
15. SE SIM, QUAL(IS)?
16. JÁ FOI INTERNADO EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS? QUAIS?
17. SE SIM, QUANTAS VEZES?
18. QUANTO TEMPO EM MÉDIA DURARAM ESSAS INTERNACÕES?

19. COMO VOCÊ AVALIA A ASSISTÊNCIA A SAÚDE OFERECIDA NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO?
20. POR QUÊ?
21. COMO VOCÊ AVALIA A ASSISTÊNCIA OFERECIDA NO(S) SERVIÇO(S) QUE VOCÊ FREQUENTA HOJE? POR QUÊ?
22. O SENHOR(A) TEM ALGUMA SUGESTÃO DE COMO O ATENDIMENTO NO(S) SERVIÇO(S) PODERIA SER MELHORADO?
23. QUAL A PRINCIPAL DIFERENÇA ENTRE A ASSISTÊNCIA DO(S) HOSPITAL(S) PSIQUIÁTRICO(S) E A ASSISTÊNCIA DO(S) SERVIÇO(S) DE SAÚDE MENTAL QUE O SENHOR(A) UTILIZA HOJE?
24. QUAIS ATIVIDADES O SENHOR(A) REALIZA NO(S) SERVIÇO(S) DE SAÚDE MENTAL?
25. COMO É A SUA RELAÇÃO COM A EQUIPE TÉCNICA DO(S) SERVIÇO(S)?
26. HOUVE MELHORA EM SUA VIDA DEPOIS QUE COMEÇOU A FREQUENTAR O(S) SERVIÇO(S) QUE UTILIZA HOJE?
27. SE SIM, QUAIS FORAM AS MELHORAS?
28. QUAIS ATIVIDADES REALIZA EM SEU TEMPO LIVRE?
29. QUAIS SÃO SEUS PLANOS PARA O FUTURO?
30. É USUÁRIO DE OUTRA POLÍTICA SOCIAL?
31. SE SIM, QUAL?
32. O QUE MUDOU EM SUA VIDA DEPOIS DO TRANSTORNO?
33. O SENHOR(A) SENTE-SE DISCRIMINADO POR APRESENTAR UM TRANSTORNO PSÍQUICO?
34. SE SIM, EM QUAIS SITUAÇÕES O SENHOR(A) PERCEBE ESSA DISCRIMINAÇÃO?
35. O QUE O(A) SENHOR(A) GOSTARIA QUE MUDASSE EM SUA VIDA HOJE?
36. SER CIDADÃO PARA O SENHOR(A) SIGNIFICA?