UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS.

Autor
REGINALDO RODRIGUES DIAS

Orientador
Prof. Dr. RICARDO LINCOLN LARANJEIRA BARROCAS

FORTALEZA
2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

"Lecturis salutem"

Ficha Catalográfica elaborada por
Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593
tregina@ufc.br
Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

D534m Dias, Reginaldo Rodrigues.
O manejo da transferência nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) [manuscrito] : considerações psicanlíticas / por Reginaldo Rodrigues Dias. – 2008.
88 f. ; 31 cm.
Cópia de computador (printout(s)).
Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal do Ceará,Centro de Humanidades,Programa de Pós-Graduação em Psicologia,Fortaleza(CE), 10/07/2008.
Orientação: Prof. Dr. Ricardo Lincoln Laranjeira Barrocas.
Inclui bibliografia.

1- TRANSFERÊNCIA(PSICOLOGIA). 2- CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. 3- PESSOAL DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL E PACIENTES – CEARÁ. 4- SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL – CEARÁ. 5- POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL – CEARÁ.I- Barrocas, Ricardo Lincoln Laranjeira,orientador. II- Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III-Título.

CDD(22ª ed.) 150.1952

51/08

REGINALDO RODRIGUES DIAS

O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS.

Dissertação apresentada à Coordenação do programa de mestrado em psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Ricardo L. L. Barrocas.

FORTALEZA
2008

REGINALDO RODRIGUES DIAS

O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS.

Dissertação apresentada à Coordenação do programa de mestrado em psicologia Universidade Federal do Ceará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

_____

Prof. Dr. Ricardo Lincoln Laranjeira Barrocas (Orientador)
Universidade Federal do Ceará

_____

Prof.ª Dr.ª Clara Virgínia Pinheiro Queiroz
Universidade de Fortaleza

_____

Prof.ª Dr.ª Vládia Jamile dos Santos Jucá
Universidade Salvador

_____

Prof.ª Dr.ª Laéria Bezerra Fontenele
Coordenadora do Curso de Mestrado em Psicologia da UFC

Aos meus pais, à minha tia com
quem divido o interesse pela
pesquisa no campo do psíquico.
Aos pacientes do CAPS.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Ricardo Lincoln pela interlocução, exigência teórica e lógica, paciência, confiança; e pela amizade;

especial agradecimento às professoras que compuseram a banca de qualificação Dr.ª Clara Virgínia Pinheiro Queiroz e Dr.ª Vládia Jamile dos Santos Jucá, pelos valiosos comentários e pronta solicitude;

ao amigo Clodomiro Gomes, coordenador da Clínica de Psicologia da UFC, pela sugestão do tema deste trabalho;

à amiga Josiane Ribeiro de Castro, pelo apoio e força nos momentos difíceis da execução desta pesquisa;

à minha irmã Iracy Glória , pela dedicação na última etapa de normatização deste registro de pesquisa;

à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pela bolsa de estudos que me foi concedida no decorrer de 18 meses;

aos colegas do Mestrado Filipe, Maíza, Socorro, Raquel Libório, Kilvia e Iratan pela oportunidade de trilhar juntos este caminho do Mestrado;

aos professores do Mestrado da área de Psicanálise e Psicopatologia como das outras linhas de pesquisa, pelas contribuições proporcionadas. Agradeço especialmente ao Prof. Dr. Antônio Caubi Ribeiro Tupinambá e Prof.ª Dr.ª Veriana Fátima Colaço.

às professoras doutoras Fátima Severiano, Zulmira Bonfim e Laéria Fontenele;

aos meus colegas do Círculo de Pesquisas sobre Lógica e Epistemologia das Psicologias (CPLEP): além de Filipe de Menezes Jesuíno, já citado, J. Wilson Vasconcelos Jr, Nistai Almeida do Nascimento, Walter Barbosa Lacerda Filho e Hamilton Teixeira dos Santos Jr. com os quais aprofundo meu interesse pelas ciências;

Ao amigo Alexandre Flemming Câmara Vale, pelo suporte afetivo diante dos processos vivenciados desde as etapas que precederam até as que concretizaram esta pesquisa;

aos membros da equipe do CAPS de Capistrano-CE, em especial ao psiquiatra Carlos Mansueto, pela amizade e interlocução científica e à terapeuta ocupacional Emília Lima, pela troca de experiências e informações;

à minha família, principalmente meus pais Chagas e Norma, pelo incentivo, a admiração e os horizontes reconhecidos diante de minhas escolhas: esta empreitada, por exemplo.

"Dá-me a tua mão
desconhecida que a
vida está me doendo e
eu não sei como falar
- a realidade é
delicada demais, só a
realidade é delicada,
minha irrealidade e
minha imaginação são
mais pesadas".

CLARICE LISPECTOR

O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo investigar as particularidades do manejo da transferência nos centros de atenção psicossocial (CAPS). Estes podem ser mais bem compreendidos com base na política de saúde resultante da crítica ao modelo institucional e asilar de atendimento e ao saber psiquiátrico. Trata-se, pois, de um serviço que propõe uma forma específica de clínica. A dinâmica de atendimento multidisciplinar do modelo CAPS constitui, assim, objeto privilegiado de reflexão sobre as transformações da saúde mental na atualidade. Nesse contexto, a transferência, tal como acontece na clínica privada, desempenha lugar central. Considerando-se a reflexão de Freud sobre a prevalência da forma negativa da transferência nas instituições, pergunta-se pelas conseqüências deste fato em relação ao CAPS. Concluiu-se que as perspectivas do manejo clínico implicam, não apenas, os atendimentos individuais, mas também o reconhecimento da transferência perante as atividades realizadas em equipe. Desta forma, evita-se que a transferência seja confundida com outro tipo de vínculo que leve a uma dependência em relação à instituição. O trabalho aponta, entre outras coisas, para a necessidade da ética psicanalítica como aquela dimensão que possibilita um manejo eficaz da transferência, freqüentemente imersa nos dispositivos do CAPS.

Palavras-chave: Saúde Mental, CAPS, Psicanálise, Transferência, Equipe Multidisciplinar.

THE HANDLING OF TRANSFERENCE AT THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS (CAPS): SOME PSYCHOANALYTICAL CONSIDERATIONS.

ABSTRACT

This work aims to investigate the handling of transference at the psychosocial care centers (CAPS). The references on the health politics that guides this model of attendance show that the psychiatric reform is one of the main sources to understand the CAPS. This service sets a specific form of clinic historically originated from the criticism of the asylum model, and the knowledge of psychiatry. The dynamics of multidisciplinary attendance of CAPS model constitute a privileged subject of reflexion on the changes in mental health nowadays. In the context of this institutional model, the handling of the transference assumes a central role, as it does in private clinics. This should look at the fact indicated by Freud: the lack of recognition of the transference and its prevalence in a negative way in institutions. Considering this, one asks here on the consequences of such prevalence at the CAPS. One had also concluded that the perspectives of the transferencial handling in the CAPS imply, ahead of this, not only the individual care, but also the recognition of the transference before collective activities realised normally in the work team. More than a technique would be the psychoanalytical ethics that it would make possible the handling of the transference that appears immersed in the devices of the CAPS.

Keywords: Mental health, CAPS, Psychoanalysis,Ttransference,Multidisciplinary Work team.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12

2. A CLÍNICA DOS CAPS 16

2.1 Reforma psiquiátrica: a origem do CAPS..... 16
2.2 Nascimento e morte da clínica no campo da saúde mental 24
2.3 A equipe do CAPS..... 26
2.4 Clínica e diagnóstico nos CAPS..... 30
2.5 A produção do conhecimento no diagnóstico da Psiquiatria e na Psicanálise..... 34

3. CLÍNICA E TRANSFERÊNCIA NA OBRA FREUDIANA..... 40

3.1 Da sugestão à transferência..... 40
3.2 Freud perante a transferência 43
3.3 O surgimento de uma conceituação da transferência 45
3.4 Interpretação dos sonhos: a transferência como fenômeno e mecanismo 48
3.5 O que Freud disse aos médicos dos EEUU sobre a transferência. 51
3.6 A química das pulsões e a do cérebro..... 52
3.7 Da obsessão ao T.O.C. : exemplo dos esvaziamentos da transferência 55
3.8 Transferência na psicose..... 58
3.9 A virada do século e o problema do reconhecimento da transferência 59
3.10 Freud, a técnica e as instituições 61
2.11 Da técnica à metapsicologia..... 67
3.12 Psicanálise no CAPS: Psicologia das massas?..... 68

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: PERSPECTIVAS DO MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NOS CAPS..... 71

4.1 A instituição da Psicanálise no CAPS 71
3.2 O manejo da transferência por meio da equipe..... 74
4.3 Do diagnóstico à psicopatologia: criando a interlocução no CAPS..... 76
4.4 O reconhecimento da transferência 83
4.5 Da política à vocação do CAPS 84

REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 87

1. INTRODUÇÃO

Discutiremos sobre o manejo da transferência nos centros de atenção psicossocial (CAPS), considerando nossa experiência como psicólogo em duas unidades do interior do Estado do Ceará. Por transferência, entendemos o que Freud concebeu como a atualização das imagos parentais. Segundo Freud, se a 'imago paterna', "para utilizar o termo adequado introduzido por Jung", pode constituir fator decisivo na análise, seus resultados concordarão com as relações reais do indivíduo com seu terapeuta. Ressaltamos, contudo, que "a transferência não se acha presa a este protótipo específico: pode surgir também semelhante à imago materna ou à imago fraterna". (FREUD, 1980a, p.135). Isso pode ser reconhecido na situação analítica como fora desta, mediante as formações do inconsciente que expressem por sua vez, as relações de objeto constituídas na infância. De fato, "cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica". [1]

Considerada justamente como o fenômeno com suporte no qual uma análise é possível, o manejo técnico da transferência só é viável quando dirigida ao analista. Ocupar o lugar transferencial em que o sujeito nos põe, ao pressupor que saibamos ou possamos resolver o que o aflige, não significa responder a esta demanda inconsciente. Segundo Freud "é impossível ceder às exigências do paciente, decorrentes da transferência; seria absurdo se as rejeitássemos de modo indelicado e, o que seria pior, (ficássemos) indignados com ela." (1980b, p.517). Nas "observações sobre o amor de transferência", Freud discute as dificuldades perante a tarefa de interpretar as associações do paciente e lidar com a reprodução do reprimido. Estas não se comparam, porém, com as do manejo da transferência. Deve-se tratar o amor transferencial com firmeza e como algo irreal, situação a se atravessar no tratamento, capaz de trazer para a consciência do paciente os conteúdos ocultos de sua vida que se relacionam ao analista (1980q. P.216). Como se trata de intervir clinicamente, visamos a compreender de que maneira o manejo transferencial pode ocorrer no CAPS[2].

---

[1] Ibid. p: 133.

[2] "Esta luta entre o médico e o paciente, entre intelecto e a vida instintual, entre a compreensão e a procura da ação é travada, quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência." (FREUD, 1980a, p.143).

Não pretendemos abarcar a realidade dos CAPS do Ceará, mas com arrimo Freud, fazer algumas reflexões sobre a possibilidade da transferência em instituições de saúde. Tal implicará o modelo atual de atendimento público em saúde mental. Delinearemos nosso campo não apenas como "território" onde a transferência ocorre, mas também como modelo de atendimento que pretende oferecer uma "atenção psicossocial": aquela de uma equipe multidisciplinar. Nas unidades do CAPS onde trabalhamos, a equipe de profissionais com formação superior era constituída por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. Havia também os funcionários de nível médio: os atendentes, os porteiros, as cozinheiras, os auxiliares de Enfermagem etc.

O modelo de atendimento no CAPS, que é aquele de único sujeito atendido, ao mesmo tempo por vários profissionais implica o problema central de que tratamos. Isto se reflete nas reuniões de estudos de casos realizados pela equipe. Por exemplo, os encaminhamentos feitos necessitavam da compreensão muitas vezes unificadora da demanda de cada paciente. Fica evidente que é impossível, diante desta pluralidade metodológica, alcançar tal objetivo.

Nossa hipótese é a de que as forças que constituem a transferência dependem do vínculo entre as imagos e os investimentos libidinais nos objetos atuais. Por sua vez, esta atualização remete ao mesmo mecanismo que Freud descreveu na "Interpretação dos sonhos", ao explicar o aumento de valor que materiais recentes e impressões indiferentes ganham na formação de um sonho. Isto explica aquilo que oferece ao inconsciente "o ponto de ligação necessário para uma transferência" (1980c, p.514). Apesar de observado muitas vezes no espaço dos CAPS, tal não se restringe ao papel do psicanalista, quer dizer, à clínica privada. Como tal, implica os outros profissionais e a própria instituição, surgindo para nós a necessidade de considerar também o que é transferido quanto a esses outros âmbitos.

Malgrado os CAPS serem destinados ao tratamento de transtornos graves, grande quantidade de casos de neurose chega aos seus serviços. São estes últimos os que privilegiamos aqui. Nossa escolha se justifica teoricamente pelo fato de que é a clínica da neurose que fundamenta as elaborações freudianas sobre a transferência. A obra de Freud foi considerada com dois objetivos: evidenciar o aludido fenômeno como

centro da clínica e compreender que posição tomar quanto às instituições de saúde mental. Estas últimas poderiam também ser chamadas de instituições "psiquiátricas", porque, mesmo na aparência "multidisciplinar" que configura o modelo do CAPS, o saber médico é, como veremos, aquele que muitas vezes determina uma lógica que perpassa o serviço.

A discussão da transferência a que ora nos propomos abrangerá três épocas da elaboração freudiana que mostram diferentes aspectos com relação às instituições. Pretendemos demonstrar que a evolução do aludido conceito, como a extensão de seu fenômeno, não se restringem à clínica privada[3]. Ademais, as primeiras elaborações teóricas de Freud advêm do campo institucional. As épocas a que nos referimos há pouco são as que estão na seqüência.

1º - Os textos anteriores aos artigos técnicos de 1912 que compreendem o surgimento do conceito de transferência. Esse momento mostra as elaborações da época em que Freud utilizava a sugestão hipnótica como técnica, sobretudo no hospital geral de Viena.

2º - Os textos de após 1912 incluem os artigos sobre a técnica psicanalítica e a metapsicologia: a articulação do fenômeno mediante os pontos de vista tópico, econômico e dinâmico. Trata-se do período propriamente psicanalítico, em que a associação livre foi a técnica adotada. Freud evidencia e consolida o campo da clínica psicanalítica e fornece as principais indicações sobre transferência e instituições.

3º - Os textos de após 1920, até o fim da obra, versam sobre várias discussões sobre a cultura. Este é o período em que Freud abordou a importância da extensão das elaborações e conceitos psicanalíticos não restritos à clínica. Ele evidencia assim um monismo que recusa a querela entre o individual e o social. São estas as referências que possibilitam refletir sobre o CAPS como um fenômeno social e individual, ao mesmo tempo.

---

[3] Existe a perspectiva entre alguns psicanalistas que considera a idéia de uma "clínica tornada pública", onde a ação clínica se mantém pela dimensão da ética. Então é preciso diferenciar clínica privada de clínica pública ou mesmo clínica social, como se costumou chamar a inserção da Psicanálise na Clínica-Escola da UFC.

Freud atentou reiteradas vezes para o problema do não-reconhecimento dos fenômenos transferenciais "nas instituições para doentes de nervos". Ele lembrava que estes fenômenos também se apresentam em outras situações, apesar de ter que identificá-los como tal. De fato, para ele, "a manifestação de uma transferência negativa é, na realidade, acontecimento muito comum nas instituições". (1980a, p141).

O tratamento dos fenômenos transferenciais no CAPS, como em outras situações clínicas, só é possível quando se percebe essas peculiaridades que Freud discutiu. Não consideramos mero acaso que seus "Artigos sobre a técnica" que datam de 1912-1915, concentrem as principais considerações sobre a instituição psiquiátrica. Queremos mostrar que aPpsicanálise pode ser uma estratégia dentre outras no CAPS, e também desfazer a impressão de sua inadequação para tal serviço. Aliás, consideramos que os objetivos dos CAPS, se analisados mais profundamente, podem se aproximar daqueles da Psicanálise.

Considerações adicionais

Caracterizaremos o CAPS fazendo referências a situações de nossos atendimentos e a dados coletados posteriormente. Estes últimos se referem tanto às atas de reunião de equipe, como aos dados quantitativos julgados importantes. Consideraremos ainda alguns documentos descritivos das políticas de saúde que originaram o CAPS. Retiramos daí tanto algumas concepções que embasam noções como sintoma e psicoterapia, quanto o que avaliamos como verdadeiras oportunidades de manejo da transferência. Além da pesquisa bibliográfica referente à articulação da técnica psicanalítica com o contexto institucional psiquiátrico, nossas leituras incluem alguns casos clínicos atendidos por Freud.

2. A CLÍNICA DOS CAPS

2.1 Reforma psiquiátrica: a origem do CAPS

Discorreremos aqui sobre o contexto das discussões advindas da reforma psiquiátrica, cujo processo influenciou largamente o modelo de saúde mental no Brasil. Tal movimento propunha como objetivo inicial a "desospitalização" e a busca por um trabalho conjunto entre os diversos saberes sobre a loucura. Como se concebia que a sociedade era o berço de suas próprias patologias, os muros do manicômio não eram mais necessários. Tal reforma culminou com a aprovação de uma lei antimanicomial, no ano de 2001.

A reforma psiquiátrica todavia, como mostra Tenório (2002), não é um processo datado de recentemente. Remonta ao mito de fundação da Psiquiatria, ou seja, à lendária atitude atribuída a Pinel, de desacorrentar os loucos do hospital Bicêtre. Na própria virada do século XX, a idéia das "colônias agrícolas" com fins terapêuticos teria uma pretensão de crítica ao modelo asilar. Atualmente podemos considerar a expressão "reforma psiquiátrica" como incidindo não apenas sobre este último o modelo. Ela concerne também ao próprio saber psiquiátrico, isto é, dirige uma crítica quanto às suas ações de controle e normatividade e reivindica o direito à cidadania que era interditado ao louco. Norteada por tais diretivas, a reforma se organiza constituindo um campo de múltiplos saberes que se unem. Este terreno heterogêneo expressa, portanto, outras críticas aos valores fundantes da Psiquiatria clássica. Como a clínica nesta perspectiva enfatizaria a loucura como o fator de ruptura com a razão, como o que inviabilizaria a inserção do indivíduo na vida cotidiana, alguns autores chegaram a pensar em superá-la.

A reforma psiquiátrica no Brasil data da segunda metade da década de 1970, período de redemocratização política. O que se tinha como referência até então, era a Psiquiatria comunitária e preventiva, cuja idéia era a de não se privilegiar os fatores que levam à doença, mas enfatizar aqueles que promovem a "saúde" mental. O psiquiatra preventivo, desta forma, deveria ser capaz de manipular as variáveis de saúde e doença da comunidade, a fim de evitar as circunstâncias de onde surgiriam as patologias. Ele

visava a prevenir as internações, tentando detectar os primeiros sinais de patologia na comunidade para reorganizá-la. A idéia de prevenção levada para o plano da Psicanálise não se coaduna com esta "psiquiatrização do social". Esta última revela uma tendência em que o terapeuta não mais se preocupa em curar o doente. Pelo contrário, ele tenta garantir uma boa adaptação do sujeito no interior das relações do grupo social.

A noção de "saúde mental", formulada para ser o novo objeto da Psiquiatria, revela seu caráter normatizador, já que aos psiquiatras comunitários caberia a introdução de certas regras para manipular a dinâmica da comunidade. Tratava-se, aí, de intervenção *in loco*. O caráter adaptativo da Psiquiatria comunitária pretendia retirar da comunidade, campo externo ao sujeito, os dispositivos para tal adaptação. Desta forma, a crítica dirigida ao asilo como lugar de doença e a comunidade concebida como lugar de saúde promoveriam a dicção "saúde mental" como um dos preferidos da reforma psiquiátrica. A aludida expressão também se refere aos vários saberes sobre a loucura que não se restringem mais à Medicina nem às psicologias tradicionais. A visão atual da reforma, no entanto, não mais busca normalizar o social. Ela considera a comunidade: a rede social, como recurso terapêutico e instrumento de aceitação da diferença. Neste sentido, o termo comunidade passa a significar território e prevenção, atenção psicossocial.

O serviço das comunidades terapêuticas anteriores à reforma propriamente dita, tinham em comum a crítica ao modelo asilar. A Psicanálise contribuiu, nesta época, para que se interpretasse não somente o material proveniente dos pacientes, mas também o que se podia ler nos discursos dos profissionais da instituição. Outra contribuição da Psicanálise foi o fomento da discussão do tema da cidadania quando sequer se dava valor ao vocábulo. Embora o objetivo das comunidades terapêuticas fosse mostrar a pequena distância entre doença e saúde mental, essa iniciativa foi incorporada ao *marketing* das instituições privadas, que queriam remodelar sua aparência sem, no entanto, realizar uma transformação de fato.

Na transição para a reforma psiquiátrica ocorrida no final da década de 1970, a discussão sobre o regime político levou a críticas ao sistema de saúde. Denunciaram-se, desta forma, fraudes no financiamento dos serviços e os maus-tratos de que os pacientes de grandes hospitais do Brasil eram vítimas. A ênfase da aludida reforma

dava-se não quanto ao saber psiquiátrico, mas sobre a condição desumana como eram tratados os pacientes no sistema asilar. Criou-se, então, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), cujas reivindicações fizeram incrementar o modo antimanicomial da reforma psiquiátrica.

Esta última fazia parte de um movimento mais amplo chamado de reforma sanitária. Tal movimento pressupunha uma transformação no sistema nacional de saúde com ênfase na gestão dos serviços. Se a maioria das internações do País ocorria na rede privada, financiada pelo mesmo dispositivo que a rede pública, a reforma não conseguiu, mesmo com o SUS, modificar as formas de pagamento dos serviços em saúde mental. Instituições privadas operam, ainda hoje, na lógica do lucro obtido com as internações, tantas vezes desnecessárias, e definidas por critério do médico da instituição e da família. Ainda hoje o pagamento dos CAPS se faz por produção de serviços, o que causa conseqüências lesivas à dinâmica do atendimento.

A década de 1980 foi fundamental, na medida em que se pretendeu transformar também a legislação, propondo assim uma política de saúde mental. Desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, se fez uma crítica ao poder psiquiátrico dentro do que se chamou de desinstitucionalização, distinguida assim do sanitarismo. A chamada luta antimanicomial promoveu novas formas de relação profissional-cliente em que a própria família e a comunidade eram vistas como impulsionadores de ações em saúde. Passou-se a empregar o termo “usuário” e não mais “paciente” em referência a essa forma ativa e ampla de fazer parte do movimento pela saúde mental. Desta forma, a clínica psiquiátrica passou a ser discutida nas suas bases, a fim de considerar diversos e novos dispositivos, que permitiam trabalhar de maneira aberta, e em conjunto com os outros saberes sobre a loucura.

Ao mesmo tempo em que a discussão sobre a reforma psiquiátrica se ampliava, novas iniciativas tentavam praticar seus resultados. Isso se ilustra no caso do Município de Santos que, após denúncias comprovadas de maus-tratos e até mortes na Casa de Saúde Anchieta, criou seu programa de saúde mental. Em 1989, com a gestão do PT, o Município de Santos substituiu o manicômio referido, que recebia a maior parte das internações psiquiátricas da região, pela rede de serviços não asilares. No ano de 1989, foram então criados os NAPS em Santos. Os núcleos de atenção psicossocial

pretendiam oferecer diversos serviços, incluindo internações, plantão 24 horas e disposição de seis leitos por unidade. O Programa de saúde mental do referido Município, no entanto, foi objeto de mudanças com as eleições de 1996. Aquelas levaram a várias retaliações a grupos e lideranças, embora nenhum dos cinco NAPS tenha sido fechado.

Outro serviço que forma o novo paradigma dos cuidados em saúde mental é justamente o CAPS. Em São Paulo, desde 1987, uma unidade do serviço funcionava dentro de uma dinâmica diferente dos NAPS. Além de não fazer parte de um programa municipal, mas de uma unidade específica da rede pública de saúde, o CAPS surgiu de uma discussão sobre a própria clínica. O questionamento dos pressupostos do saber psiquiátrico decorreu de um campo externo a este. De fato, não se dispensou a tradição psiquiátrica. Seu corpo teórico e prático foi submetido a uma nova concepção do que seriam a doença mental e as formas de tratá-la.

O CAPS é um serviço que funciona durante o dia. A inserção do sujeito aí ocorre por meio dos diferentes tipos de cuidado oferecidos. O paciente que requer tratamento intensivo é aquele com grave comprometimento psíquico. Este deve ir todos os dias ao serviço. Faz suas refeições, participa das atividades terapêuticas e só volta para casa no fim do dia. Já o paciente semi-intensivo freqüenta o serviço em média duas vezes na semana, para participar de mais de uma modalidade de atendimento, como a farmacológica, a psicoterápica, a terapia ocupacional etc. O paciente que recebe o cuidado não intensivo tem suas visitas à unidade reduzidas a uma vez por mês, em média. Trata-se do tempo em que este recebe os cuidados de manutenção: o fornecimento de remédios ou mesmo os atendimentos que preparam o processo de alta. Muitas vezes tal paciente passa a ser acompanhado diretamente pela atenção primária oferecida nos postos municipais de saúde da família. A produtividade dos respectivos tipos de cuidados discriminados há póuco deve ser comprovada trimestralmente para garantir o financiamento dos CAPS.

Os CAPS fundamentam-se na idéia de oferecer algo a mais que o atendimento ambulatorial ou hospitalar. Na qualidade de modelos, não são descritos nem como serviços hospitalares nem ambulatoriais, mas algo intermediário. A equipe multiprofissional deve ser capaz de proporcionar diferentes possibilidades de expressão

do sofrimento do sujeito. Enfatizam-se os vínculos sociais e a chance de superar dificuldades de forma singular, recuperando relações de origem familiar e comunitária.

Na década de 1990 o processo de reforma psiquiátrica teve alcance significativo ao marcar o encontro da Psiquiatria com outros campos além da Biologia. A doença mental não seria mais vista como um sintoma, ou um foco patológico a ser eliminado, mas como tudo o que diga respeito à existência do sujeito. O tratamento é deslocado da figura da doença para a pessoa doente. Sem dispensar a clínica, a Psiquiatria se abriu para outros saberes que formaram o que se costumou chamar de "clínica ampliada".

Os CAPS e NAPS foram regulamentados no início dos anos 1990, quando passaram para o plano nacional do Ministério da Saúde. Observando documentos que oficializam estes serviços, transpondo a simples nomenclatura, encontramos concepções do que se quer implementar. A Portaria 224 do Ministério da Saúde, em 1992, procurou definir os CAPS e NAPS como estruturas que se diferenciem do ambulatório e dos hospitais-dia, com respaldo em uma recusa ao modelo biomédico que supervaloriza o sintoma. Serviços como os hospitais-dia, porém, são objeto desde a partir da reforma psiquiátrica, de transformações que passaram a fazê-los funcionar dentro dessa perspectiva do cuidado ampliado. Mesmo que possamos encontrar algumas unidades de hospitais-dia trabalhando de forma asilar, tais serviços entram, juntamente com os CAPS nas estatísticas de substituição do modelo manicomial.

O que distingue, porém, os dois serviços_ CAPS e NAPS_segundo a portaria do Ministério da Saúde? A diferença não está presente em tais documentos. Ela é constituída na prática, baseada em uma história. Os NAPS surgiram da experiência do Município de Santos, que constituiu uma unidade de saúde mental para abarcar a demanda regional. Sem limites quantitativos em relação ao atendimento, estes visavam a incentivar o intercâmbio com outros dispositivos de saúde. Além disso, se dedicavam também a situações de emergência para as quais destinavam alguns leitos. Os CAPS, por sua vez, se constituíram como unidades de saúde locais, destinadas a uma clientela mapeada territorialmente, e não tinham a obrigação de dar conta das emergências e da totalidade das demandas em saúde mental. Eles não contam, tampouco, com leitos de internação. Funcionam apenas durante o dia, nos dias úteis, implicando, assim, para

com o modelo de semi-internação, diferenças significativas que podem ser percebidas pelas pessoas da comunidade. Um dos principais impactos territoriais diz respeito ao objetivo de reduzir as internações, diferenciando-se do modelo ambulatorial. De fato, na perspectiva da reforma, este último não barraria a internação[4].

A equipe de um CAPS situado, por exemplo, a poucos quilômetros de um hospital psiquiátrico tenderá a conduzir o problema das internações de uma forma diferente daquela do interior do Estado. Quando o CAPS se situa em municípios cujo serviço de saúde não comporta atendimento psiquiátrico, nem possui leitos de internação, ele se torna radicalmente responsável pelo encaminhamento de tais demandas. Em algumas unidades em que trabalhamos, todavia, constatamos que esta tarefa era realizada por certas famílias. De fato, muitas delas conseguiam levar seus doentes para um hospital psiquiátrico da capital. Tal ocorria, apesar das dificuldades financeiras e de transporte. Ante esta cultura da internação, a política do CAPS propõe uma redução.

A avaliação de Pitta (1996) sobre o CAPS de Quixadá, Estado do Ceará, mostrou que as internações ocorriam em torno de duas por mês. Com a implementação do serviço, estas foram reduzidas a uma a cada oito meses, mostrando a eficácia quanto a tal objetivo. Além disso, citamos o incentivo do Governo para que haja leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, gerando uma tendência à diminuição do período de permanência, e a romper com a idéia de que pacientes psiquiátricos devem ser mantidos em manicômios. Tivemos a oportunidade de participar, na prática, destas reduções nas internações e também das mudanças quanto à forma de conviver com a loucura.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental teve como resultado o incremento da importância da comunidade para o trabalho dos CAPS. O evento contou com 20% de participação entre representantes de usuários e familiares. O relatório que se originou desta tornou-se o documento oficial de onde se retirariam as diretrizes para a reestruturação da saúde mental do País. Dois conceitos básicos demarcaram então esse movimento: a atenção integral e a cidadania.

---

[4] Desenvolveremos alhures a questão dos diferentes trânsitos da transferência: o hospital, o ambulatório e os CAPS.

A crescente inclusão da Rede Nacional de Afro-Religiosidade e de Saúde nas políticas de saúde da população negra e do povo de terreiros ilustra a integralidade de que se referiu há pouco. È o que se pode observar desde o segundo semestre do ano de 2005. A gestão do Município de Fortaleza mobilizou articulações que o adicionaram à rede nacional de terreiros. Com isto, os "terreiros" de culto afro-religiosos da cidade foram primeiramente mapeados e territorializados. Tais espaços se tornaram parceiros do Sistema Único de Saúde, o SUS, por serem considerados locais onde se exercem práticas de cura, e por destacarem a dimensão religiosa da subjetividade. Desta forma, os terreiros passam a fazer parte da rede de atenção em saúde, que, na noção de integralidade, não se restringe mais a uma instituição específica, mas a uma teia de serviços que se entrecruzam e que passam assim a ofertar os mais diferentes trabalhos.

A noção de integralidade implicou, portanto, a ativação de vários dispositivos da cultura, a favor da saúde mental. O cuidado integral em saúde remete a essa rede de serviços e a um leque variado de cuidados que refletem dimensões do sujeito ausentes da Psiquiatria clássica. Reconhecida como um desses dispositivos, o próprio da clínica não seria seu caráter individual ou privado, mas a visão de sujeito, que abrange muito mais do que o termo cidadão. Se a integralidade delineou a forma de atender a demanda pela cidadania prometida, tais atendimentos deveriam considerar também o desejo singular. A integralidade visada, em última instância, é a que une objetividade e subjetividade.

O raio de ação do CAPS se estende desde a unidade, até as escolas, associações comunitárias, postos de saúde, hospitais, centros religiosos, ou seja, até o território que abrange a rede de saúde integral. A criação de um sistema regionalizado dos CAPS de cada município é incentivada nacionalmente. No contexto de estado, essa organização ainda acontece por microrregiões que incluem determinados municípios adjacentes. A perspectiva sanitarista que valorizava a macroadministração como disseminadora de novas práticas passaria a dar lugar à municipalização, que possibilita assim maior efeito sobre as representações sociais da loucura bem como das ações. A integralidade vem acompanhada da noção de territorialidade como estratégia de ação. Os municípios teriam maior autonomia na aplicação dos recursos, limitando por exemplo, internações indesejadas, e também, implementando os serviços da rede de assistência.

A cidadania, também destacada da conferência citada há instantes, é o elemento a ser restituído aos pacientes. Com isso os direitos civis dos usuários passam a ser valorizados, levando a reestruturar a legislação.Tais direitos foram oficialmente garantidos pela Lei de Saúde Mental, de 2001. Mesmo antes da aprovação desta lei, portarias como as que deram origem aos CAPS e NAPS já regulavam a saúde mental do País em seu conjunto. Além disso, alguns estados já possuíam leis que previam a substituição dos hospitais pelos novos modelos de assistência criados.

A instituição dos serviços de residências terapêuticas, destinadas a pacientes sem vínculo familiar e muitas vezes vindos de longas internações, oferece uma estrutura de residência que permite um acompanhamento psicossocial. As portarias que deram origem a este serviço prevêem que, para cada ingresso numa residência terapêutica, se dê o fechamento de um leito psiquiátrico, mostrando uma lógica não apenas de desospitalização, mas de substituição de modelos assistenciais. O CAPS torna-se um serviço que dá importância ao âmbito do convívio social, suplantando assim o modelo hospitalocêntrico, tanto pela liberdade dos pacientes de ir e vir, como de recusar o tratamento, o que não significa deixá-los sem um encaminhamento possível.

A Lei número 10.216 tramitou 12 anos no congresso e foi objeto de várias mudanças que afetaram a radicalidade do texto original. Mesmo assim, ela marca progressivamente uma importante vitória do movimento pela mudança da saúde mental do País. As garantias prometidas por tal lei se tornaram desafios cotidianos para os integrantes dos serviços que atendem na atenção psicossocial, pois a relação entre seus objetivos e ações pode levar a caminhos nem sempre muito claros. O impacto deste modelo perante a Psiquiatria e as formas de vínculo social preexistentes requer que se pense numa nova maneira de cuidado, considerando o contexto no qual o paciente está inserido, e não no isolamento institucional. Isso deveria proporcionar outra perspectiva e atitude da sociedade com relação à loucura. Dessa forma, no plano técnico, que para nós é importante, em virtude das questões da transferência, temos um novo conceito de tratamento. E, no plano social, temos um redimensionamento do lugar da loucura. Diante disso, torna-se ainda mais complexa a relação da saúde mental com a.Psicanálise e a clínica.

2.2 Nascimento e morte da clínica no campo da saúde mental

A transformação histórica da noção de sofrimento em adoecimento, com cujas conseqüências nos deparamos hoje, leva a refletir sobre a formulação do conceito de "transtorno mental". O fato patológico, surgido com a Medicina científica, precisou abstrair o sujeito das descrições nosográficas. Para ilustrar, lembramos a prescrição farmacológica, em suas altas proporções nos CAPS, decorrentes dos avanços nos estudos neuroquímicos. Tal atividade opera exclusivamente na busca de sintomas e suas correspondências "objetivas". O olhar clínico deslocou, dessa forma, a questão da loucura da esfera do sofrimento moral, como se entendia desde a Antigüidade pelos gregos e árabes, para o lugar corporal. A doença passa a ter então seu destino ligado ao hospital e, a desde então a clínica se liga ao saber médico. A clínica, como nos mostra Foucault (1998), não esteve sempre atrelada à Medicina. Além disso, aquela busca atualmente a superação de certas dicotomias, como mente-corpo, orgânico-psíquico, coletivo-particular etc.

A saúde mental persegue então os dois objetivos básicos: a inclusão social do usuário e a desmontagem da lógica manicomial. Tais objetivos buscam reverter o estado de alienação do paciente que faz dele objeto de um saber hegemônico destinado a ditar regras de normatização. Como mostra Pitta (1996), a reabilitação psicossocial, eixo central da clínica presente no CAPS, se destina a responder de uma só vez pela inclusão social e pela reorganização psíquica. Este modelo resulta da crítica que a reforma psiquiátrica tomou dos diferentes movimentos que tentaram modificar as práticas psiquiátricas. Se, por um lado, tais críticas buscaram uma forma de enxergar a loucura por ângulos menos preconceituosos e alienantes, de outra parte elas ainda deixam a desejar, principalmente quanto ao caráter clínico do tratamento oferecido.

Sabemos que a novidade nesta proposta de reabilitação psicossocial é a inclusão do campo do social, ausente do sistema asilar, e que remete à restituição da cidadania do louco. Apesar de esta ser o principal objetivo da reforma na saúde mental, tal pode levar ao agrupamento de ações que impõem ao sujeito um certo modelo de vida, que induz a melhor resposta, que seria sua adesão. Observamos assim uma politização presente na ação reabilitadora, que leva a situações de tensão entre o

singular e o coletivo ou entre clínica e política. A oposição do público com relação ao privado põe o sujeito na constante referência a uma coletividade. Dicções como "clínica ampliada, ou do cotidiano" são elaboradas pela reforma psiquiátrica para tentar articular tais dualidades em tensão, e assim ressignificar a idéia de "clínica".

Diante de um caso grave, no entanto, demanda a cargo dos CAPS, a garantia aos direitos não é suficiente, sendo neste ponto que a ação clínica incide. A Psicanálise é a fonte nem sempre reconhecida de categorias utilizadas pela reforma, que influenciaram na constituição do modelo de saúde mental. Rinaldi (2000) nos mostra, no caso do município do Rio de Janeiro, que os profissionais do CAPS se utilizam amplamente de categorias como *escuta, sujeito e clínica*, sem muita clareza do contexto teórico e prático que as embasa. O termo *escuta* se dissipa na noção de *cuidado*, que engloba várias práticas, sendo utilizado indiscriminadamente. Já a idéia de *cidadania* ofusca a categoria de *sujeito*. A adjetivação que também acompanha a categoria clínica (ampliada, do cotidiano) mostra essa indefinição, índice de a transformação e elaboração de um campo. Apesar de a reforma psiquiátrica ter possibilitado a abertura do modelo hospitalar, permitindo a inclusão de práticas contra a segregação, parece ter sido criada mais uma forma de ignorância, que se reduz à adaptação social nos chamados "manicômios sem muros".

Para ilustrar esse fato, certa vez, numa unidade do CAPS, nos chamaram atenção atividades meramente mecânicas que os pacientes realizavam em oficinas de terapia ocupacional. Era-lhes oferecida uma forma com ajuda da qual riscariam o contorno de um desenho. Em dias mais movimentados, tais oficinas eram acompanhadas por apenas um profissional de nível médio. O desenho compreendia coqueiros e dunas, que lhes eram repetidamente apresentados no decorrer dos meses. Embora fosse facilitada, de uma maneira homogênea e coordenada, a realização da atividade pelos pacientes do grupo, tivemos a idéia de possibilitar associações que rompessem aquela espécie de cronificação. Acreditamos que é importante oferecer alguns suportes que reabilitem o paciente a sua condição de sujeito, e não simplesmente o ajudem a ultrapassar o limite de uma incapacidade a ser restaurada.

A perda involuntária da faculdade normativa é o alvo da ação reabilitadora. Esta é muitas vezes tomada como tecnologia a ser aplicada, como um procedimento

pré-fixado. Tal ação, contudo, não é eficaz diante da complexidade do que se apresenta no cotidiano dos CAPS. Quem reabilita deveria poder reconhecer o sentido do sintoma, e não simplesmente silenciá-lo, para com isto se manter a ordem. A saúde mental, pautada ainda dentro dos moldes da saúde geral, a qual valoriza o aniqüilamento do sintoma, se enraíza cada vez mais nos objetivos de ordem médica. O trabalhador da saúde mental se torna muitas vezes um agente dessa ordem.

2.3 A equipe do CAPS

Para situar melhor o modelo assistencial que constitui o CAPS, é preciso refletir sobre as conseqüências, para a Psicanálise, da introdução de múltiplas profissões no campo da saúde mental. Mesmo recusando a querela entre individual e coletivo, nos remetemos a tal questão de uma outra forma. A referência à rede social e à equipe multidisciplinar estabelece a formatação dos atendimentos nos CAPS.

O trabalho no CAPS , além de suceder em equipe, é também uma atividade territorial , ou seja, deve utilizar a rede de serviços que vai além do campo da saúde. As relações de trabalho não poderão, portanto, se restringir à seara material da unidade. Com essa visão, torna-se mais complexa a organização de um serviço como o CAPS, que já expressa a tarefa de funcionar internamente numa relação entre profissionais, técnicos, usuários, familiares etc. Assim, as novas dimensões constitutivas do sujeito, recentemente identificadas pela saúde mental, passam a ser consideradas dentro e fora do CAPS. O reconhecimento de tais dimensões deve levar a uma transposição das fronteiras entre as disciplinas presentes no CAPS, de uma forma que possibilite referências mútuas. Tal processo respeita, dessa maneira, uma elaboração coletiva que não apaga as especificidades de cada disciplina. Evita-se, com isso, que a homogeneização dos procedimentos faça ruir as contribuições esclarecedoras.

Isto abriu a possibilidade de considerar a contribuição de outras disciplinas, que se posicionam de um modo específico com relação à Psiquiatria, mas que buscam, igualmente, a produção de uma “subjetividade cidadã”. Cada sujeito que compõe a

equipe se vê diante de termos como, por exemplo, *cuidado, acolhimento, escuta, sujeito e cidadania*, e busca ressignificá-los segundo um lugar até certo ponto compartilhado. Como mostra Figueiredo (2005), a organização de uma equipe pode acontecer de duas formas básicas: igualitária e hierárquica.

A equipe hierárquica se organiza de maneira mais vertical, não sendo o poder de intervenção o mesmo dentro da equipe. Normalmente à autoridade do médico segue-se a do enfermeiro ou psicólogo, que, num caso e outro, mantém a exclusividade na maneira de proceder, sendo este um reinado das especialidades. Mesmo sendo um modelo mais atrelado aos hospitais gerais e psiquiátricos, como aos ambulatórios, ele muitas vezes acontece de forma velada nos CAPS, onde a autorização de certos procedimentos passa a se confundir como uma autoridade inquestionável.

A introdução de outras disciplinas, que consideram assim outros pontos de vista ausentes de uma equipe tradicional da saúde mental, não modificou as relações de poder contestadas pela reforma psiquiátrica. O objetivo de horizontalizar os saberes, permitindo sua influência recíproca, só foi alcançando parcialmente. Por exemplo, o atendimento em domicílio pelo psiquiatra, nos casos de crise, é uma ação prevista pelo Manual do CAPS, mas que raramente observamos em nossa prática. Mesmo tendo confirmado em prontuários de pacientes há mais tempo atendidos, visitas domiciliares realizadas pela psiquiatria, estas eram praticamente inexistentes.

A pressão da demanda e as autorizações do médico não permitem facilmente que este se ausente da unidade. Apesar destas situações serem consideradas de competência médica, no cotidiano do serviço em que trabalhamos, elas eram normalmente delegadas a um profissional da equipe de formação superior, que, juntamente com um técnico em Enfermagem, realizavam uma visita previamente planejada. Outra forma de organização de uma equipe é a igualitária, ou seja, as especialidades elaboram uma autoridade difusa entre os membros. Estes sempre podem apresentar um novo argumento sobre um procedimento. Assim cada perspectiva nova pode ameaçar as decisões anteriores, criando muitas vezes um confronto de especialidades. Confirmamos em nossa prática no CAPS a constatação da autora sobre a ocorrência, na maioria dos casos, de uma mistura entre as duas formas de organização citadas.

A saúde mental é o palco de maior abertura para outras áreas que até pouco tempo pareciam anônimas raridades do contexto da saúde pública. A questão não parece ser apenas de conjunção das disciplinas. Trata-se agora de um somatório que se equaciona de outra forma que o modelo hospitalar ou ambulatorial não comporta, modificando o microcosmo institucional numa abrangência que toca outros setores, como a família, a comunidade etc. Poderíamos até ousar que não se trata mais, pelo que decorre desta reflexão, de um atendimento em "saúde mental". Esse "mental" não se confunde mais com o cérebro e inclui outras dimensões além do orgânico.

Por mais que o CAPS esteja equipado de setores do saber diferentes, muitas situações são vividas como um susto. A cada situação nova o profissional deve se posicionar de uma forma que não busque o simples apagamento do sintoma. Deve, ao contrário, considerá-lo segundo sua especialidade, e ainda referindo-o aos outros dispositivos do serviço. A transferência, por exemplo, aparece muitas vezes como algo absurdo, que emerge na relação do sujeito com os profissionais da equipe, aos quais supõe a capacidade de curá-lo. Quando tal fenômeno ocorre, percebemos uma ruptura na suposta totalidade da equipe, que se pensava preparada para receber e atender as demandas ali presentes. Se, quando o sujeito se afirma na transferência, uma negação da unidade pretendida pela equipe faz as certezas caírem; por outro lado, vemos o surgimento de opções para intervir.

Os protocolos de atividades[5] são importantes ferramentas de trabalho por fornecerem objetividade e sistematização às ações. Estes, contudo, não garantem a eficácia do trabalho na complexidade do CAPS. Encaminhar, por exemplo, a quase totalidade dos casos para a Psiquiatria mostra certas tendências previamente fixadas. Tais procedimentos deveriam fornecer segurança perante aquilo que do sujeito emerge. Apesar disso, a equipe precisará, freqüentemente, se reorganizar sobre uma dinâmica nova que perceba as diferenças individuais, e proponha um outro rumo com suporte em cada caso. Dessa forma, as experiências iniciais dão início ao trabalho de traçar um plano terapêutico em conjunto. Sabemos por, exemplo, que a Farmacologia propõe de início a adesão química quase instantânea. A transferência, diferentemente, requer que se espere um pouco a constituição de um vínculo próprio da análise, pois a pergunta

[5] O manual do CAPS, disponível na página eletrônica do Ministério da Saúde, discrimina atividades e competências do serviço.

pelo sentido, normalmente, vem após o pedido de cura. Devemos assim estar atentos a esses diferentes tempos ao receber e fazer encaminhamentos.

As ações que determinam uma intervenção em equipe são feitas uma a uma, ou seja, individualmente. Há algo que não se pode transmitir, porém, o saber que constitui a ação deve ser compartilhado. Toda ação se torna responsabilidade da equipe, impedindo que a cada dificuldade aconteça um confronto entre disciplinas, na busca de culpados. O que se partilha com a equipe não é propriamente a experiência, nem mesmo uma prestação de contas, mas aquilo que se recolhe a cada situação como algo que insiste nas narrativas dos sujeitos, e nas diversas situações com cada profissional. O importante na compreensão de um caso é poder integrar uma pista nova, fornecida pelo próprio sujeito, à direção da cura (FIGUEIREDO, 1997).

Para a Psicanálise, a clínica é o campo de aplicação de um método que dá lugar ao sujeito do inconsciente. Isso promove tanto a clareza da contribuição psicanalítica, como coordenadas que ajudam a constituir o trabalho de uma equipe que se pretende capaz de receber a demanda da população com transtornos psíquicos de natureza grave. A Psicanálise tem, pois, muito a dizer sobre isto: por um lado, evidenciando a perspectiva do sujeito, que muitas vezes é reduzida à do cidadão, propagando a segregação, e, por outro, revelando a transferência como fato que tende a permanecer na ignorância.

Muitas vezes, como discutimos anteriormente, as particularidades de cada disciplina são postas de lado em prol das noções que unem a equipe. O perigo da dissolução das contribuições de cada profissional, num conjunto imaginário chamado equipe, acontece quando a organização desta sucede de forma quase automática, ou seja, quando, por exemplo, os profissionais se posicionam ao redor dos diagnósticos listados nos códigos internacionais de doenças mentais, utilizados pela Medicina, e por aí tentam seguir um caminho em comum. Dessa forma, fica difícil alcançar outros objetivos que não sejam simplesmente possibilitar que o trabalho do médico aconteça da melhor forma.

2.4 Clínica e diagnóstico nos CAPS

Para compreender as práticas nos centros de atenção psicossocial, refletimos sobre o papel do diagnóstico na Psicanálise, sendo na transferência que ele acontece. Este é um dos fatores fundamentais na inserção da Psicanálise em instituições públicas de saúde mental. Devemos considerar, contudo, que o tal saber diagnóstico não foi desenvolvido no solo das diversas disciplinas que o utilizam no CAPS. Apesar de se ouvir falar de "horizontalidade dos saberes", idéia em que cada profissional tem uma posição determinante na compreensão e manejo dos casos, é a prática psiquiátrica, com seu código diagnóstico próprio, que dita as regras. "A clínica fica então subordinada ao diagnóstico, concebido como a coroação de um saber".(SAURÌ, 2001, p.24).

As práticas nas instituições de saúde mental estão em geral nomeadas e organizadas de acordo o modelo diagnóstico psiquiátrico-farmacológico. Sua utilização nos CAPS abrange normalmente: os pacientes que ali procuram tratamento, os profissionais ou "técnicos" e a estrutura política e organizacional do serviço, figurando inclusive nos procedimentos que determinam seu financiamento. O diagnóstico é, dessa maneira, algo que remete a várias esferas: a do paciente que carrega esta etiqueta identitária, representante de uma psicose que lhe permitiu se aposentar, ou a dos membros da comunidade, familiares e profissionais, que encontram no diagnóstico psiquiátrico uma organização para aquilo que lhes é desconhecido e enigmático. No caso dos profissionais da instituição, o diagnóstico propicia a utilização de uma linguagem comum.

Embora haja diferenças abissais, nem sempre situadas, entre os valores e visões teóricas que fazem uma equipe "multidisciplinar", o diagnóstico catalogado no Código Internacional das Doenças, é portanto, a linguagem eleita para organizar atividades que se concentram no ato de classificar. Dificilmente, todavia, se tem clareza dos objetivos desta classificação, levando a conseqüências não previstas. Por exemplo, certa vez, uma paciente pediu que seu nome não fosse divulgado na rádio local, incomodada com as conseqüências na comunidade, da sua possível identificação como usuária do CAPS. Esta prática pretendia convocar amplamente os pacientes de uma lista com nomes e datas dos atendimentos. Tal costume, presente em nossa experiência no

CAPS, era utilizado para sanar alterações de última hora. O campo da chamada "Reabilitação Psicossocial", ao procurar restituir uma habilidade, pode correr o risco de encarcerar o sujeito num mundo em que o silêncio do sintoma só fala através do rádio. Para manter em ordem os conflitos, e com isso viver bem com os outros, a paciente pôde, através da fala em análise, se referir ao silêncio que queria resguardar. Os CAPS, lugares constituídos fundamentalmente pelo "coletivo", passam a buscar também o "massificado" , como na utilização das informações deste exemplo, impondo uma séria questão à ética e ao sigilo.

Nos dois CAPS onde trabalhamos, bem como nos demais que pudemos visitar, chamou atenção o fato de que a sala da Psiquiatria era normalmente a primeira que encontrávamos ao adentrar o prédio. Descrição do serviço como esta mostra a influência material de elementos, idéias e concepções que ditam o prumo do trabalho. Esta "porta de entrada" do serviço pode se tornar também a da saída, por onde o paciente_ ou "usuário", como se quer em algumas ideologias da saúde mental negocia sua relação com o fármaco, no significativo movimento de superação da sua crise com o mundo. O contexto vivido por nós no interior do Ceará, e mesmo nas unidades regionais que atendem a Capital Fortaleza, quem entra pela porta do CAPS ou trabalha ali, ou faz seu tratamento, ou mesmo pertence à família de usuários etc. Esta classificação é facilmente visualizada e organizada em dois grupos: dos que freqüentam o CAPS e dos que não freqüentam. Percebemos que os pares eu - outro, normal - patológico, neurose - psicose, a unidade de saúde e o "lá-fora", o mundo do "transtorno" e o das "habilidades" psíquicas, ou sociais, configuram algumas polaridades presentes nos discursos que podemos encontrar no CAPS. Estas últimas fornecem a matriz de produção dos sentidos que determinam os cuidados oferecidos. Entre diagnosticados e diagnosticadores, por exemplo, haveria uma interdependência que não possibilita a troca de lugares, nem a introdução de outras relações que extrapolem a tarefa e a linguagem diagnóstica.

Algumas situações, porém, mostram quando estas verdadeiras oposições se aproximam, por exemplo, nas famosas supervisões do CAPS, que se inserem no projeto de "cuidar do cuidador". Numa das unidades referidas, curiosamente, o CAPS era considerado uma instituição habilitada a receber, em seu corpo profissional, funcionários integrantes do rol do serviço público daquele Município, que possuíam

“problemas de adaptação ao trabalho”. Entendemos que todos “temos”, ou “representamos” uma “estrutura psíquica”, criando uma idéia de usuários “com” e “sem” prontuário no CAPS. Estes últimos seriam os integrantes da equipe, funcionários de nível médio, a família dos usuários etc, cujo desejo e mesmo sintomas também se fazem presentes no dia-a-dia do serviço.

Diante destas caracterizações iniciais, voltamos à questão do diagnóstico, e tomamos a estrutura operacional do CAPS. Antes da Psiquiatria, para a qual o paciente, via de regra, retorna periodicamente, o trabalho da triagem ou “acolhimento” dá o primeiro passo no projeto terapêutico que o paciente deverá trilhar. Qualquer profissional pode decidir pelo encaminhamento do paciente para a Psiquiatria, ou para a Terapia Ocupacional, por exemplo. Mediante um atendimento feito por um ou mais profissionais, que visa normalmente a preencher os dados básicos de um prontuário, deverão ser minimamente decididos os procedimentos seguintes. Neste momento, noções, por exemplo, de sintoma, de patologia psíquica, patologia orgânica, patologia social etc incidem diretamente na decisão determinada pelos técnicos que participaram da triagem. Além disso, a aparência inicial do caso e de suas problemáticas constitui os principais elementos levados em conta pela equipe que fará a triagem. Podemos então considerar o momento da triagem como prática concentrada especialmente na rede de valores e concepções de saúde mental ali vigente, como por exemplo, na idéia de que não faz sentido encaminhar pacientes graves, como psicóticos, ao psicólogo. Este momento parte de um referencial de múltiplas visões, que raramente deixa de fazer da Psiquiatria o serviço por onde quase a unanimidade dos pacientes deverá passar e receber seu código diagnóstico oficial. Muitos pacientes falam “o meu CID”, e também os profissionais, na tentativa de sigilo e discrição, perguntam, por exemplo, se tal paciente é aquele “F.20”.

No momento da triagem, não se trata do diagnóstico oficial, pois se considera que este só existirá formalmente quando o psiquiatra “vir” o paciente. Apesar disso, percebemos o caráter diagnóstico deste momento prévio. Na ausência de sintomas somáticos graves, por exemplo, pode-se decidir até por não encaminhar ainda o paciente ao Psiquiatra, sendo somente a psicoterapia indicada nesta ocasião; ou ao contrário, pode-se encaminhar um paciente com sintomas psicóticos ou com depressão grave diretamente ao psiquiatra e este ali ficar exclusivamente como se não existissem opções

eficazes. Pode-se até incentivar o paciente delirante a participar das atividades da Terapia Ocupacional se este não for agressivo.

Nas triagens e nos atendimentos em geral, além de unificar o material sensível na lógica psicose - neurose, trata-se de articular diferentes percepções que deverão ser transpostas para o prontuário, caracterizando o quadro mais completo daquilo que o sujeito está apresentando no momento em que chega ao serviço. Estão incluídos aí os eventos da história do paciente que possam ser úteis aos profissionais que utilizarão posteriormente tal documento, como uma das ferramentas de trabalho mais importantes.

Embora seja clara a relação entre diagnóstico e triagem , esta última perfaz uma pluralidade que se diferencia da busca de objetividade do diagnóstico psiquiátrico. É pelo filtro da multidisciplinaridade que as expressões do paciente encontrariam uma compreensão não tendenciosa a cair numa interpretação moral e limitada à dimensão orgânica. Devemos deixar claro que, na maioria dos casos, o psiquiatra não faz triagens, seja individualmente ou em equipe, sendo realizadas por profissionais das outras áreas. A triagem busca a organização de grandes grupos de pacientes e seus sintomas "orgânicos", "psíquicos" ou "sociais". Este é um terreno que mistura, num só espaço, diferentes noções de sintomas ou signos, os quais determinarão a posterior inclusão do sujeito no "grupo de deprimidos", ou no "pessoal do Diazepam" etc. Após a triagem, segue-se o diagnóstico psiquiátrico na busca de uma representação objetiva das psicopatologias. Tal representação deverá corroborar inclusive os casos em que não se cogitou a farmacologia inicialmente.

Em certas tarefas que visam a um estudo epidemiológico, por exemplo, torna-se necessário o registro de aspectos fixos e estáveis, mas, se tratando do sujeito, é insuficiente no que diz respeito à sua dinâmica. No CAPS, essa produtividade diagnóstica e agrupamento de entidades definidas estão presentes em toda a lógica do trabalho, por exemplo, ao se definir a inclusão do paciente num certo tipo de procedimento. O cuidado do tipo intensivo, por exemplo, é destinado freqüentemente a psicóticos que necessitariam de maior tempo, passando o dia todo no CAPS, retornando à noite para casa. Todos os tipos de relatórios realizados consoanter requisição das

instâncias que coordenam o serviço, bem como das que financiam cada procedimento, exigem a informação sobre o diagnóstico.

2.5 A produção do conhecimento no diagnóstico da Psiquiatria e na Psicanálise

O diagnóstico na Psiquiatria decorre do modelo de ciência provinda entre outros, do cartesianismo. Este influenciou as bases da Medicina, ao fornecer um procedimento cujas dúvidas são dissipadas efetuando-se uma análise pautada no "existente como objetividade do representar e a certeza como certeza do representar". (HEIDEGGER, 1960, P.77 *apud* SAURI, 2001, p.13). Isto significa que a realidade do sujeito é tomada pelo referente por meio do qual se diagnostica. O que se conhece aí é, antes de qualquer coisa, a representação de uma imagem que se faz desta realidade. Quando tal representação é posta em dúvida, esta só é recuperada pela reafirmação daquele que diagnostica, ou seja, não se pode duvidar de si mesmo. A melhor representação da realidade não poderá ocorrer com assento na própria representação, a qual pode ser posta em dúvida, juntamente da realidade sobre a qual incide. A entidade diagnóstica se afirma assim, como resultado do acréscimo de saber no próprio sujeito diagnosticador, sustentado pela certeza irredutível que é ele mesmo:

> Assim entendido, a tarefa diagnóstica é um exercício de poder por parte de quem detém o saber, que aumentará recorrendo a métodos e procedimentos 'complementares'. O aparelho conceitual integrado pela representação e a primazia do sujeito evidenciam uma sutil intenção em submeter o cognoscível à vontade do conhecedor. Quem diagnostica, discerne e decide e, em função disso, oferece segurança.(SAURÍ, 2001, p.14).

Com efeito, o modelo das ciências naturais implica: a observação sistemática dos fenômenos estudados, seu registro e classificação. A observação visa uma representação, como já ressaltamos, que remete ao aspecto, à aparência, dando ao olhar um importante lugar na operação diagnóstica. Os dados sensíveis eram, só eles, os que tinham possibilidades de verificação. Qualquer outro dado que não pudesse ser obtido "diretamente", ou seja, pela sensorialidade, escaparia ao intuito de abordar a realidade imediata. Uma dada realidade se revelaria pelo registro da sucessão de signos

correlacionados, do mais simples ao mais complexo. Após o registro dos signos, situa-se tal agrupamento numa relação de comparação com os casos já observados. Tal modelo não vai além de um catálogo puramente descritivo.

Uma dificuldade para o modelo empírico do diagnóstico são as relações de caráter causal, as quais são alvo de certa limitação. Isto leva a acreditar numa causalidade determinada como justificativa para aquele agrupamento de signos. Um fato novo entra, então, nesta lógica: uma anterioridade suposta pelo sujeito do conhecimento. Esta anterioridade, introduzida por um esquema transcendental, vem relacionar-se ao fato atual observado. Tal esquema fornece a homogeneidade da aplicação das categorias à aparência, possibilitando uma representação categórica do comprovado. Charcot é exemplo deste modelo, pois, além do registro e classificação, realizava uma esquematização que se referia a certas tipologias. Apesar da variedade de fenômenos encontrados e de suas expressões, se tornaria possível determinar uma causa que os inseria numa nosografia específica. Dessa forma, eram estabelecidas relações possíveis entre o racional e o empírico.

Em razão do caráter dos fenômenos psicopatológicos, a verificação direta era freqüentemente dificultada. Inicia-se então a busca de índices que dariam objetividade aos fatos, passando do sensorial ao lógico. Com isso, a compreensão que dá lugar ao ideal empírico da explicação torna-se diminuída em profundidade. As notas racionais se tornam cada vez mais predominantes no estudo do empírico. Saurí (2001) identifica três momentos estruturais da produção do conhecimento diagnóstico: o constitutivo, o operativo e o temporal. O momento constitutivo identifica os sintomas, condutas e atitudes, registrando-os para depois comparar os signos detectados com o saber anterior sobre a loucura. Trata-se de reconhecer sinais de patologias já catalogadas e organizadas em sua variedade de arranjos.

O diagnóstico psiquiátrico visa a uma realidade conhecida pela representação do olhar. A observação sistemática deve informar sinais recorrentes passíveis de verificação. A reaparição de determinados sintomas, por exemplo, mostraria uma persistência capaz de criar esquemas de conhecimento que orientam a conquista de uma identidade, um diagnóstico. Diagnosticar neste sentido não se preocuparia com os sinais semânticos, mas com os sintáticos, que se repetindo, numa

suposta identidade lógica, formam um índice de patologia. Não podemos, contudo, esquecer de que certas diferenças produzidas na repetição se mostram, em nosso trabalho, como que encobertas por uma suposta homogeneidade de significados. Diante disto, um esquema diagnóstico se distancia bastante do que busca o profissional ao ler um prontuário: o retrato falado do sujeito.

O segundo momento do diagnóstico é o operativo. Aqui os dados recolhidos são selecionados do turbilhão de informações registradas. Um processo de discernimento elege os referentes capazes de dar a conhecer um determinado transtorno mental. Alguns dados são retidos e outros dispensados, separando o que se mostra, para organizá-lo de outra forma. A essa desconstrução do material apresentado segue-se uma interpretação que reorganiza seus elementos. Na dialética entre os momentos constitutivo e operativo é que um nome é dado ao diagnosticado, nome este produzido com base na produção de um arranjo explicativo.

A textura temporal é o terceiro aspecto da tarefa diagnóstica, mas o diagnóstico remete a mais de uma dimensão temporal. O que se apresenta na atualidade deve ser relacionado tanto aos vestígios, sinais, marcas de experiências, bem como ao que é possível de ainda acontecer, que possa valer como confirmação de conhecimento e reconhecimento. O diagnóstico é tarefa em que se valoriza o vivido e se aponta para o futuro, dando sentido então ao trabalho realizado no agora. Esta é a dimensão que a escuta introduz, dos signos além da presença factível. O referencial temporal mostra que, além da proposta explicativa de referencial empírico-científico, cujo poder comprovador do olhar é o agente, diagnosticar transcende tal tarefa, interessando-se além do "porque", com o "para que" e o "como", perguntando-se pela própria significação.

"Escutar" é diferente de "ouvir", assim como "olhar" é diferente do simples "ver". Escutar abrange uma área de fenômenos mais ampla, indo do manifesto ao latente. É a hermenêutica[6] que orienta a tarefa da escuta diagnóstica, que não denotando a passividade do termo ouvir, remete a uma atividade intencional que se pergunta pela significação, para além do que é aparente. A escuta na Psiquiatria, no entanto, está

[6] No caso específico da Psicanálise, a interpretação tem um alcance que difere da hermenêutica. A noção de sujeito do ato interpretativo não se resume à consciência (RICOEUR, 1977).

organizada numa montagem diferente da psicanálise. Também as outras áreas do saber que constituem a equipe do CAPS possuem diferentes referenciais que entram no jogo de se propor escutar alguém. O valor conferido ao olhar e à escuta são diferenciados.

Embora a escuta faça parte do diagnóstico psiquiátrico, não é sistemática como na Psicanálise. Numa espécie de compulsão escópica, "ver" o prontuário e seu conjunto de elementos para se abordar um caso qualquer, tem valor de "verossimilhança", de materialização da "realidade" subjetiva. O diagnóstico torna-se, portanto, como atuação "em equipe", e "na equipe", o organizador central de um trabalho que persegue uma representação que melhor corresponda à terapêutica adequada.

A Psiquiatria recepcionou influências da Psicanálise, levando em conta a história do sujeito como cronografia. Ainda assim, porém, tende a equivaler processos psíquicos a determinadas nosologias. A Psicanálise não procede a esse tipo de relação unilateral, pois considera que muitos fenômenos derivam dos diversos impulsos normais do psiquismo. Não se trata, no entanto, no caso da Psicanálise, apenas de definir uma categoria nosológica, mas de perceber como acontece o desenvolvimento do processo que leva a concluir por tal ou tal diagnóstico, perguntando-se pelo mecanismo envolvido na produção do fenômeno. Ela se interessa pelo que favoreceu tal transformação, e não por um transtorno, cuja exterioridade em relação ao sujeito influenciaria a sua conduta geral.

O saber envolvido na constituição do diagnóstico possui outro lugar na Psicanálise, que não é o da representação como reflexo de uma verdade préestabelecida num esquema de compreensão. Trata-se de uma diferente relação do saber psicanalítico com a verdade como analisa Lacan (1998, p: 873). No lugar do vir-a-ser da Filosofia, verdade que Descartes pretende alcançar diante do próprio pensamento, na psicanálise se trata de uma falta-a-ser. O sujeito será marcado por essa falta, no que diz respeito à própria constituição. Esse momento anterior, cuja lógica aponta para algo de pré-subjetivo, se refere ao campo da linguagem. É preciso levar em conta que algo preexiste ao sujeito como suporte sobre o qual as relações se organizam.

A Psicanálise tem sua posição diante da questão de decidir pelos elementos a considerar num dado fenômeno. Ela não realiza uma seleção de dados, sejam sensíveis, ou fornecidos por qualquer outro parâmetro consciente, pluricausal ou holístico, como se vem pensando desde a criação do SUS. Muitos fenômenos escapam à abordagem direta e sensorial, ficando de fora de uma descrição empírica e não figurariam no esquema explicativo.

Em "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise", Freud (1912) deixa clara sua posição diante do material com que a análise se depara, não dirigindo atenção especial a qualquer elemento específico e evitando assim uma seleção deliberada que não acrescentaria nada ao trabalho, ao contrário, falsearia uma compreensão cujo significado só é dado posteriormente. Uma seleção tenderia a ser a própria constituinte do esquema cognoscitivo que possibilita que aquele exista.Como na Psicanálise investigação e terapêutica mostram-se estreitamente ligadas, é oportuno ter em mente essa recomendação .

Não se pode dizer simplesmente que a Psicanálise "vê" a questão do sujeito de outra forma, porque ela de fato a "escuta" de maneira diversa, transpondo assim a hierarquia diagnóstica daquele que detém o saber para aquele que quer saber de si. Os artigos sobre técnica, escritos por Freud com certa hesitação e ressalva, revelam o papel do diagnóstico na Psicanálise como sendo o de uma prática que se funde à terapêutica. Em 1913, no trabalho "sobre o início do tratamento", essa questão é abordada da seguinte forma acerca do diagnóstico diferencial:

> Não concordo que seja sempre possível fazer a distinção tão facilmente. Estou ciente de que existem psiquiatras que hesitam com menos freqüência em seu diagnóstico diferencial, mas convenci-me de que com a mesma freqüência, cometem equívocos. Cometer um equívoco, além disso, é de muito mais gravidade para o psicanalista que para o psiquiatra clínico, como este é chamado, pois o último não está tentando fazer algo que seja de utilidade, seja qual for o tipo de caso. Ele simplesmente corre o risco de cometer um equívoco teórico e seu diagnóstico não tem mais que um interesse acadêmico. No que concerne ao psicanalista, contudo, se o caso é desfavorável, ele cometeu um erro prático.(FREUD, 1980m. p 166).

O diagnóstico na Psicanálise move-se, dessa maneira, por interesses diversos da Psiquiatria, embora compartilhem da pretensão de cientificidade, rigor e até de

localização tópica dos fenômenos. O psicanalista, porém, não está interessado no conjunto de signos e operações passíveis de registro, dentro do limite da sensorialidade. Ele busca a própria materialidade desse limite, ou divisão, presente na fala, no sonho e no sintoma. A atenção flutuante, por exemplo, corresponde tecnicamente à associação livre. Ambas põem o conhecimento na lógica do que lhe faz barra, o limita. Por isso, ao tomarmos um prontuário de um paciente do CAPS, por exemplo, nos interessamos não apenas por elementos como identificação, diagnóstico etc, mas por aquilo que ficou de fora.

A transferência, terreno onde ocorre o diagnóstico psicanalítico, importa justamente por ser o fenômeno que possibilita a elaboração de um saber sobre o inconsciente, tanto na análise como na equipe de trabalho. A Psicanálise propõe outra relação entre sujeito e objeto, marcada por mútua referência. Em vez de mostrar o poder posto de um sobre o outro, isolando-os na meta diagnóstica, passa a integrá-los. A constituição do diagnóstico é resultado, portanto, de uma investigação que se mostra fundida à terapêutica.

3. CLÍNICA E TRANSFERÊNCIA NA OBRA FREUDIANA

A transferência está presente desde as obras iniciais de Freud, que abordam a hipnose e a sugestão. Nestas, consistiu a técnica até a transição para o período psicanalítico propriamente. Este momento da psicanálise é importante para nós, por ter acontecido em boa parte no espaço do hospital, e por nos levar a relacionar sugestão e a demanda pelo aniquilamento do sintoma nas instituições de saúde mental.

A partir do estudo sobre as fronteiras da psicanálise com a psicoterapia e a medicina, tivemos contato com aspectos do manejo técnico que consideram a psicanálise dentro do contexto atual da saúde mental. Como sabemos, Freud abandonou a sugestão e adotou a associação livre aproximadamente ao mesmo tempo em que deixava o hospital e ingressava na clínica. Dessa forma, psicanálise e psicoterapia se tornaram coisas distintas, estando esta última mais próxima da sugestão. Nosso interesse difere de tentar adaptar ou reconstruir a técnica psicanalítica em outro campo. Ao contrário, buscamos dar ênfase a certos elementos que constituem e especificam o método psicanalítico.

3.1 Da sugestão à transferência

As primeiras observações sobre o papel da sugestão na terapêutica já continham referências à técnica, que abordavam o manejo, pelo analista, das questões de transferência. No Prefácio de Freud à tradução de *Suggestion,* escrito por Bernheim, em 1888, a discussão complexa sobre a hipnose e a sugestão traz o termo *Übertrangung,* relacionado-o aos mecanismos da histeria. Freud critica um artigo que lera, o qual equivalia a fenômenos histéricos e comportamentos sugeridos. Ele mostrou a diferença entre tal raciocínio e a possibilidade de se pensar a histeria pela dinâmica da hipnose. Essa confusão, como veremos, pode levar, ainda hoje, no dia-a-dia dos CAPS, ao equívoco de considerar a histeria simplesmente uma farsa sugerida.

A Obra de Huckel a que Freud se refere é *O papel da sugestão nos mecanismos da histeria e do hipnotismo*[7]*, de 1888* e sobre ela diz:

> Huckel (1888) exprime sua convicção de que o primeiro '*transfert*' (a transferência de sensibilidade de uma parte do corpo para a parte correspondente do outro lado) feito por uma histérica foi sugerido a ela em alguma circunstância específica de sua história e que, daí em diante, os médicos continuaram constantemente a produzir pela sugestão, de forma renovada, esse sintoma pretensamente fisiológico. (FREUD, 1980d, P.114).

Esta citação mostra a confluência da Psicanálise com certos aspectos da Fisiologia, e reflete a estreita relação entre saber psicanalítico e o conhecimento. Tais campos constituem um vínculo epistemológico que não impede a presença de visões diferentes sobre corpo e sintoma. A Psicossomática, por exemplo, remete a uma dicotomia entre físico e psíquico, que se distancia da posição monista com que Freud tratava a questão do "sintoma do corpo". Acerca da tópica freudiana, Assoun (1983, p. 142) diz que "uma vez deslocada a investigação freudiana do corpo para o psiquismo, esse esquema espacial vai manter-se como ponto de vista metapsicológico primordial. Não vai tratar-se mais do espaço visível, mas dessa espacialidade especial constituída pelo aparelho psíquico".

A concepção de Huckel atribui, assim, somente ao fisiológico, a constituição de um sintoma "verdadeiro". Além de fenômenos como a conversão histérica ficarem relegados ao ocultismo, a transferência parece também fazer parte desta concepção. Considerada pela comunidade científica como uma espécie de mimetismo da sugestão, a transferência não seria reconhecida como fenômeno a ser investigado cientificamente pela falta de um vínculo objetivo com os processos fisiológicos. A explicação de Freud, no entanto, sobre o fenômeno conversivo que se encontrava nesta época em plena edificação parece esclarecer muito bem este ponto:

> ... na sua essência, essa sintomatologia é de natureza real, objetiva; não é forjada pela sugestão da parte do observador. Isto não significa negar que seja psíquico o mecanismo das manifestações histéricas, mas não se trata do mecanismo de sugestão por parte do médico. (FREUD, 1980d, p.115).

---

[7]" *Die Rolle de suggestion bei gewissen Erscheinungen der hysterie und dês hipnotismus"*

A conversão histérica compreende uma espécie de "transferência" ao somático de conflitos psíquicos, e noutro momento, a transferência parte do somático, para o plano psíquico do estado hipnóide, no caso de um ataque histérico. Mesmo não se tratando da transferência analítica, que o método associativo põe em jogo, aparece aqui um indício da mobilidade que a energia psíquica pode exercer no fenômeno transferencial Diante disso, Freud buscou um posicionamento que relacionasse as dimensões física e psíquica. Ao que parece, tal atitude prepara o desenvolvimento dos conceitos como pulsão e recalque. A pulsão como aquilo que transita entre psiquismo e corpo, e o recalque como seu limite.

:

> Contudo, devemos concordar com Bernheim em que a divisão dos fenômenos hipnóticos em fenômenos fisiológicos e fenômenos psíquicos deixa muito a desejar: precisa-se urgentemente de um elo que vincule as duas espécies de fenômenos. A hipnose, seja ela produzida de uma forma ou de outra, é sempre a mesma e mostra os mesmos aspectos. A sintomatologia da histeria, sob muitos aspectos sugere um mecanismo psíquico, embora este não precise ser necessariamente o mecanismo da sugestão[8].

Freud começa a montar a rede conceitual que localizará o fenômeno da transferência no centro da análise, considerada aquilo que do sujeito inflama e emerge na superfície da relação vivida com o analista. Curiosamente, ele já exprimia uma clareza interna sobre a emergência do afeto na análise. O trabalho sobre a*s neuropsicoses de defesa,* de 1894, mostra mais ainda o avanço de Freud na compreensão da conversão histérica. Ele anuncia a relação da transferência com os conceitos de pulsão, afeto, repetição e atuação, e se preocupa com a elucidação dos mecanismos psicopatológicos da histeria:

> Quando alguém com predisposição à neurose carece da aptidão para a conversão, mas, ainda assim, parece rechaçar uma representação incompatível, dispõe-se a separá-la de seu afeto, esse afeto fica obrigado a permanecer na esfera psíquica. A representação, agora enfraquecida, persiste ainda na consciência, separada de qualquer associação. Mas seu afeto, tornado livre, liga-se a outras representações que não são incompatíveis em si mesmas, e graças a essa 'falsa ligação', tais representações se transformam em representações obsessivas. (FREUD, 1980e, p.58-59).

[8] Ibid. p:117.

Neste mesmo texto, percebemos os primeiros construtos sobre os pontos de vista energético e dinâmico da conversão, explicando exatamente o mecanismo que possibilita o fenômeno transferencial. Nosso raciocínio decorre da aludida "falsa ligação", retomada nos artigos técnicos e explicada por um deslocamento do afeto. A repetição é acionada porque este afeto, tornando-se energia livre, ganha a capacidade de se "transferir" para outras representações.

3.2 Freud perante a transferência

Em um dos casos dos *Estudos sobre histeria* (1893), Freud e seu colega Breuer se encontram diante do fenômeno da transferência, constatando a facilidade ou dificuldade de submeter um paciente às condições de hipnose, como no caso da Sr.ª Emmy. Tal análise foi interrompida após cessarem os sintomas por vários meses, até que eles recomeçam, entre transferências negativas para com Freud e Breuer, e dentro de um ano do primeiro encontro com Freud, havia procurado atendimento numa instituição psiquiátrica alemã. A completa indisposição para com o médico do hospital a levou, pouco tempo depois, aos cuidados de Freud novamente:

> A conselho da mesma autoridade médica, recorreu à ajuda de um sanatório na Alemanha setentrional. Por desejo de Breuer, expliquei ao médico encarregado as modificações da terapia hipnótica que eu julgara eficazes no caso dessa paciente. Essa tentativa de transferência falhou completamente. Desde o início ela parece ter mostrado uma disposição contrária ao médico. Esgotava-se na resistência ao que quer que fosse feito por ela. Ficou deprimida, perdeu o sono e o apetite e só se recuperou depois que uma amiga sua, que foi visitá-la no sanatório, na verdade a seqüestrou às escondidas e tratou-a em sua casa. Pouco tempo depois, exatamente um ano após seu primeiro encontro comigo, ela estava de novo em Viena e mais uma vez se entregou a meus cuidados.(FREUD, 1980f, p.108-109).

Este texto revela dois aspectos interessantes: o autor faz uso não mais do termo, mas do conceito *Übertrangung,* transferência, contudo tal ocorrência, sendo apenas uma alusão, não porta ainda uma conceituação. O outro aspecto é que este caso foi intercalado por internações que nos dão a possibilidade de ver como Freud manejava

a situação em sua época. Mesmo a ocorrência oficial de uma conceituação propriamente da transferência só aparecendo dois anos depois, o interessante no relato deste caso é que esta já aparece correlacionada ao contexto institucional. Por exemplo, a indicação de Freud, para o médico da instituição, sobre o método a utilizar com a paciente, mostra que naquele momento acreditava numa certa transmissão da Psicanálise. Freud, que havia decidido trabalhar com a investigação pela hipnose, com a qual teve contato no trabalho com Breuer, resolve aplicá-la ao presente caso. A paciente, que não era de Viena, estava em busca de tratamento na cidade acompanhada de suas duas filhas que pareciam também acometidas de "distúrbios nervosos":

> Sugeri que ela se separasse das duas filhas, que têm governanta, e se internasse numa casa de saúde, onde eu poderia vê-la todos os dias. Concordou com isso sem levantar a menor objeção. Na noite de *2 de maio* visitei-a na casa de saúde. Notei que se assustava muito sempre que a porta se abria de modo inesperado. Assim, providenciei para que, ao visitá-la, as enfermeiras e os médicos internos batessem com força na porta e só entrassem depois de ela dizer que podiam fazê-lo. Mesmo assim ela ainda fazia trejeitos e dava um pulo toda vez que alguém entrava.[9]

Tal situação parece interferir na instalação da transferência, levando Freud a considerar a manifestação sintomática do "susto", no tratamento que realiza. Diante desta situação institucional, que envolveu outros profissionais, Freud parece adotar em sua época, neste caso atendido no hospital de Viena, a atitude de delimitar o espaço psicanalítico, para que nem a equipe nem o modelo de atendimento interfiram negativamente. Esta passagem toca na possibilidade, para Freud, de realizar um atendimento institucional onde outros profissionais acompanhavam aquela paciente. Como constata Figueiredo (1997, p.168), é "através do jogo, nada fácil, da política institucional" que uma relação entre saberes pode acontecer de maneira a possibilitar uma Psicanálise.

Ainda neste relato de caso, nos chama atenção o fato de a Psicanálise não dispor de ferramentas conceituais suficientes para forjar a passagem do método sugestivo ao psicanalítico. Mesmo que o alcance da técnica da sugestão hipnótica já

[9] Ibid, p.84.

fosse evidente para quem podia percebê-lo, ainda não se chegava à causa inconsciente do sintoma. Alguns efeitos temporários do tratamento começam a apontar para uma resistência disfarçada na mobilidade e plasticidade do sintoma. Percebemos que o método da sugestão pela hipnose leva em conta o fenômeno transferencial mesmo antes deste último se tornar o centro da técnica.

Aparecendo diversas vezes entrelaçado à transferência, o conceito de "resistência" tem cadeira cativa em todo solo da obra de Freud, e se refere às ocasiões em que conteúdos considerados patogênicos se aproximavam da consciência do sujeito. Essa é uma questão crucial até o fim da obra de Freud, ou seja, a pergunta pelo que faz obstáculo à análise: "devemos sublinhar a grande uniformidade de todo o pensamento de Freud, desde o final do século XIX, que se tece em torno da questão do que se opõe à análise. É uma obra sobre a resistência, sobre os obstáculos à revelação da verdade". (BIRMAN et al. 1982, p. 14).

3.3 O surgimento de uma conceituação da transferência

Uma conceituação propriamente da transferência ocorreu pela primeira vez nos *Estudos sobre histeria,* na parte intitulada *A psicoterapia da histeria*. O fenômeno, que não necessita de adjetivos, tenta definir por si só uma dessimetria que deve ser cuidadosamente considerada. A disparidade subjetiva presente na transferência recebe o caráter de "mésalliance", uma "falsa ligação" entre duas representações. A "falsa ligação" que o sujeito constitui com o analista encontra lugar para dirigir um desejo outrora expulso da consciência para este objeto atual. Resta claro que isso ocasiona muitas vezes uma perturbação na relação entre o sujeito e o analista, e pode levar a um freio do trabalho. Listando as três situações do surgimento de obstáculos à análise, o terceiro tipo que Freud enumera é:

> Quando a paciente se assusta ao verificar que está transferindo para a figura do médico as representações aflitivas que emergem do conteúdo da análise. Essa é uma ocorrência freqüente e, a rigor, usual em algumas análises. A transferência para o médico se dá por meio de uma falsa ligação. Preciso fornecer um exemplo disso. Numa de

> minhas pacientes, a origem de um sintoma histérico específico estava num desejo, que ela tivera muitos anos antes e relegara de imediato ao inconsciente, de que o homem com quem conversava na ocasião ousasse tomar a iniciativa de lhe dar um beijo. Numa ocasião, ao fim de uma sessão, surgiu nela um desejo semelhante a meu respeito. Ela ficou horrorizada com isso, passou uma noite insone e, na sessão seguinte, embora não se recusasse a ser tratada, ficou inteiramente inutilizada para o trabalho. Depois de eu haver descoberto e removido o obstáculo, o trabalho prosseguiu... (1980f, p 313-314).

O que parece também despontar nesse e em outros textos da época é o papel que a transferência vai aos poucos adquirindo como propulsora da análise. Freud começava a atentar para o fato de que, ao mesmo tempo, a transferência é uma resistência que deve ser superada. Após isto, a análise prosseguia avançando. É como reitera a seguir:

> A princípio, fiquei muito aborrecido com esse aumento de meu trabalho psicológico, até que percebi que o processo inteiro obedecia a uma lei; e então notei também que esse tipo de transferência não trazia nenhum aumento significativo para o que eu tinha de fazer. Para a paciente, o trabalho continuava a ser o mesmo: ela precisava superar o afeto aflitivo despertado por ter sido capaz de alimentar aquele desejo sequer por um momento.[10]

O manejo transferencial deve, portanto, levar em conta a resistência do paciente em reconhecer que está transferindo para o analista representações que surgem de suas associações, e isto não acarreta necessariamente um acréscimo no esforço necessário para uma análise. Noutra passagem, vemos ainda um pouco mais desta relação entre transferência e resistência, anunciando também o surgimento do método associativo:

> Verifiquei então que, sem nenhuma hipnose, surgiam novas lembranças que recuavam ainda mais no passado e que provavelmente se relacionavam com nosso tema. Experiências como essas me fizeram pensar que seria de fato possível trazer à luz, por mera insistência, os grupos patogênicos de representações que, afinal de contas, por certo estavam presentes. E visto que essa insistência exigia esforços de minha parte, e assim sugeria a idéia de que eu tinha de superar uma resistência, a situação conduziu-me de imediato à teoria de que, por meio de meu trabalho psíquico, eu tinha de superar uma força psíquica nos pacientes que se opunha a que as representações patogênicas se tornassem conscientes (fossem lembradas).[11]

[10] Ibid, p.315.
[11] Ibid, p.283.

Freud refere-se ao "importante papel desempenhado pela figura do médico na criação de motivos para derrotar a força psíquica da resistência".[12] No mesmo texto encontra-se articulado a essa discussão o conceito de censura. A situação de recordar cadeias de pensamento que remetem ao erotismo seria tão sacrificante para o sujeito que necessitaria de um substituto deste amor, cuja cordialidade do profissional deveria bastar para que isso acontecesse.

As atitudes impregnadas em muitas ações que observamos no CAPS, porém, carregadas de um excesso de humanitarismo, nem sempre levam a um vínculo terapêutico positivo, expulsando cada vez para mais longe a tão buscada autonomia do sujeito. Afinal, "diferentemente dos demais métodos, a psicanálise pretende ir além da transferência, quer exatamente superá-la, para descobrir exatamente o que se realiza através dela, já que ela é também uma resistência".(BIRMAN et al. Transferência e Interpretação, 1982, p. 31). Em *A sexualidade na etiologia das neuroses*, Freud problematiza a relação do método psicanalítico com instituições médicas, hospitais e sanatórios:

> As principais dificuldades que ainda restam no caminho do método terapêutico psicanalítico não se devem a ele próprio, mas a falta de compreensão entre médicos e leigos, da natureza das psiconeuroses.(1980g, p. 269).

A experiência institucional de Freud parecia mostrar-lhe que o saber sobre o inconsciente estava além de sua época. Quanto ao trabalho nos hospitais e sanatórios, Freud o considera indispensável "para acalmar os ataques agudos que podem surgir (...), mas quanto à eliminação de estados crônicos não conseguem rigorosamente nada" [13]. Dessa forma, vão ficando cada vez mais claros os fatores que Freud consideravaimportantes diante de casos manejados em instituições.

[12] Ibid, p.312-313.
[13] Ibid, p.269.

3.4 Interpretação dos sonhos: a transferência como fenômeno e mecanismo

A transferência refere-se a um conjunto de fenômenos do qual ela própria faz parte e explica. A obra de Freud sobre a *Interpretação dos Sonhos*, contém informações sobre o fenômeno e sua relação com a principal via para o inconsciente, o sonho. Além da teoria dos sonhos ter sido o solo para o modelo da primeira tópica, mostrando a dinâmica entre os sistemas psíquicos, mais adiante, Freud atribuirá justamente à transferência a "explicação para inúmeros fenômenos notáveis da vida anímica dos neuróticos." (1980c, p.513). Esta não se restringe ao fenômeno observado na atitude do paciente na clínica, mas também à formação do sonho, o qual era explicado pelo seguinte processo: uma representação inconsciente, como tal impossibilitada de penetrar o pré-consciente, se torna capaz de exercer um efeito neste ao vincular-se a uma representação de tal sistema. A propósito dos elementos de um sonho, Freud inicia explicando sua origem com base em materiais recentes, que são investidos do "valor das lembranças ou seqüências de idéias emocionalmente carregadas".[14] A idéia recente, ou banal, toma do inconsciente a energia pulsional para elevar seu valor, e o inconsciente encontra "o ponto de ligação para a transferência"[15].

No item sobre o "trabalho de deslocamento", Freud conclui que "ocorrem uma transferência e deslocamento no processo de formação do sonho"[16]. Freud utiliza os termos transferência e deslocamento muitas vezes de maneira "aparentemente" indiscriminada, mas cabe aqui procurar especificidades dentre estes usos. De acordo com Laplanche, J.; Pontalis J-B (1983, p: 163), Freud, na Traumdeutung:

> (...) utiliza a maior parte das vezes a palavra 'transferência' para designar na sua generalidade a passagem da energia psíquica de uma representação para outra, enquanto prefere designar por deslocamento um fenômeno descritivamente impressionante, mais acentuado em certos sonhos do que em outros, e que pode levar a uma descentração

[14] Ibid, p.190.
[15] Ibid, p.514.
[16] Ibid, p.296.

> de qualquer elucidação do sonho: a'transmutação' dos valores psíquicos.

O deslocamento se refere então à intensidade do vínculo entre a representação inconsciente e o objeto anteriormente investido. Esta energia, uma vez liberada de seu objeto primordial, pode assim voltar-se a um novo objeto, o que caracteriza a transferência. Dessa forma, o fenômeno da transferência se refere à eleição de um representante do sistema consciente - pré-consciente, que sirva de ponto de ligação com o representante inconsciente, enquanto o deslocamento tem relação com a intensidade do afeto. Este trecho da interpretação dos sonhos, base metapsicológica de Freud, parece conter esta discussão:

> É claro que as moções de desejo inconscientes tentam tornarem-se eficazes também durante o dia, e o fato da transferência, assim como as psicoses, indicam-nos que elas lutam por irromper na consciência através do sistema pré-consciente e por obter o controle do poder de movimento. Assim, a censura entre o *Ics*. e o *Pcs*., cuja existência os sonhos nos obrigaram a supor, merece ser reconhecida e respeitada como a guardiã de nossa saúde mental. (FREUD, 1980c p. 517).

A transferência para o analista aufere compreensão cada vez maior com a variedade dos fenômenos explicados pelo mesmo processo. A "doutrina da associação", tão cara a Freud, também está na base destas elaborações em que a transferência aparece muitas vezes como corolário da teoria neste período. A associação entre representações explica ainda o fenômeno da conversão histérica. Freud percebeu que as representações inconscientes tendem a associar-se com idéias que não tenham tido vínculos anteriores, sendo banais, ou recentes. Concluiu, portanto, que o vínculo entre representações tende a afastar novas associações. Isto leva Freud a elaborar uma teoria da paralisia histérica, que consiste em um ponto de isolamento nas associações, por vínculos muito intensos entre as representações, as quais por causa disso repeliam outras ligações[17].

Um exemplo traz importante distinção da transferência como mecanismo formador do sonho e fenômeno expresso na relação com o analista. Acerca do famoso "sonho do açougueiro", Freud tinha dado uma explicação à paciente, dias antes, sobre a transferência, e isso permitiu que ele considerasse a incidência deste material recente na formação de um sonho relatado pela paciente. Ao açougueiro responder à paciente no

[17] Ibid, p.514.

sonho, “isso não se consegue mais”, Freud identifica uma transferência aí, pois a explicação que dera dias atrás referia que as lembranças infantis “não se conseguiam mais como tais’, mas eram substituídas, na análise, por ‘transferências’ e sonhos”[18]. Neste sentido, o açougueiro era a representação do próprio Freud, e ao analisar as falas da paciente no sonho, percebe que ela estava rejeitando essas transferências de velhos hábitos de pensar e sentir para o presente. No item seguinte, sobre o material infantil como fonte dos sonhos, encontramos duas alusões à transferência, sendo que uma parte das reminiscências do próprio Freud . Tais lembranças remetiam à cena violenta em que um homem gritou ao seu pai na rua, “Judeu! Saia da calçada”[19]. Isso explicaria o interesse posterior de Freud por uma história do general cartaginês Aníbal, que teria, por pedido do pai, jurado se vingar dos romanos. Esta seria então uma “questão de transferência de uma relação emocional já formada para um novo objeto”[20].

Outra alusão refere-se a um sonho de uma paciente, em que Freud reconhece a influência das lembranças infantis em sua formação, e também de materiais recentes, formando uma transferência para com ele próprio. Freud utilizou, na explicação do tratamento a uma paciente, a comparação com um “tratamento ortopédico”, e dias depois esta lhe conta um sonho que se passou no ambiente de um “instituto ortopédico”, contendo vários outros indícios de materiais vividos em análise, como as palavras proferidas pelo analista[21]. O sonho é descrito por Freud como “substituto de uma cena infantil, modificada por transferir-se para uma experiência recente”[22]. Esse retorno do infantil esclarece a transferência para com o analista, bem como os diversos fenômenos que emergem na atualidade de uma análise. Trata-se da impossibilidade da revivescência de uma cena infantil que se contenta em retornar como sonho ou, no estado de vigília, mediante fenômenos como a transferência. Vimos então, nesse panorama da teoria dos sonhos, que a transferência faz parte de uma teia de conceitos que inclui a resistência, a representação, o afeto, o deslocamento, a censura, dentre outros.

---

[18] Ibid, p.192.
[19] Ibid, p.202.
[20] Ibid, p.203.
[21] Ibid, p.205.
22 Ibid,p.500.

3.5 O que Freud disse aos médicos dos EEUU sobre a transferência.

O público das conferências de Freud na universidade Clark, sendo em maioria de médicos, presencia a posição de Freud diante do saber psiquiátrico. O interesse de Freud em abordar a transferência na conferência mostra que ela não é exclusiva de um tratamento analítico, sendo de interesse da Medicina em geral. Na terceira lição, diz Freud:

> Se os ouvintes reunirem os meios que estão ao nosso alcance para descobrimento do que na vida mental jaz escondido, deslembrado e reprimido — o estudo das idéias livremente associadas pelos pacientes, seus sonhos, falhas e ações sintomáticas; se ainda juntarem a tudo isso o exame de outros fenômenos surgidos no decurso do tratamento psicanalítico e a respeito dos quais farei algumas observações quando tratar da `transferência' — chegarão comigo à conclusão de que a nossa técnica já é suficientemente capaz de realizar aquilo que se propôs: conduzir à consciência o material psíquico patogênico, dando fim desse modo aos padecimentos ocasionados pela produção dos sintomas de substituição. (FREUD, 1980l, p. 36).

Os meios que Freud lista formam o conjunto de fenômenos que, compreendidos à luz da transferência, permitem efeitos de análise. Freud aprofunda o tema na última lição, em que a transferência aparece como importante fator não apenas para o manejo da técnica, mas para a constatação das hipóteses psicanalíticas. Nas várias alusões ao conceito de transferência, Freud fala do reviver de fantasias inconscientes, na relação com o analista. O que não tem justificativa na realidade atual eleva seu valor cuja intensidade é proveniente dos conteúdos inconscientes, que se transferem para esta nova relação. È por intermédio deste ressurgimento que a análise acontece. Freud utiliza uma de suas comparações com a Química para falar da transferência, que como vimos, nem sempre se reduzia a uma simples analogia, pois continha determinados paralelos com a questão energética do psiquismo:

> Os sintomas, para usar uma comparação química, são os precipitados de anteriores eventos amorosos (no mais amplo sentido) que só na elevada temperatura da transferência podem dissolver-se e transformar-se em outros produtos psíquicos. O médico desempenha nesta reação, conforme a excelente expressão de Ferenczi (1909), o

> papel de fermento catalítico que atrai para si temporariamente a energia afetiva aos poucos libertada durante o processo.[23]

A chave do fenômeno da sugestão está, dessa forma, na transferência, a qual revela a resistência que foi posta de lado pela hipnose. A transferência surge espontaneamente nas relações humanas, e, quanto menos reconhecemos sua existência, mais forte é sua influência[24]. Considerar a transferência como algo próprio do humano é dizer de certa forma que ela pode ser reconhecida em muitas situações, inclusive em outras formas de tratamento.

A reprodução feita há pouco é claramente um momento em que a Psicanálise, com encosto nas heranças epistemológicas de Freud, engloba um discurso que recorre aos saberes biológico, químico e físico. Estes formam o terreno de confluência onde se dão as principais posições que o psicanalista precisa tomar diante do saber médico e farmacológico. Dessa forma a transferência também se apresenta diante dos profissionais das ciências naturais.

3.6 A química das pulsões e a do cérebro

A relação da Psicanálise com as ciências ditas naturais nos faz considerar certo reducionismo físico-químico presente desde os trabalhos do Freud sobre neurologia. Mesmo, porém, que a Psicanálise se refira a este campo das ciências , ela não se confunde com ele. Sabemos o quanto era importante para Freud que a Psicanálise não fosse tomada, no contexto de sua época, por uma espécie de magia. Dessa forma, para realizar a Psicanálise ele recorreu às fontes a que tinha acesso no universo científico da época. Por isso, a Psicanálise não podia ser outra coisa senão ciência. A discussão sobre "a-cientificidade" da Psicanálise deve levar em conta que, se por um lado esta reclama o estatuto de ciência, por outro, também instaura um campo novo nesta tradição.

---

[23] Ibid, p. 47-48.
[24] Ibid, p.48.

Assoun (1983) traz de volta a analogia do termo "psicanálise" com o a decomposição ou desagregação em elementos mais simples, que designa muito mais do que uma simples metáfora, uma referência precisa ao método da Química. As moções pulsionais constituem os elementos que foram complexos, os sintomas, cuja soma forma, por sua vez, o complexo que é a doença. O trabalho do analista é semelhante ao do químico, justamente quando revela diferentes combinações entre elementos ignoradas pelo próprio sujeito. Dentro desta concepção naturalista da doença, é uma combinação artificial destes elementos naturais que confere o caráter patológico. A Psicanálise se interessa por obter tais elementos com escora em uma intervenção artificial de segundo grau, constituindo uma nova forma de laço social que inverte tal lógica, e dirige o paciente para aquilo que lhe escapou. Adiantamos que para Freud não se trata apenas de decompor de modo mecânico, mas de encontrar articulações entre a sintaxe dos fenômenos inconscientes. O que será esta sintaxe senão o efeito e causa do próprio sujeito?

Freud não deixava de asseverar que a inteligibilidade da prática analítica progrediria desde uma da comparação cada vez mais aprofundada com esta prática do químico. A conceituação de neurose atual, por exemplo, trouxe a idéia de uma química sexual perturbada, assim como o conceito de sublimação da pulsão mostra outro aspecto desta analogia. Para Freud, a análise, a decomposição dos elementos complexos em elementos mais simples, visaria, dessa forma, a uma compreensão. Ainda assim, a referência química não é suficiente para perceber a complexidade do projeto de Freud, nem para encontrar o caminho contínuo que nos levaria até as elaborações da fase madura de sua obra. Embora o modelo da Química Orgânica tenha se mostrado mais sistematizado, foi a uma Química Analítico-Orgânica que Freud não cessou de recorrer. Outras atitudes de Freud, como o não-abandono da observação no microscópio pelas experiências *in vivo* da Fisiologia, mostram o seu viés próprio. Resta clara desde aí a origem de analogias, como aquela do aparelho psíquico com o jogo de lentes do microscópio.

As intervenções originadas da Psicanálise não visariam necessariamente a produzir uma síntese. Por isso Freud recorre ao modelo da Química mineral, em que a síntese é o refluxo natural da análise. Isto nos leva à referências físico-químicas, como a da equivalência entre matéria e força que culmina na conceituação freudiana de pulsão.

Freud tem na Química mineral o exemplo de uma certa força de atração. Isso mostra que na Química, algumas exceções, como o reagrupamento natural e espontâneo dos elementos decompostos, podem fazer a regra na Psicanálise. A Metapsicologia seria o caminho que levaria a Psicanálise ao patamar onde o saber químico tomaria a sua frente. A Química daria, portanto, a referência material da Psicanálise, enquanto a Física, a referência espistêmica. Em alguns momentos da obra de Freud, a analogia é ultrapassada, constituindo uma referência mais direta à dimensão propriamente química. O avanço da Psicanálise estaria, portanto, em encontrar os determinantes químicos subjacentes aos determinantes psíquicos, o seu substrato.

Freud se apropriou dos modelos provenientes das ciências naturais num movimento que ora recusava certos avanços em tal ou tal disciplina, atendo-se a um aspecto preciso, ora fazia emergir a falha própria da ciência que considera o fenômeno psíquico na ausência do sujeito. A prática médica, cada vez mais confundida com a do cientista, busca o apagamento do sujeito como forma única de obter clareza e objetividade, contudo como prescrever sem escutar, como saber se trata-se de neurose obsessiva ou paranóia? Desta forma, o conjunto das disciplinas que formam as neurociências dão origem a práticas, como da Psicologia Comportamental, que consideram a neurose obsessiva, por exemplo, uma doença do cérebro que pode ser visualizada na presença de exames de imagem. Ao paciente é exibida numa tela a imagem do córtex cerebral em atividade sempre no momento que um pensamento obsedante acontece, apostando-se, com efeito, numa mudança voluntária do paciente. Não podemos deixar de ver aí a substituição de uma compulsão por outra.

Consideramos, com origem no reducionismo organicista, o qual ocupa lugar privilegiado no CAPS, que, mesmo com uma referência à Psicologia, Sociologia etc, inspirando as compreensões da equipe, quase nunca se vai muito além da constatação de um desequilíbrio químico nas bases dos chamados “transtornos mentais”. A dificuldade do intercâmbio científico decorrente deste reducionismo pode levar, dessa forma, à não-oferta de uma escuta clínica.

3.7 Da obsessão ao T.O.C. : exemplo dos esvaziamentos da transferência

A história da Psicanálise marcou seu surgimento com os trabalhos de Freud sobre histeria, os quais se inserem numa seqüência de estudos com Charcot e Breuer. Não devemos, porém, esquecer do papel da neurose obsessiva cujo caráter inédito decorre do fato de Freud tê-la situado no campo das neuroses, ou seja, fora do grupo das psicoses como em Pinel, Esquirol etc. Neste sentido, em se tratando de uma neurose, a Psicanálise encontraria condições de tratar uma obsessão.

Antes de Freud, a obsessão era descrita como uma mania sem delírio, ou mesmo como uma patologia da inteligência, na qual se encontraria tanto um desvio da conduta do sujeito como uma alienação parcial. A proximidade das idéias obsessivas do delírio paranóico, como fenômenos puramente intelectuais, marcavam essa vizinhança na Psiquiatria. Outra distinção bem estabelecida é que, na neurose obsessiva, temos a dúvida que emerge de uma certeza traumática, sobre a qual o recalque incide. Já na paranóia, é a descrença que embasa a certeza delirante. A culpa, ao contrário da neurose obsessiva, não aparece como auto-recriminação, mas é projetada em forma de acusações na paranóia. Por outro lado, a distinção entre o sintoma obsessivo e o histérico ocorreria pelo alvo eleito, que em vez do corpo neste último, no primeiro seria o pensamento (GAZZOLA, 2002).

O sintoma intelectual presente tanto no sujeito obsessivo como no paranóico, levou a um posicionamento da Psicanálise diante de noções como saber e verdade. Para Freud as produções culturais são originárias dos mesmos mecanismos estudados na clínica. Percebemos, por exemplo, nas atividades científicas e acadêmicas, o traço próprio da estrutura obsessiva: a tentativa de elidir o sujeito. Um saber é visado como verdade, ou seja, o discurso universitário se assemelha a tal estrutura por buscar respostas prontas, que procuram acabar com a diferença. Isto faz com que se chegue a um ponto de querer obter um discurso tão amarrado que não permita questionamentos. Dessa forma, um paciente obsessivo torna-se, muitas vezes, espelho do discurso científico que o explica, e que determina seu tratamento.

A procura incansável pela causa na neurose obsessiva é infrutífera, diante do quadro mais detalhista que possamos fazer do fenômeno, pois lá nesta causa o que se encontra é falta. A leitura do caso do "homem dos ratos" nos mostrou as dificuldades próprias ao manejo da transferência na neurose obsessiva. A fantasia de punição que o paciente nutria só se dissipou com a interpretação do desejo de vingança que envolvia a idéia transferencial para com Freud. A intelectualização com que o homem dos ratos abordava o próprio saber psicanalítico o tornava muitas vezes impermeável às intervenções analíticas. Apenas no curso posterior do tratamento, é que o vivenciar de um intenso fato do passado, transferido para a atualidade, levou o paciente a aceitar a interpretação de Freud acerca de suas fantasias de transferência (1980j, p. 210). "Assim, somente pelo caminho doloroso da transferência é que foi capaz de se convencer de que sua relação com o pai realmente carecia da postulação desse complemento inconsciente".[25]

A análise do homem dos ratos nos mostra que este teria se deparado com a falta de objeto que se tornou objeto da falta. Tal processo defensivo ocorre em razão do temor do retorno deste buraco, falta morta e coberta pelo significante. O tratamento da neurose obsessiva precisa levar em conta o que é próprio da clínica, que é delinear o quadro. O da neurose obsessiva apresentaria uma dificuldade particular, na medida em que traz uma mistura confusa de traços, no qual cada um é particularmente nítido. O que é importante é que este quadro não revela nada que se refira a causa, e desta forma é necessário abandonar a "fascinação do quadro" pela noção de estrutura. (MELMAN, 2000).

A neurose obsessiva, como categoria nosográfica, foi banida dos manuais de Psiquiatria, dando lugar ao T.O.C. O ato médico, por exemplo, é uma das conseqüências, na Psiquiatria, desta transformação de pretensos conceitos. O uso dos conceitos rege as relações entre os "saberes psi", para determinar que "é disto e não disto que se trata". É o que discute Ribeiro (2003) em *A Política da Neurose Obsessiva*, considerando que o que se oculta por trás de uma aparentemente simples mudança de sigla é toda uma política do discurso capitalista de anular o sujeito do desejo e substituí-lo pela figura do consumidor passivo. O sujeito, na Psicanálise, estando necessariamente

[25] Ibid p.209.

desde a sua constituição alicerçado na referência ao outro, é necessariamente político. É na fala que ele entoa seu protesto, muitas vezes seu sintoma. O discurso é a estrutura que permite o laço social, ele fornece os lugares de onde se fala, e transcende assim a própria palavra.

Mesmo que o médico indique que o paciente possa falar ali na "sala ao lado", o sujeito se encontra imediatamente alienado a uma política instituída, que o ausenta de seu sintoma. O T.O.C. seria uma doença do cérebro, com a qual o sujeito em nada se relaciona, e que se trata pela Farmacologia. A dicção "neurose obsessiva", entretanto, refere-se ao contrário, para a ordem dos impasses do sujeito com o seu desejo inconsciente.

Diferente da histeria em Freud, constatamos que a obsessão caracteriza o vínculo entre profissional e paciente no CAPS. Primeiro tivemos a moda da depressão medicada, e encontramos agora o obsessivo reduzido a um doente químico, todos rumo a uma drogadição lícita e generalizada, consumidores obedientes dos ditames do capital. Enfatizar os neurotransmissores significa tirar a responsabilidade do sujeito retendo-o na posição passiva, um escravo do sintoma. A Psicanálise, contudo, situa o sujeito noutro lugar, ou seja, na posição de se dizer, de senhor do sintoma.

O obsessivo na saúde mental tende a ser tratado com antidepressivos e também com tentativas de rastrear seus pensamentos de forma a evitá-los. Isto reforça a estratégia alienante que instala a servidão voluntária própria do sintoma obsessivo. Devemos, com base nesse fato, avaliar as possíveis implicações das terapêuticas propostas. Enquanto o tratamento médico-farmacológico geralmente se une ao sintoma na luta pelo apagamento do sujeito do desejo, reforçando a repetição, o tratamento psicanalítico deverá escutar o sujeito com suporte na transferência. O sujeito localizado na estrutura obsessiva fala de sua relação com um pai feito mestre. E é na transferência que ele espera na eternidade a morte do Outro, para assim tomar seu lugar.

3.8 Transferência na psicose

Embora estejamos privilegiando as neuroses, o caso Schereber está entre os trabalhos de Freud que trazem importantes conceituações sobre a transferência. Mesmo que se discuta a capacidade do psicótico de constituir uma transferência, sabemos que, sobretudo nos casos de paranóia, é possível ao analista tecer hipóteses e identificar processos transferenciais sobre os quais ele pode intervir.

Sobre a transferência de Schereber para com seu médico Flechsig, diz Freud:

> O sentimento amistoso do paciente para com o médico bem se pode ter devido a um processo de 'transferência', por meio do qual uma catexia emocional se transpôs de alguma pessoa que lhe era importante para o médico que, na realidade, era-lhe indiferente; de maneira que o último terá sido escolhido como representante ou substituto de alguém muito mais chegado ao paciente. Para colocar o assunto de forma mais concreta: o paciente lembrou-se de seu irmão ou de seu pai ante a figura do médico; redescobriu-os nele; então, não causará espanto que, em certas circunstâncias, um anseio pela figura substituta reaparecesse nele e operasse com uma violência que só pode ser explicada à luz de sua origem e significação primária. (1980k, p. 66).

A transferência deve ser a considerada também quanto ao processo primário que rege os fenômenos psicóticos, como mecanismo que demonstra a inclusão da figura do analista no delírio paranóico. Dessa forma, Freud utiliza o conhecimento de tal processo também no entendimento da estabilização de um conflito:

> Se acompanharmos essa seqüência de pensamento, que parece ser legítima, seremos levados à conclusão de que esta outra pessoa deve ter sido seu pai; isso torna ainda mais claro que Flechsig deve ter representado o irmão, que, esperemos, pode ter sido mais velho que ele próprio. A fantasia feminina, que despertou uma oposição tão violenta no paciente, tinha assim suas raízes num anseio, intensificado até um tom erótico, pelo pai e pelo irmão. Esse sentimento, na medida em que se referia ao irmão, passou, por um processo de transferência, para o médico, Flechsig; e, quando foi devolvido ao pai, chegou-se a uma estabilização do conflito.[26]

[26] Ibid, p. 70

No artigo metapsicológico sobre o *inconsciente,* encontramos uma indicação importante que articula a transferência e a psicose: Freud assevra que os elementos de uma neurose de transferência devem ser buscados no inconsciente, mas que estes aparecem, na esquizofrenia, conscientemente exteriorizados.

3.9 A virada do século e o problema do reconhecimento da transferência

Em 1901, na *Psicopatologia da vida cotidiana*, uma variedade de fenômenos evidenciam as hipóteses psicanalíticas, e se explicam novamente pela transferência. Mediante o estudo das formações chamadas parapraxias, compreende-se como sucede sua conexão com atos falhos, lapsos, esquecimentos como a transferência.. O recalque éo processo que regula as comportas da passagem do afeto para o pré-consciente. A expressão freudiana "pensamentos de transferência" parece referir-se "às lembranças infantis subtraídas desde o princípio ao Pcs"[27], mas atuantes pelo processo primário.

Por exemplo, sobre o esquecimento de nomes próprios, Freud recorda-se de uma experiência dele. Havia esquecido o nome de um paciente, e só dele recordou ao tornar-se consciente da transferência com alguém que, nos relatos, lhe lembrava uma pessoa de sua família. O ponto de ligação para a transferência foi o mesmo sobrenome, embora tais pessoas não tivessem nenhum parentesco (1980h, p.38). Freud toma as próprias correntes de pensamento e percebe que uma auto-referência contínua põe os complexos pessoais em alerta, sempre que depara conteúdos de um paciente. A influência recíproca, porém, entre o psiquismo do paciente e o do analista faz da transferência um dos temas das críticas mais ferrenhas à Psicanálise.

Tais críticas referem-se em sua maioria ao suposto caráter sexual da relação analítica. A posição de Freud diante disso era de que a transferência seria apenas revelada pela análise, e por ela considerada tecnicamente. Freud retornou freqüentemente a tais críticas, esforçando-se para demonstrar como o fenômeno transferencial não seria produto da análise, como vemos, por exemplo, no Caso Dora.

[27] Ibid, p. 547.

Um dos interesses de Freud no estudo do caso Dora foi situar a transferência como um componente da análise, mesmo que venha a ter sua aparência velada pela solicitude da paciente. Tal aparência poderia levar a se ignorar a transferência, que molda sua forma silenciosamente e cuja falha no manejo conduz freqüentemente à interrupção do tratamento.

Uma análise pode assim correr o risco de, não reconhecendo a transferência, levar ao abandono do paciente ou deixar de ter contato com um traço mnêmico novo, o qual pode estar ligado a fatos reais. Muitas vezes, as moções pulsionais agressivas que sustentam os sintomas do paciente se transferem para o analista antes que este tenha tempo de separar tais transferências de sua pessoa. Ainda assim Freud considerou que uma análise como a de Dora, por mais fragmentária que tenha sido, possui valores terapêuticos não ignoráveis (1980i, p. 114). Desse modo, o tempo não deveria ser tomado como obstáculo para a Psicanálise, que, historicamente, na relação com as instituições, ficou circunscrita às chamadas psicoterapias breves. Queremos aqui sustentar, nesse argumento de Freud, que o valor terapêutico de uma análise não está somente em sua duração, mas, sobretudo, na existência de transferências devidamente conduzidas.

O trabalho com a transferência acontece, portanto, como que à parte das interpretações e intervenções, mas é sua ocorrência que enseja no sujeito "o sentimento de convicção sobre o acerto das ligações construídas [durante a análise]".[28]Se a transferência não é privilégio da análise, sua presença explica como "se produzem curas da neurose em instituições das quais o tratamento psicanalítico está excluído"[29]. O trecho seguinte, porém, descreve o "clima transferencial" semelhante ao que encontramos no CAPS, diferindo da Psicanálise por não buscar a dissolução da transferência como fim do tratamento.

> (...)se é possível dizer que a histeria não é curada pelo método, e sim pelo médico, e se é freqüente obter-se como resultado uma espécie de dependência cega e de cativeiro permanente do enfermo perante o médico que o livrou de seus sintomas através da sugestão hipnótica, a

[28] Ibid, p.111.
[29] Ibid, p.111.

> explicação científica de tudo isso há de ser vista nas "transferências" que o doente faz regularmente para a pessoa do médico[30].

3.10 Freud, a técnica e as instituições

Os artigos sobre técnica condensam a maioria das elaborações de Freud sobre transferência. Interessante é notar que tais artigos também contêm as principais referências ao trabalho em instituições psiquiátricas. A transferência aparece integrada ao modelo do aparelho psíquico, apresentado na "interpretação dos sonhos". Freud escreveu estes trabalhos no período da dissidência de Jung, tendo assim o cuidado de manter a integridade das regras técnicas que regem a prática da Psicanálise, porém não foi sem um certo período de hesitação que publicou tal trabalho, haja vista a dificuldade de resumir, em regras, uma prática sustentada na singularidade de cada caso, o que poderia levar a simplificar as acepções psicanalíticas. Freud temia que tais regras fossem tomadas como receitas fixas, de resultado objetivo, deixando de lado a multiplicidade de situações a considerar na prática.

No primeiro artigo, *o manejo da interpretação dos sonhos,* Freud não se centra na técnica da interpretação, mas em sua aplicação na análise. O emprego da interpretação dos sonhos deveria, como percebemos no texto, considerar as tarefas mais imediatas do tratamento. Não seria correto sacrificar o trabalho da análise na superfície da mente do paciente (os complexos e as resistências) a um interesse de interpretar um sonho. Vai ficando claro para nós que essa superfície é justamente o que procede da transferência. O interesse pela interpretação dos sonhos durante uma sessão deve contentar-se com um alcance insuficiente deste trabalho diante da totalidade do conteúdo de um sonho. O demasiado interesse em sonhos pode originar resistência, interrompendo uma produção. Não devemos retornar a interpretação de um sonho, "como coisa natural, até que se tenha tornado evidente que nada mais nesse meio tempo abriu caminho para o primeiro plano dos pensamentos do paciente". (1980n, p.122).O

[30] Ibid, p.111.

material da análise vai, portanto, além da produção de sonhos. A interpretação de um sonho no seu total pode na verdade coincidir com o fim da análise, quando outros materiais terão servido de base para a superação da transferência.

Cada fragmento de significado de um sonho deve ser considerado um após outro, até que possamos reuni-los. Os impulsos de desejo que criam um sonho hoje estão certamente presentes em outros. Isto nos leva à conclusão de que, muitas vezes, a melhor forma de interpretar um sonho seja passando a um outro. Freud acreditava que o conhecimento obtido pela interpretação onírica não deveria ser concebido como arte pela arte, ou seja "não é a mesma coisa se o analista sabe de algo ou se o paciente o sabe".[31]

No texto *A dinâmica da transferência* a forma de se conduzir na vida erótica do adulto é compreendida como resultante "da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos".(1980a, p.133). Nem todos os impulsos libidinais completam seu desenvolvimento no psiquismo, dando assim um relativo papel à fantasia na economia psíquica do sujeito. As séries psíquicas formadas pelo paciente facilmente encontram lugar na sua figura do analista, clarificando o que muitas vezes parece insensato em sua atitude.

Neste texto, Freud fala da relação transferencial, retomando novamente o papel da resistência. Ele descreve uma barreira, a qual é ativada durante as associações do paciente que se dirigem para a figura do analista. Freud percebe que o paciente que chega à análise deve ter sofrido introversão da libido dirigida à realidade, aumentando seu direcionamento para a parte inconsciente. Tal fenômeno regressivo traz à tona as imagos infantis. Quando a análise se aproxima dos conteúdos inconscientes, entram em jogo as mesmas forças que fizeram a libido regredir, como resistência às alterações dessa nova organização que é a neurose.

A ocorrência da transferência na análise, mesmo estando relacionada à resistência, permite que venham à tona não só elementos relativos às defesas do ego, como também os provenientes do material recalcado. A distância entre a consciência e

[31] Ibid. P.126.

material recalcado regularia a resistência, mas um dado significativo é a diferenciação da transferência em negativa e positiva, onde a transferência passa a ser só parcialmente uma resistência, e aquela, mesmo se utilizando desta, consiste em algo a mais, ou seja, a transferência substitui a repetição atuada, pela rememoração falada. O manejo da transferência consiste"na influenciação de uma pessoa por meio de técnicas transferenciais", compreensão que se refere a Ferenczi. Assim, anota Freud: "podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência". [32]

Registramos agora uma informação crucial para nossa pesquisa, que é a afirmação de Freud sobre a análise não ser o território exclusivo onde acontece a transferência, ocorrendo também em instituições nas quais não se utiliza a Psicanálise. Citamos aqui na íntegra os dois trechos que consideramos mais importantes sobre a transferência em instituições:

> Não é fato que a transferência surja com maior intensidade e ausência de coibição durante a psicanálise que fora dela. Nas instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com a maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico. Gabriele Reuter, com seus agudos poderes de observação descreveu isso em época na qual não havia ainda uma coisa chamada psicanálise, num livro notável, que revela, sob todos os aspectos, a mais clara compreensão interna (*insight*) da natureza e gênese das neuroses. Essas características da transferência, portanto, não devem ser atribuídas à psicanálise, mas sim à própria neurose.[33]
>
> Pode-se levantar ainda a questão de saber por que os fenômenos de resistência da transferência só aparecem na psicanálise e não em formas indiferentes de tratamento (em instituições, por exemplo). A resposta é que eles também se apresentam nestas outras situações, mas têm de ser identificados como tal. A manifestação de uma transferência negativa é, na realidade, acontecimento muito comum nas instituições. Assim que um paciente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição em estado inalterado ou agravado. A transferência erótica não possui efeito tão inibidor nas instituições, visto que nestas, tal como acontece na vida comum, ela é encoberta ao invés de revelada. Mas se manifesta muito claramente como resistência ao restabelecimento, não, é verdade, por levar o paciente a sair da instituição — pelo contrário, retêm-no aí — mas por mantê-lo a certa distância da vida. Pois, do ponto de vista do

[32] Ibid. P.140.
[33] Ibid. P. 135-136.

> restabelecimento, é completamente indiferente que o paciente supere essa ou aquela ansiedade ou inibição na instituição; o que importa é que ele fique livre dela também na vida real.[34]

Este excerto é bastante claro, ao mostrar a prevalência da transferência negativa em instituições, o que se explica pela ignorância quanto ao fenômeno transferencial. A transferência, estando encoberta nestes locais, trabalha exclusivamente a favor da resistência. A relação do paciente com a instituição pode se tornar de pura dependência. Tudo o que é oferecido a este é uma distância da vida cotidiana. A importância de pensar a transferência nestes casos está justamente em possibilitar ao paciente o desligamento da instituição. Perguntamo-nos de que maneira o CAPS acolhe esta "insensatez" que é a transferência ", ou mesmo como recebe o que escapa à lógica do serviço.

Freud se refere também ao termo "ambivalência", adotado por Bleuler, para explicar a ocorrência lado a lado da transferência positiva e negativa. Tal ambivalência é tanto maior quanto o grau da neurose, e é justamente o que explica a habilidade de pôr a transferência a serviço da resistência. A busca de cura da neurose deve acontecer levando em conta as nuanças do fenômeno transferencial, trabalho a que Freud refere várias vezes como batalha a ser travada:

> Essa luta entre médico e o paciente, entre intelecto e a vida instintual, entre compreensão e a procura de ação, é travada, quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência" e " não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades, mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente. [35]

No artigo técnico seguinte encontramos algumas *recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, em que Freud inicia com o fato de a quantidade de pacientes levar muitas vezes à dificuldade de lembrar informações como nomes, datas, lembranças pormenorizadas comunicadas pelos pacientes. Ele se pergunta então como dominar tantos materiais. A regra seria não se fixar em algo específico, uma atenção "uniformemente suspensa" diante de tudo o que se escuta(1980o, p.150). Quando

[34] Ibid. P.141.
[35] Ibid.P.143.

concentramos demais a atenção acabamos selecionamos o material apresentado com base em inclinações próprias. Isto pode induzir o valor destes sinais ou sintomas, investindo-os de concepções vigentes na instituição. O significado do que se escuta só pode ser identificado posteriormente. O analista deve entregar-se à memória inconsciente. Um texto coerente ficará à disposição da consciência do profissional, enquanto o resto, ainda desconexo, que aparenta estar submerso, vem rapidamente quando o paciente traz à baila algo a que se pode relacionar.

Desta forma, notas integrais durante as sessões psicanalíticas são desaconselhadas. Assim evita-se a seleção arbitrária de material, possibilitando empregar a própria atividade mental na interpretação do que se ouviu. Tomar notas durante a sessão poderia ser justificado pela realização de um estudo científico, contudo, "relatórios exatos de histórias clínicas analíticas são de menor valor do que se poderia esperar. Estritamente falando, possuem apenas a exatidão ostensiva que a psiquiatria 'moderna' fornece-nos alguns exemplos marcantes".[36]

A investigação e seu registro são processos que coincidem com o trabalho analítico, mas, até certo ponto, a técnica exigida pela pesquisa opõe-se à requerida pelo tratamento. Submeter o material analítico a um processo sintético deve ser feito ao final da análise. A análise avança quando não temos "qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta."[37] A atitude de pôr de lado os sentimentos e concentrar-se numa intervenção objetiva como a do cirurgião remete a uma "frieza emocional" justificada por abrir melhor condição de fala e escuta. Por outro lado, uma ambição terapêutica que queira mostrar resultados torna difícil o trabalho com as resistências do sujeito, justamente porque descarta a ação recíproca das forças envolvidas no tratamento.

Freud escreveu também *Sobre o início do tratamento*, onde faz uma analogia da Psicanálise com o jogo de xadrez, em que somente os começos e os finais permitem descrição sistemática e exaustiva, diante das infinitas possibilidades do tratamento em curso. Neste texto, pretende reunir algumas regras para o início do tratamento, as quais

[36] Ibid. P.152.
[37] Ibid. P. 153.

aparentam, em alguns casos, pormenores insignificantes, mas que adquirem importância no plano geral do tratamento. Estas *regras* são consideradas *recomendaçõe*s, já que Freud não reivindica aceitação incondicional para elas como veremos na citação a seguir:

> A extraordinária diversidade de constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica; e ocasionam que um curso de ação que, via de regra, é justificado possa às vezes, mostrar-se ineficaz, enquanto outro que habitualmente é errôneo possa, de vez em quando, conduzir ao fim desejado.(1980m, P.164).

Freud fala de um período preliminar considerado essencial, ao mostrar as possibilidades do tratamento, e o que diferencia esse período da análise propriamente dita é apenas que se deixa o paciente falar quase todo o tempo e só se explica o suficiente para fazê-lo prosseguir.[38] Outro evento deste experimento é o diagnóstico diferencial. Freud não se mostra a favor de conversas preliminares antes do tratamento, alegando conseqüências desvantajosas com relação à transferência, a qual se encontrará previamente estabelecida retirando a possibilidade do analista de acompanhar sua formação.[39] Em virtude da confusão entre Psicanálise e sugestão, acredita-se que a confiança do paciente para o tratamento é essencial, porém Freud dá pouca importância a isso, se comparado às resistências que mantêm firmemente a neurose no lugar. Se a desconfiança é apenas um sintoma, "a análise não exige fé". [40]

Questões de tempo e dinheiro também são importantes pontos citados por Freud. Ele atinha-se "ao princípio de ceder uma hora determinada para cada paciente, que terá a responsabilidade mesmo quando não a utiliza. A experiência mostrou que outra forma é impraticável".[41] Sem dúvida, teremos que nos perguntar por onde passa o valor do tempo e do dinheiro em uma análise de um sujeito atendido no CAPS. Freud ressaltava que a interrupção costuma acontecer quando o trabalho promete ser especialmente importante e rico em conteúdo. Quando isso acontecia, Freud observava um efeito obscurecedor sobre o trabalho ou ainda o risco de se perder a relação com o presente da vida do paciente. Isso o forçava a utilizar atalhos, tornando impossível

[38] Ibid. P.165.
[39] Ibid. P.166.
[40] Ibid. P.167.
[41] Ibid. P.168.

determinar o tempo total de uma análise. Geralmente são longos períodos em decorrência da lentidão com que se realizam as mudanças profundas na mente.

3.11 Da técnica à metapsicologia

O interesse de Freud no texto R*ecordar, repetir e elaborar, é* investigar "a relação da compulsão à repetição com a transferência".(1980p, P.197). Compreende-se a transferência como "um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual".[42] A transferência como repetição mostra a atualidade que devemos perceber nos sintomas e a abrangência que podem ter na vida de um sujeito. A análise procederia de maneira a conduzir a transferência e a repetição por ela veiculada a comparecer no plano da recordação e não da descarga motora. A dinâmica que a transferência parece percorrer no curso de uma análise é descrita aqui por Freud, que aborda o manejo numa perspectiva metapsicológica.

A mobilização da resistência é o processo que se mostra no caráter hostil passível de ser auferido pela transferência, na medida em que a análise avança. Neste momento, o recordar geralmente é interrompido, e abre-se espaço para a atuação. A resistência ganha então peso na determinação do material repetido na transferência, munindo o paciente de armas do passado contra o tratamento, armas que Freud pacientemente acreditava arrancar uma a uma no terreno transferencial. Percebe-se que o sujeito repete os seus sintomas na análise, ou seja, constitui uma neurose transferencial, artificial, a qual é possível tratar na atualidade da análise. Os sintomas não cessam com o início da análise, porque estes pulam para o plano transferencial. A repetição não é vista como fato inédito por Freud, mas possui uma amplitude cada vez maior na teoria. A situação e o cenário tornam-se propícios para se fazer o trabalho de remontar o sujeito ao seu passado. Um acontecimento do passado passa a ser percebido então como força atual. Essa atualidade do sintoma que transparece na transferência é muitas vezes tida como uma produção indesejável dentro do CAPS, porque,

[42] Ibid.p.197.

considerando a política ali atuante, é a redução estatística e visível dos sintomas que é esperada.

Freud parecia satisfeito com sua teoria da cura e achava mais importante trabalhar os obstáculos que aparecem durante a análise, assinalando até o fim a relação entre transferência e resistência, mas também dando outro alcance ao conceito, que passa a ser visto como estrutura organizada pela repetição, evidenciada pela nova teoria pulsional. Após os artigos técnicos e metapsicológicos, Freud silencia sobre sua teoria da cura e o conceito de transferência vai se delineando também com base em diferentes aproximações com elementos da cultura.

3.12 Psicanálise no CAPS: Psicologia das massas?

Na medida em que o projeto no qual se inclui o CAPS remete a uma "atenção psicossocial", nosso tema está imerso numa enfática referência a elementos da cultura, do coletivo, da comunidade, das instituições etc. Tais dimensões precisam de alguma forma fazer parte da compreensão da transferência, que deverá permear ações e cuidados do serviço. As novas políticas de saúde mental, contudo, parecem considerar ter ressuscitado a dimensão social diante das críticas às práticas redutoras ao plano individual e orgânico do sofrimento humano. O próprio modelo da clínica psicológica parece perder espaço aí. Nossa discussão, porém, não se preocupa com a dicotomia entre psíquico e social, porque não parece fazer sentido na compreensão que se tem do inconsciente na obra de Freud. Destacamos elementos para clarificar o campo desta pesquisa, com sustento no significado desse "social" em Freud, tentando encontrar, não uma definição, mas o entendimento para se referir ao CAPS como fenômeno coletivo e individual, em coerência com a ética psicanalítica.

Ao localizarmos nosso objeto ao lado das questões da transferência originadas não só da clínica, mas também da pesquisa de Freud sobre arte, e do vasto campo de interesse da Psicanálise, não podemos simplesmente transferir o divã para o CAPS. De certa forma, o privado e o singular estão diluídos em práticas coletivas que podem evidenciar o sujeito, levando a uma escuta que faça aparecer a transferência. O CAPS entra nesta pesquisa, por um lado, como fenômeno coletivo como os demais investigados por Freud. Por outro, compartilha dos objetivos retirados da clínica, os que

preocupavam Freud em última instância, mesmo em suas aparentes digressões pelo campo do social. Essa é a condição para guardar a lógica com a teoria psicanalítica, quando a finalidade última é ainda pensar a própria clínica.

Numa conferência a respeito da relação entre Psicanálise e laço social, Charles Melman abre para nós o vasto campo do "político" como senda de aplicação do saber psicanalítico. O autor é questionado acerca de se uma prática limitada ao consultório poder lançar luz sobre o campo diferente, vasto e complexo do político. A isso Melman (2000. P.173) responde que "o real que ordena estes espaços é idêntico: é o mesmo impossível que rege o funcionamento psíquico e o jogo social".

Para os que possuem a prática da clínica, parece muito fácil perceber um tipo de relação que não se traduz simplesmente em dicotomias como alma-mundo, individual-social, concepção heterogeneizante do cristianismo. Se, na Psicanálise, dizemos "sujeito", é porque se está sujeito "a" algo, é porque a instância que revela a individualidade está nomeada justamente por uma dualidade, essa referência ao outro. Algo do "diabólico" atribuído à histérica decorre dessa aparência de alma que o inconsciente revela no discurso. A transferência não deixa de ser onde o sujeito é como que obsediado por algo proveniente deste outro mundo. Seria como se cada um tivesse um mundo interiorizado que nos permitisse viver no mesmo mundo.

Sabemos que a instância psíquica responsável pela interiorização das leis e ideais da cultura é o supereu. Mesmo percebendo a ligação entre o funcionamento psíquico e o social, é pelas questões do primeiro que nos interessamos em responder. Com a segunda tópica, porém, Freud constata na clínica que a constituição das instâncias intrapsíquicas são organizadas, desde o princípio, por situações sociais. Como havíamos referido, certas dicotomias não fazem sentido desde Freud, porém continuam sendo reproduzidas, mostrando que uma teoria não se desenvolve no tempo como uma tecnologia.

Não há apagamento de uma fase anterior no desenvolvimento teórico, enquanto a tecnologia parece poder avançar com superações em que algo recente pode se tornar velho. Então, a "velha psicanálise" não teria neste caso nada a contribuir com os moldes atuais de serviços de saúde mental? Interessamo-nos por saber como essa

questão pode ser abordada com origem em Freud num texto de 1921, em que trabalha a "psicologia das massas e análise do eu", sendo a transferência não mais tratada no contexto da cura analítica, como nos artigos sobre técnica, mas no da paixão amorosa, da hipnose e da vida social. A transferência é articulada aqui ao supereu e às instâncias ideais. Embora raras, encontramos referências importantes como esta, que apontam para ocampo dos fenômenos sociais:

> O contraste entre a psicologia individual e a psicologia social ou de grupo, que à primeira vista pode parecer pleno de significação, perde grande parte de sua nitidez quando examinado mais de perto. É verdade que a psicologia individual relaciona-se com o homem tomado individualmente e explora os caminhos pelos quais ele busca encontrar satisfação para seus impulsos instintuais; contudo, apenas raramente e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros. Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social. (FREUD, 1980r, P.91).

O raciocínio analógico de Freud o permitiu fazer a relação entre o fenômeno religioso e a neurose, abrindo vínculos entre campos aparentemente afastados. Dessa forma, a Psicanálise é uma abordagem indispensável para se pensar uma coletividade organizada, como é o caso do CAPS. Como mostra Enriquez (1992, P. 16), Freud fixou

> (...)os elementos que presidem ao aparecimento e à transformação do vínculo social, quer este se teça na sociedade na sociedade global ou nas organizações e nos grupos. Isso demonstra que ela estava convencido de que a psicanálise omitiria o essencial, caso ela não se confrontasse com os problemas da edificação de toda a coletividade humana e com os mecanismos que regem o funcionamento da mesma.

Esta ordem transcendente, fiadora da existência de uma comunidade regida por meio de regras, apóia-se em elementos imaginários que vão modelar a sociedade e fornecer os intervalos que regulam as pulsões e os desejos dos indivíduos e dos grupos. A simples constatação de que conceitos como a identificação, por exemplo, nascem no campo social, nos faz lembrar que não existe indivíduo fora do social. O jogo constante entre desejo e reconhecimento coloca na mão do outro a garantia de um lugar na dinâmica do social, seja este outro o psicanalista, o código diagnóstico ou o CAPS.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: PERSPECTIVAS DO MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NOS CAPS

4.1 A instituição da Psicanálise no CAPS

A Psicanálise encontra-se historicamente relacionada à saúde mental desde o início, enquanto o CAPS, na crista da proposta atual de "desinstitucionalizar", põe para nós a tarefa de refletir como acontece hoje a própria instituição da Psicanálise. A julgar pela simples ocorrência do termo "instituição" na obra de Freud, percebemos seu interesse por discussões que englobam desde as expressões da cultura, como a arte e a religião, até os contrasensos de se pensar a "instituição psicanalítica" ou a Psicanálise acadêmica. Noutra busca de termos percebemos que a palavra "hospital" aparece também em muitos momentos, contudo, é o termo "sanatório" que surge quando Freud se refere a instituições para "doentes de nervos". Assim, pudemos destacar destas referências claras quanto ao manejo técnico no contexto de instituições.

Partimos de problematizações que começaram a se constituir não apenas em nossa experiência de clínica institucional (CAPS). Nos envolvemos em outros serviços da rede pública, como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), onde não se tratava de tratamento psicanalítico, mas que tais espaços também faziam surgir a transferência, o que poderia nos fornecer esclarecimentos sobre nossa atuação nestes espaços. Fomos nos interessando pela a interseção entre transferência e instituição numa articulação essencial com a "cultura", dimensão que justamente produz os sentidos para termos utilizados pelos profissionais do CAPS, como "social", "coletivo", "comunitário", "territorial", "público" e "privado", "acolhimento", etc. Se avançamos excessivamente no uso destas categorias, muitas vezes encontramos o "sujeito" à sombra do "cidadão". Diante disso, alguns autores como Alberti e Figueiredo (2006) consideram uma "aposta" a atitude do psicanalista na saúde mental, que aguarda, com arrimo nos diversos dispositivos do serviço, o surgimento da transferência, para tentar assim proceder a uma análise.

A doscissão sobre a atuação da Psicanálise nos campos do hospital, do ambulatório, e mesmo das organizações, possibilitou que hoje possamos trabalhar com

um mínimo de sustentabilidade teórica. Na década de 1970, a Psicanálise já vinha constituindo uma crescente inclusão profissional nas equipes de serviços de saúde mental. Segundo Katz (1977), foi sua prática que mais contribuiu para o prestígio das psicologias institucionalmente. Esta inscrevia o sujeito sem a violência dos métodos clássicos da psiquiatria (choques, isolamento), nem os enclausurava nas concepções do eugenismo e do racismo. A industrialização do País fez, portanto, o cenário do destaque das psicologias em grandes centros urbanos. Na época, chegou-se a concluir que as ações destas só teriam sucesso levando-se em consideração determinadas condições sociais de produção.

A década seguinte marcou um passo importante na organização das legislações de saúde. Desenvolveu-se a proposta de um Sistema Único de Saúde que prezava como vimos, os princípios de eqüidade, universalidade e integralidade. Na saúde mental, este modelo influenciou a formação dos CAPS, que aparecem em sua fotografia panorâmica como unidades psiquiátricas que tentam se constituir como coletividade científica. A visão holística da saúde mental que ganhou mais espaço desde o aparecimento do SUS em 1988, lançaram aos CAPS seu texto desenvolvido através de idéias que propõem romper com a lógica do sistema de saúde anterior. A relação da Psicanálise com as instituições trouxe consigo "um certo número de queixas empíricas, do psicólogo que deseja ser psicanalista e encontra dificuldades tão cerradas para sê-lo, que as reflete muitas vezes de modo bastante amargo." (KATZ, 1977, p. 9).

Considerando a epistemologia de Bachelard, segundo a qual "o objeto de uma ciência não existe de modo natural"[43], no primeiro capítulo, intitulado "A (não) teoria da questão" a definição do problema de "como se chega a ser psicanalista", ou seja, "o acesso da profissão de psicanalista para psicólogos brasileiros" revela "algumas facetas do relacionamento entre Instituição e Poder" .[44] Constatamos, por exemplo, que o objeto privilegiado pela equipe de um CAPS tende a ser mensurável e localizável, seja ele o diagnóstico oficial das doenças mentais, ou a quantidade de internações e informações diversas do dia-a-dia do serviço, em que, "atender é sinônimo de despachar, e grupo é simplesmente uma questão de quantidade".(FIGUEIREDO, 1997, p. 47).

[43] Ibid. P.12.
[44] Ibid. P.11.

Na preocupação, por exemplo, de tornar o atendimento psicológico mais acessível e útil a uma faixa mais ampla de nossa população, práticas psicológicas que visam ao coletivo se unem à saúde mental, fazendo lembrar a Psiquiatria comunitária, não mais com uma "psiquiatrização do social", mas possivelmente uma "psicologização" deste social, atuando com enfoque preventivo, numa perspectiva de saúde pública (TENÓRIO, 2002). É verdade que o caráter preventivo e educacional da saúde mental no Brasil promoveu certa abertura para a Medicina, mas, para a Psicanálise, constitui um problema para a transferência, a qual não podemos antecipar seja por uma exigência de produtividade ou de profilaxia (FIGUEIREDO, 1997). A principal contribuição da psicanálise é a constituição de um psíquico, função organizada primariamente pelo inconsciente, e que, secundariamente, promove a inscrição do sujeito na cultura, pela castração. O campo do psíquico, mesmo permitindo generalizações, não é, como vemos em Freud, governável. Quanto ao seu funcionamento e mecanismos, uma característica descrita pela Psicanálise é que o psíquico não se adequa às tentativas de normalização estatística.

Ppontos de contacto e divergência entre Psicologia clínica e Saúde pública sugerem que a Psicologia comunitária tem objetivos mais próximos dos citados pela Organização Mundial de Saúde - por suas preocupações comuns com as relações entre os sistemas de organização social e o funcionamento individual, e com o desenvolvimento de sistemas sociais condizentes com as necessidades humanas. Outra perspectiva é a de que certas terapias, neste caso, comportamentais, estão em maior consonância com o saber psiquiátrico. E no discurso acadêmico escutamos ainda, que à "instituição" de terapias de grupo alternativas, "atenderiam" mais "adequadamente" as demandas do CAPS, requisitando para si, a maior adequação ao modelo proposto.

A clínica ficaria relegada ao passado, como algo superado, na Psiquiatria, pela Farmacologia, e na Psicanálise, pela Psicologia social e comunitária. A pergunta sobre que teoria estaria mais preparada para atuar neste campo se torna uma posição política a se considerar. Devemos lembrar que no trabalho *Linhas de progresso da terapia psicanalítica* Freud (1919) propõe a extensão da psicanálise às camadas mais pobres da população, por intermédio do trabalho de psicanalistas em clínicas e instituições públicas**.**

3.2 O manejo da transferência por meio da equipe

Deparamo-nos com os CAPS, onde a chamada atenção psicossocial, que se converteu na cartilha legisladora da assistência pública aos transtornos mentais graves, busca desenvolver-se a partir de um paradigma caracterizado pela ampliação dos tipos de intervenção. O diálogo entre as multidisciplinas ali existentes devem lever ao "resgate dos laços de pertencimento social do paciente" (TENÓRIO,F e ROCHA, C, in: *Psicanálise e saúde mental*: uma aposta, 2006, p.56). O campo da Psiquiatria, oriundo da Medicina e da tradição clínica, divide os serviços hoje com outras disciplinas. No dia a dia do trabalho, contudo, a Psiquiatria ainda se mostra muitas vezes influenciada simplesmente pela bioquímica, centrada no tratamento farmacológico e pelas psicoterapias, no geral, do tipo cognitivo.

O manejo da transferência nos centros de atenção psicossocial remete a um habitat diferente da clínica "tradicional" ou "privada". A idéia de "clínica psicanalítica" põe para nós, de saída, o problema de as condições encontradas no CAPS diferirem, sem dúvida, desta, o que muitas vezes enseja objeções à prática nestas unidades. Por exemplo, profissionais se referem à ausência, no caso do CAPS, destes três elementos: dinheiro, tempo e divã. O que importa, porém, é que, aquilo que supostamente inviabilizaria a Psicanálise nos CAPS ressurge metaforizado pelo sujeito e encontra lugar na transferência. Quais seriam os cuidados recomendados numa "aplicação" da Psicanálise num contexto "exógeno", ou seja, fora da clínica e de seus pilares próprios? Não se trata, porém, de uma simples Psicanálise aplicada, ressaltando para nós o contato com um modelo assistencial que leva a um manejo específico da transferência.

Os desafios para nossa atuação estão sem dúvida em preservar certa harmonia com o eixo político do CAPS, pois necessitamos de um organizador das racionalizações ali presentes que seja algo além do dado epidemiológico. Isso raramente está claro para a equipe, pois as representações_ médicas, sociológicas, psiclógicas etc_ não são acompanhadas da reflexão sobre os processos que as estruturam. Como mostra Katz, (1977 p.13), "o método exige que o processo produtivo seja precedido de uma problemática" que se funda "numa dúvida específica pelo objeto a conhecer...". Um objeto só pode ser considerado dentro do seu próprio processo de produção específico de uma determinada disciplina, definindo o que lhe é pertinente. Um dos serviços em

que trabalhmos oscilava entre intervenções originadas em equipe, e individualmente, sem referência clara sobre as formas de exercer a interlocução.

O CID 10 e DSM IV, como vimos, são a moeda corrente das trocas estabelecidas entre os profissionais para organizar minimamente o trabalho, mesmo não tendo sido cunhados no terreno das disciplinas que formam a equipe do CAPS. O que se pretendia em cada encaminhamento expressava muitas vezes a incompreensão sobre as atividades de cada profissional da equipe.

Muitos termos passaram a ter uso corriqueiro e a ser integrados a sistemas teóricos e práticas sociais. A própria Medicina passou a utilizar, por exemplo, o vocábulo "psicossomático" e seus derivados, embora tenha produzido uma compreensão considerando apenas um referencial. Se a psicoterapia psicanalítica, no entanto, encontrou lugar nas instituições de saúde desde essa época, a especificidade do trabalho psicanalítico no CAPS extrapola esta perspectiva, centrada nos atendimentos clínicos padronizados. Atualmente, nossos atos incluem não apenas o usuário do CAPS, mas seus membros familiares, a comunidade em geral, desde a rede de saúde até outros dispositivos sociais.

O centro da problemática parece saltar da clínica para a ética, que embasa não só os atendimentos clínicos, mas também a convivência no cotidiano do serviço. Nosso trabalho envolve uma teia de relações que não se reduzem mais ao paciente e, em alguns casos, sua família, como já ocorre na clínica privada. Os múltiplos fatores envolvidos neste modelo fazem a transferência circular numa rede social onde cada um terá que se situar diante da castração. O psicanalista, como sujeito de linguagem, também é integrante desta teia. Ele ocupa seu lugar, sem se ausentar, mas muitas vezes faz remeter ao vazio. Em alguns trabalhos com os quais tivemos contato, toma-se o caminho da Teoria dos Quatro Discursos, que fazem laço social, de Lacan, para traçar uma estrutura que permita considerar o discurso dentro do serviço, identificando diferenças. Nossa escolha segue a direção da produção do saber sobre o inconsciente, que, desde Freud, é o componente humano que integra psiquicamente indivíduo e sociedade. A Psicanálise hoje passa a ser discutida não apenas como profissão, mas como suporte teórico e ético para se pensar a saúde mental.

A política dos CAPS propõe às profissões ali atuantes uma maior consideração quanto a grandeza social da subjetividade. Diante disso, a transferência, condição do trabalho psicanalítico, também o será no trabalho em equipe, devendo ser considerada desde uma escuta individual até as diversas atividades grupais. Se essa transferência é endereçada aos membros da equipe, dos quais se demanda um saber, é ao sujeito que devemos nosso referencial de trabalho. O psicanalista deverá pensar a transferência além do espaço clínico, pois seu aparecimento, ou mesmo reconhecimento, dependerá principalmente da dinâmica do atendimento pela equipe de trabalho. Teremos que, de certa forma, delinear uma "transferência de trabalho", para ter um terreno onde, convivendo, possamos permitir o aparecimento de demandas em que o sujeito põe "em suspenso as urgências de seu sofrimento em seu pedido de cura ou de uma explicação sobre a causa de seus males". (FIGUEIREDO,1997, P.124).

4.3 Do diagnóstico à psicopatologia: criando a interlocução no CAPS

Não é a todo fenômeno que se dará importância no trabalho em equipe, ainda menos àquele que se repete no tempo. O "mesmo" para a Psicanálise é, contudo, fundamental e novo, e isso origina certa incompreensão e confusão entre: psicologias experimental, psicologia introspectiva, filosofia do espírito, neurofisiologia etc. A diferenciação que constitui o específico da Psicanálise é o uso fundamentado da transferência, considerada em geral como um ponto de ruptura lógico, um apêndice de sintoma para o qual em instituições se busca muitas vezes simplesmente a remissão. Atualmente, a transferência na saúde mental seria a atualização de um sintoma que não interessa a não ser isolado numa caracterização nosográfica, com pequenas alterações no tempo, ou mudanças do diagnóstico. Quando as fronteiras entre a Psiquiatria e a Psicanálise eram mais permeáveis, certa compreensão clínica ainda considerava o aspecto "dinâmico" do psiquismo.

Para Freud, o trabalho clínico ocorreria com origem no fenômeno da transferência, que abre uma passagem para o inconsciente, no qual, como um cirurgião, podemos operar um efeito. Aquele que foi sujeito, ou efeito do inconsciente, dentro de um processo de análise e formação, abre acesso para os que ainda não tiveram esta experiência, seja num atendimento clínico, nas diversas modalidades que o CAPS

oferece ou na transmissão em equipe etc. O campo desta pesquisa situou portanto a transferência como o vínculo social permitido pela linguagem, que engloba a prática da clínica e as diversas ações do CAPS, visando possibilidades de transmissão daquilo que a Psicanálise opera.

O cenário das dificuldades enfrentadas pelos psicanalistas ao exercerem uma prática nas instituições aponta para os encontros e desencontros entre o discurso psicanalítico, o repertório médico e as razões da reforma, levando-nos ao problema da direção do tratamento psicanalítico no espaço coletivo. A primeira exigência para se considerar a transferência no CAPS é recorrer à psicopatologia como saber organizador do trabalho em equipe. A psicopatologia é crucial para que se aborde também o sentido a que o psíquico parece ter sido reduzido. Do lado da Psiquiatria, este se resume basicamente ao neuroquímico, mental, cerebral e, no das outras práticas, ao "social" ou "coletivo", justificando de uma maneira própria o termo "psicossocial" e veiculando uma noção de subjetividade que privilegia a determinação social do singular, numa dicotomia que parece suprimir o individual. (TENÓRIO,F e ROCHA, C, in: **Psicanálise e saúde mental**: uma aposta, 2006).

A psicopatologia subjacente à atenção psicossocial tem como objeto aquilo que extrapolou um limite de normalidade do psíquico, que, além da produção de sintomas, se caracterizaria pela impossibilidade de manter vínculos sociais satisfatórios. Sabemos, contudo, que principalmente nos casos da psicose, por exemplo, não devemos apenas reconhecer o momento visível da ruptura com o mundo, mas aquele modo de funcionamento que certamente nunca se adequará ao que se espera geralmente de uma reinserção social. As conseqüências do modelo psicossocial para a psicopatologia conduz alguns autores a "ressituar o valor de uma certa psiquiatria clínica"[45].

Se os quadros clínicos clássicos advêm da maior quantidade e nitidez de sintomas de determinada doença, muita que coisa não é considerada influenciando na eficácia das condutas. Lembramos a atitude de Freud que incluiu em suas pesquisas o funcionamento dito "normal", como do grupo dos mesmos problemas que a psicopatologia se interessa. As explicações fisiológicas não são suficientes para a

[45] Ibid. p.56.

compreensão da variedade de sintomas que fazem o campo da psicopatologia. Os sonhos, principal exemplo disso, foram elevados a algo maior do que reações "anímicas" a excitações somáticas. O suposto absurdo destas reações não desqualifica os sonhos de sua importância para a Psicanálise na compreensão dos mecanismos psíquicos.

Freud, criador da Psicanálise considerava essencialmente as ligações entre o saber que formulara acerca das patologias psíquicas e outros saberes, até mesmo por não restringir a prática da Psicanálise aos médicos, nem reduzir a formação psicanalítica a uma residência médica. A psicopatologia pode assim permitir não apenas um diálogo com a Psiquiatria como em nossas experiências no CAPS, mas entre as disciplinas que figuram no CAPS. Dessa maneira, se o campo da atenção psicossocial deve ser inclusivo, ou seja, receptivo às mais variadas compreensões de sujeito, longe de ser uma indeterminação, deve reabrir certas questões que a Psiquiatria deixou de lado, permitindo condições de atuação antes excluídas deste campo.

A psicopatologia torna-se, então, uma das estratégias de edificação da Psicanálise e do próprio campo de fenômenos vivenciados nos CAPS. Muitas vezes é preciso perceber os fenômenos mais discretos juntamente a essa compreensão da transferência, por exemplo, que mais claramente estabelecida nos casos de neurose, mas pode se dar das mais variadas formas em qualquer estrutura, necessitando de um tempo para constituir-se.

Trazendo nossa experiência, lembramos do psiquiatra de um CAPS que certa vez reconheceu, conversando conosco sobre Psicanálise, que tudo o que sabia sobre psicose paranóica decorria do estudo de Freud sobre os relatos de Schereber. Para Freud, a Psicanálise destinava-se ao tratamento das neuroses, mas, com relação a quadros mais graves de psicose, conseguiu pela primeira vez na Medicina uma visão geral de suas origens e mecanismos. Para nossa surpresa, tal profissional afirmou que preferia estudar sobre uma droga nova a ler sobre psicopatologia. Com isso, tornou-se mais claro ainda que a desconstrução da demanda psiquiátrica, medicamentosa, por uma escuta que levasse a uma subjetivação, sem negar a Psiquiatria, e muitas vezes dando espaço para a fala sobre o fármaco, configurou parte essencial de nosso trabalho. O diálogo sobre psicopatologia com o psiquiatra referido foi iniciado, permitindo inclusive

que fôssemos chamados a participar de alguns atendimentos, em que se realizava uma rápida apresentação do quadro clínico do paciente, enfatizando os sinais clássicos, ou seja, os mais nítidos ao esquema semiológico psiquiátrico.

Havia dois psiquiatras, em um dos CAPS em que trabalhamos, revezando-se durante a semana, sendo que nas quartas feiras o Serviço de Psiquiatria não funcionava, salvo algumas práticas, como "transcrições de receitas médicas", consideradas aplicáveis pela equipe a fim de sanar um dos problemas da demanda. Um dos profissionais da Psiquiatria se mostrava contra a esta prática das transcrições, mas acreditava que nada podia fazer diante da decisão da Coordenação do Serviço. Em sua cega preocupação com a produção, a coordenação muitas vezes subverte a horizontalidade entre saberes, instaurando uma nova autoridade. A pluralidade dos saberes sobre o psiquismo nos remete à situação do CAPS, em que vários profissionais convivem e compactuam com a tentativa de unificar o plural, ou até homogeneizar o singular. Isso é perfeitamente compreensível, na medida que "um campo teórico só mantém sua racionalidade quando exclui de seu sistema de regras o que o perturba intrinsecamente..." (KATZ, 1977, p.14).

Para falar do caso de uma paciente por volta de 30 anos, que sofria com desmaios, trazemos agora uma situação em equipe. Pudemos presenciar tais crises várias vezes durante os atendimentos. Este sintoma parecia poder articular-se à sua história, desde de situações de sedução relatadas até outros elementos de seu discurso. Após a morte da mãe, teve que trabalhar como doméstica, ficado assim "desprotegida e exposta a estas situações". Tal paciente vinha sendo atendida naquele serviço há mais ou menos três anos, e já havia passado por dois profissionais de Psicologia até ali. Existia dessa forma uma "compreensão", ou familiaridade com o caso por parte dos outros profissionais que testemunharam este período, e ainda faziam parte da equipe. Era também considerada pelos funcionários do CAPS como alguém que "quer platéia". Tais testemunhas não se privavam de comentários cuja cristalização e imaginarização pareciam pedir um questionamento do que parecia ter se estabelecido como a verdade.

A paciente desmaiava com freqüência durante o atendimento, e ao acordar, associava com dificuldades sobre tal situação. Um profissional, que estava na Coordenação, e, portanto, fazia parte da equipe de técnicos de nível "superior", pediu-

me certa vez que fizesse o seguinte "teste": eu deveria pressionar uma região bastante sensível das pernas da paciente enquanto estivesse desmaiada, o que causaria bastante dor, com a finalidade de saber se tratava-se de um piti, uma simulação. Sabemos que Freud retornou diversas vezes à objeção de que a transferência seria produzida pela análise, opondo-se claramente a esse pensamento, ao constatar a existência do fenômeno em outros tipos de tratamento, como em instituições, que não utilizam o método psicanalítico. Tal situação nos remeteu imediatamente à pré-história da Psicanálise, onde a histeria ainda estava para ser incorporada ao saber psiquiátrico para depois se diluir em nosologias como o transtorno dissociativo.

Além disso, o absurdo do teste implicaria no protótipo de realização da fantasia de sedução. Como então lidar com esta situação em que um colega de equipe nos chega com tais concepções e sugestões? Uma vez que se constate ser um piti, o que não podia ser assegurado pelo "teste", qual o valor e função desta constatação para os fins do tratamento? O lugar de idéias sobre o psiquismo baseadas na constatação empírica remete a noções que se organizam com o intuito de exercer um poder-saber sobre um objeto sem indagar-se pelo que lhe é próprio, particular, que emerge como diferença naquela repetição. Como mostram Birman e outros (1982, p.33), este é o campo dramático em que Freud vai investir o dispositivo analítico, como uma articulação que visa a estabelecer o sentido num emaranhado aparentemente irracional, a instalar a verdade naquilo que é comumente colocado como invenção e como capricho. Isso mostra claramente uma ideologia e as dificuldades de realizar o trabalho psicanalítico diante de certas "interferências".[46]

É comum uma rejeição de "acolher o inédito" da transferência, como efeito de uma resistência que se mostra na cristalização das normas e procedimentos, e na fixação de verdades úteis. Nosso trabalho implica também, como diz Leite (2003, p.40), uma "desconstrução de formas identificatórias e transferenciais do analista em relação à

[46] "Longos debates preliminares antes do início do tratamento analítico, tratamento prévio por outro método e também conhecimento anterior entre o médico e o paciente que deve ser analisado, têm conseqüências desvantajosas especiais, para as quais se tem de estar preparado. Elas resultam em o paciente encontrar o médico com uma atitude transferencial já estabelecida e que o médico deve, em primeiro lugar, revelar lentamente, em vez de ter a oportunidade de observar o crescimento e o desenvolvimento da transferência desde o início. Desta maneira, o paciente obtém sobre nós uma dianteira temporária, que não lhe concederíamos voluntariamente no tratamento"."Sobre o Início do Tratamento." (FREUD, 1980m, p.166).

instituição", favorecendo assim, diante de uma elaboração dos fatores institucionais, a abertura de um espaço para a "construção da experiência psicanalítica com o sujeito" (p.41). O exemplo do piti incide no manejo da transferência em situações de interseção profissional, mas a Psicanálise faz diferença porque sua prática trabalha com a linguagem de uma forma a ressaltar a fala como constitutiva do sujeito. Nenhuma outra prática do CAPS ressalta a fala de maneira tão exaustiva e aprofundada quanto a Psicanálise.

O que deve ser considerado em nossa prática da clínica é a transferência, essa irrupção da "insensatez" do sujeito cuja expressão "chama atenção" para o que não se pode suportar. Justamente Freud concebeu a maioria das transferências institucionais como se dando na modalidade negativa, resultado da surdez de um campo excluído da saúde mental, a saber, o terreno do inconsciente e sua linguagem. A ação clínica da Psicanálise só existe considerando as peças que formam aquela história particular, montagem determinada pelas palavras.

Com relação aos CAPS em que trabalhamos, percebemos que, quando a transferência não se integra ao trabalho, ou seja, não aparece, por exemplo, como fenômeno-chave do processo analítico, ou não se discute seus aspectos em equipe, ela se esconde muitas vezes por trás do sintoma que o paciente mantém com o CAPS. A importância do reconhecimento da transferência em instituição, tantas vezes citado por Freud em sua obra, nos lembra que as ciências em geral se contentam em dissimular o vazio que as possibilita. A realidade e sua representação constituem, portanto, coisas distintas, sendo que o sistema de representações da ciência obedece a certas regras postas na relação com este real. Assim a estruturação de um objeto tem um tempo atual, por onde ele se oferece à percepção, e outro virtual, com função estruturante por onde todos os estados perceptivos serão atribuídos de significação ou considerados externos aos interesses do sistema teórico. O segundo tempo é considerado, então, uma ausência estruturante, sobre a qual a Psicanálise está aparelhada para lidar (KATZ, 1977).

O manejo da transferência visa a um laço entre membros da equipe de trabalho que possibilite o fazer clínico e a produção de saber conseqüente. Neste sentido, não cabe ao profissional escolher com quem quer trabalhar, mas, na medida em que uma demanda nos é dirigida, deixar que o sujeito nos escolha. Portanto, a clínica é

aquilo que do sujeito tem algum endereçamento a nós, em que, muitas vezes de uma forma dispersa e variada, temos que sustentar a transferência numa demanda de fala. E esta é a convivência privilegiada do CAPS em sua variedade de serviços, sendo no coletivo que a clínica se faz. Os diversos tipos de grupos, por exemplo, realizados em um CAPS remetem a uma dimensão específica da fala, onde visamos à transferência como uma função que salta entre os membros, servindo pela via coletiva a uma elaboração singular. Desse modo, é pela via da transferência de trabalho e da construção do caso, com sustentação nos elementos dados pelo sujeito, que ocorre o trabalho em equipe.(FIGUEIREDO, 2005).

Outra experiência do nosso estudo foi com a profissional da Terapia Ocupacional, que nos trouxe muitas reflexões quanto ao uso das expressões artísticas na saúde mental. Isto possibilitou posteriormente a organização de uma proposta de trabalho com alguns pacientes atendidos pelos dois profissionais. Decidimos iniciar estudos de psicopatologia começando pelos trabalhos de Freud sobre a histeria. Em virtude das características dessa estrutura psíquica, tal estudo foi importante ao evidenciar a plasticidade da transferência e seu papel na relação profissional-paciente. Além disso pudemos embasar melhor a compreensão das categorias diagnósticas, levando a encaminhamentos mais claros. A transmissão de um código comum, como o diagnóstico, pôde assim encontrar na psicopatologia algo a mais sobre a loucura.

Alcançamos, também neste contato com as oficinas do serviço de Terapia Ocupacional, o reconhecimento de um lugar privilegiado, mas pouco valorizado, desta atividade no CAPS. A possibilidade de utilizar a produção estética para a eleição de um objeto que mobilizasse a fala ofereceu opções de várias parcerias dentro do CAPS. A fala pôde ser trabalhada na sua relação com diferentes níveis da experiência do sujeito. Esta lógica nos leva a considerar que a transferência está situada em toda atitude do sujeito perante o outro ao qual supõe o poder de curá-lo, não sendo necessário um arranjo artificial que enseje sua ocorrência. A referência epistemológica, embora não trabalhada aqui, está no horizonte desta discussão, pois se trata de compreender também o que demarca as fronteiras e a permeabilidade entre as disciplinas que configuram o serviço, podendo articular, dessa forma, um diálogo entre a Psicanálise e a cultura médica que constitui o CAPS.

4.4 O reconhecimento da transferência

Os principais pontos retirados de nossa leitura da obra de Freud relacionam-se de maneiras diversas ao contexto que o CAPS nos apresenta. Tais pontos foram conclusivos para esta pesquisa e trouxeram esclarecimentos para o problema investigado, de maneira mais ou menos direta. Por outro lado são questões que apontam para nossos futuros interesses de trabalho e pesquisa sobre a Psicanálise nos CAPS. A constatação de que, nas obras de Freud, a transferência remete a vários outros fenômenos nos indica que, para reconhecê-la numa instituição, devemos atentar para aquilo que no sujeito busca expressão em meio àquela multiplicidade muitas vezes confusa.

Por exemplo, Freud percebe sobre o caso Dora que esta "*atuou* uma parte essencial de suas lembranças e fantasias, em vez de reproduzi-las no tratamento"[47]. Tivemos a oportunidade de reconhecer no trabalho no CAPS uma proporção inversa entre reconhecimento da transferência e atuação no jogo cotidiano do sintoma. Este é um ponto em que formulamos a pergunta: se a transferência não é reconhecida em instituições de saúde mental, o regula a demanda no CAPS? O medicamento será o único componente que faz esta liga?

Em que consistiria esse reconhecimento da transferência para Freud? Ele não deixou de lembrar o incômodo que a transferência causa, levando certas posições que a consideram simplesmente um obstáculo ao trabalho, ou mesmo a expressão de danos causados pela análise. Considerando que nem obstáculo nem dano haveria, Freud não reconhecia também qualquer trabalho excedente, seja para o analista ou para o paciente. As transferências já se mostram para outras pessoas como para a figura daquele que se destina a escutá-lo. As moções[48] transferidas ao profissional têm valor técnico, pois:

---

[47] Ibid, p.113

[48] A expressão "moção pulsional" aparece constantemente neste caso clínico. Procurando seu significado, o termo "triebregung" designa "a pulsão sob o seu aspecto dinâmico, quer dizer, na medida em que se atualiza e se especifica num estímulo interno determinado". A transferência é a emergência de uma moção pulsional dirigida ao analista, que pode surgir no sonho, na fala, e mesmo na atuação. (LAPALANCHE ; PONTALIS 1983, P. 363) .

> (...)mediante sua conscientização elas são aproveitadas para fins de análise, e com isso a transferência é repetidamente aniquilada. A transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente[49].

.

Embora nosso interesse seja sobre o lugar que o sujeito nos situa na transferência, a elaboração do caso em equipe, que é um dos pilares do trabalho no CAPS, inclui discussões provenientes, não só dos atendimentos individuais, mas também das outras atividades realizadas pelos profissionais. Dessa forma, nossa especificidade é buscar espaço naquela coletividade, para constituir uma certa receptividade ao trabalho analítico. Uma forma para tentar alcançar isso seria, então, evidenciar as expressões da transferência e tomá-las como recurso, não apenas terapêutico, mas de trabalho e estudo também.

Freud não deixa de acentuar, como vimos, o caráter negativo da maioria das transferências constituídas na instituição, lembrando inclusive a maior aptidão destas para lidar com estados patológicos agudos. Isto se explica pelas instituições geralmente não possuírem dispositivos que considerem a evolução da transferência ao longo de um tratamento, nos altos e baixos da repetição, considerando que a manifestação aguda já dificulta, por si, a criação de vínculos de qualquer espécie. Talvez, por isso, o fármaco seja o primeiro passo da esperada "adesão" do sujeito ao serviço.

4.5 Da política à vocação do CAPS

Um dos CAPS onde trabalhamos cobre uma unidade microrregional do Estado do Ceará, que compreende o total de nove municípios. 165 pacientes provenientes destes municípios devem ter seus atendimentos registrados mensalmente, coma finalidade de obter as autorizações para procedimentos de alta complexidade (APCS), as quais viabilizam o pagamento dos profissionais. Na época em que coletamos tais dados, 25 destes pacientes recebiam o cuidado do tipo intensivo, sendo a maioria

[49] Ibid, p.111-112.

diagnosticados como psicóticos. Certa vez, um dos psiquiatras da unidade referiu que tais usuários, por último citados, não vinham sendo tão bem acompanhados no CAPS como o seriam em um hospital.

A instituição psiquiátrica que tomava como referência era onde dava plantões, um hospital psiquiátrico de Fortaleza-CE, cuja construção datava do início do século XIX. Tal observação, feita diante da equipe, causou furor entre os membros, que não concebiam uma tal observação proveniente da experiência desenrolada numa instituição dentro dos moldes da Psiquiatria clássica. O fato é que a equipe precisou reconhecer o fato de que os pacientes que freqüentavam o CAPS, diariamente, eram de certa forma esquecidos, deixados de lado, já que a demanda diária do serviço levava a uma saturação do trabalho interno, ficando toda a atenção para uma prática quase ambulatorial. Foi assim que percebemos a existência de pacientes que não recebiam atendimentos clínicos já há um tempo considerável.

Um paciente intensivo, por exemplo, que não apresentasse nenhuma alteração preocupante, dificilmente era atendido pela Psiquiatria numa consulta periódica, limitando-se ao convívio na unidade, que muitas vezes simulava um esgotamento da demanda. A proximidade e a convivência com tais pacientes pareciam nublar o foco clínico, que não podia assim abrir espaço para que velhos sintomas fossem considerados de maneira mais distanciada.

Diante dessa vocação pelos estados agudos faz-se urgente o reconhecimento do fenômeno transferencial dentro da instituição, como elemento fundamental na oferta do “cuidado” além do “tratamento”. Enquanto o primeiro se refere a algo mais contínuo, como o fazer da equipe, o último se adequa às formas mais graves de sintoma, com as quais a Psiquiatria estaria mais aparelhada para lidar. A visão psiquiátrica dos transtornos mentais, sobretudo da esquizofrenia, distanciou por exemplo, a compreensão da psicose fora do surto, tornando a estrutura psíquica e a transferência algo secundário na saúde mental. Ao mesmo tempo em que a psicanálise é uma técnica, contudo, ela também é um saber sobre o inconsciente, que pode evidenciar a transferência, e, juntamente com esta, a maneira própria de o sujeito constituir vínculo com os profissionais do CAPS

Suportar pelo menos reconhecer as transferências no cotidiano do CAPS pode levar a outras produções diferentes do sintoma e da cronificação. Um objeto artístico ou uma fala pode levar a uma análise, ou mesmo trazer a transferência para ser refletida em equipe, avaliando as ações específicas que suas demandas suscitam. O reconhecimento desta transferência pode nem sempre implicar uma intervenção psicanalítica, mas pode constituir uma "in-ter-venção" da teoria essencial na constituição do campo dos CAPS.

REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, Sonia; ELIA Luciano (org.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ALBERTI, Sonia; FUIGUEIREDO, Ana Cristina (Org.). **Psicanálise e saúde mental:** uma aposta. Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2006.

ASSOUN, Paul-Laurent. **Introdução à epistemologia freudiana**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

BACHELARD, Gaston. **O racionalismo aplicado.** Rio de Janeiro: Zahar editores, 1977.

BAREMBLITT, Gregório. **Cinco lições sobre a transferência.** São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

BEAUCHESNE, Hervé. **História da Psicopatologia.** São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BASAGLIA, Franco**. A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico**.** Trad. Heloísa Jahn, Rio de janeiro: Graal, 1985.

BIRMAN, Joel. NICÉIAS, Carlos Augusto. **Transferência e Interpretação.** Rio de janeiro: Editora Campus, 1982.

BRAUNSTEIN, Nestor. **Psiquiatria, teoria del sujeito, Psicoanálisis (hacia Lacan).** México: Siglo vintiuno, 1987.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a Saúde Mental. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo,
v. VI, n. 1, p. 13-25, março 2003.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica:** poder e importância do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.

ENRIQUEZ, Eugéne. **A organização em análise.** Petrópolis: Vozes. 1997.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas Confusões e atendimentos imperfeitos:** A clínica psicanalítica no ambulatório clínico. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997

_____. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial**. Mental**, Barbacena, v.3, n.5, nov 2005.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da clínica.** Trad. Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária: 1998

FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira. Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago. 1980.
_____. **A dinâmica da Transferência.** (1912) [1980a].
_____. **Conferências Introdutórias de Psicanálise.** (1916) [1980b].
_____. **A Interpretação dos sonhos.** (1900) [1980c].
_____. **Prefácio à tradução de *la sugestion* de Bernheim.** (1988-9) [1980d].
_____. **As neuropsicoses de defesa.** (1984) [1980e].
_____. **Estudos sobre histeria.** (1893) [1980f].
_____. **A sexualidade na etiologia das neuroses**. (1898) [1980g].
_____. **Psicopatologia da vida cotidiana.** (1901) [1980h].
_____. **Fragmento de análise de um caso de histeria.** (1905) [1901i].
_____. **Notas sobre um caso de Neurose Obsessiva**. (1909) [1980j].
_____. **Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides).** (1911) [1980k].
_____. **Cinco lições sobre psicanálise**. (1910-1909) [1980l].
_____. **Sobre o Início do Tratamento**. (1913) [1980m]
_____. **O manejo da interpretação dos sonhos.** (1911) [1980n]
_____. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. (1912) [1980o].
_____. **Recordar, repetir e elaborar.** (1914) [1980p].
_____. **Observações sobre o amor de transferência**. (1915) [1980q].
_____. **Psicologia das massas e análise do eu.** (1921) [1980r]

GAZZOLA, Luiz Renato. **Estratégias da neurose obsessiva.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar,2002.

KATZ, Chain Samuel. **Psicanálise e Instituição.** Rio de Janeiro: Editora Documentário.1977.

LACAN, Jacques. "**A ciência e a verdade**". Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor,1998
_____.**A querela dos Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor,1989.

_____. **A ética da Psicanálise** Livro 7. Seminário. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 1988.
_____. **Seminário 17 – O avesso da Psicanálise (1969-70).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LAPLANCHE, J; PNTALIS, J-B. **Vocabulário da Psicanálise.** 11ª ed. São Paulo : Martins Fontes, 1983.

LEITE, Sonia. "Do acolhimento institucional à experiência psicanalítica". **Documentos.** Revista do Corpo Freudiano do Rio de Janeiro. Ano IX - número 21_ Novembro 2003.

MANNONI, Maud. **Psiquiatria, seu "louco" e a Psicanálise.** Rio de janeiro: Zahar Editores, 1981. 2ª ed.

MELMAN, Charles. **Clínica Psicanalítica:** artigos e conferências. Trad. Leda Mariza F. Bernardino. Salvador-BA: Àlgama: Ed. Da UFBA, 2000.

MILLER, Jacques.-Alain. Saúde Mental e Ordem Pública. In: **Curinga,** nº 13. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais, set. 1999.

MINISTÉRIO AS SAÚDE. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília. CPDOC/ MS, 1986.

_____. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: SAS/MS, 1992.

PITTA, Ana. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

RIBEIRO, Maria Anita C. **A política da neurose obsessiva:** Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro 2003

RICOEUR, Paul. **Da interpretação:** ensaios sobre Freud**.** Rio de Janeiro: Imago, 1977.

RINALDI, Doris. **Clínica e política:** a direção do tratamento no campo da saúde mental. ***Em Pauta*** -Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ.. vol. XVI, Rio de Janeiro: 2000.

SAFOUAN, Moustapha.. **Estudos sobre o Édipo:** Introdução a uma teoria do sujeito. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

SAURÍ, Jorge. **O que é Diagnosticar em Psiquiatria**. São Paulo: Escuta, 2001.

TENÓRIO, Francisco Antônio. **Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TENÓRIO,F e ROCHA, C. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. in: **Psicanálise e saúde mental**: uma aposta,Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2006.

_____.A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde .** Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

ZENHA, Ronaldo de Oliveira. Clínica e Reabilitação psicossocial: prática feita por muitos. **Mental,** Barabacena, v.3, n.5, nov 2005.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo