

Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública

Analysis of the psychologist's practice at the public health sector

Carolina Fernandes Pombo-de-Barros; Melissa Marsden

Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

O principal objetivo deste artigo é, a partir dos impasses do dia-dia da clínica psicológica desenvolvida nos serviços públicos de saúde, ressaltar a possibilidade e a necessidade de o trabalho clínico ser confrontado e renovado por meio de reflexões críticas. Ao longo do texto, são abordadas as noções teóricas sobre subjetividade, as contribuições das análises de outros autores sobre o tema e a descrição crítica das experiências das autoras em duas instituições de saúde públicas localizadas na cidade do Rio de Janeiro. Faz-se uma crítica à prática psicológica clínica descontextualizada e a-histórica. Defende-se a importância da contextualização sociopolítica no trabalho terapêutico, considerando as contribuições do paradigma da complexidade e do Construcionismo Social.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Saúde pública; Subjetividade; Grupo terapêutico; Saúde mental.

ABSTRACT

The aim of this article is to stand out the possibility and necessity of the psychological clinic be confronted and renewed by a critical analysis. The arguments used are based on the impasses found by the authors on their daily work at two different public health units. In this text, the reader will find a reference of theories about subjectivity, the contributions of other authors on the psychologist's practice at the public health sector and a critical description of their experiences at public health institutions in Rio de Janeiro/Brazil. A not contextualized and an-historical clinical practice is criticized. The importance of developing a socially and politically contextualized work is emphasized, using as basis the contributions brought by the complexity paradigm and the Constructionist Movement.

Keywords: Psychological Clinic, Public health, Subjectivity, Group therapy, Mental health.

Nosso objetivo principal é ressaltar a possibilidade e a necessidade de o trabalho clínico ser confrontado e renovado por meio de reflexões críticas. Os impasses do dia-a-dia da clínica psicológica nos serviços públicos constituem o problema central que nos convoca a fazer este exercício de confrontação e são, portanto, o nosso foco de análise. Este tema se insere em uma discussão mais ampla sobre a renovação da clínica nos espaços públicos, em função dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o princípio de equidade.¹ Por isso, discutiremos as possíveis razões pelas quais a Psicologia tem sido criticada por uma intervenção míope diante da realidade social brasileira (COIMBRA, 2002a; VASCONCELOS, 2004; SILVA, 1992; BAPTISTA, 1999). A Psicologia é muitas vezes apontada como produtora e reguladora de subjetividades e acusada de reforçar a exclusão social e promover um modo individualista de ser (KOLKER, 2002; COIMBRA et al., 2002b; MOURÃO; CEREZZO, 2002). Percebemos que os problemas identificados na prática da Psicologia nas instituições públicas de saúde favorecem uma visão de subjetividade diferente da que tem sido majoritariamente adotada na formação e nas práticas dos psicólogos. Assim, ao longo do texto, abordaremos noções teóricas sobre subjetividade, contribuições das análises de outros autores sobre o tema e a descrição crítica de nossas experiências.

Este artigo nasceu da atuação profissional em duas instituições de saúde pública na cidade do Rio de Janeiro. A primeira experiência refere-se a atendimentos individuais de crianças, adolescentes e seus responsáveis em um ambulatório de Pediatria de um hospital universitário. Os atendimentos eram supervisionados por meio da perspectiva psicanalítica e ocorreram ao longo de dez meses, a título de estágio acadêmico. A segunda, dentro do Programa de Estágio Curricular (PEC) de uma escola politécnica de saúde, refere-se a atendimentos de um grupo terapêutico que vem se encontrando há aproximadamente dois anos, formado por pacientes encaminhados pela equipe de saúde mental de um centro de saúde-escola. Neste último caso, os atendimentos estão vinculados a uma pesquisa cujo tema é a interface entre violência e saúde. A diferença de formato e de objetivos em cada experiência foi fundamental para promover um rico debate e fomentar as questões que serão expostas aqui.

Complexidade e Subjetividade

A Psicologia Clínica está presente nos dispositivos da atenção básica e nos ambulatórios especializados do SUS, mas, diferente da Psicologia Social e Comunitária, ainda configura um espaço teórico-prático aparentemente impossibilitado de ser articulado com as questões políticas e sociais. Assim como em nossas experiências, nas pesquisas de Dimenstein (2000) também foram encontradas atuações de psicólogos em espaços públicos marcadas por uma ideologia privatista.² O resultado é o desencontro entre as expectativas dos pacientes e as propostas de intervenção dos profissionais, gerando um ciclo de frustração e abandono dos tratamentos.

Esta dinâmica é complexa e exaustiva e nos convoca a repensar as premissas conceituais que embasam a prática psicológica, as quais se caracterizam por padrões teóricos e técnicos standardizados e inflexíveis. Assim, nosso diálogo crítico com a prática nas instituições citadas só foi possível a partir de um posicionamento diante do conceito de subjetividade. Esta posição foi de grande importância para nos desviar de certas verdades institucionalizadas sobre o sujeito, do ponto de vista ontológico, que acabam hierarquizando e excluindo as pessoas.

Portanto, adotamos uma visão que considera a complexidade e multiplicidade de subjetividades na tentativa de contribuir para a discussão sobre a contextualização sociopolítica da clínica psicológica. Porém, entendemos que este é um conceito de difícil delimitação. O que é e o que não é subjetividade? O bojo desta questão é a própria complexidade do conceito. Subjetividade indica a noção de sujeito, que é atravessada pela idéia de coletivo e de indivíduo. O sujeito é, ao mesmo tempo, autônomo, integrado e multifacetado, dependente de seu meio e da alteridade para se constituir como tal. É um paradoxo, assim como já observado por Morin (1971), que caracteriza a vida.

A visão de complexidade proposta por este autor nos ajuda a lidar com o paradoxo deste conceito porque considera que a sociedade e a autonomia dos seres humanos são constituídas por complexas redes de interdependências. Essas redes funcionam como sistemas e subsistemas que se retroalimentam. Ou seja, aquilo que chamamos de subjetividade é, a partir desta perspectiva, construção multidimensional, aberta e flexível, inserida em um sistema mais amplo, de onde podemos extrair a cultura, a família, as organizações etc. Não há uma subjetividade essencial; a única universalidade que consideramos é a da complexidade.

Falar de subjetividade também implica falar de construção do conhecimento, porque o sujeito se constitui por intermédio das múltiplas relações com o meio, inclusive o meio simbólico. Os sentidos aos quais ele tem acesso na vida social, inclusive inconscientemente, articulam-se enquanto percebe e

interpreta o mundo. Esta enunciação está ligada ao pensamento construcionista. Para esta perspectiva, o conhecimento é uma construção social, algo que os sujeitos fazem juntos e por isso a subjetividade está inserida em um jogo dialético com o mundo social (GERGEN, 1985). Assim, todo conhecimento é contextual e não há uma forma mais certa ou mais equivocada de se interpretar o mundo. Há formas diferentes de conhecimento, adaptadas a certos contextos, e há formas diferentes de subjetividade, construídas pelas redes de interdependências e renováveis por meio da retroalimentação. Assim, a complexidade alia-se ao Construcionismo para ampliar a visão de sujeito.

Este posicionamento traz importantes conseqüências para a clínica psicológica, pois a aceitação de que existem múltiplas formas de se organizar e perceber a vida flexibiliza e amplia a visão do terapeuta em relação às demandas do paciente. Além disso, convoca-o a refletir sobre o processo de subjetivação que se dá no encontro terapêutico, pois é no encontro com a alteridade que o sujeito se diferencia. Trabalhar com esta dimensão de alteridade nos impede de cristalizar posições preconceituosas de verdade absoluta (BARROS, 2002). As identidades e os papéis que o sujeito desempenha no dia-a-dia, e que são expostos e transformados na relação clínica, estão diretamente relacionados aos sentidos que são atribuídos a tais elementos na vida social. Portanto, considerar o contexto social, político e ambiental no qual a pessoa está inserida é fundamental para compreender seus conflitos e adoecimento e, mais ainda, para motivar uma mudança.

Figueiredo (1997), ao abordar os problemas e as possibilidades de inserção da Psicanálise nos ambulatórios públicos, comete um equívoco na base de sua argumentação, pois considera que a contextualização da Psicanálise já foi efetuada por Lacan, com uma releitura de Freud. A reflexão desta autora não chega a questionar o estatuto essencialista da subjetividade postulada por Lacan, nem mesmo a emergência de sua releitura como produção política e social. Afirmarções como "a ordem do significante transcende e instaura o sujeito por sua inscrição na linguagem" (FIGUEIREDO, 1997, p. 23) já tornam tendenciosa a análise que a autora se propõe a fazer e desconsideram qualquer modo de subjetivação que se diferencie deste. Neste sentido, não é necessário se ater às significações sociais que perpassam o discurso do sujeito, pois a verdade sobre ele já está predeterminada pela teoria.

De acordo com esta visão, os pacientes devem ser diagnosticados entre três estruturas psíquicas básicas: neurose, psicose e perversão, que podem ser identificadas pelas interpretações do analista sobre o comportamento do analisando na clínica. Ou seja, a própria relação entre eles é enquadrada em uma categorização que limita a visão do analista. Por isso, Figueiredo (1997, p. 26) afirma que "a intersubjetividade está fora de questão". Esta postura estruturalista pode inviabilizar o atendimento da multiplicidade de sujeitos que aparece nos espaços públicos e a receptividade dos analistas à imprevisibilidade do *setting*.³ A complexidade é então substituída pela dicotomia normal x patológico e por uma hierarquização das subjetividades.

A Prática dos Psicólogos e o Modelo do "Sujeito Psicológico"

Segundo Dimenstein (2001), a formação dos psicólogos baseia-se em grande parte na cultura psicanalítica. Nos últimos anos, reformas curriculares nas faculdades têm promovido a diversificação de linhas teóricas e uma abertura de certas correntes da Psicanálise à contextualização social, mas a influência do estruturalismo é fortemente presente na auto-representação do psicólogo. Ainda segundo a autora, os profissionais de Psicologia são formados para atender aos "sujeitos psicológicos", caracterizados pelo autocultivo, ênfase na interioridade e, podemos acrescentar, emergidos em uma cultura do narcisismo, apontada por Christopher Lasch (1983a).

A negligência de psicólogos quanto às vicissitudes políticas e sociais que reforçaram uma subjetividade individualista faz com que esta tenha um *status* naturalizado. Esta visão de subjetividade está articulada à idéia de um indivíduo independente, propagada pelo individualismo e que dá ao saber *psi* o papel de especialista, com um campo específico para sua intervenção: o indivíduo. Lasch (1983b) observou que, na década de 1970, houve um grande aumento de terapias que propagavam o autoconhecimento como a estratégia perfeita para se alcançar a felicidade, justificando a alienação política. Uma cultura da sobrevivência produziu nas pessoas uma corrida consumista e a troca de valores do "ser" para o "ter". Algumas práticas dos psicólogos clínicos se inseriram em um círculo vicioso formado pela demanda e a subjetivação individualista (LASCH, 1983b).

É sob essas forças de pensamento que, ainda hoje, no Brasil, excluem-se constantemente os problemas sociais, as relações sociais de poder e o contexto no qual a relação terapeuta-paciente se produz nas práticas psicoterápicas. Certamente, a clientela de consultório particular identifica-se mais com esta subjetividade narcisista, já que na lógica capitalista na qual vivemos é a esta camada da população que a sedução do consumo se dirige mais eficazmente. Como Costa (1997) argumenta, para as elites, o que

resta é tentar "ser feliz" individualmente. As estratégias privadas de autopreservação, produzidas com o individualismo, reforçam, entre os mais favorecidos economicamente, pouca atuação política e preocupação com os problemas sociais. Por outro lado, aqueles que têm sua vida constantemente ameaçada pela precariedade desenvolvem estratégias para viver com a dependência e instabilidade de programas sociais do governo. Ou seja, os mais pobres não podem ter confiança na provisão do Estado, embora dele ainda dependam quase completamente.

O uso do modelo de atendimento em consultórios particulares para os atendimentos nos espaços públicos, sem um questionamento sobre sua pertinência e sem uma contextualização, acaba mascarando os desencontros entre as demandas e as ofertas nestas instituições. Tal modelo é preponderante tanto na formação acadêmica dos psicólogos quanto na orientação profissional ao entrar no mercado de trabalho e foi desenvolvido para uma clientela que difere daquela das instituições de saúde pública. Por isso, testemunhamos práticas que não são satisfatórias nem para o profissional, que não encontra em seu campo de trabalho o público e a organização para os quais se sente preparado, nem para os usuários dos serviços, que acabam não tendo suas demandas atendidas.

Podemos deduzir que o processo de subjetivação privatista, individualista, fica interrompido, até certo ponto, entre os menos favorecidos, e alternativas acabam sendo configuradas. Podemos inferir que a vida das pessoas que freqüentam as instituições públicas e que dependem em grande parte das ações sociais do governo fica em uma "corda bamba" entre a desesperança e a necessidade. O grande problema, especialmente para a sociedade brasileira, é que a Psicologia Clínica não parece reconhecer outro tipo de subjetividade senão a individualista. Assim, na prática, privilegia-se o uso de modelos predefinidos de interpretação, que em muitos casos não têm ressonância para os pacientes atendidos, o que resulta no atendimento restrito para os sujeitos que se adequam a essas prerrogativas. Oliveira et al. (2004) apontam em seu texto que aqueles que buscam os serviços públicos que oferecem atendimento psicológico possuem aspectos importantes a serem considerados em relação às suas condições de vida. Estes geram problemas que estão além da perspectiva existencial e que o modelo individualista relega para segundo plano.

A análise de Costa (1989), por sua vez, pode contribuir como contraponto aos pressupostos de Figueiredo (1997), juntando-se a nossas reflexões. Ele pontuou que a ineficácia dos atendimentos psicanalíticos nos ambulatorios públicos é causada por preconceitos que orientam a escuta dos profissionais. Estes preconceitos produzem a abstração da relação terapêutica e a exclusão de sujeitos que não atendem às expectativas dos terapeutas. Muitos não conseguem visualizar o imaginário social que perpassa os discursos e a imbricação dos problemas do dia-a-dia no sofrimento deles. A busca por uma causalidade sexual acaba frustrada e produz o estigma dos pacientes como "empobrecidos" e "superficiais". Silva (1992, p. 34) partilha desta análise e afirma que "quase sempre há alguma interpretação a respeito das incapacidades orgânicas, intelectuais e culturais das camadas populares para o aproveitamento dos métodos e técnicas do universo "psi". Os insucessos no trabalho com estes sujeitos são observados sem que o modelo de clínica aprendido nos cursos de graduação como aplicável a toda e qualquer situação, contexto e clientela seja questionado.

Em sua análise, Costa (1989) também percebeu que a "doença dos nervos", encontrada corriqueiramente nas queixas dos pacientes, refletia uma polissemia relacionada ao imaginário do corpo e do trabalho e a um conflito de identificação com ele. Podemos, então, inferir que a causalidade do sofrimento mental está relacionada à identidade do sujeito, a seus ideais e sua representação de doença, e não restrita a um modo estrutural de funcionamento psíquico.

Portanto, como ocorre em muitos serviços de Psicologia, se o sujeito é convocado a pensar seu sofrimento apenas como intrapsíquico, e o papel do sistema social não é visualizado, há dois caminhos a percorrer. Para aqueles que se mantêm no atendimento por longo período, o processo de subjetivação que advém da relação terapêutica reforça uma dependência emocional. Assim, ao invés de se promover a autonomia do sujeito, promove-se uma identidade vitimizada, como nos casos em que os pacientes sofreram graves violações dos direitos humanos (BARROS, 2002).⁴ No outro caminho, está a grande maioria que fica poucos meses na terapia e busca na medicação excessiva ou em outros dispositivos,⁵ quando possível, uma forma de lidar com seu sofrimento. Assim, o papel da Psicologia para os interesses públicos fica sem reconhecimento.

Problemas e Possibilidades de Atuação dos Psicólogos na Saúde Pública

A primeira experiência que comentamos na introdução deste texto se refere a atendimentos em um serviço de Psicologia que funciona em um ambulatório de Pediatria de um hospital universitário. Neste serviço, são feitos atendimentos semanais, nos moldes de consultório terapêutico particular, com

sessões de 45 minutos para cada paciente. Os atendimentos são majoritariamente feitos por estagiários e supervisionados por uma psicanalista, em sessões semanais. Durante nosso período de experiência – que durou cerca de dez meses –, recebemos a maior parte da clientela por encaminhamentos de pediatras, nutricionistas e das escolas das crianças e adolescentes. Porém, não havia nenhuma orientação institucional para o diálogo entre as especialidades e com as escolas. Ao contrário, a supervisão desencorajava iniciativas nesta direção, focalizando-se nas questões “intrapsíquicas”.

Em geral, a demanda para este serviço vem dos pais e responsáveis que se queixam principalmente da sobrecarga advinda das reclamações das professoras dos filhos. As queixas são dirigidas aos médicos das crianças e estes fazem o encaminhamento. É importante ressaltar que o serviço estava aberto para receber demandas espontâneas, inclusive de atendimentos para os familiares, mas quase não as recebia. O psicólogo é procurado para melhorar o desempenho da criança e do adolescente na vida social, dentro dos padrões esperados pela escola e pelos familiares, e para melhorar o desempenho das notas na escola. Em pouquíssimos casos recebemos queixas de sofrimento das crianças. O que fica mais aparente é o fardo que os familiares precisam suportar para lidar com os comportamentos “estranhos” ou indesejáveis delas.

Por meio da dinâmica descrita acima, podemos perceber que a demanda à qual o serviço está dirigido não vem do sofrimento mental das crianças, mas principalmente do sofrimento dos familiares em relação a problemas que têm grande carga política e social. Porém, identificamos que se trabalha com uma intervenção individualizante e míope, focada na mudança de comportamento da criança e/ou dos pais. A característica dos encaminhamentos ilustra a representação dos pediatras e nutricionistas do ambulatório na função do psicólogo na área da saúde e no controle social, o que nos remete novamente ao *status* de especialista da subjetividade. Concluímos, assim, que os atendimentos no ambulatório de Pediatria que motivaram estas reflexões funcionam em uma lógica privatista, descontextualizada e fragmentada.

A rotatividade dos pacientes é uma característica marcante do funcionamento do serviço. Por um lado, os estagiários que fazem os atendimentos permanecem no máximo um ano no estágio e, por outro, a maioria dos pacientes não chega a completar um ano de frequência. Como a psicoterapia proposta pelos psicólogos e seguida, em parte, pelos pacientes não resulta na melhora rápida do desempenho das crianças, o abandono é muito comum ainda nos primeiros meses de atendimento. Além disso, muitas famílias não têm condições financeiras para o transporte. Na verdade, muitas buscam o tratamento sofrendo com o desemprego, o que possibilita a ida às consultas dentro do horário de funcionamento do ambulatório, mas, ao mesmo tempo, dificulta o gasto com transporte. A urgência das expectativas dessas famílias é motivada, em parte, por essas questões socioeconômicas e acaba frustrada quando percebem que a oferta do serviço não é compatível a ela.

Em contrapartida, os profissionais já esperam os abandonos e criam regras para tentar contê-los, como a perda da vaga para os pacientes que faltam duas vezes sem justificativa, o que parece repetir a lógica disciplinar da escola, e reforça a falta de compromisso dos profissionais com a vida de seus pacientes. Algumas tentativas são feitas para engajar os familiares no tratamento das crianças, convocando-os para entrevistas e consultas. Nestes casos, a intervenção dos profissionais caracteriza-se por interpretar psicanaliticamente as relações familiares, tentando mostrar às famílias sua implicação emocional na situação da criança, o que muitas vezes promove um desconforto tal que dissipa de vez a terapia. Como esta forma de intervenção coloca ainda mais responsabilidade sobre eles com relação aos fracassos das crianças, é muito difícil que consigam manter a terapia, ainda que consintam e até se emocionem diante das interpretações. Assim, um problema político e social é tratado como individual e intrafamiliar, voltando-os para o autocultivo próprio da lógica privatista.

É relevante ressaltar que, como já mencionado, há uma disparidade quanto à inserção da cultura psicanalítica na subjetivação das classes populares em relação à clientela dos consultórios particulares. Talvez esta seja uma das diferenças que produzem tantos desencontros entre psicólogos e pacientes nos espaços públicos. Dimenstein (2001) apontou alguns problemas que encontrou em serviços de Psicologia na rede de atenção básica. Abaixo, comentamos esses problemas também identificados por nós nesta experiência relatada:

a) Conflitos com a representação de pessoa, saúde, doença e corpo. Podemos acrescentar também conflitos com a representação do que vem a ser uma terapia ou uma proposta de tratamento psicológico.

b) Baixa eficácia da terapêutica e alto índice de abandono. Em muitos casos, os psicólogos não percebem o quanto a terapêutica empreendida foi inadequada e culpabilizam os pacientes.

c) Seleção e hierarquização da clientela, o que, ao nosso ver, está relacionado ao item anterior e gera um ciclo de exclusão e privatismo dos espaços públicos.

d) Psicologização de problemas sociais, que parece estar no início e no fim dessa cadeia.

Estes e outros problemas já foram mais discutidos entre os profissionais da área de saúde mental que trabalham em outras frentes. O movimento da Reforma Psiquiátrica, por exemplo, que já avançou muito no Brasil e ainda caminha com seus desafios, pode proporcionar uma rica reflexão sobre o papel da Psicologia na sociedade brasileira. Ele alertou a sociedade para a condição social dos afetados por transtornos mentais e trouxe à tona a discussão da construção histórica da identidade da loucura e o enfrentamento da inadequação da clínica psicológica tradicional para uma proposta de reabilitação psicossocial.⁶

Esta proposta tem como visão fundamental o funcionamento das redes de serviços e as equipes de trabalho multiprofissionais, o que já desvincula o psicólogo dessa função exclusiva de *suposto saber*.⁷ O objetivo dos trabalhos é favorecer a autonomia dos usuários dos serviços, alargando seus espaços coletivos. As práticas estereotipadas e os diagnósticos rígidos tiveram que ser abolidos para que o processo de reabilitação pudesse ser efetivamente implantado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos principais dispositivos da atenção em saúde mental formulados pela Reforma. Esta forma desafiadora de atuação para a Psicologia, especialmente para a Psicanálise, permitiu o aparecimento de melhorias consistentes na vida de pessoas que já estavam desacreditadas ou rotuladas como "sem possibilidades de tratamento".

Outro movimento que podemos apontar é o da Equipe do Projeto Clínico-Grupal do Grupo Tortura Nunca Mais (GTNM),⁸ que de forma original articulou a clínica com a política, enfatizando os processos de subjetivação produzidos pelo uso e institucionalização da tortura na época da ditadura militar no Brasil. Além de alertar para a contextualização dos sintomas que aparecem na clínica, denunciam uma fase da história do país que trouxe sérias consequências até hoje. A prática clínica produzida pelo projeto é voltada para os direitos humanos e tem como objetivo favorecer a consolidação da cidadania e a recuperação da identidade psicossocial dos atendidos. O eixo político, portanto, dá embasamento à atuação dos terapeutas e direciona a clínica.

Uma das formas de clínica do GTNM é a psicoterapia em grupo, que tem sido apontada como um dos dispositivos mais eficazes do projeto. Isto se justifica pelo fato de que as violações dos direitos humanos estão ligadas a uma crise de identidade e vitimização da subjetividade. Encontra-se nos discursos dos pacientes uma dissociação do contexto sociopolítico com o sofrimento pessoal, como se os problemas se encerrassem neles, no seu interior, o que está em consonância com o processo de subjetivação individualista que discutimos anteriormente. Esta forma de experiência subjetiva, em muitos casos, leva a um isolamento emocional que se manifesta em transtornos como pânico, depressão e paranóias, que paralisam a vida social. A estratégia do grupo terapêutico baseia-se na idéia de que a coletivização do sofrimento amplia as redes de interdependências dos sujeitos, fortalecendo suas identidades e motivando-os a agir sobre seu meio. Como argumentado por Barros (2002), a identidade de vítima pode ser, assim, transformada em testemunha, promovendo solidariedade entre os membros do grupo. Em um texto anterior, a autora relata:

Em nossa experiência com grupos temos observado que o "experimental ouvir o outro" irradia uma experimentação de ouvir outros – outros modos de existencialização, outros contextos de produção de subjetividades, outras línguas para outros afetos, outros modos de experimentar. Impõe, além disso, um deslocamento de espaço de vivência das angústias, fundamentalmente experienciadas como individuais. Poder penetrar no campo dos fluxos, acompanhar seus agenciamentos, sempre coletivos, permitir-nos intervir por remetimento a esta ordem coletiva/múltipla e não aos "sujeitos", seus fantasmas e histórias privadas. Isto vai criando o contato com os outros-de-si, pré-individualidades ainda informes, vão se abrindo canais de contato com o coletivo que somos (BARROS, 1997, p. 188-189).

Vale ressaltar que o uso do dispositivo grupal como estratégia clínica por si só não garante esta transformação de vítima em testemunha apontada por Barros (2002). Quando usados na mesma lógica contida na prática clínica individual descontextualizada e a-histórica, os eventos grupais são reduzidos a fenômenos em si (BARROS; RODRIGUES, 2003). Ou seja, como nos explica Barros (1997), o grupo neste caso é visto como possuindo uma natureza a ser desvendada pelo profissional *psi*, o qual supostamente conhece todas as suas possíveis formas de existência. Nesta concepção, o grupo é mais um indivíduo, é "um dado a ser observado, explicado ou compreendido" (BARROS, 1997, p. 185). Esta busca por seus fundamentos e origem, a fim de explicar como tudo começou e conseguir prever/vislumbrar onde vai parar, separa o grupo dos movimentos/processos que o produzem.

A concepção de grupo adotada pelo GTNM está baseada na teoria de Deleuze e Guattari (1976) que critica a visão individualista da subjetividade e propõe a multiplicidade dos processos de subjetivação. Segundo estes autores, o grupo funciona como um dispositivo.⁹ Nele são estabelecidas conexões entre pessoas diferentes, com modos de subjetivação distintos, criando um amplo campo de confrontos e interrogações que acaba gerando possibilidade de ocorrerem mudanças em modos de viver antes cristalizados (BARROS, 1997). Os processos de singularização¹⁰ nos grupos são produzidos justamente na multiplicação dos agenciamentos resultantes dos choques originados no encontro entre aquilo que está codificado/generalizado/cristalizado com a criação e com o campo que comporta as variações.

O trabalho desenvolvido pelo terapeuta ocorre no sentido de acompanhar os fluxos que se traçam nos encontros propiciados pelo dispositivo do grupo e produzem modificações nos territórios construídos. Assim, o terapeuta funciona como um cartógrafo, mapeando a manutenção e desmanchamento das instituições¹¹ presentes e a naturalização e desnaturalização dos modos de viver/sentir. Também cabe a ele sinalizar os pontos de ruptura e de enrijecimento encontrados. Desta forma, o grupo é utilizado para que sentidos sejam criados e não revelados, pois a transformação é vista como forma de conhecer a si mesmo.

Em contrapartida à primeira experiência que relatamos, descrevemos em seguida a estratégia do grupo terapêutico com a qual trabalhamos em um centro de saúde-escola, vinculado a uma instituição pública. Este grupo foi criado com a proposta de agregar pessoas vítimas de violência de qualquer natureza, a fim de também ser campo de análise para uma pesquisa.

É importante enfatizar que a proposta inicial do trabalho com o grupo era investigar as relações entre saúde e violência, considerando que a clientela do referido centro de saúde vive em uma das áreas mais violentas do Rio de Janeiro, em meio às atividades do tráfico de drogas. Todavia, a convocação de pacientes vítimas de violência não reverberou nem entre os profissionais, que deveriam encaminhá-los, nem entre os próprios usuários do serviço. Só conseguimos atingir nossa clientela quando paramos para revisar nossa própria proposta e estratégia. Concluímos que uma das principais conseqüências da violência sobre a subjetividade é o silenciamento, com a conversão da dor psíquica em sintomas físicos e comportamentais. Por isso, o grupo terapêutico começou a funcionar, de fato, com pacientes com queixas difusas, sem uma convocação específica para vítimas de violência, a serem encaminhados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pela equipe de saúde mental do referido centro.

O atendimento do grupo terapêutico em questão é feito por um psiquiatra e psicanalista juntamente com uma estagiária de Psicologia. As sessões são semanais, com duração de uma hora. Recebemos pacientes de ambos os sexos e não fechamos o grupo para a chegada de novas pessoas. Até então, recebemos apenas um homem e mulheres de 18 a 47 anos de idade. Houve, ao longo dos dois anos de reunião do grupo, uma pequena rotatividade dos participantes, em função principalmente de mudanças na vida cotidiana ou profissional, como a conquista de um emprego novo ou a doença de algum familiar. O número de participantes em cada sessão variou ao longo do tempo de funcionamento do grupo, de quatro a oito pessoas, e a composição permaneceu relativamente estável. Percebemos que muitas pessoas têm trazido como fonte de sofrimento uma dificuldade angustiante de se relacionar com o outro, com o coletivo. Mas é interessante observar como essas queixas se apresentam secundariamente após um trabalho de acolhimento das questões mais visíveis e urgentes, que se caracterizam por sintomas físicos sem causa física correspondente, como: dores de cabeça, enjôos, tonturas e sensação de desmaio. Essas pessoas acabam freqüentando o ambulatório em busca da remissão destes sintomas e são encaminhadas para a terapia com o grupo. Para isso, o trabalho em equipe multiprofissional é fundamental.

Com uma escuta contextualizada, encontramos múltiplas causalidades para os sintomas descritos, a maioria ligada à violência urbana e doméstica. O medo, a falta de confiança nos próprios familiares, os fracassos escolares dos filhos e o medo de perdê-los para o tráfico de drogas, além do testemunho de atos gravemente violentos em via pública, geram reclusão e solidão. O grupo tem sido uma importante estratégia para fortalecer a identidade e a cidadania dos participantes. Alguns pacientes chegaram a nós fazendo uso de psicofármacos sem a existência de um acompanhamento terapêutico e hoje, com o apoio do grupo, fortaleceram a autonomia e não dependem mais dos remédios. Presenciamos também um caso ilustrativo de uma paciente que, sofrendo violência doméstica do ex-marido por longo período, superou a inércia causada pelo medo. Procurou se defender e afirmar sua autonomia contando com os dispositivos competentes, como a Delegacia de Mulheres e a Defensoria Pública. Este caso mostra como o alargamento da compreensão sobre o sofrimento e suas causalidades alarga também o espaço de ação e as redes de relacionamentos dessas pessoas. O trabalho terapêutico, desta forma, procura não cair em interpretações sexualizadas e intrapsíquicas; em vez disso, pontua as estratégias positivas que aparecem nas falas de cada paciente, além de incentivar as trocas de sentidos entre eles.

Ainda em relação a este último caso, podemos dizer que os sintomas psicossomáticos apresentados pela paciente (dores repentinas na cabeça e no estômago, insônia e crises de ansiedade) foram

progressivamente sendo associados ao medo. Este estava diretamente vinculado às investidas violentas do ex-marido. Com a possibilidade de falar sobre seu sofrimento localizado no corpo e ouvir as opiniões do grupo sobre ele, a paciente conseguiu reconstituir os nexos entre a violência sofrida, o medo e os sintomas. Em seguida, fizemos um trabalho de questionamento da representação quase onipotente do agressor em seu discurso, que produzia uma subjetivação vitimizada e reclusa. A busca pelos órgãos públicos competentes para resolver as questões práticas do seu sofrimento foi apoiada por todos do grupo, ainda que com diferentes opiniões sobre a eficácia de tal iniciativa. Com os resultados favoráveis dos processos legais cabíveis, sua condição de vida social melhorou e o sofrimento produzido pelo medo diminuiu. O interessante é perceber o poder terapêutico da valorização dos conteúdos de fundo social e político das falas dos participantes.

Assim, com estas reflexões, concluímos que a aplicação do paradigma da complexidade e do Construcionismo na prática clínica se dá com a diferenciação das atitudes do terapeuta diante de seus pacientes e com a criação de estratégias inovadoras de terapia. A primeira atitude fundamental é a de partir de uma visão sistêmica, buscando no discurso dos pacientes a articulação entre as esferas micro e macro. Ou seja, utilizar-se dos paradoxos, observando, por exemplo, como um sintoma revestido de sentido singular para determinada pessoa está relacionado ao contexto de violência pública em seu local de moradia. Para isto, é necessário que o profissional aceite a posição desconfortável do "não-saber", de estar aberto para a variedade de verdades que podem se revelar em uma escuta ampliada. A imprevisibilidade é uma das conseqüências de se adotar o paradigma da complexidade. Enquanto uma clínica positivista espera sempre prever e medir os resultados de forma padronizada, uma clínica ampliada requer o esforço de se articular métodos e indicadores padrões com as singularidades dos processos de subjetivação, de saúde e adoecimento. A crítica construcionista às teorias psicológicas reducionistas alerta para a historicidade do conhecimento científico, o que não retira sua legitimidade; pelo contrário, evita aplicações precipitadas e inadequadas dos conceitos e técnicas. Por isso, o psicólogo deve manter-se refletindo sobre sua bagagem teórica e prática.

Também é importante que o profissional exerça autonomia relativa e responsabilidade comprometida com os sujeitos a serem atendidos. Ele deve ter autonomia para optar entre as possibilidades de ação oferecidas pela instituição e por seu campo de conhecimento e práticas em cada caso. Por outro lado, deve ter responsabilidade comprometida com a saúde dos sujeitos que atende, indicando outros profissionais e técnicas que não domina, mas acompanhando o percurso dele no serviço. Esta atitude é embasada na proposta de transdisciplinaridade do paradigma da complexidade, que enfatiza que as áreas de conhecimento devem dialogar e se integrar para dar conta, da melhor maneira possível, dos fenômenos que pretendem investigar. Isso retira o psicólogo clínico daquela posição incômoda na equipe multiprofissional, de se manter distante e enclausurado em sua própria "ética" e prática.

As estratégias de terapia que podem ser adotadas a partir das reflexões que trazemos neste trabalho não se limitam às psicoterapias em grupo. Todavia, motivadas por nossas experiências, entendemos que este dispositivo se configura como um campo favorável à percepção das esferas micro e macro, ligadas ao adoecimento das pessoas. Nos diálogos entre os participantes do grupo aqui apresentado, podemos perceber com mais clareza como certos sentidos, ligados a aspectos culturais e sociais, afetam os sujeitos. Como destacado por Barros (1994, p. 150), "o enunciado é sempre coletivo porque jamais remete a um sujeito, mas a um modo de existência, a um certo tipo de agenciamento entre fluxos e códigos. A produção de um sujeito-indivíduo é, portanto, inseparável das marcas coletivas". Assim, é possível, por exemplo, perceber que o estigma da loucura está ligado ao uso de "remédios controlados" e que pode limitar muito a vida de uma pessoa que precisa usar algum desses medicamentos. Neste caso, uma função da terapia em grupo pode ser a de colocar em pauta os sentidos da loucura e ampliar as possibilidades de escolha do sujeito em relação à sua identidade social. Outra estratégia interessante é a de colocar em questão as expectativas de certos pacientes sobre os remédios, abrindo espaço para a troca de experiências sobre tratamentos mais amplos ou alternativos. O que, nestes casos, marca a especificidade da clínica psicológica e a diferenciação de uma prática grupal educativa é a busca da compreensão de como diversos fatores coletivos afetam emocionalmente cada sujeito e como processos de subjetivação são encadeados em certos contextos sociais e em processos singulares de adoecimento. Assim, o que se propõe não é descartar os conceitos e teorias em uso, mas mudar o modo como se usa.

Portanto, se o psicólogo não estiver atento às questões que discutimos aqui e naturalizar sua prática ou aplicar o seu referencial teórico de forma mecânica, pode reforçar o comportamento de isolamento e alienação desses sujeitos e fazer jus às acusações de reforçar as exclusões e desigualdades sociais no Brasil. Por isso a necessidade de realizarmos constantemente a análise de nossas implicações.¹² Segundo a visão da complexidade, quanto mais amplas são as redes de interdependências das quais o sujeito participa, e quanto mais tranqüila for sua aceitação a essa condição de sujeito coletivo, mais autônomo ele se sente e age. Sendo assim, pensamos que, diferentes formatos clínicos podem estar concorrendo para uma verdadeira reabilitação psicológica dos sujeitos, se orientados por uma visão ampliada, complexa e contextualizada da subjetividade e das práticas terapêuticas.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, L. A. **A cidade dos sábios – reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades**. São Paulo: Summus, 1999.

BARROS, R. D. B. de. Grupo e produção. In: LANCETTI, A. (Org.). **SaúdeLoucura nº 4**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 145-154.

_____. Dispositivos em ação: o grupo. In: LANCETTI, A. (Org.). **SaúdeLoucura nº6**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 183-191.

_____. Clínica e social: polaridades que se opõem/complementam ou falsa dicotomia? In: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BARROS, R. B. (Org.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais – RJ/Instituto Franco Baságliá/Editora Te Cora, 2002. p. 123-140.

_____; RODRIGUES, H. de B. C. Socioanálise e práticas grupais no Brasil: um casamento de heterogêneos. **Revista de Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, PUC-Rio, v. 15, n. 1, p. 61-74, 2003.

Brêda, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

COIMBRA, C. M. B. Violência do Estado e violência “doméstica”: o que têm em comum? In: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BARROS, R. B. de (Org.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais – RJ/Instituto Franco Baságliá/Editora TeCorá, 2002a. p. 77-88.

_____; ANDRADE, J. M. P. de; LEITÃO, M. B. S.; BRASIL, V. V. Intervenção clínica quanto à violência dos direitos humanos: por uma prática desnaturalizadora na teoria, na ética, na política. In: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BARROS, R. B. (Org.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais – RJ/Instituto Franco Baságliá/Editora TeCorá, 2002b. p. 113-121.

Costa, J. F. **Psicanálise e contexto cultural**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. A ética democrática e seus inimigos – o lado privado da violência pública. In: NASCIMENTO, E. P. (Org.). **Ética**. Rio de Janeiro/Brasília: Garamond: 1997. p. 67-86.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O antiÉdipo**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Dimenstein, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

_____. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.

Figueiredo, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**. A clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

Gergen, K. J. The social constructionist movement in modern psychology. **American Psychologist**, Washington, v. 40, n. 3, p. 266-285, 1985.

Goldberg, J. Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996. p. 33-47.

KOLKER, T. Tortura nas prisões e produção de subjetividade. In: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BARROS, R. B. (Org.). **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais – RJ/Instituto Franco Baságliá/Editora TeCorá, 2002. p. 89-99.

Lasch, C. **A cultura do Narcisismo**. Rio de Janeiro: Imago, 1983a.

_____. **O mínimo eu**. Rio de Janeiro: Imago, 1983b.

Morin, E. **O enigma do homem** – para pensar uma nova antropologia. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

MOURÃO, J. C.; CEREMZO, A. C. Mídia, violência e especialismo *psí*. In: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BARROS, R. B. (Org.). **Clínica e política**: subjetividade e violação dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Equipe Clínico-Grupál, Grupo Tortura Nunca Mais – RJ/Instituto Franco Baságlia/Editora TeCorá, 2002. p. 165-170.

OLIVEIRA, I. F.; DANTAS, C. M. B.; COSTA, A. L. F.; SILVA, F. L.; ALVARENGA, A. R.; CARVALHO, D. B. de; YAMAMOTO, O. H. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, São Paulo, v. IX, n. 17, p. 71-89, jan.-jun. 2004.

SILVA, R. C. A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In: CAMPOS, F. C. B. (Org.). **Psicologia e saúde** – repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 25-40.

VASCONCELOS, E. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 0, p. 108-134, 2004.

Viana, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

[Endereco para correspondência](#)

Carolina Fernandes Pombo-de-Barros
E-mail: carol_pombo@yahoo.com.br

Melissa Marsden
E-mail: mmarsden@fiocruz.br

Recebido em:22/12/2006
Aprovado em:09/07/2007
Revisado em:09/08/2007

1Este princípio diz respeito fundamentalmente à noção de justiça social na área da saúde, ou seja, fornecer subsídios para que todas as camadas da população tenham iguais oportunidades de saúde, reduzindo o máximo possível as diferenças injustas (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

2O termo *ideologia privatista* é inspirado no conceito de *modelo clínico liberal privatista* de Dimenstein (2000) e diz respeito a uma ideologia individualista, que valoriza interesses privados em detrimento dos interesses públicos e que influencia a prática dos psicólogos clínicos em muitos casos.

3Termo usado pelos próprios psicanalistas, refere-se à especificidade do espaço psíquico da clínica psicanalítica, e que já tem seu rumo e sentidos instituídos pela teoria.

4Barros (2002) concluiu, em sua experiência com pacientes que foram torturados e violentados, que estes entram em uma crise de identidade e de referências, e que acabam tendendo a assumir uma identidade de vítima, ainda que em um processo de acolhimento terapêutico. Por isso, o terapeuta deve cuidar para não reforçar uma relação alienada entre eles.

5Como os dispositivos religiosos, observados por Brêda e Augusto (2001).

6 Para uma apreciação mais ampla deste tema, recomendamos a leitura de Goldberg (1996).
7 Alusão ao termo usado por Lacan para especificar o sentido da posição do psicanalista diante do analisando.

8 Para conhecer melhor a proposta do GTNM, recomendamos a leitura da coletânea de textos presente em Rauter, Passos e Barros (2002).

9 Produtor de efeitos de sentidos variados, um dispositivo tenciona, movimenta, desloca, provoca agenciamentos. Ou seja, ele comporta linhas de forças que levam as palavras e as coisas à luta incessante por sua afirmação.

10 É aquilo que se produz na ruptura do modo-indivíduo, que aponta para a multiplicidade de outros modos de existência.

11 Instituição aqui difere de organização ou estabelecimento. Instituição é onde as relações de exclusão, de dominação e exploração estão instituídas de maneira aparentemente natural, eterna e necessária, e não onde o jurídico se manifesta.

12 Exame incessante de nossos afetos, das conseqüências de nossos atos e do lugar que ocupamos na instituição, do qual também somos legitimadores.