

ANDREIA SANCHES GARCIA

ENCONTRO DA SAÚDE MENTAL E DA SAÚDE PÚBLICA:

**ESTUDO ANALÍTICO-DESCRIPTIVO SOBRE COMO PACIENTES
COM QUEIXAS FÍSICAS ESTABELECEM A RELAÇÃO INICIAL
EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA**

ANDREIA SANCHES GARCIA

ENCONTRO DA SAÚDE MENTAL E DA SAÚDE PÚBLICA:

**ESTUDO ANALÍTICO-DESCRIPTIVO SOBRE COMO PACIENTES
COM QUEIXAS FÍSICAS ESTABELECEM A RELAÇÃO INICIAL
EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Ciências e Letras da
Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Campus
de Assis, para a obtenção do título
de Mestre em Psicologia (Área de
Concentração: Psicologia e
Sociedade).

Orientadora: Prof. Dra. Marlene
C.W. Martinez

Assis
2002

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

G216e	<p>Garcia, Andreia Sanches</p> <p>Encontro da saúde mental e da saúde pública: estudo analítico-descritivo sobre como pacientes com queixas físicas estabelecem a relação inicial em psicoterapia de orientação psicanalítica / Andreia Sanches Garcia. Assis, 2002. 150f.</p> <p>Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.</p> <p>1. Saúde pública. 2. Saúde mental. 3. Psicoterapia. I.Título.</p> <p>CDD 614 616.89 616.8914</p>
-------	---

ANDREIA SANCHES GARCIA

ENCONTRO DA SAÚDE MENTAL E DA SAÚDE PÚBLICA:

**ESTUDO ANALÍTICO-DESCRITIVO SOBRE COMO PACIENTES
COM QUEIXAS FÍSICAS ESTABELECEM A RELAÇÃO INICIAL
EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA**

COMISSÃO JULGADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE

Presidente e Orientador : Dra. Marlene Castro Waideman Martinez

2º Examinador: Dra. Ana Maria Teresa Benevides Pereira – UEM/Maringá

3º Examinador Dr. Francisco Hashimoto – UNESP/Assis

4º Examinador

5º Examinador

Assis, Julho de 2002.

Aos meus pais André e Dolores

Com muito amor.

Por me proporcionarem o sopro da vida e me ensinarem que viver é muito mais que estar vivo, viver é acima de tudo lutar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos usuários da saúde mental pública, que me proporcionaram a chance de conhecê-los e inquietar-me.

Aos funcionários e docentes da pós-graduação pela atenção dispensada durante a elaboração deste trabalho.

À minha orientadora Marlene C. W. Martinez que pacientemente me acompanhou, sempre acertando nas doses de incentivos e limites.

Aos meus amigos Alcindo José Rosa, Luciana Gonçalves, Leocássia Medeiros de Souto e Gisele S. Máximo Manfio pelos momentos de motivação e pelas valiosas sugestões dadas ao longo do trabalho.

Aos meus familiares e irmãos por minhas longas ausências, por eles tão bem compreendidas.

E principalmente agradeço ao meu marido Roberto Carlos dos Santos e meus queridos André, Pedro e Mariana pelo carinho e tolerância nos momentos mais difíceis de minhas elaborações nesta trajetória.

GARCIA, A. S. *Encontro da Saúde Mental e da Saúde Pública: Estudo analítico descritivo sobre como pacientes com queixas físicas estabelecem a relação inicial em psicoterapia de orientação analítica*. Assis: Faculdade de Ciências e Letras, UNESP, 2002, 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2002.

RESUMO

A saúde mental na saúde pública segue a trajetória histórica que teve origem em países europeus e nos EUA no pós-guerra e posteriormente no próprio movimento brasileiro e estadual paulista que busca a humanização através de movimentos antimanicomiais e de democratização dos serviços. Neste contexto histórico, a presente pesquisa buscou compreender como pacientes inseridos nos serviços de saúde pública, que apresentam queixas físicas, estabelecem a relação inicial em psicoterapia de orientação psicanalítica. Para tanto utilizamos estudos da psicossomática e identificamos que a expressão através do corpo torna-se a principal via de comunicação, onde esta forma de representação dos conteúdos internos constitui a identidade do sujeito, e por vezes, o abandono do tratamento a partir das entrevistas iniciais ocorre como forma de manutenção dos sintomas e preservação da identidade constituída. A inserção das entrevistas iniciais em uma instituição de saúde pública demandou a análise do funcionamento institucional, onde a organização das funções da instituição presentes em seu discurso é que produzem a subjetividade, sendo também produtoras da exclusão do indivíduo em decorrência dos conflitos institucionais entre as práticas instituídas e os movimentos em curso dentro da instituição. Concluiu o presente estudo que os pacientes aqui mencionados estabelecem a relação inicial em psicoterapia através da expressão de seus sintomas, sendo assim, o uso da técnica embasada no referencial psicanalítico será mais produtiva se efetuar a relação da linguagem dos sintomas e da história de vida de cada indivíduo, em detrimento da fala como expressão de sentimentos.

Palavras Chave: Saúde Mental, Saúde Pública, Psicoterapia, Psicossomática e Entrevistas Iniciais.

GARCIA, A.S. *Meeting of the Mental Health and the Public Health: Descriptive analytical study on as patient with physical complaints they establish the initial relation in psychotherapy of analytical orientation.* Assis: Faculdade de Ciências e Letras, UNESP, 2002, 150 f. Dissertation in Master Degree in Clinic Psychology. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", 2002.

ABSTRACT

The mental health in the public health follows the historical trajectory that later had origin in European countries and U.S.A. in the postwar period and in the proper Brazilian movement and state native of São Paulo who searches the humanização through antimanicomiais movements and of democratization of the services. In this historical context, the present research searched to understand as patient inserted in the services of public health, that present physical complaints, they establish the initial relation in psychotherapy of psychoanalític orientation. For in such a way we use studies of the psychosomatic one and we identify that the expression through the body becomes it main way of communication, where this form of representation of the internal contents constitutes the identity of the citizen, and for times, the abandonment of the treatment from the initial interviews occurs as form of maintenance of the symptoms and preservation of the identity constituted. The insertion of the initial interviews in an institution of public health demanded the analysis of the institucional functioning, where the organization of the functions of the institution gifts in its speech is that they produce the subjectivity, being also producing of the exclusion of the individual in result of the instituted institucional conflicts between the practical ones and the movements in course inside of the institution. It concluded the present study that the patients mentioned here establish the initial relation in psychotherapy through the expression of its symptoms, being thus, the use of the technique based in the psychoanalític referencial will be more productive to effect the relation of the language of the symptoms and the history of life of each individual, in detriment of speaks as expression of feelings.

Key Words: Mental health, Public Health, Psychotherapy, Psychosomatic and Initial Interviews.

“Mirem-se no exemplo das samambaias, que crescem para todos os lados (...) crescem para todos os lados à revelia de qualquer coisa (...) elas racham o concreto para nascer. Se você tapa essa fresta elas abrem outra”

Maria da Graça C. Ferraz e Ferraz (1993)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
I - CONTEXTUALIZAÇÃO	16
1.1. UMA REFERÊNCIA A OUTROS PESQUISADORES.....	17
1.2. SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL - Um pouco da história.....	27
1.2.1. A Saúde Pública Paulista.....	29
1.2.2. A Saúde Mental Pública.....	38
1.3. INSTITUIÇÃO	48
1.3.1. Instituição: Conceitos e Funcionamento.....	49
1.4. O REFERENCIAL TEÓRICO	55
1.4.1. Psicossomática	55
1.4.2. Psicoterapia e Psicanálise.....	62
II – A PESQUISA	72
2.1. A CLIENTELA	72
2.2. O LOCAL.....	76
2.3. A PSICANÁLISE COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO.....	79
2.4. PROCEDIMENTOS	85

III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	90
3.1.ENTREVISTAS.....	90
CASO 1.....	90
Análise	95
CASO 2.....	99
Análise	103
CASO 3.....	105
Análise	109
CASO 4	112
Análise	116
CASO 5	118
Análise	123
CASO 6.....	127
Análise	129
3.2. DISCUSSÃO GERAL.....	132
IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
V – BIBLIOGRAFIA.....	148
ANEXO	151

INTRODUÇÃO

A psicologia tem desenvolvido a possibilidade de sua inserção em diversas áreas e, dentre elas, a Saúde Pública tem sido palco de avanços no que diz respeito à extensão e reorientação paradigmática da oferta de serviços e desenvolvimento de pesquisas científicas. No Brasil, a partir das décadas de 70 e 80, começaram a se expandir os trabalhos para além dos muros dos hospitais psiquiátricos e cresceram os atendimentos em ambulatórios e outras unidades de saúde.

Apesar dos atendimentos em saúde mental pública passarem por essa descentralização, ainda seguem, como os demais serviços de saúde pública, a passos lentos e mais concentrados nos grandes centros ou regiões mais desenvolvidas do país.

A saúde pública passa por inúmeras dificuldades, como a escassez e má distribuição de verbas e investimentos mal direcionados. A saúde mental sofre os reflexos desta situação precária que se arrasta por vários mandatos federais, estaduais e municipais sem ter um direcionamento baseado em projetos que tenham continuidade.

Desta forma, a psicologia vem tentando se adequar à realidade do contexto onde está inserida, procurando atender à demanda crescente dos serviços nas unidades ambulatoriais, de saúde básica e nos instrumentos alternativos como Naps-Caps. Porém, assim como as demais áreas da saúde, a saúde mental vem encontrando dificuldades para

realizar o encontro de suas técnicas e métodos com as características e a demanda da população que a procura.

Os atendimentos em saúde mental pública, que utilizam os métodos e técnicas desenvolvidas para serem utilizados em consultórios particulares, não satisfazem a população que procura estes serviços com a expectativa de cura imediata de seus males e problemas.

Diante dessa realidade, pensamos a importância de desenvolver um trabalho com estudos específicos para o contexto de saúde pública, dada a progressiva necessidade da população em geral de ter acesso ao serviço de psicologia que, há muito, tem ficado ao alcance somente de pequena parcela, ou seja, aquela que pode pagar altos honorários para psicólogos de boa formação em seus consultórios particulares.

O nosso contato com dados sobre atendimentos psicológicos em uma instituição pública, inicialmente, ocorreu através de uma pesquisa de iniciação científica¹, onde nos deparamos com dados sobre o abandono da psicoterapia por pacientes de classes populares. Posteriormente, em um Posto de Saúde pertencente à saúde pública do município de Assis, onde atualmente desenvolvemos o trabalho, como psicóloga e pesquisadora, novamente, tivemos contato com os atendimentos psicológicos.

¹ Dias, M.C; Garcia, A.S. “Visão de Pacientes em uma instituição da Rede Pública de Saúde Mental”, Pesquisa de iniciação Científica. Clínica Escola da FCL - UNESP/Assis. 1991.

Diante desta realidade e, do exposto acima, sobre o atendimento psicológico em unidades de saúde pública, identificamos a necessidade de realizar um estudo para analisar quais os recursos subjetivos utilizados por pacientes com queixas físicas, na relação terapêutica. Para tanto, utilizamos as entrevistas iniciais, analisando as situações envolvidas neste atendimento, as influências sofridas, os componentes da teoria utilizada e os problemas daí decorrentes.

Desenvolvemos, então, um levantamento de pesquisas e trabalhos de alguns autores que falam sobre atendimentos em saúde pública e sobre características peculiares de pacientes que se utilizam destes serviços. Estes dados são apresentados no item 1.1.

A trajetória do paciente pelos serviços de saúde sofre influências da forma como se estrutura hoje a saúde pública e a saúde mental. A partir dessa ótica, no item 1.2., utilizamos o referencial histórico da saúde pública no Estado de São Paulo (Silva, 1988; Scarcelli, 1998; Ribeiro, 1999), passando pelo processo de municipalização, estruturação de ações na rede básica e a atual realidade da saúde pública (Campos, 1997).

No âmbito da saúde mental utilizamos dados históricos que desencadearam movimentos por uma atenção mais justa e humana a “pessoas portadoras de transtornos psíquicos”, e que norteiam as ações atuais em atendimentos nesta área. (Silva, 1988; Scarcelli, 1998; Ribeiro, 1999).

Identificamos, também, como interveniente neste processo, o funcionamento da instituição em que está inserido o atendimento. Dessa forma, no item 1.3. conceitualizamos a instituição dentro do referencial de Loureau (1996), Costa-Rosa (1987) e Marazina (1992).

Desenvolvemos entrevistas iniciais do processo terapêutico, trabalhando com um recorte específico, que diz respeito aos pacientes que chegam a este atendimento mediante encaminhamento médico. O paciente originário de encaminhamento médico apresentou, em sua maioria, queixas de males físicos e uma trajetória pelos serviços de saúde pública que possibilitou-nos realizar uma análise acerca das influências desta trajetória no estabelecimento da relação com o terapeuta.

De acordo com esta especificidade do estudo ora proposto fizeram-se necessários levantamentos sobre estudos de psicossomática, principalmente pela abordagem psicanalítica, onde pudemos compreender a utilização que alguns pacientes fazem das questões físicas como manifestação de aspectos psíquicos de sua constituição. Para tanto utilizamos estudos de Mello Filho (1992); McDougall (1996); Volich (2000), citados no item 1.4.1.

Adotamos para a realização das entrevistas iniciais e para análise dos dados desta pesquisa, o referencial da Psicanálise, a qual se estabelece como método de investigação que possibilita o desvelamento do objeto do estudo, dando ao pesquisador a possibilidade de aquisição

do conhecimento durante a investigação clínica. Sobre as peculiaridades deste referencial discorreremos no item 1.4.2.

Ao optarmos pelo referencial teórico da Psicanálise, preservamos sua peculiaridade enquanto método de investigação da subjetividade humana e, portanto, preservamos a característica da singularidade do ser humano e de sua subjetividade.

Formulamos como hipótese norteadora do trabalho, a possibilidade destes pacientes, que utilizam o serviço público, em sua maioria pertencentes a classes populares, Estabelecerem relações singulares e peculiares, não cabendo a eles uma classificação específica, simplesmente por pertencerem a esta ou aquela situação sócio-econômica.

No item II, descrevemos o processo de investigação em si. Dessa forma, no item 2.1, falamos sobre as características da clientela à qual nos dedicamos.

No item 2.2. falamos sobre o Posto de Saúde Central de Assis, local onde desenvolvemos o estudo. Descrevemos como se dá a divisão dos atendimentos em saúde mental no município e como o posto de saúde se insere nesta divisão.

Nos reportamos à Psicanálise como método de investigação no item 2.3., por considerarmos esta uma peculiaridade, da Psicanálise, que possibilita uma diferenciação em relação a outros métodos utilizados para análise de dados em pesquisa científica. Esta diferença consiste na

sua utilização enquanto atuação junto ao paciente, como método clínico, participando desde a coleta dos dados, até o processo de análise dos mesmos.

Em Procedimentos de Pesquisa, item 2.4, nos referimos ao número de casos atendidos, número de entrevistas realizadas, período de realização das mesmas, formas com que foram agendados e recebidos estes pacientes, formas de registro das entrevistas, bem como prazos e intercorrências durante o processo.

O item Apresentação e Análise dos Dados constituiu-se no relato dos dados obtidos a partir das entrevistas, dados estes que foram posteriormente utilizados para a análise à luz do contexto referido durante o trabalho.

I – CONTEXTUALIZAÇÃO

Desenvolvemos neste capítulo a apresentação de pontos que consideramos relevantes para a posterior análise dos dados coletados nesta pesquisa.

Inicialmente, trazemos a literatura sobre atendimentos de saúde mental em saúde pública. Em seguida, contextualizamos historicamente a Saúde Pública Paulista e a trajetória da saúde mental, para compreendermos a atual estruturação dos serviços em que está inserida a pesquisa.

Considerando que os atendimentos realizados na pesquisa trazem referências à instituição em que estão inseridos, discorreremos sobre a instituição enquanto conceito e funcionamento.

Ainda, como pano de fundo para a análise posterior, pontuamos no presente capítulo, a utilização da Psicanálise como referencial teórico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa. Seguimos duas vertentes de apresentação do referencial teórico: uma delas refere-se à psicossomática na leitura psicanalítica e a outra vertente, refere-se à utilização da técnica psicanalítica em psicoterapia.

1.1. UMA REFERÊNCIA A OUTROS PESQUISADORES

A partir da reflexão sobre o número de faltas e abandono de atendimento psicoterápico, que foram investigadas em pesquisa de iniciação científica (Dias; Garcia, 1991), nos deparamos com dados sobre atendimentos em saúde pública. Anteriormente a esta pesquisa de iniciação científica, entendíamos a desistência e o abandono em psicoterapia como uma simples falta de interesse do paciente ou devido à contratransferência negativa do par terapeuta-paciente. Costa afirma que:

Durante muito tempo, o fenômeno (desencontro) foi entendido como resistência ao tratamento ou desinteresse por um tipo de assistência que não queira limitar-se à administração de psicofármacos. Partia-se do princípio de que a modalidade de atendimento era válida, correta e intocável. Quem estava errado, consciente ou inconscientemente, era o cliente. (Costa, 1989, p.32)

Esta visão, aqui mencionada por Costa tem suas origens na trajetória histórica da saúde mental e de como os serviços foram sendo criados, a partir do saber absoluto localizado nos profissionais e da dificuldade ou insanidade localizada no paciente.

A pesquisa “Visão de pacientes em uma instituição da rede pública de Saúde Mental” (Dias; Garcia, 1991), analisou qual a relação existente entre os abandonos de atendimentos psicológicos realizados na Clínica-escola (UNESP-Assis) e a relação estabelecida entre paciente-terapeuta naquele contexto.

De acordo com os resultados encontrados naquele trabalho, a “indicação de terceiros” foi um dado significativo, ou seja, os pacientes não procuravam o atendimento espontaneamente, por escolha e decisão próprias. Esta indicação era percebida de duas formas: em uma delas, o paciente delegou a este terceiro que o estava encaminhando, a decisão sobre o que era melhor para seu problema, e na segunda forma, aceitou a indicação como cumprimento de uma obrigação. Percebemos que em ambos os casos, a decisão não foi do próprio paciente, pois este, não encontrando um caminho para seus problemas, acatou a indicação do outro.

O “conhecimento que o paciente tem das instituições públicas” também foi um dado analisado na pesquisa. Este conhecimento que permeou sua chegada ao atendimento psicológico e a forma como o paciente percebeu estes atendimentos decorreu da presença da instituição de rede pública de saúde na sua forma de vida. Sua expectativa formou-se com base em outros tratamentos, como por exemplo, o tratamento médico - geralmente precário - além de poucas informações sobre seu próprio problema.

Ainda na pesquisa mencionada acima, os pacientes passaram por diversos atendimentos e exames sem que estes cuidados pudessem dar conta do sofrimento que lhes afligia. O tempo de espera pelos atendimentos e as infundáveis filas a que se sujeitaram acabaram por constituir a imagem do que seria mais um atendimento, o psicológico.

Dessa forma, a pesquisa inferiu que o paciente não apresentava a discriminação de que poderia lidar com diferentes atendimentos em instituições públicas, de maneiras diferentes. Este modelo institucional levou o paciente a aderir a modelos de tratamento e formas de resolução de seus problemas como, por exemplo, o modelo médico, o modelo parapsicológico e ainda o modelo religioso.

No modelo médico a expectativa era de que a cura viesse através de medicação, e a relação que se estabeleceu foi como nos moldes da relação médica, ou seja, alguém que detém todo o saber sobre seu corpo e seu sofrimento e que pode curá-lo rapidamente, não sendo necessário nenhum contato mais próximo ou pessoal. Ficou também claro o imediatismo, já que o médico em poucos contatos, ou em um único contato, medica e “resolve”. Neste modelo, o paciente esperava pela chegada do médico, muito além dos horários marcados, o que não corresponde à proposta do atendimento psicológico.

No modelo parapsicológico, a cura viria através de técnicas de hipnose ou seus sentimentos seriam atribuídos a forças externas a ele,

de maneira que algo fora dele próprio estaria proporcionando seu bem estar e cura.

No modelo religioso, o paciente esperava por uma cura milagrosa, que deveria ser rápida, dependendo de “divindades” que a realizariam e que do paciente dependeria somente a fé, a crença de que algo ou alguém iria beneficiá-lo, às vezes, até acreditando no terapeuta como instrumento da manifestação divina.

Estas expectativas demonstram a visão que os pacientes da mencionada pesquisa possuíam da instituição como lugar de cura, de acordo com estes modelos, o que pode ter apresentado interferências no estabelecimento da relação com o terapeuta.

Em relação à cura, o paciente colocou-se externo a ela e delegou ao outro este poder, não houve o reconhecimento da forma como o paciente poderia se envolver no seu próprio processo e, portanto, existe segundo a pesquisa, uma dificuldade de estabelecer a relação terapêutica.

Segundo Costa, esta clientela tem por hábito delegar aos outros a resolução de seus problemas em qualquer contexto:

Diante de uma doença física, consulta um médico que lhe diz o que fazer, diante de um pecado consulta um padre que lhe dita a penitência a cumprir, diante de um mal de amor, pode consultar um pai-de-santo ou um amigo próximo que o aconselha, (...) Como imaginar que, numa situação

de conflito psíquico, este cliente possa de maneira natural enquadrar-se no enquadramento? (Costa, 1989, p.31)

A estrutura oferecida pela psicoterapia não fazia parte do rol de maneiras buscadas por estes pacientes até aquele momento para resolução de seus problemas.

A relação terapeuta-paciente foi outro ponto importante sistematizado pela pesquisa (Dias; Garcia, 1991). Percebemos dificuldades na escuta do terapeuta por não levar em conta as expectativas destes pacientes, as diferenças culturais e de linguagem, que atrelados às condições reais de dificuldade sócio-econômicas, não favoreciam a continuidade e mesmo a assiduidade deste paciente ao atendimento.

Ao iniciar o atendimento, a pesquisa descreveu que o paciente tinha a expectativa que o terapeuta fosse lhe dizer o que fazer com seus problemas, fosse lhe dar conselhos ou direcionamentos e, diante da frustração desta expectativa não conseguiram dar continuidade, pois se depararam com uma pessoa que estava a lhe ouvir, porém, não intervindo da maneira como esperava.

Outro aspecto importante da relação terapeuta-paciente discutido pela pesquisa foi o estabelecimento da relação com a instituição que iria curá-lo e não com o terapeuta, pois foi constatado que, na maioria dos casos estudados, os pacientes não se referiam ao terapeuta e não se

lembravam de seu nome, mas se referiam à instituição. Eles também não podiam escolher o terapeuta que iria atendê-los, simplesmente se dirigiam à instituição.

A idéia do atendimento em rede pública que os pacientes apresentaram no decorrer daquele estudo foi permeada por um tipo de tratamento precário e impessoal e dessa forma, Costa nos diz

... o cliente do serviço público tem bem clara a consciência de seu estatuto de cidadão doente e da diferença cultural que o separa do terapeuta: ele vai ao consultório para falar de seus problemas a alguém que usufrui de mais direitos civis que ele; que pertence a uma classe social superior à sua; que se veste, fala e se porta de um modo que não é seu; que ele não escolheu para ser seu médico e vice-versa; a quem ele não tem direito real de pedir, por exemplo para ser atendido mais vezes se precisar; a quem ele vê como lhe prestando um favor, quando é bem atendido... (Costa, 1989, p.31)

Assim, constatou-se nos dados daquela pesquisa uma descaracterização da relação terapeuta-paciente nos moldes teóricos que encontramos na literatura. O paciente não se sentia ouvido, não sentia a

resolução de seus problemas de maneira concreta, o que decorreu em abandono do tratamento.

A pesquisa sugeria ainda que a escuta do terapeuta não era condizente com as expectativas do paciente e este desencontro poderia estar levando a um descrédito por parte do paciente em relação ao atendimento psicoterápico. Para o paciente não estaria havendo sentido na comunicação e nem na inter-relação.

Conclui a pesquisa (Dias; Garcia, 1991) que é fundamental levar em conta as expectativas do paciente para o estabelecimento do processo analítico, já que este depende da escuta que se tem em relação ao paciente.

Tendo contato com outros estudos para a realização da atual pesquisa, nos deparamos com trabalhos de Neme (1992), analisando dados sobre atendimentos realizados em Ambulatórios de Saúde Mental, no qual utiliza termos como “abandonadores” e “continuadores” para referir-se à problemática do “abandono ou exclusão”, e conclui que:

As diferenças aqui encontradas permitem afirmar que o termo ‘abandonador’ é altamente falseador da realidade, devendo-se questionar a ocorrência de ‘exclusão’, tal como ocorre nos sistemas educacionais e outros tradicionais.
(Neme, 1992, p.257)

A autora sugere que é necessário voltarmos nosso olhar para a observação dos fatores que impedem a continuidade do tratamento, não atribuindo o fim somente ao paciente que é indicado como o responsável, mas verificando as condições que excluem o paciente.

A este respeito, no ano de 1999, tivemos contato com dados² sobre atendimentos psicológicos em uma unidade de saúde pública onde encontramos os seguintes dados: foram atendidas 138 pessoas com retornos semanais, perfazendo um total de 1082 sessões realizadas, sendo que 43 pessoas, 31,15% do total, abandonaram o tratamento.

Sobre os casos que abandonaram os atendimentos (43 pessoas ou 31,15% do total), pudemos apurar que 65% (28 pacientes) apresentaram algum tipo de queixas físicas e 35% (15 pacientes) não apresentaram queixas físicas.

Dentre os pacientes que abandonaram o atendimento e apresentaram queixas físicas, ou seja, 28 pacientes, identificamos que 71,42% (19 pacientes) foram para o atendimento psicológico através do encaminhamento médico; 42,85% (11 pacientes) pertenciam à faixa etária entre 30 e 39 anos, seguidos de 21,42% (5 pacientes) pertencentes à faixa etária acima de 60 anos. Identificamos que em relação ao número de sessões freqüentadas, os pacientes que abandonaram o tratamento e apresentaram queixas físicas somaram 32% (9 pacientes) que tiveram 1 sessão, 32% (9 pacientes) tiveram 2 sessões, seguidos de 18% (5

² Estes dados foram coletados, pela pesquisadora, em prontuários dos pacientes que freqüentaram atendimento psicológico e planilha interna do Posto de Saúde Central, no ano de 1999.

pacientes) que tiveram de 3 a 5 sessões e 18% (5 pacientes) que tiveram acima de 5 sessões.

O número de pacientes que apresentaram queixas físicas dentre os que abandonaram o tratamento nos pareceu significativo, bem como a informação sobre a quantidade destes pacientes que haviam sido encaminhados por médicos, de maneira a reforçar as informações observadas na pesquisa anteriormente descrita (Dias; Garcia, 1991), que falava sobre a necessidade destes pacientes de que *outro*, de alguma maneira, se responsabilize por seu processo de reconhecimento da doença e sua cura.

Outro dado significativo nos pareceu a faixa etária de maior incidência ser entre os 30 e 39 anos. Levando-se em conta ser esta a fase de maior potencial produtivo em relação ao trabalho e a economia em nossa sociedade, podemos inferir sobre os conflitos decorrentes da impossibilidade física para o trabalho, que são constatados também pela pesquisa de iniciação científica.

E, finalmente, identificamos que os pacientes que apresentam queixas físicas não estão aderindo ao modelo de retornos do tratamento psicológico, como demonstra o percentual (32%) que esteve presente em apenas uma sessão e o mesmo percentual que esteve presente a duas sessões, nos fornecendo, desta forma, um indicativo de que há situações a serem pesquisadas em relação a estes dados.

Alcindo Rosa (2000) em pesquisa realizada sobre os encaminhamentos para psicoterapia em uma instituição de saúde mental pública, nos anos de 1997/1998, constatou que 46% dos casos desistiram do tratamento antes do terceiro atendimento e que este índice crescia conforme o aumento do número de sessões e considerou que:

Estes dados demonstram que deve haver uma série de contingências técnicas, culturais e institucionais que têm impossibilitado a adesão dos pacientes às propostas psicoterapêuticas e, por conseguinte, leva-os a abandonar o tratamento psicológico. (Rosa, 2000, p.36)

Esta observação corrobora com as pesquisas anteriores mencionadas, no sentido de desviar o foco da responsabilidade total do abandono do tratamento pelo paciente e indicar outros fatores que podem interferir neste processo.

Através das pesquisas mencionadas, pudemos ter maiores informações sobre a situação dos atendimentos psicológicos em unidades de saúde pública, demonstrando um dado interessante, que diz respeito ao elevado número de abandonos existentes e a necessidade de desenvolvimento de estudos que indiquem qual a situação que permeia estes atendimentos.

1.2. SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL – UM POUCO DA HISTÓRIA

A estruturação da saúde mental no Brasil, e mais especificamente no Estado de São Paulo, está diretamente ligada à forma como se estruturou a saúde pública de um modo geral, pois a partir das ações desenvolvidas para esta, é que foram criados os procedimentos e direcionamentos para o trabalho dos profissionais de saúde mental.

Para compreendermos o contexto atual da saúde mental se faz necessário entendermos como se chegou à organização atual das práticas de saúde e as fases pelas quais passou.

A história da saúde mental no Brasil e principalmente no Estado de São Paulo se modelou a partir de movimentos ligados à reforma psiquiátrica, embora tardiamente, pois segundo Scarcelli (1998), nos países europeus e Estados Unidos este processo se consolidou desde a segunda guerra mundial. Na Inglaterra e na França surgem movimentos para uma reforma na assistência hospitalar com propostas político-administrativas para a territorialização da assistência. Nos Estados Unidos surgem políticas para a reinserção de pacientes na comunidade, e destacamos também o desenvolvimento da contribuição teórica a partir do conceito de História Natural da Doença, levando a práticas preventivas e ao estabelecimento de formas de intervenção, de acordo com o momento da constituição da doença, em primária, secundária e terciária.

Entretanto, todos estes movimentos mantinham a reprodução de mecanismos de exclusão institucional, que foram questionadas pelo movimento da psiquiatria democrática originário na Itália, que tendo Franco Basaglia como principal expoente, coordenou a luta pela transformação do sistema psiquiátrico, trazendo grandes influências para o movimento de luta antimanicomial brasileiro e para a estruturação da atenção em saúde mental no estado.

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a industrialização crescente e o processo de urbanização acarretaram modificações sócio-econômicas e, conseqüentemente, nas condições de vida da população.

Nesta mesma ocasião, o Estado passou a assumir a responsabilidade sobre a saúde pública, a partir da conceituação histórica de saúde como ausência ou presença de doenças, ou seja, deve tratar o indivíduo que apresenta alguma doença, não enfocando para o tratamento, as condições de vida dos indivíduos que poderiam estar levando ao surgimento de doenças. Dessa forma, passa a tratar a saúde como problemas individualizados de contenção de doenças, não priorizando o sentido mais global das condições sócio-econômicas da população.

As práticas de saúde passam a ser organizadas dentro de modelos que são planejados e vão se modificando ao longo do tempo,

porém, conceitualmente, mantendo o alcance individualizado que a permeava.

A contextualização histórica da Saúde Pública Paulista se faz necessária para compreendermos as formas de organização acima descritas e as práticas atuais de atenção na saúde em geral e mais especificamente na saúde mental.

1.2.1. A Saúde Pública Paulista

A história da Saúde Pública Paulista se inicia com a Constituição de 1891, que atribui a execução dos serviços de saúde pública aos governos estaduais, e é criado o Serviço Sanitário do Estado, que passa mais tarde a constituir a Secretaria Estadual da Saúde. (Silva, 1988).

A atuação do Estado na saúde pública caracterizou-se inicialmente por um modelo fundamentado na Epidemiologia e ficou marcado por Campanhas e pela Polícia Sanitária que atuavam nos modos de transmissão das doenças infecciosas, desvinculando a questão das doenças das questões sociais.

Este período se estendeu aproximadamente até a década de 20, quando a industrialização e a urbanização alteram as relações entre classes sociais e as condições de vida da população, inviabilizando assim este modelo autoritário de controle de doenças.

Após este período, inicia-se o uso da Educação Sanitária como modelo de atuação junto à saúde, havendo modificações na concepção do objeto, pois começa a fundamentar-se na relação entre a saúde, a doença e a sociedade, com idéias de prevenção da doença e promoção da saúde. Este modelo se estende até a década de 60.

Rosalina Silva comenta que: *“Há ênfase na consciência higienista, que deve ter por objetivo a preservação dos males através de uma prática clínica, que deveria ser deixada por conta de outras instâncias de atendimento”* (Silva, 1988, p.105). Desta forma, percebemos que este modelo permite a apreensão do individual e do coletivo em uma só forma de atuação.

Segundo Marçal Ribeiro (1999), a partir de 1966, o modelo assistencial passa por modificações em decorrência da criação, em nível federal, do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS que unifica os Institutos de Pensões e Aposentadorias do país. Esta instituição privilegiou a compra de serviços do setor privado, através da dotação de verbas públicas a instituições particulares que prestassem serviços médicos à população, sem que o governo assumisse a prestação desses serviços.

A partir desta medida, foram realizadas reformas tributárias, financeiras e administrativas que favoreceram a centralização das ações em torno do executivo e, sendo considerado como processo de modernização do Estado brasileiro, acaba por implicar em mudanças no

modelo em vigência na saúde pública paulista, que passa a tentar a integração dos serviços, sendo o Centro de Saúde a unidade sanitária responsável pelos problemas de saúde pública da comunidade.

Gastão Campos nos coloca que a concepção inicial de Centro de Saúde seria a de possuir um funcionamento como núcleo básico e central da atenção médico-sanitária, sucedâneo público para o consultório médico, já que este era inacessível ao contingente populacional considerado mais pobre. Assim ele comenta que: *“Na expectativa de superação dos limites da prática clínica foi proposto que as novas unidades executassem, além do atendimento clínico individual, um conjunto de ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde”*. (Campos, 1997, p.110)

Ainda segundo Campos, a proposta original de Centro de Saúde *“representou uma descoberta tecnológica teoricamente mais avançada”*, pois foi pensado como um serviço público, o que permitia uma liberdade de criação distante da lógica de mercado que rege os consultórios clínicos tradicionais, lógica esta que impede o desenvolvimento do saber e da prática médico-sanitária até os dias atuais.

A centralização econômico-política desenvolvida na década de 70 acarretou uma crise econômica que leva à necessidade de formulações de políticas sociais para compensar a deterioração das condições de vida da população. No setor da saúde surgem os programas

de extensão de cobertura de serviços de saúde, para dar conta das assistências médicas e das ações médico-sanitárias, então divididas entre o INPS e o Ministério da Saúde.

Silva relata que a especificidade do modelo atual é a introdução de ações de assistência médica individual em escala ampliada e diversificada, fazendo parte dos programas de extensão.

A centralização normativa passa a se constituir como meio de estabelecer formas para avaliação e controle de resultados de produção, possibilitando a comparação de dados. A utilização de sistemas de informação para possibilitar um planejamento com base epidemiológica passa a vigorar.

Para Campos, este modelo de organização:

... aprofundou a segmentação vertical dos serviços de saúde, não logrou aumentar a produtividade e o envolvimento dos vários profissionais com os problemas de saúde. Ao contrário, o excesso de normatização restringiu burocraticamente o objeto de trabalho de cada grupo ou profissional isolado, desestimulando ainda mais a iniciativa e criatividade dos trabalhadores, já que agora dispunham de normas que estabeleciam claramente os limites de atuação de cada um. (Campos, 1997, p. 127)

A centralização normativa acima descrita chega aos serviços nesta ocasião, com descrições pormenorizadas das tarefas e seus encadeamentos, com objetivos gerais e específicos. Porém, as ações individualizadas levam ao predomínio das práticas clínicas, embora fossem descritas somente como parte dos programas de atenção à saúde.

Esta forma de assistência é observada em uma série de características nas atuações institucionais, incluindo o processo de medicalização da sociedade, passando pelo predomínio de atendimento clínico individual em centros de saúde, que tomam o lugar de ações mais abrangentes.

As atividades eram descritas contemplando suas metas, os profissionais que deviam desenvolvê-las e o rendimento necessário que era baseado no número de atividade por unidade de tempo. A avaliação dos programas era feita prioritariamente com base em padrões quantitativos e os indicadores para essa avaliação eram, em sua maioria, os atendimentos individualizados, sendo as demais atividades consideradas como complementares.

Os registros quantitativos destes programas eram enviados através dos ERSAs (Escritórios Regionais de Saúde) ao CIS (Centro de Informação de Saúde), para serem analisados epidemiologicamente e os Centros de Saúde não tinham retorno destas informações.

Através destes registros, as cobranças de produtividade levam a uma prática fragmentada, pois os profissionais destinados a desenvolverem as tarefas, o fazem sem conhecer os objetivos mais amplos dos programas, das ações e das políticas de assistência à saúde. Este modelo clínico, associado à compreensão individualizada, conduz à necessidade de seleção das queixas, o que acarreta a redução do diagnóstico ao corpo do indivíduo, fugindo do contexto sócio-cultural.

Os trabalhos educativos em grupo são previstos em vários programas, mas são pouco efetuados. Segundo Silva: *“Tais trabalhos têm sido realizados em iniciativas isoladas, por profissionais que percebem sua importância e insistem na manutenção dos mesmos”*. (Silva, 1988, p.14-5). Dessa forma, o desestímulo a este tipo de trabalho faz com que a orientação individual seja dada como norma, pois é igual para todos, independente das condições de vida da clientela e, contraditoriamente, passa a reforçar a diferença entre as pessoas.

De maneira geral, os atendimentos em unidades básicas de saúde são realizados de maneira descoordenada e fragmentada, priorizando este modelo clínico individualizado, o que resulta em diversas contradições em relação às propostas de atenção à saúde colocadas pelos órgãos de direção.

Ainda na década de 70, ocorre a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, em 1974; a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAZ, que financiaria a construção

e compra de hospitais e equipamentos; em 1975, a criação do Sistema Nacional de Saúde que definiria as articulações entre os ministérios, os Estados e os Municípios; e em 1978, o INPS é transformado em INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, agora vinculado ao Ministério da Previdência, responsável pelo atendimento médico individualizado, enquanto o Ministério da Saúde cuidaria de ações coletivas.

A assistência médica individualizada oferecida pelo Ministério da Previdência é incentivada pelo setor privado, sendo este financiado pelo setor público. Porém, com a crise econômica deflagrada no país no final da década de 70, o discurso oficial sofre alterações e em 1980 é criado o PREVSAÚDE, como plano nacional de serviços básicos, que foi apresentado na VII Conferência Nacional de Saúde.

Em 1982, é proposto o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social que objetiva “a redução e o controle de gastos estatais em saúde”. Para a implantação desse plano surge a estratégia das AIS – Ações Integradas de Saúde que tinha como proposta a descentralização e universalização dos serviços de saúde, que se constituíam, segundo Ribeiro (1999), em convênios específicos e anuais que visavam repasse de verbas da Previdência para os estados e municípios.

Estes convênios não chegaram a envolver a rede privada, sendo firmados entre Ministérios da Previdência e Assistência Social, da

Saúde e da Educação e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As AIS passam a dispensar uma atenção integral à saúde, organizando uma rede de serviços integrados e regionalizados.

Para a superação das limitações das AIS, era necessária uma mudança qualitativa como Silva nos coloca :

... entende-se como necessária a constituição de Sistema Único de Saúde em âmbito nacional, com um comando único em cada esfera de governo, orientado para: a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; a distritalização, na qual cada distrito sanitário seja considerado como unidade operacional básica desse sistema, com responsabilidades definidas sobre sua população. Nestes distritos deve existir a gestão colegiada na formulação e controle da política das práticas institucionais. (Silva, 1988, p.125)

Ainda na década de 80, principalmente após a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, surge uma política de saúde descentralizadora e que trouxe à tona os desmandos da política governamental de saúde e do INAMPS em relação a benefícios feitos com dinheiro público a instituições e ao modelo privado.

A partir de 1987, são firmados convênios entre Estado e Município para implementar a integração dos serviços de saúde localizados no Município, onde são previstos os preceitos das AIS.

Silva nos descreve como passa a se organizar a saúde nos municípios:

... rede de unidades básicas de saúde, rede de ambulatórios para atendimentos especializados, rede hospitalar.(...) a rede de unidades básicas de saúde, integradas pelos centros de saúde estaduais e suas unidades materno-infantis e pelos postos de atendimento da Secretaria Municipal da Saúde, passa a ser considerada como “porta de entrada” do sistema de saúde; a rede ambulatorial de atendimento especializado, passa a ser considerada como primeiro nível de referência da rede básica, atuando na área de sua especialidade, no diagnóstico diferencial e tratamento específico; a referência para tratamento hospitalar, passa a dar-se através da Rede Básica de Serviços e Ambulatórios especializados do Sistema. (Silva, 1988, p.128)

Esta hierarquização dos serviços garante à rede básica o primeiro nível de atenção de acordo com a complexidade das doenças. Porém, esta conceituação utilizada restringe o conhecimento dos

diferentes contextos sócio-econômicos, implicando em práticas também diferentes. Por isso organismos internacionais (OPS/OMS) reconhecem a necessidade de alternativas teóricas mais amplas sobre a conceituação neste nível de atendimento.

As propostas de reformas sempre buscaram para a atenção básica e ambulatorial, uma racionalidade administrativa e epidemiológica. Porém, na prática, houve a tentativa de implantar na rede básica, linhas de montagem que visavam vincular o médico ao trabalho de equipe e aos programas de saúde.

Esta tentativa de subordinar a prática clínica às noções epidemiológicas reforçou o funcionamento burocrático presente nos serviços públicos, ampliando os conflitos já existentes.

1.2.2. A Saúde Mental Pública

A saúde mental tem sua história ligada ao movimento da reforma psiquiátrica e à tentativa de construção de um modelo em saúde mental substitutivo aos manicômios. Dessa forma, é importante observarmos a trajetória de alguns movimentos da reforma que contribuíram para a reflexão sobre as práticas brasileiras e locais.

Na década de 60, mais especificamente, a partir de 1964, começam a surgir movimentos sociais em repúdio ao regime totalitário instalado no país. Os partidos políticos, sindicatos e associações

marcaram um novo momento de luta por liberdade, igualdade e democracia da sociedade. Diante das desigualdades sociais marcantes, das péssimas condições de vida da população, surgiram movimentos sociais relacionados à formação de identidade e laços de solidariedade.

Estes movimentos sociais lutam pela instalação do processo democrático, criação de direitos políticos e pela transformação da sociedade e se constituem como formas de organização oponentes ao sistema vigente naquela ocasião.

Segundo Inani Scarcelli (1998), na área da saúde começam a se desenvolver novos programas, difundindo a consciência sanitária e um pensamento crítico-reflexivo, principalmente dentro das Universidades, apesar do regime político da época.

O governo adotou uma política que priorizava a compra de serviços privados, com o discurso voltado para a melhoria da assistência médica, e ainda priorizava ações assistências em detrimento de propostas de prevenção,

Na atenção psiquiátrica, esta política facilitou a construção e ampliação da rede hospitalar privada, contrariando até mesmo as orientações da OMS, que recomendava a concentração da assistência psiquiátrica no nível ambulatorial.

Sobre esta política e o discurso do governo, Scarcelli faz as seguintes considerações:

Na contra-corrente desse modelo hegemônico, temas como regionalização, hierarquização, democratização dos serviços pela participação popular etc., fazem parte das discussões do meio universitário. As novas experiências e idéias daí decorrentes extrapolam os limites institucionais para se somarem e/ou desencadearem um movimento mais amplo, cujas reivindicações por mudanças não dizem respeito apenas ao modelo de atenção à saúde. (...) Consideramos que a expressão destas tendências contra-hegemônicas são reveladoras de contradições inerentes à própria estrutura do Estado capitalista. (Scarcelli, 1998, p.13)

Compreendemos que estas colocações indicam que o Estado estaria cedendo às reivindicações das demandas sociais, porém, de maneira que estas reivindicações não desviassem a essência do projeto político dele próprio (Estado), e da classe detentora do poder (no caso da saúde, a rede privada de saúde). Dessa forma, o Estado estaria mantendo os interesses plurais da sociedade.

Em contrapartida, Scarcelli (1998) nos esclarece que estas concessões podem vir a fortalecer os setores envolvidos na luta social e, conseqüentemente, surgirem novos interesses contraditórios. E assim ocorreu até meados da década de 70, ocasião em que encontros e congressos deliberavam resoluções conflituosas que percebiam a

necessidade da saúde mental ser integrada à saúde pública e, ao mesmo tempo, defendiam a expansão dos hospitais psiquiátricos baseados em seus próprios lucros.

Em 1970, se realiza o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, onde se pronuncia a “Declaração de Princípios de Saúde Mental”, reconhecendo que:

... a Assistência em Saúde Mental é responsabilidade da sociedade; os serviços de Saúde Mental devem ser integrados à rede de recursos da comunidade; os hospitais devem ter reestruturações e promover a reintegração social do indivíduo; e o desenvolvimento de um programa de formação voltado para as equipes terapêuticas multiprofissionais. (Scarcelli, 1998, p. 14).

No ano de 1971, o Governo do Estado de São Paulo criou um Grupo de Trabalho, voltado para a reformulação da assistência aos doentes mentais, que sugere a criação de Centros Comunitários de Saúde Mental e propõe a integração das Faculdades de Medicina neste projeto. Em 1973, são celebrados convênios entre a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde e os órgãos de ensino e pesquisa, públicos e privados.

Mesmo com tais iniciativas, o setor privado asilar se fortalece a partir da criação do Plano de Pronta Ação, em 1974, que representa a consolidação da privatização da assistência médica na Previdência Social e intensifica a contratação de hospitais privados para o setor.

Scarcelli, conclui a partir destes dados que:

... apesar das ações voltadas referentes a um plano de atenção em saúde mental público, nunca terem sido priorizadas, até mesmo por não representarem propostas hegemônicas no âmbito do governo, houve um aumento do contingente de profissionais ligados ao trabalho em saúde mental.(...) Neste sentido, esse novo cenário é composto por profissionais submetidos tanto ao trabalho sem remuneração devido ao descaso governamental, como às condições indignas de maus tratos destinadas aos pacientes internados nos hospícios. (Scarcelli, 1998, p.16)

A Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo publica em 1983, a “proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios” e, segundo Scarcelli (1998), o documento trazia uma proposta técnica, para profissionais de saúde “preocupados em inserir um tipo de atenção à saúde mental nas práticas institucionais”. Propunha-se que as ações desenvolvidas nas unidades

básicas deveriam se caracterizar como atenção primária, integrando profilaxia e tratamento, enquanto os ambulatorios seriam responsáveis pela assistência secundária.

Diante de tal situação e dos problemas emergentes no país, os movimentos sociais tomaram força e neste cenário surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), com preocupações relacionadas ao papel normalizador das instituições e a desinstitucionalização. O Movimento passa então a elaborar propostas de reformulação do sistema assistencial e a desenvolver um pensamento crítico em relação ao saber psiquiátrico.

A partir da década de 80, um número relevante de profissionais de nível universitário começa a ser contratados por governos estaduais e municipais para comporem equipes de saúde mental, e passam a trabalhar em instituições como unidades básicas, ambulatorios, hospitais-dia, centros de convivência.

Segundo Paulo Amarante, esta incorporação se deu:

... por um lado, de tática desenvolvida inicialmente do movimento sanitário, de ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde, num momento em que, com o fim da ditadura, se renovam as lideranças da tecnoburocracia; por outro, se constitui como proveniente de

outra tática, essa de iniciativa do Estado, de absorver o pensamento e o pessoal crítico em seu interior, com o objetivo de seja alcançar legitimidade, seja reduzir os problemas agravados com a adoção de uma política de saúde excessivamente privatizante, custosa e elitista. (Amarante, 1995, p. 95)

Em 1985 e 1986, destacam-se as realizações dos I e II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, que possibilitou a discussão a respeito da exclusão do 'doente mental' dos direitos civis, sociais e políticos, bem como o lugar ocupado pelos trabalhadores de Saúde Mental na reprodução dos mecanismos de exclusão.

No contexto das ações governamentais, houve a instalação de um novo equipamento de saúde mental, no ano de 1987: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), que se constitui num serviço que procura integrar ações ambulatoriais e oficinas de trabalho, com a estrutura de hospital-dia. Para Scarcelli, *“tal experiência representou uma ruptura em relação às práticas cristalizadas e pouco resolutivas, apontando uma nova via de reflexão sobre a loucura e de atenção aos portadores de transtornos mentais”*. (Scarcelli, 1998, p.21)

A 8º Conferência Nacional de Saúde reformulou o Sistema de Saúde e trouxe grande impacto na política de saúde do país, com a

participação de entidades representantes da sociedade civil. Posteriormente, em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Na cidade de Bauru, em 1987, realizou-se o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental que, segundo Scarcelli representou:

...não apenas o início de uma das trajetórias da reforma psiquiátrica brasileira, mas também um momento de superação do próprio MTSM, a partir da ampliação de seus princípios e da participação de outros segmentos da sociedade civil, principalmente usuários dos serviços de saúde mental, ex-pacientes psiquiátricos e seus familiares.
(Scarcelli, 1998, p.23)

A partir deste Congresso, inicia-se um novo momento histórico da reforma psiquiátrica no país. A organização dos trabalhadores, juntamente com outras frentes, dá início ao Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), que amplia as formas de participação, buscando articulação com movimentos democráticos populares. O hospício passa a ser emblema das relações de violência e segregação e o lema “Por uma sociedade sem manicômios” torna-se a bandeira do movimento.

A ampliação se dá à medida que se produz uma crítica mais contundente aos manicômios, buscando excluí-lo como possibilidade de assistência ao doente mental e rejeitando a ambigüidade referente à humanização dos hospitais psiquiátricos existentes, posição esta que algumas vezes circulava no MTSM. (Scarcelli, 1998, p.24).

O Movimento passa a discutir o discurso manifesto pelas instituições manicomial e a contradição de suas práticas que passam pela segregação e exclusão.

O Congresso de Bauru criou, ainda, o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, no dia 18 de Maio e propôs um projeto de lei federal, que em 1989, foi apresentado ao Congresso Nacional pelo Deputado Paulo Delgado (PT), como Projeto de Lei 3657/89, dispondo sobre a extinção progressiva dos manicômios, sua substituição por outros recursos assistenciais e a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária. Em seguida, projetos de lei semelhantes foram apresentados às Assembléias Legislativas e Câmaras Municipais.

No início da década de 90, as propostas do governo em relação à saúde mental passam a ser enriquecidas por iniciativas internacionais. As Organizações Panamericanas e Mundial de Saúde – OPAS/MAS, foram ao encontro da proclamação da “Declaração de Caracas”, em 1990, que conclamava que “*Ministérios da Saúde e da*

Justiça, os Parlamentos, a Previdência Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, as Universidades e outros centros de formação, e os meios de comunicação a apoiar a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica de forma a assegurar o sucesso de seu desenvolvimento em benefício das populações da Região”.

A Organização das Nações Unidas – ONU aprovou em Assembléia Geral, “Os Princípios para Proteção dos Portadores de Transtornos Mentais e Melhoria da Assistência em Saúde Mental”, no ano de 1991.(Scarcelli, 1998)

Em 1992, realiza-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que se constituiu num marco histórico no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, e o I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial foi realizado em 1993, registrando uma participação significativa de usuários e seus familiares.

Durante a década de 90, houve a disseminação da idéia proposta pelo Movimento da Luta Antimanicomial e a criação em vários municípios de dispositivos alternativos ao sistema manicomial.

A OMS instituiu o ano de 2001 como o Ano Internacional da Saúde Mental e no âmbito nacional, a Lei Paulo Delgado foi finalmente aprovada e sancionada pelo Presidente da República em 06 de Abril do mesmo ano.

Concomitante a este fato, o Ministro da Saúde convoca a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que passa a ser organizada a partir de pré-conferências regionalizadas.

Na região da DIR VIII (Direção Regional de Saúde), que abrange o município de Assis, realizou-se a I Conferência Regional de Saúde Mental em 28 de Outubro de 2001, sendo levantadas propostas e eleitos delegados para a Conferência Estadual de Saúde Mental que realizou-se em 18 de Novembro de 2001. Posteriormente em Brasília – DF, realizou-se de 04 a 08 de Dezembro de 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Dessa forma, se concretizou mais uma etapa da luta pelo respeito e pela dignidade na atenção à Saúde Mental no país.

1.3. INSTITUIÇÃO

"... para pensar na clínica em instituições, temos que pensar sobre as instituições de nossa clínica".

Isabel Marazina

As instituições de saúde mental têm sido pensadas de várias formas e isso levou a reflexões e mudanças em sua estrutura e funcionamento, que resultam em diversas práticas de atendimento em saúde mental.

A saúde mental inserida em instituições de saúde pública apresenta suas peculiaridades e, principalmente as atuações e reflexões sobre esta modalidade de atendimento é que efetivaram as mudanças ao longo da história da saúde mental no Brasil e no exterior.

Dessa forma, nos propomos a refletir quais as influências que esta história e funcionamento da instituição acarretam no atendimento psicoterápico realizado em instituições de saúde pública sem, no entanto, termos a pretensão de esgotar as possibilidades de análise do tema.

1.3.1. Instituição: Conceitos e Funcionamento

Realizado o levantamento sobre a história que decorre nos conceitos de saúde mental ora vigentes, desenvolveremos uma reflexão sobre o próprio conceito de instituição e como podemos pensá-lo de acordo com as influências exercidas em nossas práticas.

O conceito de instituição vem se articulando ao longo da história, e em alguns momentos, se confunde com o conceito de clínica, no âmbito da psicologia, principalmente no período do pós-guerra, quando se desenvolvem as comunidades terapêuticas, e o conceito se assemelha ao da materialidade. Depois, o conceito se aproxima de uma definição técnica, em que a instituição seria sinônimo dos dispositivos que são colocados em uso.

Recentemente, a psicologia institucional, que se caracteriza como uma atividade de intervenção, desenvolveu o conceito de instituição de uma maneira mais abrangente e segundo Marazina:

Ela já não é pensada como um estabelecimento ou uma técnica, mas como uma forma geral que produz e reproduz as relações sociais e que é empregada em diferentes estabelecimentos através de diversas técnicas.(...) Fala-se em instituição como algo que se manifesta através de tudo isso. (Marazina, 1992, p.28)

Ou seja, trata-se de uma relação que permeia diversos extratos da sociedade em um determinado momento histórico, abrangendo os aspectos econômico, político, social e cultural.

Outros autores como Loureau (1996) e Costa-Rosa (1987) discutem o conceito de instituição como uma dimensão composta de saberes e práticas articuladas por um discurso, que totalizam um conjunto de momentos articulados. Assim, ela é composta de práticas que não realizam a intervenção proposta pelo discurso, por práticas que se propõem a uma determinada função e também pela articulação destas duas situações.

Assim, Loureau define instituição como: *“Uma norma universal, ou considerada como tal, quer se trate do casamento ou da*

educação, quer da medicina, do trabalho assalariado, do lucro, do crédito...”(Loureau, 1996, p.9)

A instituição possui um conjunto de interesses que podem ser diferentes e até contraditórios, constituindo, assim, uma formação social não harmônica. Possui em seu discurso uma ordem manifesta que pode diferir de uma ordem latente, sendo necessário que o profissional realize a análise do discurso para compreender o funcionamento e poder inserir-se na instituição.

Loureau comenta que:

Toda forma social possui portanto uma unidade, um caráter específico produzido por sua finalidade oficial (a produção, a gestão, a educação, o controle, a ajuda, a proteção, etc.), finalidade que, considerada em si mesma, isoladamente, toma o nome de função.(Loureau, 1996, p.12)

O discurso de uma instituição ocupa a função de formação social e tende a mostrar as funções positivas da instituição, ou seja, aquelas a que se propõe manifestamente e que são aceitas pela comunidade como, por exemplo, o posto de saúde promover a cura dos problemas de quem o procura. No entanto, esta função não pode ser levada em conta como única e absoluta em um estudo científico, pois esta unidade positiva constitui apenas um momento da instituição.

Somente com a análise dos aspectos latentes do discurso é que se torna possível perceber e reconhecer, dentro desta ótica de análise, as funções negativas do funcionamento das instituições, que se subdivide em:

- a) ser componente do processo de consumo, característico da sociedade capitalista, onde, por exemplo, no caso da saúde pública são consumidos medicamentos, materiais de consumo e outros que fazem girar a economia;
- b) reproduzir as relações sociais dominantes da sociedade em que esteja inserido, desta forma produzindo subjetividade de maneira direcionada aos interesses em jogo;
- c) desenvolver práticas que se contrapõem às relações sociais estabelecidas, possibilitando a formação de outras formas de relação, sendo esta a mais favorável aos interesses dominados.

Sendo assim, a concepção de instituição propõe uma relação entre dois aspectos que, de forma ativa, podemos falar em instituído e instituinte. Segundo Marazina (1992), o instituído é aquele que está estabelecido com uma prática que neste momento organiza esta subjetividade. De outro lado, o instituinte que estabelece e institui as novas formas de relação que a instituição necessita para produzir subjetividade. Entretanto, se a instituição se organiza somente sobre o instituído, ela não é mais capaz de produzir e reproduzir suas relações.

Marazina define subjetividade neste contexto como: *“...maneira como as pessoas se vêem, organizam seus sistemas de valores, de pensamentos, como se representam (...) Subjetividade seria isto: como a gente organiza os desejos, suas representações, aquilo que vem do íntimo – por isso é tão forte”*. (Marazina, 1992, p.29)

Analisando as contradições existentes na instituição, podemos perceber o jogo de forças presentes, em que o instituído, em outro momento foi instituinte e o que não estiver produzindo novas relações, ou seja, instituindo, padecerá por não dar conta do processo de produzir e reproduzir subjetividade. Por um lado, por uma disposição das funções oficiais (Loureau, 1996) e por outro, pela exclusão de determinadas funções, que se tornam latentes ou informais.

Abílio Costa-Rosa (2000) propõe que para analisarmos a instituição como um dispositivo é necessário ainda considerar alguns parâmetros como citamos a seguir:

- Concepção do “objeto” e dos meios para lidar com ele, trata-se das concepções que compõem a atividade principal da instituição;
- Modos de organização das relações intrainstitucionais, que são os fluxos, a estrutura da divisão do trabalho e do organograma formal e informal;
- Modos da relação da instituição com a população e com a clientela. Considera-se sua situação geográfica, suas proposições em nível imaginário e simbólico e;

- Modos dos efeitos típicos da instituição em termos de performance e ética, ou seja, quais são seus efeitos em termos de produção da subjetividade, pois como descrito acima, as instituições são dispositivos de subjetividade.

As instituições públicas de saúde mental funcionam como intermediário de acesso da camada da população trabalhadora aos serviços de saúde mental e nelas podemos observar que a contradição se dá através do paradigma hospitalocêntrico e de seu opositor, o paradigma psicossocial, que se propõe a considerar como essenciais os fatores psíquicos e socioculturais.

No uso da psicanálise como referência para o trabalho analítico na instituição, fica instaurada a análise do significado do desejo e também do significado das relações institucionais. (Loureau,1996)

Assim Costa-Rosa (2000) nos fala de uma relação que permeia toda a sociedade, de uma forma predominante e num determinado momento histórico e, portanto, qualquer programa que se crie estará subordinado ao modo de organização dos dispositivos institucionais, através dos quais este programa é executado.

1.4. O REFERENCIAL TEÓRICO

A realização da pesquisa científica demanda a definição do referencial teórico a ser utilizado para a coleta de dados e análise dos mesmos. Assim, optamos pelo referencial da Psicanálise.

A Psicanálise como método clínico nos possibilita a realização de atendimentos e levantamento de dados, através do uso da técnica proposta por este referencial. A teoria psicanalítica nos ampara na análise dos dados e corroboração dos mesmos.

Os estudos iniciais deste trabalho nos indicaram o uso da leitura dos dados pela ótica da psicossomática psicanalítica, pois especificamos como recorte os pacientes que apresentam queixas físicas.

Concomitantemente, fez-se necessário citar como a Psicoterapia faz uso da Psicanálise para a abordagem do paciente e atuação do analista-psicoterapeuta e, portanto, trazemos a apresentação do referencial adotado neste trabalho através dos subitens 1.4.1. Psicossomática e 1.4.2. Psicoterapia e Psicanálise, a seguir.

1.4.1. Psicossomática

A apresentação de queixas físicas constantes em pacientes que se apresentam para atendimento psicológico na saúde pública, demandou investigar como o referencial da psicossomática compreende o

funcionamento psíquico destes pacientes e, para tanto, lançamos mão de estudos da psicossomática, dos quais passamos a mencionar alguns trabalhos.

Segundo Mello Filho (1992), a psicossomática trata das relações mente-corpo, realizando uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais. A intervenção, então, se faz possível, pois o corpo representa-se na mente.

De acordo com este conceito, o paciente apresenta um mundo interno pobre e um intenso investimento na realidade externa, da qual depende e, na presença de dificuldades emocionais, intensifica seu investimento na atividade laborativa de maneira que esta ocupe o lugar do objeto interno. *“As representações ou percepções carregadas de afeto são afastadas da mente e as tensões físicas não encontram caminho para o psíquico, permanecendo no campo físico”*. (Mello Filho, 1992, p.113).

Segundo Joyce McDougall (1996), os psicossomatistas de orientação psicanalítica, pertencentes à Sociedade Psicanalítica de Paris (Marty, de Múzan e David, 1963), desenvolveram o conceito de *pensamento operatório*, que se define como uma forma de pensamento e expressão, além de uma forma de relação com os outros e consigo mesmo, sobre o qual ela refere-se como *“modo de pensar, de alguma maneira ‘deslibidinizado’”*.

McDougall (1996) ainda relata que, posteriormente, os psicossomatistas de Boston (Nemiah e Sifneos, 1970a, 1970b, 1978)

criaram o conceito de *alexitimia* (palavra tem origem grega: a=sem; lexis=palavra; thymos=afetividade.), onde o indivíduo não tem palavras para dar nomes a seus estados afetivos.

Para melhor esclarecer o conceito de alexitimia, Mello Filho (1992) nos coloca que o indivíduo teria uma representação imaginariamente presa a uma cena de perda. Assim, o sujeito daria um destino particular ao afeto, que lhe corresponderia e que é impossível de ser vivenciado. E ainda: *“A cena fica congelada, inarticulável e este é o terreno da supressão e da formação da manifestação psicossomática”* (Mello Filho, 1992, p.111). Podemos, a partir daí, compreender como se processa o uso do corpo físico na ocorrência das manifestações emocionais nos pacientes, segundo estes autores.

A imagem corporal do indivíduo está diretamente ligada à vida emocional e se estabelece através da percepção de modelos que vão se modificando constantemente a partir de manifestações emocionais, que dependem de mobilização de zonas erógenas. A percepção de seu próprio corpo pode não existir, apesar de se manter a percepção dos objetos externos.

De acordo com Mello Filho *“Do ponto de vista psicanalítico, a imagem corporal é construída através da interação entre o ego e o id em interjogo contínuo das tendências egóicas com as tendências libidinais.”* (Mello Filho, 1992, p.81).

A relação do indivíduo com a imagem corporal, de certa forma determinará sua relação com a subjetividade de maneira que desvios dessa imagem podem surgir quando não há coincidência com o corpo objetivamente considerado, pois o mesmo pode estar sendo utilizado para a manutenção do equilíbrio psíquico do sujeito, evitando o surgimento da angústia.

Com esta utilização da imagem corporal, fica inviabilizada a capacidade de simbolização do indivíduo, inviabilizando também sua capacidade de expressão simbólica e, portanto, dificultando a relação proposta pela psicanálise, pela qual a principal via de acesso aos conflitos se dá pela reversão da capacidade de simbolizar para a palavra, principal via de comunicação na relação analítica.

...a impossibilidade precoce de inclusão da dor psíquica numa cadeia simbólica, nomeadora e articuladora, que a tornaria possível de ser vivenciado, cria uma desintegração potencial na unidade psicossomática. Esta, ao ver-se ameaçada por uma perda, por exemplo, propicia o surgimento no corpo da manifestação de descarga-ato, que são os sintomas psicossomáticos. (Mello Filho, 1992, p.355).

Para McDougall (1996), aqueles que sofrem de doenças psicossomáticas, raramente estabelecem uma causalidade entre suas

afecções e a ocorrência de acontecimentos perturbadores em suas vidas, ou seja, estas fontes potenciais de angústia não se tornaram simbolizáveis, uma vez que não tinham sofrido negação, nem recusa, nem recalçamento.

A autora descreve o que chama de “origens do indivíduo”, quando refere que a vida psíquica do indivíduo se inicia com uma experiência de fusão que leva à fantasia de que existe apenas um corpo e um psiquismo para duas pessoas e que estas constituem uma unidade indivisível.

A fantasia do “corpo único”, primordial em todo ser humano, tem certamente seu protótipo biológico na vida intra-uterina, onde o corpo da mãe deve realmente prover as necessidades vitais dos dois seres. O prolongamento imaginário dessa experiência vai não somente representar um papel essencial na vida psíquica do recém-nascido, mas também reger seu funcionamento somatopsíquico. (McDougall, 1996, p.33).

Durante o desenvolvimento do indivíduo, as necessidades de contato corporal, como forma de expressão, diminuem. As formas gestuais de comunicação são substituídas pela linguagem, pela comunicação simbólica. O desejo de ser ele mesmo imprime no sujeito a

ilusão de possuir uma identidade separada enquanto permanece um acesso imaginário à unidade original.

O fracasso neste processo vai comprometer a capacidade do indivíduo de integrar e reconhecer como seu o pensamento, seus afetos, seu corpo, portanto, a capacidade de comunicação simbólica e de estabelecimento da linguagem fica prejudicada.

Diante da impossibilidade de reconhecer seus afetos e pensamentos, a expressão do corpo vai trazer a representação dos conteúdos que não consegue nominar e, segundo Renata Volich: *“O corpo torna-se o teatro de seu fantasma. Fantasma que faz uso de uma “falha” no corpo para obter direito à expressão. A atividade fantasmática pode então encontrar um campo fecundo no corpo através de efeitos patogênicos”*. (Volich, 2000, p.05)

Ainda, segundo a mesma autora, o afeto pode surgir no corpo, particularmente a angústia como manifestação deste afeto, e esta mobiliza e faz o corpo se expressar. A tentativa de reprimir a angústia, através da prática medicamentosa, por exemplo, não a faz diminuir e também não elimina a causa que ela tenta sinalizar.

Muitas vezes, o sujeito passa a se representar pelo órgão doente, a doença pode se tornar uma identidade para o sujeito, como uma tentativa de encontrar uma consistência corporal, como se a doença tomasse o sujeito por objeto e não o contrário. A partir do momento em que se nomeia a doença, lhe imprime um significado de identidade que

estabiliza o sujeito, se pensarmos na sua dificuldade de reconhecer seus próprios afetos. Assim, o sujeito se coloca numa relação onde não há mais palavras, ou pelo menos, onde elas não são mais necessárias.

O distúrbio que concerne à doença orgânica reporta a um outro significado, a possibilidade de inserir o sintoma numa “lógica” do inconsciente. (...) O inconsciente, que faz sinal ao sujeito pela sua manifestação, revela que, no combate regrado pela lógica do desejo, é a causa deste que prevalece sobre o sujeito. (Volich, 2000, p.08).

A doença tem a função denunciadora, já que revela o que do desejo aponta para uma satisfação inconsciente, realizando-se então a abertura do mundo interno sobre a realidade externa, porém, em uma linguagem diferente da palavra.

Assim, a análise do sintoma orgânico se dá também através da análise do desejo. Porém, a análise não pode sanar os problemas de ordem orgânica; pode, quando muito, proporcionar uma resignificação, de maneira que o sujeito passe a expressar seus afetos por outras vias, menos doloridas, que a via orgânica, talvez a via da palavra.

1.4.2. Psicoterapia e Psicanálise

Ao pesquisarmos aspectos das entrevistas iniciais em psicoterapia na saúde pública, especificamente nesta pesquisa, estamos nos reportando ao referencial psicanalítico de abordagem deste paciente, que pressupõe o conhecimento da teoria psicanalítica, o uso da técnica psicanalítica onde nos remetemos à atenção flutuante, a livre associação, o estabelecimento do *setting* analítico.

Fazemos referência também e, principalmente, ao método psicanalítico que é o aspecto da psicanálise que possibilita a construção da teoria e da técnica. Segundo Fábio Herrmann:

Na verdade, como Freud mesmo escreveu, o termo “psicanálise” tem três sentidos: é o método interpretativo, mas significa também uma forma de tratamento psicológico (ou psicoterapia analítica) e é igualmente o nome do conhecimento que o método produz (ou teoria psicanalítica). (Herrmann, 1999, p. 23)

Outros autores, como Ana Maria Sigal, referem-se à Psicanálise como uma prática científica composta por uma teoria, com um objeto formal abstrato específico e sua região determinante, o inconsciente; por um método; por uma técnica e por uma situação

experimental própria, a situação analítica. E completa a respeito do uso da psicanálise em instituições que: *“o que varia na prática institucional é a situação experimental onde se põem em jogo a conceituação teórica e a prática clínica dela resultante”*. (Sigal, 1989, p.06)

O conhecimento destes elementos componentes e formadores da psicanálise nos possibilita o conhecimento das características de pacientes de saúde pública, onde encontramos a utilização reduzida da linguagem falada e quando utilizada, esta apresenta uma forma concreta de colocação das situações, problemas e sentimentos.

No entanto, o procedimento analítico propõe ao sujeito o benefício de sair da condição de doente e segundo Volich: *“Este benefício é a fala. Uma fala que (...) se abre a várias significações, a uma pluralidade de sentidos que permite que o inconsciente seja permeável ao discurso. Fala que tem efeitos sobre o corpo”*. (Volich, 2000, p.06).

Assim, diante desta forma de manifestação da subjetividade que se estrutura sobre as situações concretas deste sujeito, a realidade externa não tem contato direto com a realidade interna; para o paciente o conflito psíquico também não apresenta contato com a realidade interna. O conflito, então, se encontra na ausência do conflito psíquico, ou pelo menos, na ausência de sua manifestação na forma como ora esperamos.

A partir desta visão do conflito psíquico e das formas de manifestação psicossomática, se dá a possibilidade de intervenção

terapêutica, a possibilidade do estabelecimento da relação entre terapeuta e paciente. O psicólogo aberto a pesquisar esta forma singular de colocar-se do paciente estaria utilizando a psicanálise como método de investigação e, através dele, estaria conhecendo como este paciente estabelece sua relação com a realidade externa e como ele a traz para a psicoterapia.

Se neste momento introduzirmos conhecimentos baseados na teoria pré-concebida e no que acreditamos que sabemos previamente, estaremos trabalhando nossa hipótese sobre o que o paciente nos traz, fazendo uma conformação da subjetividade do paciente dentro da camisa de força da teoria.

Como diz Herrmann: *“Se você está sentado detrás de seu paciente, escutando-o, talvez pense que deve descobrir sentidos muito complicados, “psicanalítico”, no que ele diz, coisas como o complexo de Édipo ou as emoções mais primitivas. É um engano.* (Herrmann. 1999, p.29)

O método que propomos utilizar colocaria o próprio paciente no problema que ele mesmo traz, proporcionando a ele o contato com este problema que ele pensava não existir. Para Herrmann, *“Para fazer análise, basta que o consiga ouvir de maneira que se vá suprimindo aos poucos a redução consensual, a rotina”.* (op. cit., p.29).

Assim, o método psicanalítico propõe a codificação, passo a passo, da expressão desta subjetividade que ainda não sabemos

exatamente como é. Ainda, segundo Herrmann, *“o método que aqui lhe expus não tem parada: ou o processo interpretativo serve para descobrir novos sentidos, ou perde até os que pensou haver coletado.”* (op. cit, p.39)

A teoria não pode ser utilizada de maneira a dizer onde o método e a técnica devem andar, ao contrário, esta se aperfeiçoaria diante dos novos passos conquistados através deste método de investigação.

Estamos aqui entrando no caminho do desenvolvimento do saber científico paralelamente aos atendimentos-serviços oferecidos em Saúde Pública, onde hoje a sistematização é deficiente, senão inexistente.

Em relação a este tema, Roberto Sagawa (1998) nos coloca que a atuação dos profissionais de saúde mental pública não está priorizando a dimensão pessoal do paciente, o que é imprescindível para o estabelecimento do campo transferencial necessário à análise.

Faz-se necessário ainda indicar uma forma de entrecruzamento do paciente que nos propusemos a estudar, com as possibilidades da Psicanálise, que se dá de acordo com a visão que se tem desse paciente e sua realidade.

Segundo Herrmann (1999), vivemos no reino das representações que é a realidade, onde as regras mínimas de convivência em sociedade compõem a rotina como forma de estruturação e contenção da psique humana.

E do que estamos a falar, senão daquele paciente concreto que se estrutura através de sua rotina.

Analisar a psique do real não é um passatempo para os momentos de ócio do analista, entretanto. É absolutamente vital para o futuro da humanidade, principalmente porque a psique é, em essência inconsciente. (...) É da psique do real que procede o desejo, a raiz da estranheza dos homens. (Herrmann, 1999, p.146)

A investigação da representação da realidade que este paciente traz através da repetida e infindável descrição de sua rotina, nos dá pistas (como num caminho) de como se constitui sua identidade (pelo menos naquele momento, naquela situação), e a partir daí se torna possível romper com esta identidade, criando novas representações. Neste processo quem cria não é o terapeuta com seus modelos pré-concebidos e sim o par, através dessa situação particular e artificial de relações que é o momento analítico.

No momento deste rompimento é que se dará o conflito, é que se sairá da rotina, possibilitando uma nova reestruturação deste ser e conseqüentemente de sua realidade.

O psicólogo-analista, através deste processo, poderá sistematizar seu conhecimento, não tentando encaixar todos os outros pacientes na mesma realidade ou na mesma rotina, mas utilizando o

mesmo caminho (entenda-se método) para acessar as diferentes identidades.

Ainda segundo Sagawa:

É exatamente por incluir e por pesquisar quais são as modificações técnicas, referentes a este tipo de paciente, a este tipo de atendimento e à incidência do variável institucional, torna-se possível desenvolver o manejo da relação intersubjetiva em instituições públicas de saúde mental. (Sagawa, 1998, p.73)

Percebemos que o processo a se dar com o paciente consiste em ouvir além do que é dito, consiste em viver junto com o paciente para então fazê-lo sentir, consiste em abrir a via de manifestação de sentimentos. Como diz Pierre Fédida: *“Não se tratava de obrigar esses doentes a falar de seus problemas psíquicos, tratava-se, sim, de reencontrar a evolução do amor e da morte no desenvolvimento da doença física”.* (Fedida, 1988, p.30).

Assim, a transferência é a principal via de comunicação do par e propicia a comunicação ao nível da representação corporal que o paciente reconhece como mais próxima de sua possibilidade de expressão. A partir daí, o analista que se prepara para dar conta dos

conteúdos atuais, acaba lidando com o inatural, com o sentir expresso na relação.

Volich ao nos dizer como o sintoma é cuidado na relação terapêutica, coloca que *“a transferência é o que transforma o sintoma ao tratá-lo como um enigma. O sintoma aparece como uma lei particular que não pode ser abordada senão de maneira singular, uma por uma”*. (Volich, 2000, p.06).

A necessidade da transfiguração dos conteúdos que este paciente traz, solicita desdobramentos por parte do terapeuta. Perceber no amor, ódio, ciúme pelo terapeuta, algo verdadeiro, algo atualizado, porém, não atual, exige que se desenvolva uma forma diferente de perceber estes conteúdos. É necessário fazer o elo da linguagem corporal com a linguagem da subjetividade, a qual está amplamente trabalhada pelos estudos psicanalíticos e, portanto, mais próxima do processo de “cura”, tão almejado por pacientes em situações como a que escrevemos. Segundo demonstra Ivanise Fontes:

É tarefa do analista entrar na comunicação corporal do paciente para transformá-la em discurso. As palavras devem recuperar sua ligação com o corpo para se tornarem representativas. Nesse sentido, tentar religar as palavras às sensações que lhe deram origem é "encorpar a linguagem". Esse caminho da sensação à idéia, propiciado

pela palavra, é objetivo do trabalho analítico. (Fontes, 1999, p.02)

A escuta se constitui, então, no instrumento mais importante e desenvolvido que o terapeuta tem em mãos para realizar essa decodificação da linguagem que o paciente traz, para a linguagem passível de leitura pelas teorias já desenvolvidas. Neste processo, tanto quanto em outros, o terapeuta se envolve de maneira a vivenciar o momento analítico intensamente, pois a demanda exige que seja vivido com o corpo, com o afeto, com o sentimento.

O paciente entende e lê o que o terapeuta lhe diz através da linguagem do corpo e, portanto, exige do terapeuta que ele lhe fale. Será necessário usar a comunicação verbal? Será eficiente interpretar? Será necessário levar em conta principalmente o que o paciente verbaliza?

Fédida acalma nossas inquietações: *“Nessas condições a temporalidade do ambíguo implica uma relação entre o tempo para escutar, o tempo para entender, o tempo para compreender e o tempo para interpretar”.* (Fedida, 1988, p.49).

O desconhecido amedronta e faz o processo ruir, a permissão que o terapeuta concede a si mesmo para se aventurar neste desconhecido e vivenciar situações que põe em risco sua elevada sabedoria, sua intocável segurança, seu poder de cura, põe em crise o conhecimento estabelecido a respeito da teoria escolhida (ou imposta).

Esta permissão, entretanto, propõe percorrer o caminho do próprio descobrimento da teoria, da técnica. Este caminho é o método de investigação, é a forma de conhecer todos os pacientes em um só, nenhum nele mesmo e nenhum igual ao outro. Ao terapeuta cabe criar condições para que o lugar transferencial ocorra (Siqueira, 1988), através do livre trânsito pelo próprio inconsciente.

Posto o papel do analista, é importante que se diga que o referencial psicanalítico para abordagem destes pacientes não pode ter a pretensão de tudo poder frente às suas afecções orgânicas. Segundo Volich: *“Mesmo se obtemos somente uma diminuição da importância dessas afecções na vida do sujeito, ou uma simples diminuição das crises, teremos já contribuído...”*. (Volich, 2000, p.10)

Esta contribuição deve ser amparada por estudos de pesquisa científica, como a presente, que tem por objetivo analisar quais os recursos subjetivos utilizados pelos pacientes com queixa física, na relação terapêutica em uma unidade de saúde pública, utilizando as entrevistas iniciais para a coletar dados clínicos.

Supomos para realizar esta pesquisa que a adesão ou o abandono que o paciente realiza neste processo depende da relação estabelecida com o psicólogo desde as entrevistas iniciais. Daí decorre todo o restante do processo psicoterápico ou abandono do mesmo sem, no entanto, desconsiderarmos os outros aspectos que podem interferir neste processo, como a escuta terapêutica e, como mencionado

anteriormente, a singularidade de cada paciente. Aspectos estes que não são diretamente abordados nesta pesquisa pela própria limitação dos objetivos deste trabalho.

Os dados clínicos coletados foram analisados, utilizando os dados históricos da saúde pública e da saúde mental, os conceitos e modos de funcionamento da instituição, trazidos neste trabalho. Após a análise, pudemos verificar as interferências desta estrutura nos recursos subjetivos trazidos pelo paciente e conseqüentemente na relação terapêutica inicial.

Dessa forma, é através das entrevistas iniciais em psicoterapia de orientação psicanalítica, em uma instituição de saúde pública, e através da análise destas entrevistas, da fala trazida pelo paciente e da relação transferencial estabelecida, que conhecemos à luz do referencial teórico psicanalítico, a clientela especificada. Os parâmetros para esta análise foram descritos junto aos procedimentos de pesquisa.

II – A PESQUISA

Este capítulo pretende demonstrar como foi desenvolvida a pesquisa, descrevendo sua clientela, ou seja, os sujeitos utilizados na coleta de dados, a forma como estes dados foram coletados, o método utilizado para a coleta e posterior análise dos dados.

O desenvolvimento da pesquisa se deu levando em conta o objetivo principal que é conhecer os recursos subjetivos utilizados pelos pacientes com queixas físicas, em entrevistas iniciais na relação terapêutica em saúde pública, através da coleta de dados clínicos, como demonstraremos a seguir.

2.1 A CLIENTELA

A pesquisa ora em desenvolvimento, teve como clientela para levantamento de dados, especificamente, pacientes que procuram atendimento psicológico mediante encaminhamento médico, em saúde pública.

Tal delimitação se fez necessária, por se tratar de uma pesquisa com objetivos definidos, sendo que estes pacientes apresentam, como mostram os números apresentados anteriormente, no item 1.1., queixas de males físicos e uma trajetória pelos serviços oferecidos na

saúde pública, que supomos, imprime características especiais ao atendimento psicoterápico destes pacientes.

De acordo com os levantamentos de trabalhos afins com o tema proposto temos Bernstein (1980), Costa (1989) e Sagawa (1996), que nos falam sobre as características de pacientes que são atendidos no serviço público e a relação destas características com a psicoterapia.

Sobre a fala destes pacientes, Bernstein (1980) a descreve como um código que não facilita a elaboração verbal do significado, não ajudando o paciente a colocar em palavras suas crenças e motivações individuais.

Costa analisa a relação destas características de fala com a psicoterapia, dizendo que: *“sobre a diferença entre sistemas de fala e sua repercussão nas psicoterapias, notamos que o estilo interrogativo, não diretivo ou alusivo, das intervenções terapêuticas na relação dual, prejudicava o livre curso do pensamento do cliente”*. (Costa, 1989, p.38).

Alguns trabalhos de Sagawa (1996) analisam a clientela que apresenta esta forma de se colocar, como um tipo de clientela muito específica. Seria aquela pertencente às classes trabalhadoras, a qual não estaria apta às técnicas até aqui desenvolvidas pela psicanálise, necessitando que esta desenvolva formas de lidar com este tipo específico de paciente.

Sagawa, ao propor o surgimento de novos referenciais psicanalíticos para uma psicoterapia em serviços públicos, afirma que

"trata-se de fazer expressar alguma analogia ou aproximação possível entre as variedades teórico-técnicas propostas (...) e aquelas exigidas pela especificidade do tipo de subjetividade dos pacientes em instituições públicas de saúde mental..." (Sagawa, 1996, p.177).

Tais colocações dos referidos autores apresentam contribuições aos estudos científicos referentes a pacientes de classes populares e atendimentos em saúde mental, dessa camada da população. No entanto, entendemos que a apresentação destes pacientes como portadores de um tipo específico de subjetividade, retira de foco a análise das condições teórico-técnicas em que se realizam estes atendimentos e o contexto em que o mesmo está inserido, para direcioná-lo ao paciente.

Dessa forma, o paciente portador deste tipo específico de subjetividade, a qual se referem, seria o centro causador das dificuldades de realização dos atendimentos dessa camada da população e dos atendimentos em saúde pública.

Compartilhamos das idéias dos autores, acima referidos, no que diz respeito à análise da maneira como o paciente que se apresenta aos serviços públicos transpõe seu simbolismo a uma forma concreta de expressão, fazendo um uso peculiar da linguagem. Porém, consideramos a singularidade do ser humano como principal foco da pesquisa ora desenvolvida, privilegiando a forma de expressão da subjetividade, qualquer que seja, mesmo que nossos métodos e técnicas não estejam capacitando-nos para interpretá-los, da maneira como esperamos.

Percebemos aqui uma diferença nas concepções destes autores e nas concepções que compõem a psicossomática psicanalítica, pois nesta apresenta-se uma relação das características encontradas na clínica, com um simbolismo primitivo, mas que abre espaço para a análise deste simbolismo, favorecendo o desenvolvimento de pesquisas e explorações sobre a técnica a ser utilizada neste tipo de atendimento, sem considerá-lo específico ou diferente.

O paciente chega ao atendimento psicológico após passar por diversas consultas médicas e de outros profissionais, após realizar diversos exames sem conseguir resolver seu problema, sem atingir a cura. Esta situação o leva a ter a expectativa de que o psicólogo irá curá-lo e da mesma maneira rápida como se dão os atendimentos médicos.

Entretanto, apresentam-se algumas diferenças. O tempo de cada sessão é muito diferente do tempo da consulta, a hora marcada para o atendimento é diferente das longas horas de espera pelo médico e os retornos semanais são diferentes do retorno ao médico, que é conseguido após filas intermináveis.

Colocando dessa forma, poderíamos concluir que este paciente tem inúmeros benefícios por ter acesso a um atendimento de características diferenciadas como este, mas não é bem assim. Este atendimento diferenciado, oferecido pelo psicólogo, não faz parte da realidade deste paciente, não é visto pelo mesmo prisma, não é sentido como um benefício, 'simplesmente' ele espera a cura.

2.2.O LOCAL

As entrevistas iniciais realizadas para coleta de dados da presente pesquisa se deram em uma unidade básica de saúde denominada Posto de Saúde Central, que faz parte da rede básica municipal de saúde e subordina-se administrativamente à Secretaria Municipal de Saúde do município de Assis-SP.

O município tem localização geográfica à 445Km da capital paulista, a oeste do Estado. Com cerca de oitenta mil habitantes, possui o sistema de saúde municipalizado e a assistência básica distribuída por postos de saúde e núcleos de programa de saúde de família.

Atualmente, todos os postos de saúde contam com, no mínimo, um psicólogo, tendo como retaguarda uma unidade de atendimento em nível secundário em saúde mental denominada CIAPS. Não contamos com hospitais psiquiátricos no município e as internações, quando necessárias, acontecem em hospitais gerais, ou ainda em hospitais psiquiátricos de outros municípios.

O sistema de saúde do município encontra-se dividido, em atenção primária, secundária e terciária à saúde, funcionando da seguinte maneira: a atenção primária é composta por postos de saúde e núcleos de saúde da família, distribuídos pelas regiões de abrangência do município, inclusive na zona rural. A atenção secundária é composta por duas unidades -Ambulatório de Especialidades e CIAPS (Centro Integrado de

Atenção Psicossocial), onde encontram-se médicos especialistas; e a atenção terciária é composta pelos hospitais (Santa Casa de Misericórdia, Hospital Regional e Hospital e Maternidade). Atualmente a classificação é feita em atenção básica, procedimentos de baixa, média e alta complexidade.

A saúde mental encontra-se inserida nesta mesma forma de divisão dos serviços, como passamos a descrever, pois entendemos que a maneira como estão estruturados os serviços tem implicações no atendimento ofertado a cada paciente.

A atenção básica em saúde mental é oferecida nos postos de saúde, que são considerados 'porta de entrada' para os serviços em saúde mental. O atendimento é realizado individualmente pelo psicólogo, que é procurado por demanda espontânea dos pacientes, ou mediante encaminhamentos, como já citado anteriormente.

O agendamento dos atendimentos nos postos de saúde é feito diariamente, onde o profissional realiza uma triagem, com absorção imediata em psicoterapia, quando o caso assim o requeira ou espera de abertura de novas vagas. O atendimento tem retorno semanal com duração de 30 minutos por sessão, conforme exigência dos órgãos administrativos, embasados em cálculos da OMS de sugestão para tempo de consultas ofertadas no serviço público, de acordo com as especialidades.

O psicólogo do posto de saúde realiza atendimento psicoterápico individual, avaliando o paciente de maneira a identificar se é possível dar continuidade ao atendimento, no próprio posto de saúde, ou realizar o encaminhamento para o serviço de atenção secundária, conforme a gravidade do problema psíquico apresentado. É solicitado ao psicólogo brevidade na resolução dos casos, levando à eleição de queixas apresentadas e o trabalho voltado para a extinção das mesmas, já que a demanda de atendimento é sempre maior que os horários ofertados.

Nos postos de saúde, o psicólogo realiza também trabalhos de cunho preventivo, inserindo-se em programas de atendimento oferecidos na unidade, como por exemplo, grupos de hipertensos, diabéticos, orientações a gestantes e mães, grupos de climatério e outros solicitados pela coordenação.

Os pacientes que apresentam sofrimento psíquico mais grave são encaminhados para o CIAPS, que é a unidade de atenção secundária em saúde mental do município e tem a proposta, ainda não totalmente concretizada, de funcionamento como um aparelho substitutivo aos antigos ambulatorios e serviços de saúde mental de cunho basicamente asilar.

Esta unidade presta serviços como atendimento ambulatorial, oferecendo psicoterapia e tratamento psiquiátrico aos pacientes que deles necessitar; realiza atendimentos a pacientes psicóticos através de um programa de atenção intensiva, que oferece oficinas e atendimentos grupais para pacientes encaminhados pelo serviço ambulatorial e egressos

de internações hospitalares. Conta ainda com a proposta de desenvolver em sua unidade um hospital-dia.

Para desenvolver estes serviços, o CIAPS conta com uma equipe de profissionais composta por psicólogos, psiquiatras, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro e equipe de apoio.

A atenção terciária em saúde mental do município conta com apenas 24 leitos em hospital geral – Hospital Regional de Assis – sendo que outras internações são realizadas em municípios vizinhos, em hospitais psiquiátricos, quando necessário, segundo a avaliação da equipe de saúde mental.

Assim sendo, o atendimento em saúde mental oferecido nos postos de saúde desenvolve papel importante no entendimento do sofrimento psíquico da população que procura estes serviços por caracterizar-se o primeiro ponto de referência e procura por atendimento.

2.3- PSICANÁLISE COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Ao tentar proporcionar a utilização do referencial da psicanálise à atuação junto ao paciente da saúde pública, não propomos nada além do que a própria psicanálise propõe, ou seja, utilizar o método como caminho em que a escuta aberta a novas codificações levaria a uma ciência do psiquismo.

O presente estudo está baseado no método clínico por caracterizar-se pela utilização de recursos clínicos de uma relação à medida que observa, investiga e pesquisa os fenômenos psíquicos.

Dentro do método clínico, a forma de estabelecer as constantes que levam à comprovação da eficácia deste método, se faz via estabelecimento do *setting* ou “moldura da análise”, sobre a qual Herrmann (1991) fala da importância de não se transformar no próprio objeto de análise, deixando para segundo plano justamente a constituição psíquica do paciente que se faz presente para que este processo ocorra.

Segundo José Bleger:

... o método clínico não consiste somente nisso e sim num enquadramento rigoroso da observação; isto significa que devemos estabelecer uma quantidade de constantes que devem ser irremovíveis, entre as quais se encontram lugar, tempo, duração das entrevistas, tanto como o papel do observador, fatores constantes que em nenhum caso devem entrar em ambigüidade, sob pena de que a observação se faça ou se transforme em uma observação caótica da qual não seja possível extrair conclusões válidas. (Bleger, 1984, p. 105)

A este respeito, a atual pesquisa se propõe a coletar dados sobre como são estabelecidas estas constantes no contexto da saúde pública, que é nosso pano de fundo, porém, mantendo os princípios básicos acima descritos.

O método clínico nos permite o entrelaçamento entre objetividade e subjetividade, demonstrando que o próprio processo de investigação mobiliza e modifica tanto o objeto de estudo quanto o investigador, possibilitando assim, a compreensão e reflexão do fenômeno. Assim nos salienta Vizotto (1994) que o próprio objeto da pesquisa humana só pode se revelar por sua mobilização na relação estabelecida com seu observador.

Esta relação conta com dois fenômenos significativos: a transferência e a contratransferência. Sobre a contratransferência podemos dizer que são as respostas do entrevistador sobre as manifestações do paciente e segundo Bleger: *“A contratransferência não constitui uma percepção, em sentido rigoroso ou limitado do termo, mas sim um indício de grande significação e valor para orientar o entrevistador no estudo que realiza.”* (Bleger, 1989, p.24).

O entrevistador pode utilizar-se deste fenômeno em proveito do tratamento, porém este processo somente é possível, devido à disponibilidade do profissional em permitir que os sentimentos que surgem a partir da relação que se estabelece entre ele e o paciente, sejam utilizados para uma leitura analítica e científica.

A contratransferência é um fenômeno importante da entrevista, porém não nos estenderemos neste aspecto, sendo de maior importância para a presente investigação, o outro fenômeno identificado na relação: a transferência.

Em seu texto de 1912, “A Dinâmica da Transferência”, Freud define este fenômeno da seguinte maneira:

Decorre de nossa hipótese primitiva que esta catexia (libidinal) recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos que se acham presentes no indivíduo; ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa das ‘séries’ psíquicas que o paciente já formou. (Freud, 1976, p.34)

Esclarece através desta descrição que além das idéias conscientes, basicamente o que dá origem à transferência são processos inconscientes e suas peculiaridades tornam-se inteligíveis.

A transferência é descrita por Bleger (1989) como a atualização de sentimentos, atitudes e condutas inconscientes, por parte do entrevistado, que correspondem a modelos que este estabeleceu no curso do desenvolvimento, especialmente na relação interpessoal com

seu meio familiar e que no momento da entrevista são vivenciadas ou atualizadas em relação ao entrevistador.

A observação destes fenômenos coloca-nos em contato com aspectos da conduta e da personalidade do entrevistado que não se incluem entre os elementos que ele pode referir ou trazer voluntária ou conscientemente, mas que acrescentam uma dimensão importante ao conhecimento da estrutura de sua personalidade e ao caráter de seus conflitos. (Bleger,1989, p.23).

Assim, o fenômeno transferencial caracteriza-se em um fator a ser utilizado para a compreensão dos conflitos existentes, e que o próprio paciente não consegue verbalizar ou referir. Apresenta-se como uma possibilidade do entrevistador entender as expectativas e fantasias do entrevistado em relação à entrevista e em relação ao entrevistador.

O entrevistado atribui papéis ao entrevistador, transfere situações e modelos e se comporta em função dos mesmos, trazendo para a relação atual, aspectos de sua personalidade e sua maneira de agir em relação às pessoas. Com a observação destes aspectos, o

entrevistador pode obter informações desconhecidas conscientemente do próprio paciente.

Freud (1912) também nos coloca que a observação deste fenômeno possibilitou perceber o uso que é feito da transferência como resistência ao tratamento e a isso se refere:

Assim, a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência. (Freud, 1976, p.39).

A dinâmica deste fenômeno funciona no momento em que algo no material inconsciente é transferido para o entrevistador, essa transferência produz associações, que se anunciam por sinais de resistência. Assim, a idéia transferencial se antecipa à consciência antes das associações possíveis, servindo à resistência, pois as associações servem ao restabelecimento do paciente, travando-se então uma luta entre as forças da resistência e as forças no sentido da “cura”.

2.4.PROCEDIMENTOS

A partir do objetivo deste estudo, houve o estabelecimento dos procedimentos a serem adotados para atingirmos o mesmo. Diante do objetivo de coleta de dados clínicos, delimitamos as entrevistas iniciais como o instrumento que possibilitou esta etapa e consideramos importante discorrermos sobre suas definições.

A entrevista psicológica é compreendida como um instrumento do método clínico e como uma técnica de investigação científica em psicologia. Ela pode ser do tipo aberta ou fechada, sendo que na entrevista aberta, o entrevistador usufrui maior abertura para intervenções.

Bleger coloca que a liberdade na entrevista não consiste em fazer perguntas, mas sim na flexibilidade para permitir *“que o campo da entrevista se configure, o máximo possível, pelas variáveis que dependem da personalidade do entrevistado”*. (Bleger, 1989, p.10).

Definida desta maneira, a entrevista constitui uma técnica importante para a ampla investigação dos aspectos da personalidade do paciente, pois de acordo com esta personalidade, será estabelecida a relação que determina tudo o que acontece na entrevista. O entrevistador deve permitir que o campo desta relação seja estabelecido pelo entrevistado.

Podemos perceber que a técnica da entrevista aberta constitui terreno para o estabelecimento da relação transferencial como descrita anteriormente, já que favorece o estabelecimento da relação através, preferencialmente, dos conteúdos do entrevistado. Para tanto, a entrevista deve contar com um enquadramento rígido, consistindo em transformar um conjunto de variáveis em constantes, para que as situações emergentes a partir destas constantes possam ser observadas e analisadas, caso contrário, se perderiam em meio às variáveis.

Assim Bleger relata que:

O enquadramento funciona como uma espécie de padronização da situação estímulo que oferecemos ao entrevistado, e com isso pretendemos não que deixe de atuar como estímulo para ele, mas sim, que deixe de oscilar como variável para o entrevistador. (Bleger, 1989, p.15)

A entrevista, a partir do enquadramento, tem a função de observar dados sobre a história do paciente que ele mesmo desconhece. Então, através da relação estabelecida – relação transferencial – é possível o conhecimento do conteúdo que emerge através do comportamento não-verbal.

Diante do exposto, Bleger define “*entrevista é um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade de seres*

humanos” (Bleger, 1989, p.21). Temos a clareza que esta técnica não esgota os conteúdos, mas como definido, investiga, visando obter o máximo possível através da relação com o entrevistado.

Consideramos ainda no contexto deste estudo, a utilização somente das entrevistas iniciais, que entendemos como sendo as primeiras entrevistas, sem o estabelecimento de um número determinado. São as primeiras entrevistas que se realizam até que paciente e entrevistador possam realizar um contrato terapêutico, até que o terapeuta possa decidir se pode continuar o processo ou encaminhar o paciente; e o paciente compreenda como se dá o processo terapêutico e decida por iniciá-lo.

A este respeito Freud nos diz: *“tornei hábito meu, quando conheço pouco sobre um paciente, só aceitá-lo a princípio provisoriamente, por um período de uma ou duas semanas”* (Freud, 1976, p.66). Esclarece ainda que existem razões diagnósticas para este período, já que temos que levar em conta as limitações do referencial psicanalítico para o tratamento de algumas doenças.

A partir destas considerações sobre as entrevistas iniciais, podemos indicar quais os procedimentos e critérios utilizados para atingirmos o objetivo proposto neste estudo.

A coleta dos dados foi realizada através das entrevistas, e o primeiro ponto observado foi o estabelecimento da relação transferencial,

como parâmetro para entendermos se houve ou não o estabelecimento da relação entre paciente e entrevistador.

Utilizamos ainda para análise os seguintes indicativos a serem observados no discurso (manifesto ou latente) do paciente:

- Como o paciente percebe/entende a sua relação com o médico que o encaminhou;
- Como o paciente percebe/entende o encaminhamento para o atendimento psicológico;
- Como percebe/entende o atendimento psicológico (se já passou por processo anterior; como acha que funciona);
- Como percebe/entende sua doença física.

As entrevistas utilizadas neste estudo foram selecionadas pela ordem de chegada, através do fluxo de agendamento da instituição, ou seja, o paciente recebeu o encaminhamento para atendimento psicológico na consulta médica e posteriormente foi agendado o primeiro contato do paciente com o terapeuta. Utilizamos ainda para a seleção das entrevistas o critério de um tempo máximo de seis meses para a recepção e realização das mesmas, dentro de um cronograma para a conclusão do presente estudo.

Foram realizados os primeiros contatos com oito pacientes, sendo que duas não autorizaram o uso de seus dados para o estudo científico. As seis pacientes autorizaram o uso de suas informações através de uma declaração (modelo em anexo) que será mantida com a

pesquisadora, a fim de salvaguardar a identidade das mesmas, sendo utilizados nomes fictícios na apresentação do estudo.

A realização das entrevistas se deu no período de Julho de 2001 a Dezembro de 2001, sendo realizadas em média três entrevistas com cada paciente, que se davam de acordo com o agendamento da instituição – uma entrevista por semana – e de acordo com cada caso, como veremos em seguida na apresentação dos casos.

Após a realização das entrevistas, foram feitas transcrições dos aspectos mais importantes das mesmas, a fim de possibilitar a sistematização dos dados coletados. Em seguida, a discussão e análise da relação existente entre o contexto apresentado nos estudos preliminares e os conteúdos manifestos e latentes, encontrados nas entrevistas, de acordo com os critérios acima descritos para nortear a análise.

III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo faremos uma apresentação dos dados coletados através de entrevistas realizadas e discussão sobre os conteúdos encontrados. Na apresentação das entrevistas procuramos manter o mais fielmente possível o discurso das pacientes, mantendo palavras por elas utilizadas e a seqüência dos assuntos por elas apresentada, entretanto a transcrição das sessões não é literal.

3.1 ENTREVISTAS

CASO 1

Identificação da paciente: Maria tem 47 anos, casada, tem uma filha, é de religião evangélica.

Entrevistas: Foram realizadas cinco sessões em Julho e Agosto de 2001.

Descrição das sessões:

1ª sessão:

A paciente é casada, tem uma filha de 15 anos, o marido (53anos) atualmente está desempregado (era motorista, está recebendo seguro desemprego). Ela faz tratamento reumatológico no posto de saúde.

Há cerca de três meses foi encaminhada para atendimento psicológico por um médico que consultou sua filha. Relata que na época havia descoberto que a filha mantinha relacionamento sexual com o

namorado e por ser a família evangélica, os pais não aceitaram o fato e obrigaram-na a terminar o namoro. Com tal fato, a paciente sentiu alterações no seu estado de saúde e refere sentir-se mal com esta situação.

Procurou atendimento com outra profissional e relata que na primeira sessão a pessoa lhe questionou se ela esperava que tal fato nunca fosse acontecer com a própria filha. Não aceitando tal colocação, não retornou mais ao atendimento, porém, sentindo persistir sua necessidade e dificuldade de lidar com a situação, voltou a procurar atendimento.

Relata também que, há pouco tempo, mudou-se da cidade o pastor de sua igreja e sua esposa, com quem tinha um vínculo “como se fosse minha mãe”. Após este fato, que foi concomitante com a situação com a filha, relata ter ficado sete meses gripada.

Seu tratamento reumatológico se iniciou há cerca de um ano, quando começou a sentir dor nos joelhos, procurou um médico ortopedista que a tratou e encaminhou para a médica atual, que realizou o diagnóstico de Lupus. Com isso ficou muito nervosa, chorou muito.

Refere ter uma vida muito corrida, cuida de casa com pouca ajuda da filha e, duas vezes na semana, faz pães e massas para vender. Atualmente, o marido a ajuda por estar desempregado, mas é ela quem toma todas as decisões e resolve todas as coisas em casa, cuida das contas, nas palavras da paciente: “*eu tenho que pensar em tudo*”.

Relata que toma a medicação de maneira correta, mas em janeiro teve uma recidiva e houve aumento da dose da medicação.

É hipertensa há 16 anos, pois a doença manifestou-se na gestação, refere que engordou demais após uso de medicamentos e come muito sem ter fome, faz dieta e depois engorda novamente. Iniciou caminhadas há um mês, junto com a vizinha que conversa muito com ela, orientando-a sobre a filha.

Fala que tem épocas que pensa que não tem motivo para se arrumar, o marido é chato, mas vive bem, vive para sustentar a filha e a casa, toma remédio porque tem que viver, tem que pensar em tudo, e isso lhe causa um “aperto”, sempre tem mais preocupação.

Diz que não é fácil vir ao atendimento, porque fica amarrada nas obrigações. Refere ainda que não consegue se preocupar com sexo quando está pensando nos afazeres e que o marido é o contrário. No relacionamento com ele, fala o que pensa e o marido “agüenta tudo”.

2ª sessão:

Nesta sessão diz que está tudo na mesma, mas está bem. Foi viajar para um casamento e sentiu-se aliviada com o passeio. Relata que o marido está muito implicante com o racionamento de energia elétrica, e que ela vai ficando ansiosa de ver a pessoa falando tanto, refere estar mais depressiva.

3ª sessão:

Refere que, na viagem que fez, viu muitos parentes, irmãos e a mãe. Conta que a mãe a abandonou (e aos irmãos) quando era pequena. Cada um ficou na casa de um parente, até que o pai conseguisse montar a casa novamente, pois a mãe foi embora com outro homem e levou tudo o que havia em casa. Diz ter muita mágoa da mãe, mas ao mesmo tempo, diz entender que deve ser difícil viver ao lado de alguém se não gostar da pessoa, só não concorda de ter deixado os filhos. Fala do quanto sentiu falta de sua mãe e que hoje já a perdoou, pois ela (mãe) sofre muito com o atual marido, mas os irmãos não a perdoaram. Diz ter se sentido bem de poder ver a mãe, que já tem idade avançada e não sabe até quando isso acontecerá.

4ª sessão:

Não houve o atendimento, pois não informaram corretamente a localização da sala. Havíamos mudado de horário e eu atenderia em outro local, sendo que, quando a paciente foi localizada já havia terminado o horário da sessão. Reagendamos para a semana seguinte.

5ª sessão:

Inicia o atendimento, referindo que terá que ficar menos tempo porque tem uma consulta agendada com o médico ginecologista, na mesma unidade em horário coincidente com o atendimento.

Refere que está bem, mas que sente ainda muito “nervoso”, que fica “de olho” na filha que agora está namorando um menino da idade dela, mas que não gosta que ela fique beijando e abraçando, pensa que a filha pode voltar a ter relações sexuais com o novo namorado. Não conversa muito com a filha sobre isso, não a orienta, prefere que uma vizinha o faça.

Reclama que a filha demora muito para fazer as coisas, que fica muito tempo ao telefone e deixa o serviço para depois. Reclama ainda, que o marido “pega no pé” dela e sente-se cobrada como se tivesse que fazer as tarefas domésticas antes da filha, para que as coisas fiquem em ordem, já que ela não faz. Diz que o marido a compreende e acha que a filha tem que fazer, mas é uma cobrança dela própria.

Relata que o marido começou a trabalhar hoje, de vendedor na região, ficará fora durante a semana toda. Acha que sentirá falta dele, porque ele nunca ficou fora para trabalhar, sempre chegava no final da tarde. Ao mesmo tempo, acha que será bom, porque assim não o terá falando e cobrando as coisas o tempo todo em casa.

Após estas sessões, a paciente não retornou mais ao atendimento, caracterizando o abandono do mesmo.

Análise

- Relação com o médico

Maria não traz manifestamente conteúdos sobre sua relação com o médico, porém, a forma como chegou ao atendimento depois de ter abandonado outro atendimento psicológico, nos indica nesta situação, a característica de ordem que se deposita no encaminhamento médico, como se esta prescrição tivesse que ser seguida, mesmo diante das dificuldades internas para realizá-la. No tratamento médico não houve espaço para serem trabalhados seus conteúdos emocionais e, portanto, houve o encaminhamento para o tratamento que abriria este espaço.

- O Encaminhamento

A referida paciente apresentou-se ao atendimento após ter sido encaminhada pelo médico com quem teve contato uma única vez. Ela não dá continuidade ao primeiro atendimento, procurando alguém para atendê-la em seguida, já que este encaminhamento foi feito pelo médico e tem a conotação de uma indicação para resolução de sua angústia em relação à filha.

- O Atendimento Psicológico

Passando inicialmente pelo atendimento de outro profissional (psicólogo), identificamos sua dificuldade inicial quando este lhe coloca, de pronto, diante de seu próprio problema.

A partir daí, como descrevemos acima, a paciente procura o tratamento pela conotação de prescrição médica que este contém. Apresenta-se sempre como se estivesse bem e não necessitasse deste tratamento, porém fala das dificuldades que vive com a filha e com o marido, sem no entanto associá-las às suas queixas físicas.

Comparece a cinco sessões com algumas intercorrências como ir embora sem o atendimento ou entrar na sessão estabelecendo o tempo que deveria sair e em seguida abandona como fez com o primeiro atendimento psicológico.

- A Doença

Identificamos nesta paciente que a maneira de falar de suas próprias dificuldades é através de seus sintomas, do contrário, as dificuldades que apresenta são de outra ordem, de outras pessoas. Desta forma, ela inicia o atendimento trazendo, como maior problema, a situação vivida por sua filha, para só depois identificar sua situação de saúde.

Podemos identificar em seu relato situações que poderiam ter culminado com o desencadeamento dos sintomas, principalmente os de origem reumatológica. No entanto, a paciente não faz qualquer alusão a estes fatos, não relaciona os sintomas físicos com as situações de vida.

A doença que a referida paciente apresenta, caracteriza-se como uma doença auto-imune, o que pode nos indicar que a paciente,

diante das dificuldades de externalizar e até de identificar para si mesma seus conflitos emocionais, acabou por fazer com que eles surgissem através da doença física. Somente através de seu tratamento físico é que se percebe enquanto pessoa que necessita de cuidados e se permite ser cuidada.

-A Relação Transferencial

A paciente nos trouxe sua própria maneira de lidar com seus conflitos e de resolvê-los. Apesar da relação estabelecida com os profissionais e dos encaminhamentos feitos, diante de sua dificuldade de estruturar-se com sua história de vida, manteve sua forma singular de lidar com seus conflitos emocionais. Ou seja, enquanto pôde vir ao atendimento e colocar seus sentimentos através da fala dos problemas que possui com a filha e com o marido, ela permaneceu. No momento seguinte que estaria propondo a elaboração de sua própria história, ela colocou os limites para manter-se integrada, simplesmente se negou a continuar. Ela nos indicou até onde poderia ir neste momento, mesmo que os profissionais a indicassem a continuidade.

Percebemos que a paciente apresenta uma forma de lidar com as situações emocionais como se somente as situações cotidianas e presentes tivessem algum efeito sobre si e, ainda, que este efeito seria superficial, não a incomodando, a ponto de sempre iniciar as sessões relatando que “está tudo bem”. Ela coloca sempre os problemas como se

fossem fora de sua própria vida, mantendo-se assim, sempre acima destes problemas todos, sempre inteira e pronta para “carregar a tudo e a todos nas costas”.

Podemos relacionar algumas características atuais, apresentadas em seu cotidiano e no decorrer das sessões, que nos remetem aos conteúdos acima referidos, já que a paciente apresenta as situações de vida da família como dependentes de atitudes suas, como foram seus irmãos quando pequena, após o abandono da mãe. Esta necessidade de “carregar o mundo nas costas” e decidir tudo por todos, a faz também decidir sobre as sessões, sobre o tempo que pode ficar e quando não pode vir mais.

O mesmo acontece ao relatar sua relação com a mãe. Ela coloca o problema como se fosse somente um problema vivido pelo pai, sem trazer seus conteúdos emocionais, em relação ao abandono que viveu pela mãe, quando criança e as responsabilidades que teve que assumir a partir de então. A sessão em que houve o desencontro por dificuldades da instituição, a paciente sentiu novamente a sensação de abandono e na sessão seguinte teve que retomar o controle da situação através do controle do horário e logo depois abandonou, antes que fosse abandonada.

No momento em que o atendimento propõe que se desloquem as causas de seus males, do aspecto físico para o emocional, percebe que não poderia dar conta, de acordo com a forma que se

estruturou até o momento, e na possibilidade de ver toda a estrutura sob a qual se protegeu até o momento ruir, abandona o tratamento.

CASO 2

Identificação da Paciente: Rosa tem 26 anos, solteira, desempregada, reside com a família, tem 2º grau incompleto.

Entrevistas: Foram realizadas três entrevistas em Julho de 2001.

Descrição das sessões:

1ª Sessão:

A paciente foi encaminhada após consulta com o médico ginecologista. Refere que ele a encaminhou após queixar-se de ter muito nervoso, dor no peito, um tremor nos braços e estar chorando muito. Diz que o médico achou que podia ser nervoso.

Rosa diz que chora muito, que está sem paciência para nada. Acredita que sua situação financeira está causando isso, pois vive da aposentadoria da mãe e da irmã. Está procurando emprego, moram de aluguel. O pai é caminhoneiro e passa a maior parte do tempo fora de casa onde ela mora com a mãe e duas irmãs, sendo uma delas deficiente física. Tem mais uma irmã que já se casou. Mudou-se recentemente de casa para pagar menos aluguel.

Souberam há poucos dias que o pai tem outra mulher há 20 anos, a mãe é cardíaca e já fez cirurgia, ocasião em que passavam fome e comiam pão que uma amiga da mãe doava. Ela diz que “eram bem de

vida”, tinha carro, caminhão, telefone. Então o pai foi gastando tudo e ficaram em situação difícil.

Rosa diz que tem passado muito “nervoso” e segura tudo para não passar para a mãe, toma “calmante” da irmã e refere que “quando trabalhava era outra coisa”, pois hoje a mãe lhe cobra o fato de ter que pagar todas as coisas e ela não trabalhar. Estão ocorrendo muitas brigas entre elas e Rosa diz que a mãe quer mandar nela só porque paga as coisas, então quer controlar o que ela faz e com quem sai. “Mas eu tenho 26 anos, não posso viver desse jeito”.

Está apresentando insônia, dia que não tem sono, deita e não consegue parar de pensar e há um mês passou por consulta com um médico neurologista, sem apresentar um diagnóstico definido.

Está cursando o terceiro colegial e fala ansiosamente em encontrar um emprego e sobre estar desempregada diz que: “dói para mim por causa da minha mãe”.

Apresenta fala muito ansiosa, sem seqüência aparente e gesticula sempre apertando os braços para se referir ao “nervoso”.

2ª Sessão:

Rosa inicia dizendo que não teve mais brigas em casa desde a outra entrevista. O pai foi embora novamente e nos períodos que ele está fora, as brigas diminuem. O pai é caminhoneiro há 30 anos, “é vivido, já rodou o mundo inteiro”.

Ela relata que já foi com a mãe seguir o pai e o acharam com outra mulher. O pai agredia muito à mãe e no último natal a ameaçou com uma faca, pedindo depois a separação, mas a mãe não concorda porque ele não é registrado, daí ela não teria como solicitar pensão alimentícia.

O pai não a deixa namorar e critica todas as pessoas que se aproximam dela. As tias e primas a incentivam a arrumar um namorado, “elas são pra frente”, e falam que o pai não pode fazer isso. Não tem amigas, pois o pai cortou todas as suas amizades.

Rosa refere que sente dificuldade em encontrar um namorado, que só aparecem moços muito novos ou casados e que não quer sair com homem casado. Ultimamente surgiu até uma pessoa casada que queria ter um filho com ela.

Diz novamente que não consegue dormir, que está muito “nervosa” e que tem que dar um jeito na vida dela.

3ª Sessão:

Rosa fala inicialmente que se sente melhor, mas que não está bem com a mãe, que esta interfere muito na sua vida e que atrapalha para ela arrumar namorado. Está nervosa também por não arrumar emprego, diz que já foi “fazer ficha em tudo que é lugar”.

Relata um relacionamento que teve dizendo que era um vizinho da outra casa onde morava, que ela ficava sempre na sala

esperando para ver quando ele chegava e sempre era tarde porque ele tinha namorada. Algumas vezes ligava para ele quando via que chegava, outras vezes saía no portão para conversar.

Ele a convidava para entrar em sua casa e um dia que a família dele havia viajado, ela aceitou o convite. Relata que ele tentou manter relação sexual com ela, mas ela não aceitou. Rosa diz que saiu de lá bastante assustada, teve vontade de estar com ele outras vezes, mas isso não ocorreu. Então começou a pensar que ele não a queria, que queria ter somente alguns momentos agradáveis com ela, mas a idéia de estar com ele não saía de sua cabeça, não tinha mais vontade de sair com outros rapazes. Continuava a esperar por ele à noite sem que ele soubesse.

Passado algum tempo mudaram-se da casa e ela não o viu mais. Após isso, um senhor amigo da família levou um amigo em uma visita a sua casa e ela se interessou por ele, conversavam muito e ele passou a freqüentar sua casa diariamente. Ficaram juntos algumas vezes até que ele se afastou. O mesmo amigo que o havia apresentado contou a ela que ele era casado e que, além disso, tinha outra mulher.

Rosa novamente fala da sensação de não ser desejada, mas sente-se ansiosa para conversar com ele outras vezes e dizer o que está sentindo, porém isso não acontece e ela passa a procurar pelo seu carro de trabalho pelas ruas e mandar recados pelos amigos.

Sobre os outros relacionamentos dele, Rosa diz: “Eu fico pensando o que elas têm que eu não tenho, porque ele tem que escolher elas, eu nem ligo dele ficar com elas, mas eu não queria que ele sumisse”.

Análise

- Relação com o médico

A paciente não manifesta muitas considerações a respeito do médico, porém percebemos que houve a credibilidade no diagnóstico oferecido, pois indo ao médico para tratar de problemas ginecológicos, houve espaço para falar do que estava sentindo. Entretanto, o médico lhe indicou que não poderia ser continente a estas queixas e lhe encaminhou.

Ao analisarmos o prontuário, encontramos recorrentes consultas com o médico acima referido, sobre o que podemos inferir que a paciente por sentir-se ouvida naquele espaço teve retornos constantes, mesmo sem apresentar queixas físicas significativas.

- O encaminhamento

A credibilidade na indicação de que suas dificuldades seriam de ordem emocional, possibilitou que a paciente seguisse a orientação de procurar o atendimento psicológico como forma de resolução de seu problema. O encaminhamento foi então compreendido como o caminho para dar conta do que os outros atendimentos não poderiam realizar.

Compreende o encaminhamento não como um fracasso do médico, mas sim como uma indicação importante, uma prescrição a ser seguida, como a forma de resolução do que sente.

- O Atendimento Psicológico

A paciente tinha conhecimento prévio do atendimento psicológico através da mãe que já havia iniciado psicoterapia na mesma instituição, porém com outro profissional.

Manifesta o desejo de que o psicólogo, através do atendimento, possa aliviar as sensações de angústia que lhe acometem, ou seja, acredita no atendimento psicológico como uma forma de resolver seus problemas.

- A Doença

Rosa não manifesta preocupações com doenças físicas, apesar de ter registrado em seu prontuário, várias consultas ao médico ginecologista. Pudemos inferir que existe uma preocupação com sua própria sexualidade, pois traz o relato de seus relacionamentos e a trajetória de consultas na referida especialidade, sem apresentar problemas físicos que justificassem tais atendimentos. Confia no médico e nos tratamentos que este lhe prescreve, dessa forma não desenvolve ansiedades ou fantasias de doença e cura. Porém, quando se refere ao

nervoso, identifica sensações físicas como tremor nos membros e insônia para demonstrar o que sente.

- A Relação Transferencial

A paciente acredita que a entrevistadora irá resolver seu 'nervoso', irá ajudar a não sentir mais as coisas que sente, portanto deposita toda expectativa de cura no entrevistador-terapeuta. Estabelece uma relação de empatia e confiança desde os primeiros momentos e relata suas situações mais íntimas sem denotar pudor ou constrangimento, simplesmente as relata como fazendo parte de sua vida.

Quando refere que não houve mais brigas na família no período entre uma entrevista e outra, denota a confiança e expectativa de que o atendimento irá dar conta de seus problemas. Estabelece uma relação transferencial positiva, o que possibilita a continuidade do tratamento para além das entrevistas iniciais.

CASO 3

Identificação da paciente: Aparecida tem 39 anos, casada, tem 2 filhos adolescentes, é empregada doméstica.

Entrevistas: Foram realizadas duas entrevistas em Agosto de 2001.

Descrição das sessões:**1ª Sessão:**

A paciente inicia a sessão dizendo que foi a Dra B. que pediu que viesse porque ela está fazendo tratamento de saúde e não melhora. Trata com Dr. F que é ortopedista, tinha retorno hoje e não pôde ir. Faz tratamento com Dr. M, endocrinologista, para perder peso porque o ortopedista indicou, sendo que no início do tratamento teve exame de hipertireoidismo com alterações, mas outros exames não deram alterações hormonais. Trata-se também com Dra B. com retornos sistemáticos.

Refere que não gosta de tomar remédio, que quando começa a melhorar tem recaídas e diz: “tanto remédio e não sara logo”. Ela fala sobre a dificuldade que tem para realizar suas atividades em casa, e diz que a sogra tem lavado suas roupas e que se sente mal com isso porque ela é mais nova e deveria estar ajudando a sogra. “Eu preferia fazer as coisas pros outros, que os outros fazer pra mim”.

Aparecida relata que faz tratamento com Dra. B. há quatro anos e desde setembro de 2000 está afastada do trabalho por não conseguir fazer as atividades necessárias, pois sente dor.

Relata que os filhos tinham até ciúmes da filha da patroa, pois sempre teve vontade de ter uma filha e então desenvolveu muito afeto pela menina. É muito apegada aos filhos. Refere que se dá muito bem com a família, que eles são unidos e não tem do que reclamar dos

filhos que freqüentam a igreja, grupo de jovens e ainda um programa para colocação profissional de adolescentes.

Quanto à sua família, tem quatro irmãs e 1 irmão sendo que as irmãs se dão bem, mas com o irmão tem dificuldades de relacionamento que atribui à cunhada. Diz que seu pai era cego e dava toda atenção a ela, a mãe era mais brava. Lembra-se que, em determinada época, o pai tinha uma dívida e ela, tendo o cabelo comprido, vendeu-o para ajudar o pai. A mãe lhe bateu por cortar o cabelo. “Toda vida fui mais apegada no pai”.

Há 15 anos o pai sentiu-se mal e só foi para o hospital quando ela chegou. Então o pai, antes de falecer, recomendou ao marido de Aparecida, que cuidasse bem dela. Estava no 3º mês de gestação do segundo filho, ficou desesperada. Desmaiou quando sentou na cadeira que o pai costumava se sentar. Ela diz que seu marido conta que ela conversa à noite com o pai, enquanto dorme.

Teve conflitos com o irmão, este lhe bateu quando ainda estava grávida, lhe deu um murro e ela desmaiou. Atribui as brigas à cunhada, diz que tem saudades do irmão porque não se falam e chora ao falar dele. A mãe mora com o irmão e soube que ela teve ameaça de infarte e foi até lá com a irmã para vê-la, mas o irmão não deixou. Refere que seu filho mais novo tem o mesmo gênio de seu irmão, são muito parecidos e ele não gosta do tio. Quando a mãe morava com as irmãs elas cuidavam de tudo, agora a cunhada não cuida direito.

Aparecida diz que sempre teve vida muito difícil, trabalhou no Frigorífico, aos 15 anos lavava roupas que a mãe pegava das freguesas. Sempre que contava ao pai as coisas que as irmãs faziam, a mãe lhe batia.

Ela diz novamente que sempre quis ter uma filha. Tem uma sobrinha que vive com a madrinha porque a irmã não cuida, então tem o desejo de criar a menina. Vive em uma casa com um quarto e quer trocar de casa para poder trazer a sobrinha, pois se preocupa por ela não ter orientações e amor de mãe.

A paciente diz que quer melhorar, não gosta de tomar remédios, que Dr. F. pediu para fazer regime porque o peso estava atrapalhando o tratamento da coluna, então procurou o Dr. M. que recomendou que ela emagreça 20 Kg.

2ª Sessão:

Aparecida traz o nome de oito medicamentos que toma diariamente, entre eles faz uso de Anfepramona e Bromazepan. Diz que não agüenta mais tomar estes remédios e que tudo isso deu problemas no estômago então o Dr. F. a encaminhou para o Dr. M.P. para tratá-la, mas continua o tratamento para coluna com Dr. F. que falou da possibilidade de interná-la para efetuar um procedimento chamado bloqueio (procedimento realizado em sala cirúrgica, com anestesia), e recomendou também que procurasse um médico psiquiatra.

Relata que está muito nervosa e preocupada com a sobrinha porque fica sabendo através dos filhos que ela tem saído à noite sem hora para voltar e ninguém está cuidando dela, então sente a necessidade de fazê-lo. Conta que esta semana ficou algumas horas com a filha da patroa, pois esta lhe chamou para uma visita e sentiu-se muito bem naquele momento.

Aparecida relata também que nesta semana é aniversário da morte do pai, sentiu-se muito triste e pensou em morrer, mas não refere idéias de suicidar-se. Diz que escreveu uma carta para o pai, dizendo-lhe tudo o que estava sentindo. Teve sonhos com o pai, onde ele conversava com ela e lhe acariciava como fazia quando era vivo, sonhou também com assaltos a ela e sua família e chorou muito ao relatar estes sonhos.

Ela freqüenta a igreja católica e esta semana foi conversar com um padre que pediu que ela voltasse com hora marcada que ele vai lhe consultar. Ela refere que será um atendimento diferente do atendimento psicológico, pois entende que aqui ela fala do que sente e lá vai ser uma consulta espiritual, com conselhos e podendo se confessar.

Análise

- A Relação com o Médico

A paciente estabeleceu múltiplas relações, sendo que a médica que a atende na instituição pública funciona como âncora centralizando as informações dos outros atendimentos. Estabelece uma

relação de dependência com todos eles, como se não pudesse sobreviver sem os inúmeros atendimentos, segue todas as prescrições e realiza todos os exames solicitados.

- O Encaminhamento

O encaminhamento para atendimento psicológico foi seguido como todos os outros a que se submete. Não tinha conhecimento de como seria e nem dos benefícios que poderia ter. Seguiu o encaminhamento como uma prescrição médica.

- O Atendimento Psicológico

A paciente não tinha conhecimento do funcionamento do atendimento psicológico. Traz inicialmente um relato minucioso de sua situação física, sua trajetória médica e seus tratamentos.

Em seguida verbaliza suas dificuldades para realizar suas atividades laborativas e o sentimento de impotência que isto lhe causa. Somente depois de expor a situação física que a levou ao atendimento, ela pode falar sobre seus conflitos familiares e do incômodo emocional que isto lhe causa.

- A Doença

A paciente traz informações de como sua vida gira em torno dos atendimentos e tratamentos que realiza, como a doença, os sintomas

físicos fazem parte de sua fala e permeiam suas relações com os familiares e demais pessoas ao seu redor. Apresenta seus sentimentos a partir da doença, relatando como os sintomas lhe impossibilitam de realizar as atividades, trazendo o lado negativo da doença e, por outro lado, o cuidado e aproximação que os familiares apresentaram a partir do aparecimento da doença, trazendo o aspecto positivo ou ganho secundário da doença.

Apresenta o relato de situações de conflitos que mobilizam angústias, sempre vinculadas a sintomas e queixas físicas.

- A Relação Transferencial

Apresentou uma relação de empatia, trazendo seus conteúdos espontaneamente, sem que fosse necessário que a entrevistadora incentivasse ou elaborasse questões a respeito. Demonstrou confiança à medida que foi trazendo as questões que a angustiava, como as preocupações com a sobrinha, os conflitos com o irmão e a perda do pai.

Esta relação, porém, trazia sempre a expectativa de que a entrevistadora iria prescrever mais um tratamento, sempre após suas falas mantinha um olhar de espera em relação ao que a entrevistadora poderia lhe dizer, como a cobrar uma resposta.

Mesmo sem obter as respostas esperadas ela manteve a relação, da mesma maneira que mantinha os vínculos com os vários

médicos que a atendia. Da mesma forma que se queixava de tomar muitos medicamentos e nem assim estar melhor, apostava também nesta relação, mesmo sem saber se iria oferecer-lhe resultados.

Estabeleceu também o mesmo tipo de vínculo com o padre que pediu para realizar retornos com frequência, pois iria acompanhá-la.

Todas estas relações agora a colocavam no lugar de ser cuidada como jamais o fora antes em sua vida. Tem a atenção e o cuidado dos familiares, amigos e até de pessoas que nunca teve contato, como os médicos e terapeutas, portanto, a doença a coloca numa situação privilegiada em relação às outras pessoas, daí tamanha dificuldade de evoluções mesmo diante de tratamentos.

A relação com a entrevistadora tem o mesmo *status* das outras, sem conhecimento prévio do que a relação terapêutica pode desencadear, estabelece relação com a profissional da mesma forma que estabeleceu com os outros profissionais, para de forma inconsciente obter um benefício através deste cuidado.

CASO 4

Identificação da paciente: Matilde tem 35 anos, solteira, reside com a mãe e irmãos, é de religião evangélica, cursou o segundo grau completo.

Entrevistas: Foram realizadas três entrevistas, no período de Outubro e Novembro de 2001.

Descrição das Sessões:**1ª Sessão:**

Matilde foi encaminhada por Dra. E. (Clínica Geral) após uma consulta de retorno, pois faz tratamento há 13 anos. A médica solicitou que a psicóloga fosse até sua sala antes de realizar o atendimento e relatou que percebeu que a paciente está com um olhar diferente e com sintomas que não são comuns ao seu diagnóstico de Artrite Reumatóide, há a suspeita de um surto psicótico e a encaminhou também para a psiquiatria.

Feito este contato, iniciou-se a entrevista com a paciente que se queixa de dores nos músculos, principalmente dos braços, sente os membros fracos como se fossem descolar e sensação de ardor na pele, como se queimasse. Apresenta uma fala tranqüila, com seqüência lógica, pensamento integrado.

Relata que mora com a mãe, três irmãs e um irmão, seu pai é falecido. Desde abril parou de trabalhar, pois sentia dores ao fazer esforço físico e estava trabalhando de empregada doméstica. Refere sentir-se muito angustiada, não gosta de ficar parada e sente dificuldade até para ajudar nos trabalhos de casa, então se sente muito agitada principalmente à noite, tendo dificuldade para dormir.

Ao questionar sobre suas atividades do dia-a-dia ela relata que gosta muito de ler, terminou o Ensino Médio e desde então frequenta

a biblioteca municipal e empresta livros de romance, passando grande parte do seu dia lendo.

Matilde foi medicada pela Dr. E. com Tryptanol por não conseguir dormir. Ao propor o horário da próxima entrevista, ela perguntou se poderia ser no dia da próxima consulta com a médica que seria daqui a 15 dias. Assim foi feito.

2ª Sessão:

No dia marcado, porém em outro horário, Matilde compareceu solicitando que remaritássemos a entrevista, pois ainda não havia sido consultada pelo médico psiquiatra, mesmo que não tivéssemos feito nenhuma exigência sobre isso. Remarcamos novo horário, para o qual também não compareceu, mas veio em outro dia para reagendar.

Na semana seguinte compareceu no horário combinado. Responde às perguntas que lhe são feitas com monossílabos, sem elaborar muitas explicações.

Refere que está afastada do trabalho pelo INSS, que tem perícia brevemente e que ficar parada, sem trabalhar lhe incomoda muito. Quando questionada sobre o que sente, relatou que em determinada época o pai saiu de casa e voltou um tempo depois e que nessa ocasião ela começou a sentir dores e sintomas, como dificuldades nas mãos que aumentaram com o tempo. Diz que pensa muito em sarar e que a falta de dinheiro a deixa preocupada porque sempre trabalhou.

Relata ainda que quando estudava, gostava muito de ir ao cinema e à biblioteca Municipal, agora não consegue mais porque tem dificuldades para andar.

Reagendamos outra entrevista e novamente não concorda que seja após uma semana, pede que seja junto com o retorno médico, que será em 15 dias.

3ª Sessão:

Matilde entra na sala e não fala nada. Pergunto como se sente e ela responde que está bem, mas que a mãe faleceu “do coração” (Parada Cardíaca), refere que ela tinha boa saúde e que foi inesperada. Diz que ficou triste, abalada no dia, mas que depois se conformou: “A gente tem que conformar, né. Fazer o que”.

Refere que nos últimos dias sentiu muita dor nas juntas e que a sensação de que a pele está descolando continua. Diz que sente falta da mãe porque ficava muito com ela em casa, mas tem que aceitar. Quando o pai faleceu diz que sofreu bastante, mas ele já estava doente. Agora os irmãos é que estão sofrendo mais. Diz que está dormindo somente depois que toma a medicação.

Não diz mais nada durante o restante da sessão e remarcamos outro contato.

Análise

- A Relação com o Médico

A paciente não faz referência alguma sobre sua relação com a médica, porém podemos avaliar que estabelece uma relação de confiança e dependência, pois se trata há 13 anos ininterruptamente, com variações no período de retorno conforme as manifestações somáticas.

- O Encaminhamento

Matilde acata e segue o encaminhamento sem questionamentos, perguntas ou mesmo dúvidas em relação ao tratamento que fará. Da mesma forma segue todos os outros encaminhamentos e prescrições que lhe são feitos.

- O Atendimento Psicológico

A paciente comparece às entrevistas da maneira como foi descrito acima, seguindo o encaminhamento médico. Nunca realizou tratamento psicológico, não apresenta dúvidas ou curiosidade a respeito do que será realizado.

Em relação á periodicidade das sessões, Matilde associa ao retorno médico, não percebe nenhuma diferença, e solicita que sejam agendadas as sessões sempre em consonância com seu retorno ao médico.

Sobre a suspeita diagnóstica de estar psicótica, foi posteriormente descartado pela avaliação psiquiátrica e pelos contatos posteriores com a paciente.

- A Doença

Apesar de realizar tratamento há 13 anos, a paciente não demonstra qualquer angústia ou ansiedade em relação à doença, não associa conteúdos emocionais a ela e nem ao tratamento. Segue o tratamento como parte de sua própria vida, sem questioná-lo, demonstrando que se conforma com as 'coisas que lhe são impostas pela vida'. Age em relação à doença, como age em relação a todas as outras coisas, como, por exemplo, a morte da mãe.

Apresenta uma relação do aparecimento da doença com a perda do pai, mas não chega a associar conscientemente os fatos.

Neste momento de sua vida, o único sentimento que lhe causa um baixo nível de ansiedade é o fato de não trabalhar, de não exercer sua atividade produtiva e não contribuir financeiramente com a família. Entretanto, este sentimento não se refere a uma integração familiar e sim a um problema concreto econômico-financeiro.

- A Relação Transferencial

A paciente não reconhece o atendimento como um espaço

de conteúdos emocionais, porque não existe este espaço em sua própria vida; só reconhece os conteúdos ligados a situações concretas.

As solicitações que faz a respeito do reagendamento das sessões, demonstra que associa muito o atendimento psicológico ao atendimento médico e também a relação que estabelece com a entrevistadora, funciona neste molde. Ela traz em seu discurso sempre os conteúdos físicos em primeiro lugar e somente após ser questionada sobre o que pensa ou sente em relação a isso, é que faz alguma referência a pensamentos que desenvolve sobre a incapacidade para o trabalho, que também se constitui um conteúdo bastante concreto.

A relação estabelecida com a entrevistadora funcionou, neste caso, como uma reedição da relação estabelecida com a médica, que podemos considerar importante, pois esta a acompanha há 13 anos e talvez a médica seja a única pessoa que lhe dá atenção ou escuta suas queixas. Percebemos então que esta paciente estabeleceu uma relação com a entrevistadora através da demonstração de como funciona sua relação com a médica e com a doença.

CASO 5

Identificação da Paciente: Márcia tem 42 anos, solteira, é de religião católica, trabalha como auxiliar administrativa, mora sozinha.

Entrevistas: Foram realizadas três entrevistas, no período de Novembro e Dezembro de 2001.

Descrição das sessões:**1ª Sessão:**

Entra sorridente e peço para me falar sobre sua vinda ao atendimento psicológico. Refere que a médica a encaminhou porque não está bem, tem chorado muito.

Márcia diz que não acredita no atendimento psicológico, que a médica já havia encaminhado outras vezes e nunca procurou.

Peço para me dizer como se sente. Márcia diz que está se sentindo muito incapaz, não consegue realizar suas atividades normalmente porque está com as mãos inchadas, sente muito cansaço, desânimo, sente o corpo pesado como se estivesse com pedras penduradas. Além disso, sente-se muito mal no trabalho, ela é auxiliar administrativa em uma escola do estado e refere não ter vontade de trabalhar, chora no trabalho e é muito ruim porque as pessoas estão percebendo.

Diz sentir que o problema de saúde está pior, ela tem uma doença reumática que faz tratamento há mais de 10 anos, com períodos de melhora e períodos em que voltam os sintomas. Agora está há quatro meses sentindo os inchaços e dores sem melhora, apesar de tomar os remédios que a médica manda.

Refere que mora sozinha em uma casa vizinha ao pai, a mãe faleceu e o pai casou-se novamente. Ela própria cuida de sua casa, roupas e comida e está com dificuldades para realizar estas atividades.

A paciente diz ainda que dessa vez percebeu que está mesmo precisando de ajuda. Combinamos a data da próxima sessão.

2ª Sessão:

Márcia refere que se sentiu melhor, diminuiu o inchaço das mãos e pode fazer as coisas em casa e teve vontade de sair, em decorrência da medicação ingerida.

Fala que tem um irmão – o único – e que ele esteve no fim de semana na casa do pai. Diz que pela primeira vez sentiu ciúmes do irmão, pois ele é que sempre teve ciúmes dela e “destruiu toda minha vida”, sendo que ela o ajudou muito em um período que ele passou por dificuldades. Ela mandou que vendesse a parte dela da herança da mãe, em terras, para que ele usasse o dinheiro. O irmão sempre a culpou pelo casamento do pai e desde então não se falam muito bem, ele mora em outra cidade e se vêem pouco.

Márcia não se dá bem com a mulher de seu pai. Ele se casou novamente há 11 anos. Desde que Márcia está doente a madrasta a viu sem poder se mexer e começou a tratá-la melhor. A madrasta sempre dava muitas alfinetadas, “talvez seja por isso que eu sofro, porque eu não respondo, guardo tudo e acho que tenho que perdoar”.

“Eu não sou beata de igreja, mas acho que tenho que perdoar meu irmão”. Diz ver “Jesus no outro” e tem que perdoar, mas não vê Jesus nela mesma porque não consegue se perdoar das coisas que

faz de errado. Exige muito de si mesma. “É por isso que não entendo porque tenho que procurar psicólogo”

Refere que antes tinha muita amizade com padre D., ele a entendeu e ela não sofria. Quando perdeu a mãe, quando desmanchou o noivado de cinco anos e quando sofreu com o noivo que a traiu muito e mentiu muitas vezes, ele (padre D.) sempre a ajudou. “Meu pai disse que parecia que sofri mais quando ele (padre D.) morreu do que quando minha mãe morreu. É porque quando ela morreu, eu o tinha pra me confortar”.

“Depois que padre D. morreu, não consegui mais fazer amizades, sempre tive amizades masculinas, agora parece que quero superar as coisas por mim mesma”.

Quando encerramos a entrevista, Márcia diz que esqueceu de me contar uma coisa: “Depois de muito tempo saí na terça com uma pessoa para me divertir. Acho que vai dar certo”.

3ª Sessão:

Inicia a entrevista dizendo que estava bem, mas passou na médica e os exames não estavam bons, já está há 4 meses com os sintomas e então sentiu-se muito mal, refere que não tem dores, mas tem queda de cabelo.

“Não quero que a Dra E. fique sabendo que pensei em procurar outro médico, o Dr. C. em Marília, que me atendeu antes da Dra.

E. vir para Assis, eu tenho o telefone da casa dele, só que achei chato porque eu tô fazendo o tratamento aqui”.

Diz que se sentiu muito mal, que não tem vontade de nada, chorou muito e acha que a médica não está interessada em resolver o seu problema. “Apesar de que o Dr. C falava que 50% do tratamento é confiar no médico e aí a gente reage, mas eu não sei se eu quero reagir”.

Relata que as coisas estavam boas até a consulta. No final de semana teve um almoço na escola e um professor que ela não tinha contato porque achava esquisito, se aproximou e conversaram muito. Depois foi a uma formatura e em seguida foi dar uma volta de carro, parando numa choperia onde encontrou uma professora e ficou conversando.

No dia seguinte saiu novamente, foi à missa, passou em frente à mesma choperia e estava fechada, então parou em um lanche, chegou o mesmo professor do almoço e ficaram conversando, depois foi embora e quando veio à consulta no dia seguinte é que ficou muito mal.

“Eu não queria ter compromissos, não ter que trabalhar, viver sossegada, mas os outros não gostam quando a gente muda”. Conta que a diretora da escola onde trabalha gritou com ela na frente de um amigo e ela respondeu no mesmo tom, indo chorar em outro lugar. Acredita que outro funcionário avisou a diretora porque depois ela veio conversar e Márcia não aceitou, sendo dura com a diretora.

A paciente diz que: “Acho que o psíquico é igual ao físico, que vai definhando, vai cansando, porque eu já passei por tantas coisas que acho que cansei”.

A entrevistadora fala sobre a capacidade de elaborar as situações vividas e que o processo terapêutico pode ser um caminho.

Márcia diz que pensa que agora as coisas estão bem, que a mulher de seu pai está lhe tratando bem. Antes, a madrasta a provocava muito e não aceitava “descer ao nível dela” Pensava que Nossa Senhora não faria assim, Jesus não faria assim, então tinha que aceitar. “Mas até Jesus xingou de satanás um discípulo, eu não gosto de xingar, minha mãe nunca gostou. Meu irmão está me tratando melhor, era para estar tudo bem. Acho que tenho que ver mesmo o que está acontecendo”.

Análise

-Relação com o médico

A paciente manifesta certa descrença na dedicação que a médica deposita em seu caso, depositando nela (a médica) a responsabilidade de livrá-la dos sintomas e já que isto não ocorre, então pensa que não é capaz de curá-la. Ao mesmo tempo cobra sua própria gratidão, já que a mesma médica cuida dela há tanto tempo, parece então que precisa retribuir tal dedicação continuando o tratamento. Atribuindo à médica o fracasso do tratamento, a paciente demonstra o

descompromisso de sua própria pessoa com as suas relações e com a sua doença.

-O Encaminhamento

Já foi encaminhada outras vezes e desconsiderou, não procurando o atendimento, só seguiu o encaminhamento desta vez porque sentiu modificações na sua vida pessoal (sente-se sozinha, pois perdeu um amigo), e os sintomas a incomodam muito por dificultarem o trabalho. Seguir o encaminhamento no momento em que desejou reflete sua necessidade de controlar as coisas à sua maneira, além disso, os sentimentos que manifesta neste momento não estão se sujeitando a este controle. O descrédito atribuído à relação com o médico, descrito acima, fez com que não seguisse imediatamente suas indicações.

-O Atendimento Psicológico

A paciente diz que não acredita no atendimento psicológico e compara o atendimento com os momentos que teve com amigos confidentes e padres, onde contava tudo o que se passava na sua vida e o que sentia (manifestamente). No momento atual de sua vida não conseguiu se vincular a mais ninguém dessa forma, então o atendimento psicológico passa a ser um importante espaço para repensar as relações que estão se estabelecendo de maneira diferente, como por exemplo, a relação com o irmão.

-A Doença

Refere-se à doença como algo que a impossibilita de realizar as atividades domésticas e de seu trabalho. Num primeiro momento, refere-se a esta incapacidade como uma coisa ruim, com pesar. Em seguida, manifesta o desejo de descompromisso com as coisas de sua vida, pois sempre levou tudo a sério e cuidou de si. Neste momento, a doença é a sua possibilidade de não ter que fazer tudo, de não ter a obrigação de resolver todas as coisas e, principalmente, a chance de alguém cuidar dela, então, começa a apreciar o tratamento que a esposa de seu pai lhe oferece e a possibilidade de reconciliação com o irmão. A doença passa a ser importante para reconduzir as relações tão desgastadas de sua vida, passa a ser uma forma de agir diferente da maneira como sempre agiu.

-A Relação Transfereencial

A paciente apresenta um comportamento bastante sedutor em relação à entrevistadora, entra na sala com sorrisos e sempre agradece ao final das entrevistas. Nos momentos em que manifesta sua descrença ao atendimento médico, também o faz em relação ao atendimento psicológico e tenta com isso perceber até que ponto a entrevistadora é capaz de ouvi-la e ser continente dos sentimentos que agora lhe afligem. Dessa forma, parece trazer seus conteúdos em doses homeopáticas, ou seja, manifesta-se na primeira entrevista de maneira

mais reservada, falando sobre seus sintomas, um pouco de como vive e como se sente incapaz, somente depois é que consegue expressar o que pensa sobre os atendimentos e encaminhamentos e, finalmente, na última entrevista é que traz os conteúdos mais consistentes sobre o sofrimento emocional vivido.

Esta manifestação gradativa faz-nos perceber como ela pôde sentir-se ouvida para trazer seus conteúdos e, portanto, consideramos que a partir deste momento, se findavam as entrevistas iniciais, pois a paciente e a entrevistadora já poderiam empreender intervenções nos conteúdos trazidos, já caracterizando uma relação terapêutica.

Outras considerações:

A paciente menciona de maneira latente uma dificuldade em estabelecer relacionamentos afetivos, quando se refere a dois relacionamentos aparentemente sérios que foram desfeitos e não traz dados sobre nenhum outro relacionamento, a não ser de maneira muito sutil como a querer que a entrevistadora perceba, sem ter que ela própria falar sobre o assunto.

A maneira como fala da relação com a esposa do pai também é significativa, pois menciona que aceitou bem o relacionamento, mesmo tendo sido muito criticada pelo irmão e ao mesmo tempo traz a

dificuldade no relacionamento com ela, por 'levar alfinetadas' todo o tempo, recebendo tudo de maneira religiosamente paciente.

Caso 6

Identificação da paciente: Conceição tem 47 anos, casada, tem três filhos.

Entrevista: Foi realizada uma entrevista em Dezembro de 2001, em seguida a paciente não compareceu mais.

Descrição da entrevista:

Conceição consultou-se com um clínico geral por sentir o “coração disparar, angústia no peito”, e a pressão arterial elevou-se. O médico a encaminhou para atendimento psicológico.

Ao iniciar a sessão, Conceição relata os sintomas que sentiu no dia da consulta e que agora já sentiu melhora. Diz que algumas vezes fica muito nervosa e tem medo porque já teve “depressão” há uns 10 anos atrás. Continua relatando que, na ocasião estava grávida, tinha dois filhos pequenos e o mais velho tinha 18 anos, quando descobriu que este fazia uso de drogas, moravam em Santos. Ela perdeu o bebê, teve infecções, problemas de estômago e de coração, iniciou o tratamento e o cardiologista lhe disse que era “excesso de carga”, então fez o tratamento cardíaco e sentiu melhora.

Na época sentia muito medo das pessoas falarem que não era boa mãe e fez tratamento com uma psicóloga em Santos, pois esteve

dois anos “em depressão” sendo medicada com Propanolol e Diazepan. Começou a pensar que tinha que ajudar o filho e começou a lutar, então, começou a participar de reuniões para familiares de usuários de drogas e consegui tratamento para o filho. Hoje ele faz tratamento no CIAPS porque voltou a beber.

Relata que há dois anos foi medicada com Diazepan novamente, mas em seguida parou. Tem muito medo do filho voltar para as drogas, quando ele bebe, ela relata que não tem vontade de falar com ninguém, o coração dispara, não quer ficar no meio das pessoas.

O filho mais velho está agora com 28 anos e está afastado do trabalho por auxílio doença através do INSS, pois está fazendo o tratamento com psiquiatra e psicóloga. Tem um filho de 18 anos que se casou, mora em Santos e um filho de 17 anos que trabalha, estuda e não lhe dá trabalho. O marido trabalha na construção civil em Santos e vem para cá uma vez por mês, está para se aposentar e então virá definitivamente.

Moravam em Santos e começaram a sofrer ameaças de pessoas com quem o filho se relacionava, então se mudaram para Iepê e há seis meses vieram para Assis, pois o filho saiu de sua mais recente internação e ela quis evitar que ele ficasse com os antigos amigos, usuários de drogas.

Conceição refere que quando tem medo, lembra-se dos usuários que os ameaçavam por causa das dívidas do filho, então, sente

o coração disparar e tem medo de sair nas ruas onde tem muitas pessoas.

Agendamos outra entrevista e Conceição não compareceu.

Análise

- A Relação com o Médico

Ao relatar seus sintomas ao médico, este percebeu seus conteúdos emocionais presentes e não empreendeu nenhum tratamento clínico/físico a Conceição, que reconhece seus sintomas e não se alonga em comentários ou qualquer demonstração a respeito do contato com o médico.

- O Encaminhamento

A paciente acatou o encaminhamento e compareceu à entrevista por perceber seus sintomas de origem psicossomática, sua angústia, a ansiedade em relação às coisas que estava vivenciando.

- O Atendimento Psicológico

A única entrevista fluiu bem, a paciente falou tranquilamente sobre sua história e tratamentos anteriores, sem que fossem necessários questionamentos ou interferências da entrevistadora. Deu seqüência lógica aos fatos e lembrou-se das medicações prescritas. Falou de

manifestações emocionais associadas aos fatos e de como se estrutura sua família.

- A Doença

Conceição conseguiu associar suas intercorrências físicas com as situações de crise e angústia que viveu em decorrência da drogadição do filho. As queixas que a levaram à consulta médica mais recente, não demandaram tratamento médico, mas proporcionaram o encaminhamento para atendimento psicológico.

- A Relação Transferencial

A paciente trazia um conhecimento prévio do funcionamento deste atendimento, já que havia feito tratamento psicológico anteriormente. A partir desta informação percebemos que não pôde procurar tratamento novamente por demanda própria, por não conseguir neste momento, se deparar com os sentimentos que apresenta, sobre sua história de vida e a história do filho.

A única sessão funcionou como um desabafo, como um momento para ser ouvida sem que tivesse o compromisso de trabalhar os sentimentos que apresenta, daí a facilidade para falar, preenchendo toda a sessão e em seguida, o abandono do tratamento.

A dificuldade de elaborar os sentimentos presentes fizeram com que eles se manifestassem no corpo físico, obrigando-a a recorrer ao

serviço de saúde. Porém, sua trajetória foi simples porque sua demanda neste momento era simples, livrar-se das idéias que mais a angustiavam, mesmo que não tenha solucionado o problema.

Desta forma, identificamos que neste caso não se estabeleceu a relação transferencial nos moldes citados neste trabalho, entretanto, podemos considerar que a demanda emocional da paciente, neste momento de sua vida, foi satisfeita. Não podemos considerar satisfeitos os critérios que nós mesmos estabelecemos enquanto teoria para os atendimentos, mas o atendimento constituiu-se num espaço de redução da angústia vivida pela paciente.

DISCUSSÃO GERAL

A análise dos casos atendidos nos permitiu identificar que em todos eles as pacientes verbalizam situações de angústia em um período concomitante ao aparecimento dos sintomas somáticos, porém nenhuma delas realiza esta associação espontaneamente. Em todos os casos a situação de angústia se refere a uma perda de pessoas significativas naquele momento de vida das pacientes, sejam elas perdas através da morte (em 3 casos), ou situações que fizeram com que a paciente tivesse uma brusca modificação a respeito da imagem que tinha destas pessoas (3 casos sendo um deles originado pela iniciação sexual da filha, o segundo originado pelo rompimento de um relacionamento afetivo e o terceiro originado pela descoberta da drogadição do filho).

Este dado nos remete às citações feitas anteriormente neste estudo, onde McDougall (1996) refere que esta associação não ocorre porque estas fontes potenciais de angústia não se tornam simbolizáveis. O fracasso no desenvolvimento da capacidade de integrar e reconhecer seu pensamento, seus afetos e seu corpo levariam à dificuldade de comunicação simbólica e de estabelecimento da linguagem.

A expressão através do corpo torna-se o principal caminho de comunicação do sujeito, propiciando assim a representação dos conteúdos que não consegue nomear e tornando-se uma forma de identidade do sujeito.

A fala como forma de linguagem é preenchida pela descrição dos sintomas, torna-se a expressão do corpo e ocupa o espaço dos afetos. Assim, o paciente se expressa sempre a descrever repetidamente os sintomas, quando é questionado sobre como se sente, como se o que sentisse fossem apenas as doenças do corpo. Traz situações sempre concretas sobre a maneira como se relaciona com a doença e o tratamento, e as conseqüências deste tratamento em sua vida.

O paciente apresenta uma desinformação sobre sua situação de saúde ou o objetivo dos tratamentos físicos prescritos, sabe dos sintomas que tem, mas não do seu diagnóstico e quando este diagnóstico está presente, ele não o compreende, não tem significados dentro de sua vida a não ser pela relação que a doença tem com a indisponibilidade para as atividades laborativas. Este fator desencadeia o interesse pelo tratamento que é oferecido pela instituição, incluindo o atendimento psicológico, pois é o caminho para retornar à sua vida de trabalho.

Neste estudo, todas as pacientes apresentaram dificuldades para trabalhar, o que associaram aos sintomas físicos. Duas pacientes já haviam sido encaminhadas anteriormente para atendimento psicológico, porém, somente diante da dificuldade laborativa é que se mobilizaram para seguir o encaminhamento. Este foi um dos fatores identificados

neste estudo para que as pacientes seguissem o encaminhamento médico para o atendimento psicológico.

O impedimento para o trabalho significa não estar em consonância com a identidade que estas pacientes tiveram até o momento do início de seus sintomas ou agravamento dos mesmos, pois desenvolveram sua estrutura psíquica sob o pilar do funcionamento corporal e suas produções enquanto identificação do ser em seu meio. O conflito de origem afetiva se desencadeia neste momento em que a identidade entra em crise e a maneira de manifestar as angústias até agora utilizada, a via corporal, é justamente a via que está proporcionando o conflito.

A dicotomia entre forma de estruturar-se psiquicamente através do corpo e corpo que traz sofrimento e incapacidade, fazem com que ocorra a abertura do mundo interno do sujeito, e a doença tenha a função denunciadora dos desejos inconscientes, eclodindo a partir daí a ressignificação dos afetos do indivíduo. Este processo é desconhecido pelo indivíduo e precipita-se uma crise.

Este momento de crise pode ser considerado como outro fator que fez com que o encaminhamento médico para o atendimento psicológico fosse seguido, além do fator acima apontado relacionado à incapacidade laborativa.

Quando falamos sobre a identidade do indivíduo estruturada a partir do corpo, estamos nos referindo à imagem corporal estruturada a

partir da diferenciação entre o indivíduo e o outro. Se considerarmos que a utilização que este indivíduo faz de seu corpo está relacionada à dificuldade de simbolização, podemos compreender que o processo de individuação, de reconhecimento de seu próprio corpo apresenta falhas e, portanto, fica prejudicada a imagem corporal enquanto manifestação interna.

Identificamos nas pacientes aqui apresentadas que a valorização da imagem corporal só ocorre através da doença, ou seja, elas só manifestam cuidados com o corpo seguindo as prescrições médicas como, por exemplo, tomar a medicação corretamente, fazer os exames solicitados e comer os alimentos indicados pelo tratamento médico. Não ocorre nenhuma valorização do corpo com a finalidade de melhorar a auto-estima ou sentir-se bonita e bem cuidada. Em contrapartida, identificamos três casos em que a doença passou a ser motivo de valorização do indivíduo dentro do contexto familiar, obtendo mais cuidados e atenção a partir do aparecimento dos sintomas somáticos.

Consideramos que a relação estabelecida entre o indivíduo e o médico que realiza o tratamento e propôs o encaminhamento para o atendimento psicológico constituiu o terceiro fator importante para que as pacientes seguissem o encaminhamento. As pacientes trouxeram diversas manifestações sobre a figura do médico, sendo este percebido em alguns casos como capaz e disponível para ouvi-las e em outros como

uma pessoa que não poderia curá-las. Expressões contraditórias foram colocadas pelas pacientes que realizam atendimento há vários anos seguidos e, no entanto, referem não acreditar na condição médica para o tratamento ao mesmo tempo em que demonstram extrema gratidão pelo profissional devido aos cuidados a elas dispensados.

O que pudemos identificar em comum foi uma característica de ordem e prescrição a respeito do encaminhamento, que teve o mesmo significado de uma prescrição medicamentosa ou de uma solicitação de exames regulares. Esta característica coloca no encaminhamento uma condição de necessidade de continuidade sob pena de comprometimento do tratamento que lhe é dispensado anteriormente, denotando então uma relação de submissão em relação à figura do médico.

Ainda sobre a relação do indivíduo com o médico, identificamos que a forma como esta é percebida pelas pacientes, é repetida nas entrevistas psicológicas. As pacientes buscam no atendimento alguém que é detentor do saber e da resposta para obter a cura ou alívio para os sintomas físicos que as acometem.

Estabelecem a relação com a entrevistadora-terapeuta, baseada no modelo que possuem do tratamento médico que oferece retornos regulares, porém, com espaçamento maior entre as sessões. Para o atendimento psicológico demonstram estranheza com o retorno semanal, até mesmo sugerindo que o retorno seja agendado para a mesma data do retorno ao médico.

Esta informação demonstra que nas entrevistas iniciais o paciente não apresenta o conhecimento do funcionamento do atendimento psicológico, não compreendendo a necessidade dos retornos semanais. Por se tratar de um fator componente da técnica de atendimento psicológico, não diz respeito à dimensão conceitual do paciente, não é semelhante às atividades de sua rotina.

A palavra como expressão de sentimentos, principal via de comunicação na relação analítica, não caracteriza nestes casos a via de acesso aos conflitos. Entretanto, os sintomas podem ser utilizados para, através da relação destes com a história de vida do paciente, realizarmos uma análise dos conflitos e efetuar as intervenções necessárias. Mudam-se os meios (palavra como expressão de sentimentos), permanecem os fins (análise dos conflitos). O analista não se utiliza somente dos recursos descritos historicamente na teoria psicanalítica, mas utiliza suas técnicas para desvendar os conflitos através dos sintomas, como eles se manifestam e como o indivíduo se relaciona com eles.

Os casos ora apresentados não utilizam a palavra para descrever o que sentem, não conseguem nomear suas sensações, mas utilizam a palavra para descrever, muitas vezes detalhadamente, seus sintomas. Dessa forma, o sintoma passa a ser a expressão do que sente, a expressão de seus desejos e a abertura de sua realidade interna, porém, essa forma de expressão não corresponde exatamente à forma de

expressão que o entrevistador-analista espera. Há que se realizar uma decodificação, uma análise mais minuciosa.

Se a técnica psicanalítica nos indica que a atenção flutuante está apta para que o analista realize associações entre os sentimentos que o paciente verbaliza e sua história de vida, no presente estudo, apontamos que a mesma técnica realiza análise semelhante, porém, esta análise se realiza através de outra linguagem – a linguagem dos sintomas.

A individualidade do sujeito é preservada, pois não estamos aqui a discorrer sobre determinado sintoma ou a classificar os pacientes a partir de nomenclaturas estabelecidas para esta ou aquela doença. Percebemos através deste estudo que não nos importa a classificação deste paciente, importa-nos a forma como ele se expressa em relação à sua doença e seu corpo, importa-nos a associação que é possível de se realizar através da expressão de sua história de vida e do aparecimento de seus sintomas.

A forma de expressar seus sintomas e a associação feita a partir daí, pelo paciente, nos permite identificar quais modelos este paciente estabeleceu no curso de seu desenvolvimento, caracterizando assim a reedição destes modelos na relação com o terapeuta e, portanto caracterizando o estabelecimento da relação transferencial. Os “clichês estereotípicos” descritos por Freud (1912) fazem parte também da relação estabelecida com o médico, pois, como citamos anteriormente, o paciente

estabelece tipos de relações semelhantes com os diversos profissionais que o atendem.

Através dos estudos preliminares, identificamos autores como Sagawa (1996) que caracterizam formas bastante peculiares dos indivíduos se manifestarem no atendimento psicológico. Estes pacientes foram descritos como portadores de dificuldades para apresentarem seus sentimentos verbalmente, conseguindo manifestar nos atendimentos somente as situações concretas de sua vida, idéia esta que também levou alguns psicossomatistas a desenvolverem o conceito de “pensamento operatório”, como citado anteriormente neste estudo.

Entretanto, verificamos que a simples classificação destes pacientes não nos encaminha para a solução de seus conflitos. O conceito nos norteou para percebermos que não podemos utilizar os mesmos recursos com estes pacientes, porém não desqualifica estes pacientes para que sejam utilizados com eles os recursos técnicos da Psicanálise. Pelo contrário, o processo terapêutico destes pacientes assemelha ainda mais a técnica psicanalítica ao trabalho arqueológico, onde os conflitos não se apresentam de maneira superficial através das falas que manifestam angústias e sentimentos, mas se fazem necessárias escavações profundas e associações complexas para que a junção corpo-mente se pronuncie.

Esta relação que se estabelece nas entrevistas iniciais está também a serviço da resistência como nos revela McDougall que:

Há uma outra complicação na análise dos grandes somatizantes. Cedo ou tarde percebemos que estes se recusam veementemente a procurar os fatores psíquicos que alimentam a vulnerabilidade psicossomática. Lutam, como fazem nossos pacientes neuróticos e psicóticos, para proteger suas criações somáticas com uma determinação do qual eles próprios não têm consciência. (McDougall, 1996, p.46)

Esta luta se dá através do fenômeno transferencial e nos leva a identificar, neste estudo, que este fator, quando em consonância com a história de vida do paciente, preservando sua singularidade, encaminha-o para o abandono do tratamento, como forma de preservação de seu modelo constitucional.

Diante destas peculiaridades, resta-nos ainda levantar alguns fatores institucionais que intervêm nestas relações. Contextualizando as entrevistas realizadas com dados da história da saúde mental e da saúde pública, identificamos como é que situações criadas em determinados momentos da história, hoje estão presentes nas práticas em saúde e saúde mental.

Podemos citar como exemplos as práticas normativas dos serviços de saúde implantadas a partir da década de 70, que passam a

constituir formas de avaliação e controle de resultados de produção como descrito por Campos (1997) e identificamos até hoje nas práticas das unidades de saúde, mais especificamente, no Posto de Saúde onde ocorreu a presente pesquisa.

Outro exemplo importante é citado por Silva (1988), segundo o qual, na mesma época – década de 70 – os trabalhos educativos em grupo são previstos em vários programas, mas pouco efetuados, dando-se prioridade ao modelo clínico individualizado, modelo este incentivado e reforçado pelo setor privado. Podemos perceber que este modelo permanece até os dias de hoje como preponderante nas unidades de saúde e também nos atendimentos da saúde mental.

Os movimentos deflagrados em torno da saúde mental no Brasil trouxeram modificações nos conceitos e na maneira de perceber os pacientes, trazendo o questionamento de práticas de cunho asilar e desenvolvendo conceitos ligados a modelos psicossociais de atenção, embora as práticas enraizadas nestes modelos clínicos acima descritos estejam presentes no dia a dia da saúde mental pública.

Percebemos, então, diante das referências mencionadas neste trabalho sobre instituições, que a instituição em que realizamos esta pesquisa possui interesses contraditórios e um discurso de ordem manifesta que difere do discurso latente à medida que se constitui como uma unidade de saúde pública com a finalidade de proporcionar condições de saúde a uma parcela da população que depende de

serviços mantidos e subsidiados pelo poder público e, no entanto oferece uma prática clínica individualizada, que visa a dependência de sua clientela, dentro dos moldes e interesses privados de saúde.

A prática individualizada ocorre permeada pelo discurso do individualismo e de melhores serviços, ao passo que limita extraordinariamente a quantidade de serviços oferecidos, excluindo destes serviços grande parte da população, sendo estes os únicos serviços a que esta população poderia ter acesso, diante de suas condições sócio-econômicas.

Assim percebemos que, na instituição de saúde e, principalmente, na unidade ora estudada, a organização das funções da instituição presentes no seu discurso é que produzem a subjetividade. As práticas em saúde e saúde mental realizadas nesta instituição são constituídas por práticas efetuadas ao longo dos anos, portanto, historicamente instituídas. São construídas também por práticas atualmente discutidas a partir de modelos questionadores da ordem instituída, que propõem novas formas de concepção dos indivíduos.

Podemos concluir que o conflito existente na instituição leva a duas vertentes: ao mesmo tempo em que proporciona questionamento das práticas e mobilização dos profissionais ali atuantes, proporciona conflitos para execução de ações em saúde que dêem conta neste momento, das necessidades do indivíduo que busca a cura para seus males imediatos. Esta dissonância é fator importante identificado neste

trabalho, que decorre no abandono do atendimento psicoterápico, desde as entrevistas iniciais.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo indica que o paciente que não expressa seus conflitos ou emoções através da palavra, principal meio utilizado pela teoria Psicanalítica, também é passível de conhecer seus conflitos através desta orientação (a psicanálise). É necessário que a técnica psicanalítica empreenda a sua investigação através da descrição e maneira de vivenciar o sintoma e não esperar que o paciente elabore a relação do sintoma com as manifestações emocionais para a partir de então realizar a análise dos conflitos e encaminhar-se para a resolução dos mesmos

Esta atividade demanda do entrevistador-analista um trabalho mais apurado no sentido de ampliar sua escuta, aumentar seu campo de atenção flutuante para além das manifestações emocionais. Isto implica por vezes a necessidade de maior integração com a instituição e com outros profissionais que realizam os atendimentos deste paciente na unidade, pois as associações não se limitam aos dados que o paciente traz. A análise do caso demanda uma associação de todos os fatores vinculados às relações deste paciente com sua doença e grande parte destas relações se dão dentro da própria unidade de saúde onde o paciente é acolhido ou não.

Sendo assim, identificamos que em atendimentos psicológicos em unidades de saúde pública, os pacientes com queixas

físicas, nas entrevistas iniciais manifestam sua realidade emocional através da fala dos sintomas físicos, trazem conteúdos de seu tratamento médico para a relação com o entrevistador, pois aquela relação é a relação modelo em seu tratamento dentro da unidade de saúde. Porém, a partir do momento que percebe que pode, nas entrevistas, manifestar sua fala a respeito de seu tratamento e doença, de maneira mais sistemática e com maior tempo do profissional para ouvi-lo (30 minutos de entrevista psicológica em detrimento de poucos minutos com o médico), o paciente consegue estabelecer uma relação transferencial que permite a continuidade do tratamento após as entrevistas iniciais.

Identificamos ainda alguns pontos importantes que permearam estes atendimentos, como segue:

- A dificuldade para a realização das atividades laborativas foi determinante para a procura do atendimento psicológico após o encaminhamento médico. A dicotomia entre sua estruturação psíquica através do corpo produtivo e o corpo que somatiza e, portanto, traz sofrimento, precipita-se em desvelamento de conteúdos internos;
- A erupção de conteúdos internos provoca crises identitárias a partir da função que a doença assume de denunciadora dos desejos inconscientes;
- A valorização da imagem corporal ocorre através da doença, bem como o espaço de valorização entre familiares que passam a cuidar do paciente como não faziam antes;

- A relação de submissão estabelecida com o médico que realizou o encaminhamento, já que segue o mesmo como prescrição, sob pena de, não seguindo o encaminhamento, comprometer o tratamento de saúde;
- Sobre o atendimento psicológico, percebemos que as características do funcionamento deste não fazem parte da dimensão conceitual do paciente, não é semelhante às atividades de sua rotina;

Mais especificamente em relação à técnica embasada no referencial psicanalítico, este estudo nos indica que a 'livre associação' será mais produtiva se utilizar a relação da linguagem dos sintomas com a história de vida de cada indivíduo, em detrimento da fala ou expressão de sentimentos.

Pudemos observar o estabelecimento da relação transferencial, a qual, em alguns casos, decorre em abandonos do tratamento devido ao seu componente relacionado à resistência do paciente, na medida em que o abandono funciona como preservação da forma como se relaciona com seus conteúdos emocionais até o momento, ou seja, através dos sintomas.

O último e não menos importante fator identificado na forma como o paciente se coloca nas entrevistas iniciais em psicoterapia em saúde pública, diz respeito aos conflitos existentes na instituição. Estes conflitos se dão entre as práticas institucionalizadas ao longo da história

da saúde mental e da saúde pública e as práticas advindas do questionamento destas mesmas práticas. Assim, o conflito institucional funciona como fator de exclusão do indivíduo dos serviços de saúde.

A necessidade imperiosa de sistematização e simplificação exigida pelos limites de tal trabalho não permite nos aprofundarmos em demasia em tais considerações. Entretanto, o que pudemos perceber ao concluirmos este trabalho, é que a singularidade do indivíduo sobrepõe-se a qualquer tentativa de identificarmos razões específicas para as atitudes humanas. Tornam-se necessários estudos posteriores que possam desagregar e aprofundar os dados aqui identificados.

V. BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BERNSTEIN, B. *Classe Social, sistema de fala e psicoterapia*. In: FIGUEIRA, S.A. (Org.) *Psicanálise e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

BLEGER, J. *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

_____. *Temas de Psicologia: Entrevistas e Grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA-ROSA, A *Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo*. São Paulo: Instituto de Psicologia, USP, 1987, 546 p. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1987.

DIAS, MC., GARCIA, A.S. *Visão de Pacientes em uma instituição da rede pública de saúde mental*. Assis, 1991. Pesquisa de Iniciação Científica. Clínica Escola da FCL/UNESP – não publicada.

FÉDIDA, P. *A Clínica Psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta, 1988.

FONTES, I. *A Psicanálise e a memória corporal*. *Jornal O Globo*, 06 jun. 1999. [on line]. Disponível em <<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/index.htm>>. Acesso em 23 set. 1999.

FREUD, S. *Artigos Sobre Técnica (1911-15)*. In: E.S.B. das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. *A Dinâmica da Transferência (1912)*. In: E.S.B. das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. *Sobre o Início do Tratamento* (1913). In: E.S.B. das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

HERRMANN, F. *Clínica Psicanalítica: A Arte da Interpretação*. São Paulo: Brasiliense, 1991(a).

_____. *Andaimos do Real. O Método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1991(b).

_____. *O que é Psicanálise. Para Iniciantes ou não*. São Paulo: Psique, 1999.

LOUREAU, R. *Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes, 1996.

MARAZINA, I. *A Clínica em Instituições*. In Anais/ II Congresso de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia, 6ª Região. São Paulo: Oboré, 1992.

MARTY, P. de M'UZAN, M. e DAVID, C. *L'Investigation psychosomatique*, Paris, P.U.F. 1963.

McDOUGALL, J. *Teatros do Corpo. O Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

NEME, C.M.B. *Saúde Mental e Psicoterapias: "Abandono Prematuro do Tratamento ou exclusão de Pacientes nos Sistemas Públicos de Saúde?"*. In. II congresso de psicologia, 1992. Anais. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 6ª Região. Oboré, 1992.

RIBEIRO, P.R.M. *Saúde Mental no Brasil*. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

ROSA, A.J. *Vicissitudes Diagnósticas em Psicoterapia na Saúde Mental Pública*. Assis: Faculdade de Ciências e Letras, UNESP, 2000. 220 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", 2000.

SAGAWA, R.Y. *Winnicott, a Realidade Psíquica e a Análise Modificada*. In: CATAFESTA, I.F. (Org.) D.W. Winnicott na Universidade de São Paulo: O Verdadeiro e o Falso. São Paulo: IPUSP. 1996.

_____. *Atender por atender na saúde mental pública. Ou: Produtividade Versus qualidade de atendimento psicológico em instituição de saúde mental.* In: Rumos do Saber Psicológico. São Paulo: Arte & Ciência. 1998.

SCARCELLI, I.R. *O Movimento Antimanicomial e a Rede Substitutiva em Saúde Mental - Experiência no Município de São Paulo - 1989-1992.* São Paulo: Instituto de Psicologia, USP, 1998. Dissertação Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1998.

SIGAL, A. M. *Psicanálise, Grupos e Instituição Pública.* Revista Percurso (São Paulo), v. 1, n.º 2, 1989.

SILVA, R.C. *O Trabalho do Psicólogo em Centros de Saúde: Algumas Reflexões Sobre as Funções da Psicologia na Atenção Primária à Saúde.* São Paulo, Instituto de Psicologia, USP, 1988. Tese Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1988.

SIQUEIRA, M. F. *A Crise da Psicanálise e A Arte de Perguntar.* (Nov.1998). Disponível em: <<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/index.htm>>. Acesso em 23 set. 1999.

VIZZOTTO, M.M. *Psicodinâmica da Paternidade: Um estudo sobre homens que esperam o nascimento de seu filho.* Tese Doutorado, PUCCAMP, 1994.

VOLICH, E.R. (2000). *Organic Symptom Diagnosis and Interpretation.* *Psicologia USP*, 11 (1), 137-153. [on line]. Disponível em <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em 23 out. 2000.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, data de
nascimento 00/00/00, residente e domiciliada à Rua _____ n°
00, Bairro _____ -Assis, declaro estar ciente e autorizar o uso de meus dados
de atendimento psicológico para fins de estudos científicos.

Declaro ainda estar ciente de que meus dados
de identificação não serão divulgados, preservando o sigilo de minha identidade e
não possibilitando a associação de meus dados clínicos à minha pessoa.

Assis, 00 de _____ de 2002.

Nome