

Um Remédio Contra a Exclusão: *Maledetta Follia*? Uma Revisão¹

Ana Lucia Cavani-Jorge²

Secretaria de Saúde do Governo de São Paulo

RESUMO- Esta revisão busca uma perspectiva atualizada mas socialmente não amnésica para a atuação dos psicólogos em saúde comunitária. Situam-se historicamente as principais propostas metodológicas deste século na análise e intervenção terapêutica junto a excluídos. Procura-se pelo especificamente humano, responsável pela dinâmica de formação dos excluídos por seu grupo-raiz (familiar/social). Detalha-se a loucura como exclusão da perspectiva psicanalítica (Freud e Lacan) fecundada pela fenomenologia (Merleau-Ponty, Jaspers, Laing). Dois métodos complementares são especificamente descritos e indicados: a técnica de grupo operativo (Pichón-Rivière) para pacientes ou equipe terapêutica multidisciplinar, e o método de *holding* lúdico (Winnicott) adaptado para grupos de pacientes adultos graves.

Palavras-chave: saúde comunitária; contratransferência; loucura; grupo operativo; *holding*.

A Medicine Against the Exclusion: Damned Madness? A Review

ABSTRACTS - An updated but not amnesical prospective to community health psychologists is searched with a cross-country review of this century's most important methodologies on analysis and intervention about excluded people. The dynamics of exclusion by the originary group (family/society) is considered. Madness is analysed from a psychoanalytical point-of-view (Freud e Lacan) with some of the phenomenologists contribution (Merleau-Ponty, Jaspers, Laing). Two complementar methods are briefly described and suggested as useful to community health's psychologists: the operative group technique applied to patients and multidisciplinary team of therapists (Pichón-Rivière) and the holding method (Winnicott) adapted to groups of severe adult patients.

KeyWords: communitary health; counter-transference; madness; operative groups; holding.

Um menino de cinco anos corre para a mãe, segurando um verme grande e gordo e dizendo: – Mamãe, olhe que bonita minhoca que eu achei! A mãe responde: – Você está todo sujo! Vá lavar imediatamente as mãos! A resposta da mãe ao menino é um exemplo de reação tangencial. Não manifestou prazer ou horror, mas reagiu focalizando algo que o menino não considerava e que não tinha importância imediata para ele. Esta resposta tangencial deixa de endossar o que o menino está fazendo do ponto de vista dele, isto é, mostrando à mãe um verme [...] ao mesmo tempo em que a mãe reconhece somente a questão anal. Persistente ausência de reação confirmatória ao menino-com-verme pode conduzi-lo mais tarde a alguns rodeios antes de chegar à identidade homem-com-pênis [...]. Se esta reação resumir o intercâmbio entre ele e a mãe, será muito difícil que os múltiplos aspectos de ser menino-com-minhoca e homem-com-pênis, obtenham para o menino seu verdadeiro senso, livre de timidez, culpa e ansiedade, não desafiador.

Além do mais a certa altura terá de decidir sobre as equações limpo/sujo = bom/mau. Se estiver sujo compreenderá que, embora a mãe lhe tenha dito que era mau, ele não se sente mau. Pode até renunciar a decifrar a origem de bom-sujo-mau-limpo-sujo-mau-limpo-bom ou mesmo identificar-se através de tais equações, ignorando como tangenciais suas verdadeiras

preocupações com quaisquer aspectos da vida que não se encaixem nessas categorias. [Ronald Laing: O eu e os outros, p.98 e ss, excertos]

O que ele [o bebezinho] pensa estoura em choro pela casa toda. Enquanto chora, vai se reconhecendo, transformando-se naquele que a mãe reconhecerá. Quase desfalece em soluços, com urgência ele tem que se transformar numa coisa que pode ser vista e ouvida, senão ele ficará só. Tem que se transformar em compreensível senão ninguém o compreenderá, senão ninguém irá para o seu silêncio, ninguém o conhece se ele não disser e contar, farei tudo o que for necessário para que eu seja dos outros e os outros sejam meus, pularei por cima de minha felicidade real que só me traria abandono, e serei popular, faço a barganha de ser amado, é inteiramente mágico chorar para ter em troca: mãe [Clarice Lispector: Menino a bico-de-pena, p.145]

Il delirio é figlio del divieto di sapere e lo riproduce puntualmente ricoprendo la verità [Gino Zucchini: Setting psicoanalitico e istituzione psichiatrica, p. 91]

As longas mas atualíssimas citações com que inicio aqui a pensar a saúde comunitária inclusive mental hoje no Brasil, em verdade abreviaram a colocação inicial sobre como se produz a exclusão, a comunicação excludora e sobre a função produtiva da loucura – já que o delírio aponta o caminho de sua resolução. Assim, começo situando o cuidado de saúde enquanto uma certa *direção de olhar* e *um método* em vez de um *quantum* financeiro ou uma localização administrativa para tal atenção. Faço-o propositalmente para mostrar que, sempre que o psicólogo lá esteja na condição de profissional (o que depende de um *contrato* público ou

1 Endereço: Alameda Sabiá 115 Vale do Atibaia 12975-000 Piracaia SP. E-mail: ajcavani@homemail.com

2 O presente trabalho, aqui resumido e atualizado, inclui-se entre os realizados de 1996 a 1998 como conclusão de pesquisa de pós-doutoramento no exterior financiada pela FAPESP em 1995-1996, Processo 94/3785-6, com apoios da Secretaria de Saúde do Governo de São Paulo, da *Facoltà di Medicina e Dipartimento di Psicologia dell' Università degli Studi di Bologna*, Italia.

privado) a atenção à saúde pode dar-se no espaço de um jardim público, de uma escola, de um bairro rico, de uma favela, de uma clínica psiquiátrica; numa cozinha, num consultório; num ambulatório ou próximo a um leito, seja de casa, seja de hospital geral, de uma comunidade terapêutica, ou de um manicômio de modelo antigo. Qualquer que seja o local, o que caracteriza nossa atuação é nosso olhar e o método que o informa, com o contrato que lhe faz de moldura.

Ao fim deste século de extraordinárias reflexões teóricas e tantas diversas (algumas tão corajosas) intervenções que modificaram os caminhos da saúde, cabe aqui uma pequena avaliação de onde chegamos e que situação temos.

Falar de saúde é sempre desejar preveni-la. Mas frequentemente termina-se por cuidar dos danos que o viver implica, devidos ao embate pelas agressões do ambiente – das quais doenças e guerra são só suas formas mais visíveis – contra o ser frágil que é o humano, comparado às demais espécies. Assim, a relação da OMS (1976) sobre condições para a saúde vai da descrição de um mínimo de ambiente físico, de sanidade básica, de oportunidades e condições sociais e de trabalho, até a um mínimo de condições democráticas, necessários tanto para permitir a sadia expansão da personalidade do sujeito individualmente considerado, quanto para permitir-lhe organizar-se politicamente e participar de mudanças sociais no interesse daquela expansão no seio da sociedade.

A prevenção é frequentemente uma proposição logicamente negativa. Foi no sentido de positivar as medidas de proteção à saúde que, por orientação da OMS, passou-se de *prevenção* em três níveis (em um *continuum* desde práticas preventivas básicas até a terapêutica da enfermidade plenamente instalada) à nomenclatura de *atenção primária, secundária e terciária*. Nos últimos anos, o cuidado primário (*primary care*) tem sido foco de grande parte das pesquisas sobre saúde comunitária na literatura científica, com relevo para métodos de análise da comunicação e do discurso, de inspiração que varia da cognitivista-sistêmica comportamentalista até à psicanalítico-semiológica. Uma visão instigante é a de Waitzkin e colaboradores (Hubbell, Waitzkin, Rucker, Akin & Heide, 1989; Hubbell, Waitzkin & Rodriguez, 1990; Waitzkin, 1989, 1990).

Porém, devido a critérios epidemiológicos associados a uma política demagógica, a proposta da OMS como foco do olhar do profissional de saúde tornou-se – na prática de urgências que caracteriza o atendimento às cada vez mais numerosas comunidades carentes com o desenvolvimento capitalista – uma localização arquitetônica, urbanística e de mascarada repressão aos movimentos sociais: atende-se prioritariamente o que perturba a ordem pública.

Claro que se são poucos os recursos, é natural que os bairros pobres recebam mais rapidamente unidades básicas de saúde. Porém destiná-los como modo de apenas calar reivindicações sociais fez esquecer que não apenas os mais pobres tem direito à saúde, mas todos os cidadãos. Adiante retomo brevemente a questão dos meninos-de-rua, dos sem-teto, da pobreza. Mas desde já pontuo, por questão de clareza, que denominar a estes quase exclusivamente como *os*

excluídos – quando são em verdade exército de reserva capitalista – é usar um artifício lingüístico para ocultar o permanente problema das contradições entre classes sociais.

Embora tais contradições de fato afetem a saúde e a classe mais oprimida mereça então nossa atenção, focalizam-se aqui antes de tudo os permanentemente excluídos, ditos assim em vista de não terem a agressão à saúde apenas como situação *transitória* – que a mobilidade social pode suprimir, nos demais casos. Começamos assim tentando verificar quem são os permanentemente excluídos, o que é ser *diverso*, para depois verificar como o psicólogo pode especificamente contribuir como parte de uma equipe que de fato apoie os excluídos no alívio desta sua condição nesta passagem de século.

Reflexões Sobre a Exclusão: A Subjetivação ao Microscópio

A gente não quer só comida

A gente quer bebida, diversão e arte...

A gente quer saída para qualquer parte [Titãs]

A exclusão do diverso é mecanismo de preservação das espécies já observado em Etologia do comportamento animal. No caso humano porém as ciências do homem como ser social mostram que outros determinantes provém a valorização da diferença enquanto condição que possibilita o intercâmbio.

A antropologia e a etnologia observam tal valorização do diverso nos agrupamentos humanos cujo relativo isolamento geográfico mantiveram intactas ou ao menos preservadas suas civilizações. É o caso da maior parte sobrevivente de nossas comunidades indígenas, e de outros nativos das Américas, África, Ásia e Polinésia.

Mas há outros motivos de isolamento relativo, como os culturais e os políticos, que podem permitir a preservação dos valores de uma comunidade e sua integridade. Caso típico encontra-se na Europa: são os ciganos. O inverso – comunidades destruídas por contágio cultural – encontra-se em várias comunidades nativas, ou outras de que as comunidades caiçaras brasileiras são um exemplo. A propósito, de furta-se a ser um desses exemplos nasceu a preocupação da CEE (agora UE) com as micronacionalidades européias, de modo que a troca livre de mercadorias e local de residência não destruísse a particularidade de cada pequena região européia específica, nem tal convivência mais amiudada desse margem à perseguição ou outra forma de prejuízo e desgaste entre estes *diferentes* agora juntos. Tratou-se assim de prevenir o ataque àquilo da comunidade que protege a personalidade, e que em outro lugar reconhecemos como *terceira pele* (Jorge, 1996).

O homem é um animal diverso das demais espécies. Não porque se comunica: animais também o fazem. Não porque fala, isto é, por ter uma linguagem articulada. Também os animais – começa-se a prová-lo experimentalmente – podem fazê-lo. Não porque use instrumentos, porque certos mamíferos também o fazem.

Penso que o homem é um animal especial *porque não pode não representar*. Não me refiro aqui meramente ao grafismo como escrita e desenho, nem à criação de ferramentas, nem à música, dança, dramaturgia. Não me refiro às religiões vistas como exterioridades em seus rituais e santaria. Nem me refiro ao trabalho, à capacidade humana de transformar a natureza, de trocar os produtos assim obtidos. Ou de lucrar, controlar e oprimir os demais através de trocas tornadas desigualitárias e de suas representações – de que o capitalismo financeiro internacionalizado atual é a mais cabal prova.

Diz Lévi-Strauss (1964) que o homem não é um animal comum porque *em nome do mito, toma o cru e o faz cozido* sendo assim um criador de civilizações. Mas porque o homem não pode, digamos assim, apenas *comer cru*? Por que o homem não pode preservar sua espécie tranquilamente pelo genocídio, como qualquer grupo de galinhas que coletivamente assassina aquelas cuja crista for experimentalmente pintada de azul?

Não faço aqui um discurso moral, embora todo viver inclusive como profissional de ciência implique uma ética. Criar *civilizações* vale dizer: um sistema de interdições e permissões. O que então caracteriza o homem? Aludi antes a que o homem o seja porque *não pode não representar*. A questão passa pelo modo como o homem se afasta da natureza e de confundir-se com os demais animais *devido a ter sobrevivido ao primeiro alimento enquanto satisfação ou gozo* de cujas condições derivará sua ética.

Estudando a angústia em 1926, Freud confirma a noção que já estudara em 1905 de ser o homem o único animal que nasce *prematuro* no sentido de desamparo biológico, dependendo assim de outro que por longo tempo o alimente e proteja para só então sobreviver. Esta dependência no caso humano é longa -e não me refiro aqui à adolescência postergada artificialmente em nossa civilização, se não tanto pela repressão à genitalidade como parece nas três últimas décadas, mas especialmente pela falta de ocupação necessária como exército de reserva capitalista.

O motivo de tal longa dependência é que, ao ser alimentado uma primeira vez, o bebê humano vive a superação do estado anterior de desconforto, registrando os sinais que cercam tal *vivência primária de satisfação* (Freud 1895/1973, 1900/1973 cap VII, 1925/1973). Daí por diante, o pequeno ser humano deixa de ser animal para ser homem. Supera assim o estágio de *ser-de-necessidade* passando a *ser-de-desejo*, nos termos que Freud emprestou da filosofia alemã e que foram já sem qualquer timidez assumidos por Lacan desde 1957 em um de seus primeiros seminários (Lacan, 1975).

Depois da satisfação da primeira fome, então, o pequeno homem não come mais *comida* como qualquer animal. Come *sinais*. São os sinais de uma agressividade inconscientemente a ele dirigida que o bebê recusa quando, ainda minúsculo, apresenta anorexia (Spitz, 1945). É um corpo de mãe (gigantesco quando comparado ao do bebê e para este imaginariamente onipotente) oferecido porém com timidez ou avareza que o adulto obeso buscará enquanto se locupleta. E não só frente ao alimento tal conduta estará orientada. Idênti-

ca conduta apresentar-se-á frente a todos os objetos e pessoas e situações que se lhe apresentem desse momento em diante.

Disse de uma longa dependência. Esta então se dá porque, primeiro de tudo, o homem precisa do outro para sobreviver e viver.

O homem representa. O homem não tem necessidades mas desejos. O homem é o último reduto do mito. O homem sonha, inventa sons, palavras, música; inventa pequenos movimentos, desenha, pinta, escreve, cria ferramentas; inventa grandes movimentos, esculpe, dança, faz amor e guerra. O homem aspira, e então cria. E o criador usa suas melhores habilidades para fazê-lo, isto é, se especializa. E então troca.

O sujeito humano não pode não aspirar, não desejar, não representar. E não trocar. E o desejo, embora por condição de fundação seja insolúvel, busca em torno a si um suporte para sua satisfação. Este suporte *real* para seu imaginário é o outro. O homem é um animal social. É com um outro de sua espécie que ele primeiro se alimenta e sobrevive. É *por um outro que ele vive*, imaginariamente, quando se apaixonou. É com um outro que ele desde ainda pequeno diverte-se, brinca, descobre-se, se desnuda. É com um outro que ele troca, pela alteridade.

Este não é o lugar para que se aprofunde de modo dialético os caminhos da subjetivação humana – que outra visão, a geneticista, desde Aristóteles entendeu denominar *desenvolvimento*. Remeto aqui aos estudos que tenho realizado sobre acalanto, cantigas de ninar, relação mãe-filho e função paterna (Jorge, 1988, 1990, 1997). Também não é o momento de detalhar como a linguagem articulada organiza esta subjetivação (Jakobson & Hall, 1956; Lacan, 1958) ou como o companheiro da mãe é o suporte libidinal para a função lógica de exclusão pela qual a possibilidade psicológica da sanidade mental se anuncia (Jorge, Magalhães & Cavani, 1993; Jorge & Pollini, 1998a e 1998b, 2000).

Apenas devo lembrar que a dinâmica familiar (Pichon-Rivière, 1971; Laing, de 1967; em outra perspectiva, a sistêmica ou comportamentalista, v. Cecchin, 1987) apoia-se numa *tríade de carne* para suportar o *quadrângulo lógico*, como tenho demonstrado apoiada em Lacan. A propósito, denomina-se aqui *mãe* e *pai* àqueles que convivem em intimidade entre si e com a criança, trocando funções diferentes mas referidas a esta. Não denominarei então *o pai* nem aquele biológico nem o de criação, enquanto este não passar de *duplo da mãe*. Nem será obrigatoriamente pai aquele ser de sexo masculino que perambula pela casa, na simplificação do modelo dito kleiniano de *figura paterna*, que parece-me equivocado. Talvez melhor exerça a função paterna outra pessoa que nem seja de sexo oposto ao da mãe, mas que ela ame e cuja opinião leve em conta. Quero significar assim que, um tanto independentemente de sexo biológico, serão *pai* e *mãe* aqueles que primariamente relacionam-se eroticamente (mesmo se nem sempre genitalmente) entre si e que além disto alterizam-se em relação à criança. (Atenção: disse *alterizam*, e não *altercam*; desentendimentos podem acontecer e não são em absoluto um problema se não se constituírem em um sintoma, a meu ver).

A noção hegeliana de *alteridade* é aqui portanto a função fundamental entre o casal parental e é a raiz do *quadrângulo lógico*. Neste, é *mãe* quem suporta persistentemente a ambigüidade de um ser em processo de identificação, e é *pai* quem suporta tal dupla mãe-filho, no dizer de Winnicott, *provendo à mãe apoio em seu espírito e satisfação em seu corpo* (1964/1982a, p. 129). O quarto elemento do quadrângulo é a criança – cuja subjetivação depende da fundação de tal estrutura de quatro elementos.

O terceiro elemento do quadrângulo – e a aparente *de-sordem* cardinal é proposital – é aquele que se ergue simbolicamente castrado pela alteridade pai-mãe quando a criança vê um apoiado no outro mas separados pela diferença: a Linguagem. A *diferença própria* que inicia a subjetivação – o estudo das afasias o demonstra (Jakobson, 1915) – nasce então como descolamento da relação erótica originariamente nutridora agora significada pela linguagem articulada.

A natureza da linguagem é assim simbólica no sentido de *estrutural*, enquanto Lei -isto é, regra socialmente compartilhada, organizadora da divisão dos bens dinâmicos de satisfação pulsional. Tais bens são o que toda a psicanálise entende genericamente como *objeto*, e a simbolização de tal processo de divisão opera a fundação do inconsciente individual. A regra para tal divisão é a *lei de interdição do incesto*: modo estruturalista de dizer que algo será recusado como objeto libidinal, enquanto todo o resto lhe será acessível (Lacan, 1958; Lévi-Strauss, 1949). Deste modo, o superego não só proíbe usufruir o prazer com algo (lugar interdito) como *torna imperativo o prazer com todo o não-algo*.

“- Vou contar pro papai que você já aprendeu o que é fon-fon, meu amor”: a simples frase de Clarice Lispector para o personagem de mãe trocando as fraldas de seu bebê referido em epígrafe, não tem nada de banal. Com afeto, a mãe conta para seu bebê que *há um outro que ela aprecia e respeita e a quem o bebê também deve conquistar, respeitar*. No dia a dia, a maternagem sadia indica ao filho que ele é tão amado porque o é por uma mulher que ama também um outro e é por ele amada. A linguagem, antes do nascimento de qualquer irmão, introduz a disputa pela prioridade libidinal.

É assim que a palavra, representante do pai ausente, cai como uma bomba no universo lírico do bebê.

Aliás, nada lírico. A luz e o som que para Leboyer chocam brutalmente olhos e ouvidos do bebê ao nascer não são nada perto do que ele sente em seguida: o furor da fome (equivalente a estar abandonado), o pavor do ver-se só, o desejo apaixonado que se delicia na presença, o esfacelamento e o limbo que se apresentam quando perde tal referência... o mundo do bebê seria trágico se não fosse mítico. Porque mítico é o que ele é.

Para ser trágico, o mundo do bebê deverá passar a compreender a perda absoluta, a impossibilidade total, a proibição indiscutível. Prepará-lo para tal perda mantendo-lhe a esperança é o que a mãe lhe provê, enquanto nutrição erótica, espaço de descoberta e desprendimento (Masotta, 1986). Provisto também pelo pai, enquanto segurança (se apoiou a base de nutrição erótica materna) e enquanto esperança, por ter ele pai fornecido o modelo de identificação – aliás um único para

os dois gêneros, como tenho demonstrado (Jorge, 1990 cap. V e conclusão; no prelo) apoiada em Freud de 1917 e 1925, em Jakobson, no Lacan de *Encore* e no Férénczi de *Thalassa* (1924/1965).

Tal perda anuncia-se pela palavra voadora (Hermann, 1994; Jorge, 1994) que, inspirada em Ziraldo(1989), creio podermos denominar palavra-bomba. E todos os anos de convivência em família prestar-se-iam para amadurecer, junto às condições biológicas, os estilhaços daquela, de modo a o pequeno ser adentrar o mundo das trocas sociais, do trabalho e do amor adulto.

Aproximamo-nos da questão da saúde mental. Porque é a passagem do mítico “*Eu posso tudo*” para o trágico “*Eu posso umas coisas sim outras não*” o que define a subjetivação – fundação do sujeito e simultaneamente do inconsciente individual – e o que definirá suas condições de chegada ao mundo, onde a regra democraticamente aplicada implica a descoberta das diferenças que justificarão as trocas sociais. Aceitar a regra assim aqui não é conformismo, mas condição para subjetivação e sociabilidade.

O verdadeiro inconformismo absoluto é característica do Id, buscando satisfação apesar de toda a proibição, pelos sintomas, retorno do recalçado, atos falhos, chistes. Mas Id, o sistema Inconsciente, é instância que só se funda pela subjetivação como acima descrita. De um certo inconformismo informado por aquele do Id sofre o adolescente e um pouco cada um de nós, o que permite que promovamos nossa parte na mudança inclusive social. Por outro lado, um de nós por si só desautorizar esta especial *regra de divisão* não é inconformismo social, mas exceção ontológica; é desejar que a coisa ou *res* sobreviva como tal após sua nomeação, autorizando-se a si próprio o lugar de excessão à regra que explica a perversão.

Para que a coisa pudesse ser representada por seu nome, para sempre sua qualidade de coisa teve de ser perdida. Se nomeio *mesa* posso recordá-la e referí-la mesmo se ausente; o que não posso mais é daí possuí-la enquanto coisa, já que igualmente é impossível caber dentro de minha cabeça uma mesa verdadeira. A representação toma o lugar da coisa mas o faz para sempre: a linguagem é irreversível. O perverso então não é o rebelde, nem o revolucionário; perverso é o que, convindo ao seu prazer, *faz-de-conta* que a coisa não foi perdida porque Lei é *só para os outros*.

Resumindo para chegar à etiologia da exclusão, *rejeitar o diverso e desejar o igual* é repetir o modelo mais primitivo de relações que Lacan denominou brilhantemente como *e s-pecular*. Sua origem é a fixação em um tipo de narcisismo onde o trágico da falta é inaceito –somos maravilhosos pequenos deuses e reis, cegos para todos os demais, porque *eu sou mais deus que você*. O *excluyente* situa-se assim no grande quadro denominado *perversão*. Sua etiologia é a regra ser não mais geral, social, comunitária, democrática e flexível mas a *regra flácida*, complacente, expressa em *duplo-vínculo* (Bateson até 1961), numa adjudicação de *invalidação* do lugar de sadias trocas sociais por parte da rede de relações familiares, como vê o grupo de Tavistock (Cooper, 1973, p. 47; Laing, 1972, p. 65, e nos dois ensaios de 1967). A mãe esquizofrenógena tem portanto estrutura perversa.

Se a exclusão da diversidade tem uma componente instintiva que informa a preservação das espécies, no caso humano porém a exclusão do louco, do pobre, do malformado, do velho, do doente, do estranho, do diverso, aspira a mais que a uma eugenia consciente. Aspira a toda a supressão das diferenças: aspira a sendo deus, jamais sentir falta, estar num grande espelho, jamais *estando com* enquanto simultaneamente *jamais vê-se só*. No caso humano, excluir significa não estar apto às contradições do próprio ser, nem à sociabilidade democrática, defendendo-se do terror (Basaglia, 1973) inspirado pela diferença. No lugar do esperado *mesmo*, o rejeitador encontrará um Outro: o incontrolável, imprevisível, o demoníaco; e o rejeita no outro, como ademais o faz em si próprio.

Não Fechando os Olhos ao Horror: Um Método Psicológico Com os Excluídos – I

Olhando de perto ninguém é normal (Caetano Veloso)

A loucura não tem férias. A pobreza não tem adolescência, nem seu velho têm espaço social. O doente e o aleijado não tem proteção.

Digo assim, com todas as horríveis letras, a terrível realidade *real* – não medicalizada, não mascarada por indecentes metáforas pseudo-científicas – que o profissional de saúde encontra (apenas menos disfarçado em países pobres como o nosso) e que o conceito de *saúde comunitária* pretende enfrentar. Mas para realizá-lo cada profissional de saúde precisa antes encarar e superar tal desejo (até inconsciente) de exclusão. Exclusão que pode traduzir-se em atendimentos distanciadores e ineficientes: o mecanismo no liberar pacientes às ruas fez com que o italiano Valerio morresse sob um ônibus, a burocracia na espera a vaga ambulatorial exasperou o paulista Ciro Brenon até o suicídio sob um trem.

E se é para de fato operar como um instrumento útil, tal conceituação não pode permitir-se idêntico jogo de máscaras apenas inventando nova nomenclatura, enquanto permanece a dura realidade que eles designam sem oferecer-lhes real solução. A amnésia social invalida a prática do profissional (Jacoby, 1975).

Isto é, *belíssimas soluções* podem ser o problema. Por que nosso problema, para começar, é a repugnância, e corre-se o risco de mascarar-la se não a olharmos em face, distraídos por soluções falaciosamente modernas. Como as galinhas do estudo etológico, ou como pequenos deuses onipotentes, podemos começar a exclusão fantasiando nossa linguagem, aderindo a teorias como a *modas*. Socialmente amnésicos, podemos tomar Ferenczi ou Reich e descartar Freud, podemos tomar este e descartar Jaspers. Podemos apoiar-nos em Milão e esquecer Buenos Aires, ouvindo Cecchin no olvido a Pichón-Rivière ou ao Moffatt da comunidade *Peña*, descartar Waitzkin para *usar* Bucher, pós Cecchin, pós Bateson. Podemos *usar* Bion para esquecer Lacan, e trocar Freud por Winnicott. Ou trocar todos por certos lingüistas (o que infelizmente inclui além de sérios semiologistas, certos maus leitores de Lacan e ex-professores de línguas mal vocacionados, até cognitivistas *modernos*

que mal escondem sua base behaviorista). Ou trocar tudo por pirâmides, terapias florais, horóscopos, igrejas adventistas, nesta década de misticismos.

Podemos remedicar a loucura. Ou então fazer maternagem forçada com os velhinhos e doentes, como comicamente Agatha Christie aponta para as enfermeiras, ela que foi uma nas duas guerras: – “*Nós*” *queremos colocar este remédinho*, “*nós*” *queremos tomar esta sopinha*, “*nós*” *queremos este quarto bem arrumadinho*. Ou podemos substituir nomes e passar de laborterapia a terapia ocupacional, e logo também a descartar em nome de musicoterapias, arteterapias – tudo pela arte de parecer pateticamente bem situado e moderno. Se vivesse, talvez Agatha agora escrevesse: – “*Nós*” *queremos dançar*, “*nós*” *queremos nos ocupar... e nos movimentar... e sermos ativos... e sermos adaptados...* E não darmos mais trabalho? A graça estaria em justamente não o ter dito – *segredo* no sentido pichon-rivieriano de que o grupo tanto necessita e que explica sua *sociabilidade sincrética* (Bleger, 1969), seja ou não em família (Laing 1967).

O dever de sarar transformado discursivamente em um desejo imposto mostra bem que o doente é considerado *culpado*: causa preocupações, *dá trabalho*, significa mais despesas, não contribui à sociedade com seu trabalho... Em suma, o doente é culpabilizado como um peso inútil à sociedade. Não surpreender-me-ia se, com um pouco mais de pressão econômica, o caldeirão social explodisse e se iniciasse um novo genocídio: – “*Paredón*” *a todos os excluídos!* E por quem se começaria? Pelos velhos, como antecipou em *A Hora dos Ruminantes* J.J. Veiga já nos anos 70? Pelos homossexuais, sejam ou não aidéticos? Pelos custosos pacientes oncológicos? Ou pelos loucos – os mais eternos excluídos da sociedade ocidental, embora em outras sejam valorizados *xamans* e profetas? A propósito, e para desfazer modernas confusões entre louco e artista: ambos são profetas enquanto leitores de sinais de mudança. Mas a mudança em embrião que o segundo potencializa pela metáfora sonora ou plástica, apresenta-se ao louco sem limites e orientações, *engolfando-o*.

Tudo já foi dito, esta é a questão. O de que se trata não é de substituir uma compreensão teórica por outra, mas rerever os clássicos, reaplicá-los com um critério de eficiência humanista, e não utilitarista. Dizia na década de cinquenta o historiador americano Russel Jacoby sobre a *amnésia social* que toda a ciência que suprime a arte torna-se burocracia. Então com Gilberto Gil será para a psicologia científica a hora agônica de chamar: – *Poetas, seresteiros, namorados, correi! É chegada a hora de escrever e cantar talvez as derradeiras noites de luar?*

Um rápido olhar sobre o passado: a contribuição de Pichon-Rivière e Bleger, de Palo Alto e da Anti-psiquiatria inglesa

O tema *comunicação* retorna como frequentemente desde 1950 como o foco de análise que já fora na fenomenologia (Ponty, Jaspers) e na psicanálise com a descoberta de Freud

(de quem emprestamos os termos) das leis de *condensação e deslocamento* do material pulsional tornado *relato* (do sonho, de sessão psicoterápica individual ou grupal, da *construção* de sua história pelo próprio paciente). A intensa atividade intelectual francesa nas décadas de trinta e quarenta nas áreas da ideologia, percepção, etnologia, psicologia, psiquiatria, psicanálise, linguagem – especialmente com Althusser, Merleau-Ponty, Lévi-Strauss, Wallon, Lacan, Jakobson – aponta toda ela a um enfoque multidisciplinar, traduzido pelo estruturalismo e sempre enfatizando a(s) linguagem(s). É quando *fala e discurso* são diferenciados pela linguagem da comunidade científica e intelectual.

Paralelamente, o filósofo alemão Ernst Cassirer (1925/1946) traçava os caminhos da elaboração das formas simbólicas que ilumina a dinâmica das representações psíquicas, como um importante motor teórico para deslindar a formação do mito e da linguagem do sujeito em suas relações interpessoais. Na Suíça Jean Piaget encontra condições para criar os laboratórios de desenvolvimento e as leis da construção do universo simbólico – freqüentemente tão banalizadas por uma pedagogia ansiosa. Uma sua brilhante aluna e jovem colaboradora, Emilia Ferrero, começa a alinhar um método de por assim dizer *anti-alfabetização*, quando descobre que a criança não “aprende” a alfabetização quando é-lhe fornecida no modelo da *tabula rasa*, preenchida de dados como um armário ou um arquivo de computador, mas sim que a criança só compactua em compartilhar os sinais socializados de representação da linguagem verbal *depois que reinventou a representação inventando uma linguagem própria de sinais* – a cujo propósito relatamos um caso (Jorge, 1981).

Tal avanço teórico deu-se simultaneamente à urgência pela elaboração de técnicas terapêuticas de alívio do sofrimento psíquico típico da civilização, já denunciado por Freud e então sentido amplamente pela sociedade – atingida pelas duas guerras mundiais e pelo *quantum* de pobreza cada vez mais generalizada na grande parcela do mundo mantido em estado de sub-desenvolvimento econômico.

Na década de sessenta, os países com o controle econômico mundial vêem-se aliviados dos efeitos devastadores da guerra. Economicamente estabilizada mas sensibilizada pelos horrores desta e pelos confrontos ideológicos e de classe, a Europa vive socialmente os efeitos benéficos da construção de um estado de bem-estar social mais generalizado, prodigalizado por formas de social-democracia política que implicaram esforços de previdência social e socialização dos meios de saúde.

Em relação a métodos de diagnóstico e intervenção terapêutica pela análise da comunicação, um sintoma desta tendência histórica de valorizar a esta, e que perdura desde os anos 50, são os procedimentos detalhadamente descritos por Pichón e Bleger, na Argentina. Antes ainda da inglesa escola de Ronald Laing e David Cooper ou das experiências californianas de Palo Alto com Bateson e colaboradores, corajosamente aquela psiquiatria socialmente sensível e psicanaliticamente formada inventa um método de aplicação da psicanálise aos grupos (inclusive familiares), às comunidades, à dinâ-

mica institucional, e temos José Bleger como maior porta-voz das pesquisas iniciadas por Enrique Pichón-Rivière na área que este denomina *da psicanálise à psicologia social*, e que fornece chaves para a análise das psicoses e intervenção terapêutica em nível público. Nesta escola Moffat se criou.

Pichón (1971) criou o modelo até hoje insuperado de *grupos operativos*, nos quais o segredo familiar é mantido dinâmica e esquizofrenicamente por seus membros até que um deles, o *emergente grupal*, de algum modo o expresse. É imediatamente convertido em bode-expiatório dinâmico, por projeções de todos os demais. Se sai deste lugar, um outro o toma imediatamente, de modo que o grupo sempre conte com um *bode-expiatório* a carregar a carga de *excluído*. A *tarefa* terapêutica é redistribuir as projeções de modo a que o enfermo possa ocupar-se somente de sua própria dinâmica – pois assim Pichón explica a etiologia da esquizofrenia. As características pessoais para receber tal adjudicação seriam devidas tanto à maior força dinâmica como a uma estrutura masoquista característica do enfermo. Toda a operação terapêutica passa através da análise do discurso em andamento no grupo. Grupos operativos pode ser similmemente aplicados com neuróticos e ainda com as equipes de trabalho.

Generalizadamente, os esforços dos psicanalistas sensibilizados pela prática em saúde pública vão situar-se em métodos de análise do discurso do sujeito em situação grupal, discurso cuja tela de fundo é sempre a dualidade pulsional inconsciente descrita instrumental e magistralmente por Freud. Não por acaso, o ainda hoje atualíssimo estudo de 1920 de Freud sobre fenômenos coletivos e de massas – fenômenos que tanto impressionaram a sociedade, ameaçaram o poder político, e mais seriamente reorientaram as reflexões dos intelectuais europeus, especialmente os marxistas e seus herdeiros da Escola de Frankfurt – sintetiza em seus dois primeiros parágrafos a conclusão clínica lá introduzida como hipótese, de que *mesmo em situação de isolamento em vigília ou sono, o homem é um ser social*. Indicou assim que a descoberta da dinâmica intrapsíquica, como a denominam tantos, não exclui antes orienta que tal dinâmica, mesmo inconsciente, é menos *intra* e mais *interpessoal*. O desejo busca sua realização através da relação com o outro, mesmo que este outro não seja mais que imaginarizado.

Considerando a comunicação não só como elemento observável desta relação com o outro, mas como um preponderante motor etiológico para a loucura, não surpreende que tantos profissionais e estudiosos tenham-na focalizado desde a década de 50, destacando-se de início, além dos pioneiros argentinos, os trabalhos iniciais de Bateson na Califórnia e da escola inglesa de anti-psiquiatria – de orientação psicanalítico-fenomenologista, que teve em Laing seu maior pesquisador clínico e teórico, e em Cooper seu maior divulgador.

É então neste momento de riqueza econômica, conceitual e de possibilidades de mudanças sociais que tem voz as lideranças para a modificação, entre outras, das estruturas psiquiátricas baseadas na segregação medieval da loucura, com o Moffat (1974) já citado, com Goffman (1961) na contundente análise das *instituições totais* – os manicômios, prisões e conventos, e com a história da loucura por Foucault

(1961), acentuando a ênfase da abordagem da loucura pelas ciências humanas, como um forte argumento a contrabalançar a ênfase farmacêutica da abordagem que, mais além dos lucros desta indústria, em psiquiatria sempre busca a simplificação organicista como etiologia ou ao menos a imediatez da resposta farmacológica.

Uma destas vozes é a de Franco Basaglia. Referindo-se à Itália de 1966 especialmente ao norte, em uma bela análise desse momento Tommasini (1973), prefaciando Basaglia, diz ser o *momento de feliz junção de fatores sociais, econômicos, políticos e do saber científico para permitir a atenção à particularidade de cada um* (p. X), entendendo com isto a atenção ao diverso e a oportunidade de uma nova prática psiquiátrica que se estenderia a toda sociedade ao invés de segregá-la no âmbito manicomial.

A saúde mental comunitária na Itália nas últimas décadas: discussão

A Itália possuía grandes manicômios, geralmente ocupados plenamente e de modo crônico como deposição medieval de excluídos, de verdade banidos para sempre da sociedade como na maioria da Europa. Antes de ser caso de antipsiquiatria, sua situação era mais que tudo de direitos humanos. Porém a situação histórica permitiu-lhe uma das maiores revoluções para a saúde mental. Embora na Inglaterra as conquistas da antipsiquiatria pareçam mais realizadas e estáveis, do caso italiano pode-se falar de uma verdadeira revolução – que ainda não terminou suas marchas e contramarchas – pois trata-se de afrontar uma sociedade mais conservadora e menos liberal que a inglesa.

Nos anos de 1991 a 1992 e mais longamente de 1995 a 1996, pude acompanhá-la *in loco* e mesmo participar dela, e verifiquei que a trinta anos das propostas de Basaglia a situação é esta: a sociedade não se responsabilizou pelo louco, mas as instituições psiquiátricas ou foram fechadas ou dele se desresponsabilizaram (o atendimento substitutivo é insuficiente, ou ineficiente). São muitos os loucos a perambular, muitos passam necessidades, alguns são achados mortos (frio, fome, abandono), pouquíssimos seguem qualquer tratamento continuamente.

O psiquiatra continuou contudo como o responsável pelo paciente – agora nominal e legalmente inclusive (Lei 188, de 1978). Psicanalistas e psicólogos foram eliminados, *agentes de saúde* subcontratados e os laboratórios farmacêuticos divertiram-se à grande com o desespero solitário e humilhado dos revolucionários da antipsiquiatria. Os psicoterapeutas excluídos, entraram em seu lugar os burocratas da psiquiatria, além de práticas pedagógicas – pois a ressocialização terminou sendo entendida de um ponto de vista behaviorista, enquanto solução a certo *desconhecimento de padrões sociais*. Treinamentos e exercícios? Mais um pouco e chegaremos à caserna...

Por *agentes de saúde* foram por sua vez entendidos aqueles jovens sem formação universitária e sem outras qualificações para o mercado, mas extremamente necessitados de ganhar a vida e com sensibilidade às questões da exclusão

(em geral por identificação com outra modalidade de excluídos, como os jovens desempregados, os drogaditos), dispostos a serem acompanhantes dos loucos e bastante tolerantes mas com alto grau de insatisfação, pouca ou nenhuma supervisão psicológica e ansiedade especialmente nos mais inteligentes e sensíveis. Atuam nos grupos-apartamento (residências alternativas à moradia familiar), de número muito inferior às necessidades (mas comparativamente aos brasileiros, são altíssimos) e *day-hospital* públicos, de pequeno número e em geral restritos aos modelares, tipo clínica-escola de universidades. Os jovens que se recusam a prestar o serviço militar (enquanto *obbiettori di coscenza*) podem optar pela função de *agente de saúde* durante um ano e assemelham-se aos primeiros, com a desvantagem de o serem por tempo definido.

Acresce como enquadre que o contrato dos agentes não é feito pelo serviço sanitário nacional, mas por meio de *cooperativas de saúde mental* – grupos particulares contratados pelo serviço sanitário nacional, tais cooperativas agenciando este pessoal no mais das vezes sem contrato trabalhista e seus direitos. O agente é assim um tipo de trabalho não especializado, sem suporte técnico adequado e transitório.

A supervisão ao trabalho dos agentes por aquelas cooperativas é mais instrucional que psicológica, clínica. Trata-se mais dos planejamentos educacionais que das relações interpessoais, fantasias, projeções, ansiedades. Não há discussões formativas, grupos de estudos, grupos operativos, e muito menos supervisão da contratransferência. Em 1996 a obrigatoriedade de um título de especialização técnica por curso oficial de aproximadamente oitenta horas fez com que tais agentes tivessem ao menos algumas informações, mas desse programa não possui ainda maiores detalhes além do fato de serem aulas expositivas, sem vivências grupais ou método psicanalítico de supervisão (a maioria dos alunos já era *prático* da área, e fazia o curso como exigência para manter o emprego). De todo modo, tal habilitação não implica submeter-se a qualquer tipo de psicoterapia. Os índices de ansiedade, de *acting*, de atitudes que demonstram identificação introjetiva continuam altos e a atuação técnica continua discutível.

As reuniões de equipes hospitalares e ambulatoriais freqüentemente não são regulares, e quando ocorrem são de desabafo nem sempre controlado. Falatórios e jogo de poder político operam. O silêncio sobre as dificuldades é geral nos meios destes profissionais; alguns mais maduros lembram com saudade dos grupos operativos de inspiração pichon-rivieriana, os mais velhos continuam firmemente apoiados à conceitualização psicanalítica. Aliás, a maior novidade desde 1996 ao menos na Emilia Romagna é o sistema nacional de saúde haver contratado psicanalistas como supervisores quinzenais dos quadros de psiquiatras (exclusivamente) em grandes grupos, novidade já que os psicanalistas tinham sido generalizadamente expulsos do sistema sanitário nos anos 70. Os enfermeiros estão excluídos dessa formação, e mais ainda o pessoal operativo incluindo os agentes de saúde.

Do ponto de vista do paciente, a dualidade entre internação em fase aguda e atividades educativas (incluindo as formas *artísticas*) para os dela egressos é altamente insatisfatória para todos – pacientes, famílias e profissionais. Em relação aos poucos leitos que permanecem observa-se o fenômeno da *porta girevole*, isto é, do entra-e-sai constante. As equipes são mínimas, geralmente apenas psiquiatras. O pessoal operacional continua com pouco treinamento, e sua atitude é geralmente pouco terapêutica. O afastamento psiquiatra / pessoal operacional continua, mas na maioria dos casos acentuou-se mais desde o final dos anos setenta.

Com tantas simplificações conceituais e operativas, com o sistema de saúde contratando por concurso apenas psiquiatras e pessoal enfermeiro e secundariamente contratando as cooperativas desde 1994 pelo menor orçamento da concorrência, mais cada cidadão egoisticamente *na sua* para sobreviver, pode-se imaginar com que qualidade a loucura é hoje na Itália acolhida e apoiada. *Maledetta follia*: a maior parte dos novos esquizofrênicos continua em família ou perambulando, já que a desmanicomialização atingiu apenas seus internos – os crônicos, que tem idade em geral mais avançada.

Por outro lado, as propostas do *Gruppo di Milano* (Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980), já sofrem com a disputa entre Mara Selvini e Gianfranco Cecchin e seus subgrupos, como se vê posteriormente na mesma revista (Cecchin, 1987). De fato, tais propostas não tem conduzido a uma real operatividade prática nas áreas que observamos desde 1991 (no Alto Veneto, Reggio-Emilia, Puglia e Sicília). A palavra *cognitivismo* de início confundiu os profissionais italianos, especialmente por seu forte apelo a referências americanas (ex.: Shazer & Molnar, 1984 ou Hunsberger, 1989), com contaminação behaviorista e um cunho menos psicológico que pedagógico (v. Gelcer & Schwartzbein, 1989) em uma interpretação – a sistêmica – que aliás modifica sua fonte comum: um Bateson tardio de 1970, de meras três páginas... Na Itália então – e para desespero dos profissionais da área – no momento tal método demonstra-se como tendo mais oradores que pesquisadores ou profissionais envolvidos com a prática sanitária. Até onde pudemos observar, a terapia dita *sistêmica cognitivista* não veio assim a responder às questões da prática sanitária, lançando antes grande confusão conceitual e o recurso aflito a métodos behavioristas e farmacêuticos.

O que mudou verdadeiramente em Itália, segundo nossa observação junto a várias equipes sanitárias e à própria sociedade civil italiana, foi que os cidadãos italianos expressam menos pânico diante do louco, mas não posso dizer que tenha presenciado ou sabido de qualquer caso de valorização de um deles; são vistos mais como *pobres coitados*. Neste momento histórico de recessão econômica mundial e de retrocesso das conquistas sociais – momento portanto inverso ao da obra de Basaglia – um episódio de matricídio por paciente psiquiátrico como o de agosto 1997 em Bologna, é capaz de eliciar não só campanhas populares via *midia* pela *contra-revolução* psiquiátrica, como idêntica reação pelas próprias instituições do serviço sanitário.

Momento excelente para alguns dos próprios autores dessa revolução *invalidarem* (o termo é de Laing, 1972) o

que eles próprios criaram. Mais *mea culpa*, impossível. Esclareça-se que estes alguns, são aqueles que se tornaram mais burocratas que clínicos, mais políticos que profissionais de saúde, mais funcionários temerosos de perder seu emprego que inovadores (aliás o médico é bem pago na Itália, embora os demais profissionais de saúde não o sejam), e que continuam o que já foram desde 1978: historicamente oportunistas. Muitos destes detém o poder político de saúde pública.

Sendo que no campo metodológico a única novidade que vem perdurando e mostrando qualquer resultado, como referi acima, é o retorno à orientação psicanalítica aplicada à saúde pública – com a contratação de membros dos centros locais da SPI/IPA como supervisores pelo *Servizio Sanitario Nazionale*, como já referido – diria que, mais que um fato, esta é uma comprovação da fecundidade, flexibilidade e assim constante oportunidade para tal modelo, agora ainda mais *purificado* de suas bases fisiologistas após mais de meio século de reflexão linguística e das novas contribuições à psicanálise da loucura por Laing, Lacan e Winnicott.

Do Horror ao *Holding*: Um Método Psicológico Com os Excluídos – II

Antes então de afrontar aqui a especificidade psicológica, ressalvo que qualquer método ou técnica de trabalho será infrutífero para afrontar as dificuldades de uma equipe de saúde enquanto o poder e o salário sejam tão diversamente distribuídos entre seus membros.

Dizia Moffatt (1974) sobre a equipe da comunidade terapêutica ter dificuldades na psicoterapia do oprimido devido a freqüentemente ter o médico uma condição de classe mais privilegiada que o paciente. Sem dúvida este problema deve ser afrontado – e penso que Waitzkin (1989, 1990), grande pesquisador da medicina social americana, embora não se tenha dedicado à saúde especificamente mental, continua a fazê-lo com grande propriedade e impacto na questão relacional há mais de trinta anos na prática de saúde pública norte-americana em comunidades pobres e de excluídos, podendo fornecer-nos muito material de reflexão. Antes porém desta dificuldade pela diferença socio-econômica e ideológica entre profissionais e pacientes, que dizer da possibilidade de *trabalho em equipe* se esta manifestamente conta com o médico, mas de fato é complacente com *liberá-lo* quando se trate de tarefas menos *nobres*? No relato de experiência nota-se que o programa de lazer no Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, SP de que deviam participar os funcionários de todos os níveis do hospital, já não era funcional em novembro de 1991 quando o estudamos, devido a uma tal exceção exclusiva dos médicos (Jorge & cols., 1993).

Uma equipe multidisciplinar não pode realizar-se como tal se regalias e privilégios (salariais, de carga horária, e de poder e ou responsabilidade) estão distribuídos de modo pouco equitativo. Porque uma equipe só divide e trabalha harmoniosamente se as condições primárias de seu agregamento são aceitavelmente justas. Sem isto, tem-se não uma equipe verdadeira mas um *teatrinho* de equipe. Ou pior, podemos reproduzir a sociedade de privilégios fazendo da equipe uma

corde com seu rei. E do reinado à tirania há um passo mínimo se tais privilégios sequer puderem ser nomeados...

Aliás, a proibição a expressar um sentir pessoal e diverso dos genitores é o caminho da esquizofrenia, como vimos. Reproduzir tal condição esquizofrenógena ao interno da equipe de saúde, certamente não seria *sanitário*. E mesmo quando não se trate de uma equipe de saúde mental, o enfoque do psicólogo será o de promover a qualidade das relações intragrupo. O que, bem diverso de fazer diplomacia, freqüentemente é *sujar as mãos* – por que, como dizem os franceses *não se faz omelete sem quebrar os ovos* –, apoiando seu grupo não no mascarar mas sim no afrontar sua dinâmica interna. O psicólogo, assim, não contribui apaziguando alienantemente mas sim ao apoiar as forças que operam mudanças de maior realização da personalidade dos membros das equipes em que participa como profissional, para melhor atender à clientela *excluída*. O mesmo mostra Goldberg (1994) para o psiquiatra quanto ao método de cuidado do cotidiano do paciente psicótico em saúde pública.

E assim como cada comunidade humana tem suas demandas específicas e mitos próprios a satisfazer – especificidade atada em torno a si como um cordão que a delimita das demais, mantendo ao seu interno membros que possuem tais valores comuns (daí o nome, *comunidade*) – e não satisfazê-los atinge a *terceira pele* ao atingir a cultura do grupo desmontando a estrutura que de fora apoia a personalidade, também métodos de intervenção na realidade tem seu momento historicamente propício. Assim, diferentes métodos e técnicas psicoterápicas não tem de ter resultados iguais, até porque nasceram para responder a dificuldades específicas a sua época. E a época tem de estar madura para aceitar uma invenção ou idéia. Certo que nada vem sem que o procuremos. Também, sempre existe resistência à mudança – ameaçadora porque desconhecida –, e que a história é um fazer que nada tem para o passivo senão o susto (enquanto o inverso da passividade, a super-atividade, é uma forma de *acting out*, de atividade motora que visa a encobrir a angústia e o assombro pelo recalçado que começa a retornar).

Para mudanças não espontaneístas ocorrerem, devem portanto estar presentes três condições: uma teoria (a estratégia, que concebe a relação conceitual entre um problema e sua solução), um método que avaliza as técnicas operativas que confirmarão ou não as hipóteses, e o desejo de mudança instrumentado por um grupo, apoiado socialmente.

Então, o *desejo do terapeuta* consorciado à história tem orientado a que, rotuladas e descartadas as psicanálises como se fossem por definição elitistas (anos 60), tornando falidas as propostas psicoterapêuticas dos anos 70 uma após a outra, nos anos 80 dizia-se de tudo (por um nada) ser *arte*, toda a arte sendo *boa*, e toda a nossa ação então *artística*, reduzindo-se a ação profissional a ficar excluindo-se com os excluídos, apenas pintando e dançando com os nossos pacientes, ou reduzindo a ação terapêutica às pedagogias da aprendizagem. E por fim, na tônica dos anos 90, fazendo tantos estudos de custos sobre cuidados primários e organizar tudo tão bem (e bem longe do campo) que mais pareçamos economistas e administradores. Dedicados e exasperados psi-

quiатras e psicólogos disfarçam sua angústia afastando-se dos pacientes para montar estatísticas infundáveis, o que tem recebido o bonito nome de *epidemiologia* – com isto restringindo hoje este termo clássico da medicina preventiva.

Acima exprimi a posição de nossa atividade profissional de psicólogos ser, frente ao paciente, permitir-lhe *pela* relação transferencial conosco a descoberta de elementos que possam melhor harmonizar sua subjetividade. Neste caso pode tratar-se tanto de estruturação como de reestruturação psíquica, tanto com vistas ao índice de ajustamento possível como a uma reabilitação psicossocial. Partimos então da relação transferencial e da componente contratransferencial para agora abordar as funções preventivas e terapêuticas do trabalho do psicólogo.

A repugnância que o *objeto* de trabalho da saúde mental comunitária cria tem então como base no mínimo a segregação, desde o elemento instintual até o histórico e o psicológico. Ser profissional de saúde comunitária é então primeiro limpar o campo de nossa atuação de práticas permeadas por *acting out*, motivadas em uma contratransferência (inconsciente) rejeitadora compensada reativamente por atitudes maternas deslocadas, por uma filantropia não despida de culpa inconsciente, por um ódio mascarado (Winnicott de 1947), por uma metodologia eclética e mal colocada que de forma errática leva os profissionais a uma prática inconsistente. Este esforço não é novo, como atesta Ferenczi em seu *Diário Clínico* e em brilhantes trabalhos de pesquisa (Ferenczi, 1921/1973; 1932/1973 e 1988).

A epistemologia do trabalho psicológico em saúde comunitária começa assim no esclarecimento dos motivos que nos levam ao *estar-aí* com o cliente. E, se está diante de nós, ele é ou está a caminho de ser um excluído. *Estar-com* o paciente é estar presente, de modo virtual no caso do neurótico e de modo real no caso do psicótico.

Esta forma *real* de presença (em vez de virtual, como na psicanálise de neuroses) tem seu melhor modelo em Winnicott (1982b, pp. 341-353; 483-489; 1983, pp. 145-151) quando analisa a contratransferência e descreve o *holding* em artigos sobre o psique-soma, sobre a preocupação materna primária, sobre regressão (Winnicott, 1982b, pp. 409-425; pp. 491-498; pp. 459-481), sobre psicose, dependência e cuidado (Winnicott, 1969; 1983 pp. 225-233).

Em nossa prática encontramos paralelo entre tal forma de presença e o procedimento que se dá no contexto do aca-lanto, de modo a constituir o que em outro lugar denominei *pele escópico-sonora* (Jorge, 1990 cap. IV e 1994) conformando um ego-corporal de base que no psicótico e na criança não são íntegros – como já se via nos artigos citados sobre psique-soma e regressão, mas especificamente nos trabalhos sobre as bases corporais do *self* (Winnicott, 1989 pp. 141-154; Winnicott, 1994 pp. 203-218) – e que nas demais formas de exclusão se vê afetado. Este procedimento porém implica a *abstinência* psicanalítica, que não se realiza completamente no procedimento de maternagem proposto por Racamier (em Nasch) e Rosen.

Afastar-se, rejeitá-lo, isto é tudo o que o excluído não precisa. Assim, diversamente de Moffatt, verifiquei que não

há bons resultados se o profissional, depois de alguns contatos, não descobriu sua humanidade na do paciente e continua a experimentar repugnância. A superação desta exigirá um trabalho psicanalítico de longo prazo, sendo assim mais conveniente que o profissional procure dedicar-se a outro mister.

Pior porém é o prognóstico para o profissional que no sentido freudiano *nega* sentir tal repugnância, pois sua conduta será marcada de identificações projetivas, com *actings* e formações reativas que serão comprometedores da saúde do paciente e da de sua equipe.

Em qualquer caso, a supervisão clínica ao profissional é fundamental para o esclarecimento da contratransferência, seja ela garantida pela instituição pública que o emprega, seja obtida de modo privado, seja em forma de intercontrole como no modelo francês mais recente. De todo modo, sem tal controle o profissional está submetido à mais patogênica de todas as enfermidades, expondo ainda os demais – colegas e pacientes – ao retorno desta carga pulsional deslocada. A supervisão é nosso *desinfetante*, e nossa única possível *máquina de medida*.

Conclusão

Pergunto-me por que tantos profissionais da área tem-se dedicado às técnicas de intervenção terapêutica em grupo, criando sucessivamente escolas por assim dizer surdas, logo mudas, e que pouco deixaram à prática terapêutica atual. O modelo consultório privado continua a imperar nas práticas públicas dos profissionais de saúde e educação comunitária [sobre esta *prática de Sisifo* equivocada reflete igualmente Basaglia (1973) ao valorizar o papel da psicoterapia em revolucionar a estrutura do hospital psiquiátrico (p. 218)]. O discurso médico somatogênico tornou a engolfar o modelo para os demais discursos de saúde, o de psicólogos incluído. Ainda, a luta pelo poder político e maior igualamento da remuneração para as carreiras de saúde fazem às vezes que ouçamos poucas vozes dissonantes.

Porém, mesmo quando em equipes ditas multidisciplinares, a opinião psiquiátrica somatogênica, fortemente patrocinada pelos laboratórios farmacêuticos, tem na área de saúde valido mais que a análise de qualquer outro especialista; símile aliás ocorre com o psicólogo nos ambientes de objetivos educacionais, quando o valor é maior para as opiniões advindas do pessoal pedagógico. Tal *negação* da psicologia equivale a castrar seu poder de revolucionar estruturas e permitir mudanças a partir da comunicação saneada [que permite o *vero e proprio contratto terapeutico*, Basaglia (1973)] enquanto considera a dinâmica individual não excluindo mas sim incluindo as relações do sujeito em seu universo social. Isto vale em saúde como em educação e no meio organizacional.

É flagrante como e quanto isto também ocorre em prejuízo do enorme volume de informações fenomenológicas do pessoal de cuidado primário que detém sempre a primazia de tempo de contato diário (e portanto possibilidade de observação direta, com comunicação menos prejudicada pelo

preconceito) com os pacientes. Este pessoal de enfermagem – incluído o *acompanhante terapêutico*, até na rua (Carozzo & cols., 1991) e mesmo sem contrato³ – aliás e por isto creio ser o que tem maior carga psicogênica e que parece produzir os melhores resultados para mudanças no próprio quadro das patologias dos pacientes, quando é tecnicamente bem assistido. As experiências que tenho acompanhado assim o confirmam, e creio também o demonstre o grande número de referências bibliográficas sobre cuidados e família de psicóticos; são revistas dirigidas menos a público psi e mais a profissionais de enfermagem.

Uma explicação para tal surdo-mudez na elaboração da angústia psicogênica do psiquiatra e freqüentemente de toda a equipe confirma-se em diferentes planos em Laing, Basaglia, Waitzkin sobre a ideologia da repugnância que permeia o discurso médico ainda hoje.

Sobre comunidades terapêuticas, não se ouvem mais suas vozes. Seria porque estamos, nós e Argentina, mais periféricamente localizadas? Não o creio pois uma rápida pesquisa nos indexadores eletrônicos de bibliografia internacional em psiquiatria e temas correlatos sequer refere ou sumariza *antipsiquiatria*, seja inglesa, italiana ou outra, nem as experiências de comunidades terapêuticas como a argentina *Peña Carlos Gardel* ou a gaúcha Pinel. Creio mais fossem vozes demasiado incômodas porque verdadeiramente eficientes mas *trabalhosas* demais para mãos tão limpas...

De todo modo, é urgente que inventemos formas de atenção mental primária como a que iniciamos no C.S.Real Parque para a Secretaria de Saude de S.Paulo em 1994, em um esforço conjunto da coordenação técnica desta e da equipe do centro de saúde, com a equipe da escola municipal local e da paróquia próxima, para promoção de saúde mental escolar através de grupos (de alunos pequenos, de adolescentes, e de professores), conseguindo assim algum efeito de saúde mental inclusive nas famílias desta favela. Este modelo, aliás, já fora testado extensivamente na única experiência longitudinal da psicologia escolar brasileira, conduzida e em parte publicada por Khouri (1984) no âmbito de escolas municipais paulistanas periféricas e comunidades circundantes.

Como alternativa à desmanicomialização, comunidades terapêuticas podem ser muito custosas para nossa situação atual, mas antigos sanatórios e equivalentes podem ser usados como oficinas, *day-hospital* e hospital-albergue, com resultados semelhantes e menos custosos (Goldberg, 1994; Jorge, 1990).

Quanto ao trabalho em equipes multidisciplinares, a disposição para tanto é pelo que observei menor entre nós que na Europa, mas possível a médio prazo superando-se as condições de privilégio – mais que econômico-social, de controle político. Os estudos citados de Waitzkin sobre *primary care* em saúde comunitária são uma referência.

3 Ver o sentido duplo de *conforto* por acompanhante terapêutico mesmo *sem contrato*, em todo Doris Lessing, *O diário de Jane Sommers*; e em Tolstoi, Ana Karênina, quando Cathy rearranja o quarto do cunhado moribundo e o conforta.

Utilizando esquemas referenciais da psicanálise argentina e européia, a comunicação pode ser trabalhada nas equipes e grupos com pacientes usando-se as balizas de Barthes (1971) para a análise do discurso. A contribuição de Vygotsky (1987) – indicada a casos de fala egocêntrica – quando considerada sob a ótica marxista de Henri Wallon (1941/1968 e 1942) para a emoção como *linguagem anterior à linguagem* e forma de ligação com o mundo, e consideradas as posteriores e já citadas contribuições sobre a formação do símbolo e o papel do *fazer* e do *estar-aí* por E.Cassirer, E.Ferrero, Lacan e especialmente Winnicott (1951-53/1982b, pp. 389-408), sobre a formação do símbolo como objeto transicional apoiado/apoiador da formação do ego corporal, *bodyself*. Como técnica psicanalítica e enquadre de grupo, o operativo no modelo de Pichon-Rivière tem sido suficiente, bastando Bleger para a análise institucional. Este método rico, mas na verdade bastante simples e que postula uma ética de contato e de análise que acrescenta pouco à contribuição absoluta de Freud, este método o temos testado com muito bons resultados em clientela seja de FEBEM, seja de hospital psiquiátrico, ou de escolas públicas e privadas, ou constituída das próprias equipes multidisciplinares de que tenho participado no Brasil e na Itália.

De todo o modo, o modelo psicanalítico de análise do discurso do *invisível* (estrutura inconsciente) pelo *visível* (linguagem e conduta), analisando a transferência e a contra-transferência pelo intercontrole e supervisão psicanalíticos, quando situado pela análise marxista das contradições de classe (as infraestruturais, e as ideológicas) e informado pela aguda delicadeza do olhar fenomenológico, este modelo então parece-me imbatível. Converte-se assim em ferramenta de trabalho especificamente para o psicólogo na desalienação tanto de seus clientes (seja em âmbito de saúde pública ou privada) como no âmbito da formação (escolar ou informal), da produção do trabalho, e mesmo da diversão e ócio. Esta desalienação do sujeito em suas relações *através da oferenda do continente de subjetivação*, penso, é a delicada tarefa específica ao psicólogo.

Adendo Inquieto de 1998 Sobre a Procedência de Psicólogos Exercerem seu tão Complicado e Incômodo Mister

Onde impera a ignorância, é inútil ser sensato (de: Luar em Parador)

Por ser tarefa cuidadosa e árdua, de delicadas ferramentas agudas, será mais conveniente que a sociedade agora exclua o psicólogo junto aos já excluídos seus clientes, fazendo entrar em seu lugar não-especialistas, seguramente menos incômodos enquanto propuserem, sem tantos critérios e ética, *soluções* nutridas de uma ilusão de bem-estar e felicidade imediatos que nossos anos difíceis estão longe de permitir de verdade?

Em outras palavras, pergunta-se se a inclusão dos excluídos começaria melhor excluindo o psicólogo bem formado, em vez de permitir-lhe afiar as ferramentas específicas

da supervisão, conferindo-lhe o alto valor que, por menos *cômodo*, tem-lhe sido cassado enquanto direito real e remunerado ao seu trabalho? Tal atenção, após quarenta anos de iniciar-se no Brasil a profissionalização do psicólogo, começaria por as entidades de pesquisa poderem hoje reconhecer que nosso *laboratório* não necessita cromatógrafos ou *bunkers* para fissão nuclear desde que *auxílio à pesquisa*, em nosso caso, é financiar a supervisão clínica como controle mínimo para atingir quaisquer resultados válidos.

Hoje o sofrimento recebe primeiro pílulas da indústria farmacêutica. Em seguida, consolos *pseudo* terapêuticos (de ex-joalheiros, ex-professores particulares, engenheiros cristãos, jogadores de búzios, aplicadores de *passes*, cientistas sociais vocacionalmente deslocados e vários outros sub ou desempregados, auto-denominados ora *psicanalistas* ora *terapeutas alternativos*). E alguém ainda se surpreende de quantos vivem diante de TVs e Internets e *universalizando-se* em igrejas? No âmbito escolar, a orientação é exclusivamente pedagógica, sem atenção ao dialógico ou relacional. No trabalho, a seleção, treinamento e desenvolvimento são feitos por administradores de empresas. Até meu chofer de taxi diz-se *um psicólogo*. Para que cursos de psicologia, ética profissional, Conselhos, tanta especialização e rigor?

Se tantos não-psicólogos podem fazer o mister daquele, não será o momento de *dar a mão a palmatória* à história, à sociedade, tratando de apagar qualquer traço de uma exímia formação de psicólogos, racionalizando melhor os recursos e *fechando* os melhores cursos de psicologia? Assim de fato e claramente poder-se-iam *legalizar* quaisquer práticas formuladas à base de um voluntarismo descontrolado, de um certo *feeling* comercial antes de clínico, onde o atual sofrimento social agudo receba, ao máximo, tapinhas nas costas, um travesseiro, e pílulas de ilusão de auto-ajuda.

Referencias

- Barthes, R. Introdução à análise estrutural da narrativa. Em R. Barthes (Org.) (1971) *Análise estrutural da narrativa* (pp. 19-60). Petrópolis: Vozes.
- Basaglia, F. (1973). *Che cosa è la psichiatria?* Torino: Einaudi.
- Bateson, G. Jackson, D.D. Haley, J. & Weakland, J. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behav.Sci I*, 251-264.
- Bateson, G. (1961). *Percival's Narrative: a patient's account of his psychosis*. Stanford: Stanford University Press.
- Bateson, G. (1970) A systems approach. *Int. J. Psychiatry*, 9, 242-244.
- Bleger, J. (1969). *Psicoterapia Institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Carrozzo, N. & Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (1991). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta.
- Cassirer, E. (1946). *Language and Myth*. N. York: Harper (Trabalho original publicado em 1925)
- Cavani-Jorge, A.L. (1981). A aquisição da linguagem escrita em uma criança brasileira – Um relato. Em: *Reuniões de Supervisão Clínica*. São Paulo: PMS, (Mmeo).
- Cavani-Jorge, A.L. (1988). *O acalanto e o horror*. São Paulo: Escuta.
- Cavani-Jorge, A.L. (1990). Ou a-quadro-mãos ou o filho da mãe: do olhar à linguagem. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.

- Cavani-Jorge, A.L. (1994). A bordo da (a)normalidade. Em A.L.C. Jorge (Org.) *A palavra voadora: Enlouquecidas letras*. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura (Manuscrito não publicado).
- Cavani-Jorge, A.L. (1996). Cultura come terza pelle – la mitologia nei orixàs di candomblé in Brasile comme sopporto della personalità. (Notas para conferências de mesmo nome no Dep. Psicologia dell’Università degli Studi di Bologna e no Centro Popolare di Cultura Arci / Dozza nov. 1996 (Manuscrito não publicado).
- Cavani-Jorge, A.L. (1997). Ninnananna e Orrore: l’ansietà nel luto e nella psicosi. *Infanza*. Firenze: La Nuova Italia Editrice, 13-22, Settembre.
- Cavani-Jorge, A.L., Magalhães, C. & Cavani, A. (1993). O corpo como lugar para a loucura/Projetos Ciro Brenon e Valerio: duas experiências com agudos e crônicos. *Atas da Reunião Latino-americana de Psicanálise* (pp. 622-628). P. Alegre: Recorte.
- Cavani-Jorge, A.L. & Pollini, D. (1998a). La cura/culla della follia. Analisi e fondamenti teorici di un gruppo psicoanalitico di holding con psicotici. *FramMenti – Rivista di Psichiatria*, 7(1), 34-51. Ravenna.
- Cavani-Jorge, A.L. & Pollini, D. (1998b). Un continente alla follia. Estratti da un gruppo psicoanalitico di holding con psicotici. *FramMenti – Rivista di Psichiatria*, 7(2), 3-23. Ravenna.
- Cavani-Jorge, A.L. & Pollini, D. (2000). Culla della Follia – clinica e basi dell’ holding in gruppo come introduzione alla psicoterapia psicoanalitica delle psicosi. *Rivista della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica*, VII(1), 124-146. Roma: SIPP.
- Cavani-Jorge, A.L. (No prelo). *Lo sguardo, Il Femmi-nido, Amore & Passione – Cavani intervista da Pollini*. Milano: Moretti & Vitale.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Fam Process*, 26, 405-413.
- Cooper, D. (1973). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. (R. Schneiderman, Trad.) São Paulo: Perspectiva.
- Ferenczi, S. (1965). *Thalassa. Psicoanalisi delle origine della vita sessuale/Maschio e Femmina*. (S. Maggiulli, Trad.). Roma: Casa Editrice Astrolabio. (Trabalho original publicado em 1924).
- Ferenczi, S. (1973). Ulteriore estensione della “tecnica attiva” in psicoanalisi. (M. Mangini, Trad.) Em G. Carloni & E. Molinari (Orgs.), *Fondamenti di Psicoanalisi, Vol II – Prassi* (pp. 44-63) Rimini-Firenze: Guaraldi Editore. (Trabalho original publicado em 1921).
- Ferenczi, S. (1973). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione. (M. Mangini, Trad.) Em G. Carloni & E. Molinari (Orgs.), *Fondamenti di Psicoanalisi, Vol II – Ulteriori contributi* (pp. 415-427) Rimini-Firenze: Guaraldi Editore. (Trabalho original publicado em 1932).
- Ferenczi, S. (1988). *Diário-clínico (gennaio-ottobre 1932)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Foucault, M. (1961). *Folie et déraison: Histoire de la folie à l’âge classique*. Paris: Plon.
- Freud, S. (1973). Proyecto de una psicología para neurólogos. Em *Obras Completas* (Tomo I, pp. 209-276) . (L.L. Ballesteros, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1973). La interpretación de los sueños. Em *Obras Completas* (Tomo I, pp. 343-720) . (L.L. Ballesteros, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1973). Três ensayos para una teoría sexual. Em *Obras Completas* (Tomo II, pp. 1169-1237) . (L.L. Ballesteros, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1973). Sobre las transmutaciones de los instintos y especialmente del erotismo anal. Em *Obras Completas* (Tomo I, pp. 2034-2038) . (L.L. Ballesteros, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1973). Psicología de las masas y analisis del “yo”. Em *Obras Completas* (Tomo III, pp. 2563-2610) . (L.L. Ballesteros, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1973). La negación. Em *Obras Completas* (Tomo III, pp. 2884-2996) . (L.L. Ballesteros, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (1973). Inhibición, síntoma y angustia. Em *Obras Completas* (Tomo III, pp. 2833-2883) . (L.L. Ballesteros, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1926).
- Gelcer, E. & Schwartzbein, D. (1989). A Piagetian view of family therapy: Selvini-Palazzoli and the Invariant Approach. *Fam. Process*, 28, 439-456.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York / Harmondsworth: Doubleday-Anchor Books / Penguin Books.
- Goldberg, J. (1994). *Clínica da psicose – uma pesquisa na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editores/Instituto Franco Basaglia.
- Herrmann, F. (1994). Vãos: Psicanálise e Ficção. Em A.L.C. Jorge (Org.) *A palavra voadora: Enlouquecidas letras*. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura (Manuscrito não publicado).
- Hubbell, F.A., Waitzkin, H., Rucker, L. Akin, B.V., Heide, M.G. (1989). Financial barriers to medical care: A prospective study in a university – affiliated community clinic. *Am. J. Med. Sci.*, 297, 158-162.
- Hubbell, F.A., Waitzkin, H., Rodriguez, F.I. (1990). Functional status and financial barriers to medical care among the poor. *South Med. J.*, 83, 548-550.
- Hunsberger, P. (1989). Creation and evolution of the hospice staff support group: lessons from four long-term groups. *Am. J. Hosp. Care*, 6(3), 37-41.
- Jacoby, R. (1975). *Social Amnesia*. Boston: Beacon Press. Trad.: Boston: Beacon Press.
- Jakobson, R. & Halle, M. (1915). Two aspects of language and two forms of aphasia. Em: Jakobson, R. & Halle, M. (1956) *Fundamentals of language*. London: The Hague, Mouton & Company. (Trabalho original publicado em 1915)
- Khoury, Y.M. (Org.) (1984). *Psicologia escolar*. São Paulo: EPU.
- Lacan, J. (1958). Les Formations de l’Inconscient. Le séminaire de 1957-1958). *Bulletin de Psychologie (compte-rendu de J.B. Pontalis)*.
- Lacan, J. (1975). *Le séminaire de Jacques Lacan 1972-73. Livre XX: Encore*. Paris: Éditions du Seuil.
- Laing, R.D. (1967). Individual and family structure Em P. Lomas, (Org.) *The predicament of the family*. London: Hogarth Press.

- Laing, R.D. (1969). *The politics of the family*. Toronto: CBC Publications.
- Laing, R.D. (1972). *O eu e os outros*. (A.B. Weissenberg, Trad.). Petrópolis: Vozes e/ Lisboa-Porto: Centro do Livro Brasileiro.
- Lévi-Strauss, C. (1964). *Mythologiques I: Le cru et le cuit*. Paris: Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1967) *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris: Maison des Sciences de l'Homme.
- Lispector, C. (1987). Menino a bico-de-pena. Em *Felicidade clandestina* (pp. 142-147). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Masotta, O. (1986) Dualidade psíquica: o modelo pulsional (C. Berliner, Trad.). Campinas: Papirus.
- Moffatt, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido. Ideología y técnica de la psiquiatría popular*. Buenos Aires: ECR.
- Pichón-Rivière, E. (1971). *Curso de psiquiatría dinámica. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Editorial Galerna.
- Racamier, P.C. (1956). Psychothérapie psychanalytique des psychoses. Em S. Nasch (Org.) *Le psychanalyse d'aujourd'hui*. Paris: PUF.
- Rosen, J.N. (1953). *Direct Analysis Selected Papers*. New York: Grune & Stratton.
- Selvini, M.P., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Fam. Process* 19, 3-12.
- Shazer, S. & Molnar, A. (1984). Changing teams/changing families. *Fam. Process*, 23, 481-486.
- Tommasini, M. (1973). Prefácio. Em F. Basaglia, *Che cosa è la psichiatria* (pp. VII-XII). Torino: Einaudi.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal. Study Child*, I. London: Imago.
- Vygotsky, L.S. (1987). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes 1987
- Waitzkin, H. (1989). A critical theory of medical discourse: ideology, social control, and the processing of social context in medical encounters. *J Health Soc Behav*, 30, 220-239.
- Waitzkin, H. (1990). On studying the discourse of medical encounters. A critique of quantitative and qualitative methods and a proposal for reasonable compromise. *Med Care* 1990, 28, 473-488.
- Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Paris: Flammarion Ed.
- Wallon, H. (1968). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70.
- Winnicott, D.W. (1969). Psychose et soins maternels. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 98-108). Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 1953)
- Winnicott, D.W. (1982a). *A criança e seu mundo*. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- Winnicott, D.W. (1982b). *Textos selecionados – Da pediatria à psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D.W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (I.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1989). *Sulla natura umana*. (T. Roghi, Trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Winnicott, D.W. (1994). Sobre as bases para o *self* no corpo. (J. Abreu, Trad.). *Explorações psicanalíticas* (pp. 203-218). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ziraldó (1989). *O menino quadrado*. São Paulo: Melhoramentos.
- Zucchini, G. (1976) Setting psicoanalítico e istituzione psichiatrica. Em F. Fornari (Org.) *Psicoanalisi e Istituzione, Atti Sul Congresso Internazionale* (pp. 89-99). Università di Milano.

Recebido em 04.12.2001

Aceito em 21.01.2002 ■