

## O testemunho no trabalho com grupos: A narrativa como efeito de transformação no laço social.

Serviço de Saúde Mental da Clínica-Escola de Psicologia da FURB

Barbara Wehmuth Raulino<sup>1</sup>  
Carla Regina Cumiotto<sup>2</sup>  
Eduarda Renaux<sup>3</sup>

**RESUMO:** A partir do trabalho com pacientes com sofrimento psíquico intenso, o Serviço Saúde Mental (SSM) da Clínica-escola de Psicologia da FURB, em suas mais diversas modalidades de trabalho, buscam promover a reabilitação psicossocial a partir de uma intervenção que é de natureza clínica, entretanto circunscrita em contexto social e comunitário. No decorrer deste percurso, um dos efeitos entre a parceria de trabalho entre o SSM e ESF Jovino Inácio Cardoso, foi a realização de uma demanda além de atendimento individual, convocando assim, o trabalho na modalidade de grupos. O grupo é formado por usuários cujo a terapêutica é excessivamente medicamentosa e, principalmente, com uma fragilidade em criar laços sociais. A partir dos questionamentos que deste trabalho de intervenção surgiram, pretendemos através dos conceitos de inconsciente, transferência, escuta, testemunho e narrativa, elaborar neste artigo as especificidades e os efeitos do trabalho realizado na modalidade de grupo de usuários no ESF e com os familiares no próprio SSM.

**PALAVRAS-CHAVE:** Trabalho com grupos. Testemunho. Narrativa. Laço Social

A partir da experiência de estágios curriculares de psicologia na área da Saúde, no Pronto Socorro, nos CAPS, e unidades de saúde da cidade, bem como encaminhamentos na Clínica-Escola da FURB verificamos o quanto se faz necessário trabalhar e problematizar interdisciplinarmente as demandas advindas deste trabalho já que evidenciam um sofrimento psíquico intenso, e uma fragilidade no ato de clinicar, bem como uma falta de articulação com a rede na área de saúde mental do município.

Esta fragilidade no ato de clinicar que aqui nos referimos tem como modelo uma clínica um tanto nosográfica e descritiva, tomando apenas os sintomas como parâmetros para diagnósticos e tratamentos. Neste artigo, nos propomos a pensar mais especificamente a prática clínica em saúde mental na modalidade de grupo.

Segundo Cumiotto (2008) clínica é uma palavra oriunda do grego *kline*, que significa leito, ou também instrução médica dada ao leito do doente, podendo ainda

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Psicologia da FURB

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia Clínica: Concentração em Psicanálise pela universidade TUIUTI, Professora do Departamento de Psicologia da FURB, Psicanalista e Membro da APPOA

<sup>3</sup> Psicóloga formada pelo Curso de Psicologia da FURB

significar inclinar-se sobre, ou exercício, prática da medicina. Faz-se necessário ressaltar o conceito de clínica como inclinar-se sobre o paciente, valorizando assim o trabalho de pesquisa, investigação e intervenção que o ato de clinicar nos remete, localizado, sobretudo no laço entre paciente e terapeuta, ou usuário e profissional da saúde.

Pretende-se apontar aqui uma clínica pautada na ética psicanalítica, ou seja, na ética do desejo. Lacan (1959, p. 352) relata que o “desejo nada mais é do que a metonímia do discurso da demanda”, ou seja, é a circulação da demanda, que provoca o desejo. Sendo assim, o eixo norteador da escuta não está no juízo do bem e do mal, mas conforme o seguinte questionamento: “Agiste conforme o desejo que te habita?” (LACAN, 1959, p. 276).

Desejo também compreendido como a aposta do terapeuta na emergência do sujeito do inconsciente, que através da escuta vai compondo a história e o sofrimento deste sujeito. O que implica por parte do clínico em certa reserva na pressa de diagnosticar ou reduzir o sujeito a sua doença, não descartando o diagnóstico, pois precisamos dele para clinicar, mas a partir desse diagnóstico produzir vida. E vida, a partir de uma ética analítica é possibilitar que o sujeito crie narrativas na aposta de libertar-se através da palavra. Para tanto, se faz necessário:

“[...] Identificar a ética na qual nos situamos e com a qual orientamos os nossos atos nas instituições: aqueles que exercemos junto aos pacientes que atendemos, seus familiares e mesmo as pessoas que nos encaminham esses pacientes e os do dia-a-dia do funcionamento das equipes multidisciplinares.” (ALBERTI, FIGUEIREDO, 2006, p.07)

Inspirados por esta referência de clínica que inclui o sujeito que sofre no tratamento, sua história e suas hipóteses em relação ao seu sofrimento; e pensando que ao contar esse sofrimento ele possa se implicar, elaborar e se apropriar do mesmo, o Serviço Saúde Mental (SSM) se propõe a atender as demandas de sofrimento e transformá-las em produção de vida, para além dos diagnósticos tais como: melancolia, pânico, fobias, psicoses e transtorno bipolar. Considerando a idéia de que:

“Clínica são as práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia a dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. Isso reforça o argumento sobre especificidade do Planejamento em Saúde: quem quer contribuir para planejar mudanças em serviços de saúde deve dispor de certo leque de modelos clínicos, e isto é uma questão de eficácia. Se o Planejamento em Saúde quer ser eficaz promovendo mudanças nos serviços, ele precisa, necessariamente, de uma interlocução com a clínica”. (CAMPOS, 2000, p. 99-100).

Pensando neste planejamento de saúde, este Serviço<sup>4</sup> se implica em receber e atender as demandas de sofrimento advindas do CAPS, ESF Jovino Inácio Cardoso (ESF Pró-Saúde) e encaminhamentos da própria clínica na forma de:

- Atendimentos sob modalidade individual;
- Reuniões periódicas com familiares desses pacientes;
- Visitas institucionais às unidades de saúde de referência;
- Visitas às empresas e/ou instituições de ensino em que estes pacientes estão inseridos ou que pretendem se inserir;
- Supervisão dos casos e grupos de estudo;
- Acompanhamento terapêutico e visitas domiciliares;
- Discussões e jornadas clínicas;
- Grupo de convivência no ESF Jovino Inácio Cardoso.

No sentido de praticar a clínica ampliada e seus pressupostos como a intersetorialidade, o laço familiar e a co-responsabilidade; o trabalho nas empresas busca desmistificar a loucura e o sofrimento psíquico, e a aposta nas reuniões nas instituições em que os pacientes estão inseridos é que possam ter efeitos clínicos. Que possam conviver, trabalhar e estudar mesmo com esse sofrimento.

Clínica ampliada, segundo o Ministério da Saúde, propõe que o “profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida” (2004, p. 11). Desta forma, é possível assumir a responsabilidade sobre os usuários do serviço de saúde.

Responsabilidade aqui, no sentido de que a equipe ao dar lugar a este paciente, ao aceitar recebê-lo, é co-responsável pelo laço de trabalho que ali pode ou não se instalar. Entendemos que esta responsabilidade é uma provocação necessária, despertada pela transferência, do lado de quem recebe o pedido de tratamento, ou do lado de quem pede. Do lado do terapeuta, o desejo, a aposta neste sujeito e a disponibilidade em atendê-lo. E do lado do paciente, de se sentir acolhido, escutado e com a certeza de que o terapeuta sabe dele.

---

<sup>4</sup> O serviço envolve a participação de profissionais da área da saúde, acadêmicos dos mais diversos cursos e do curso de psicologia.

“Superamos a transferência mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Desse modo, obrigamo-lo a transformar a repetição em lembrança. Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos.” (FREUD, 1917, p. 445).

Neste apontamento Freudiano, vemos que a transferência acontece em qualquer laço social, pois como nos adverte Lacan (1964), onde há sujeito suposto ao saber, há transferência. E nos parece que saber fazer uso deste conceito também na área da saúde é fundamental, já que ele nos diz que o modo como o paciente chega à Unidade de Saúde e o modo como ele se relaciona com seu médico ou com a equipe é uma repetição de experiências anteriores.

Portanto, é interessante que este profissional saiba que a transferência passa por ele, mas não é com ele, e isso o possibilita não ter tanto receio desta transferência, ao contrário, aproveitá-la. Pois a partir destas repetições, brabezas ou hostilidades que o paciente encena, o profissional pode ajudá-lo para transformá-las em lembranças, e historicizar sua vida, construindo com ele o porquê de tais sentimentos. Freud nos convoca então, a aproveitar o lugar que este paciente nos coloca.

Cumiotto e Kamers (2002) nos remetem à especificidade da escuta realizada em instituições. Pois, quando se fala em escuta clínica, parte-se da concepção de clínica como modo de operar que leva em conta a existência do inconsciente e do fenômeno da transferência. Deste modo, se faz necessário questionar como se dá o trabalho do profissional de saúde a partir deste lugar transferencial que o paciente lhe convoca.

Uma das estratégias propostas pelo Humaniza SUS é o trabalho com a escuta. Segundo o Ministério da Saúde (2004), escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário, mesmo que possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida.

Freud (1917) parte dessa passagem da clínica do olhar, um tanto descritiva e nosográfica, para a clínica da escuta, alertando que “o sintoma tem a ver com a vida

de quem os produz”. A escuta do terapeuta se dá ao poder devolver ao próprio sujeito o que ele diz. Por isso, Lacan (1978) nos situa de que a escuta é a arte do bem dizer, apontando então, que escutar implica também em saber falar na hora certa e no ponto certo.

Escutar não é ouvir, e sim poder a partir do enlace transferencial, do lugar que temos e devemos ocupar frente ao paciente, escutar as representações que ele tem de si e da vida, a partir das suas repetições, dos sintomas, equívocos, tropeços e seus atos. Entendemos que esta é a escuta do inconsciente. O inconsciente para Lacan “(...) são os efeitos da fala sobre o sujeito, é a dimensão em que o sujeito se determina no desenvolvimento dos efeitos da fala, em consequência do que, o inconsciente é estruturado como uma linguagem.” (LACAN, 1964, p. 142).

A partir destes conceitos trabalhados, pretendemos elaborar neste artigo as especificidades e os efeitos da escuta na modalidade de grupo com familiares e grupo de usuários.

Na modalidade de grupos com os familiares implicados na reabilitação do usuário com os mais diversos fazeres da vida cotidiana. A modalidade de orientação e escuta em grupos com familiares tem se mostrado um forte aliado na inclusão destes no serviço para o processo psicoterápico dos usuários, fortalecendo assim, a rede. Para tanto, Costa e Brandão (2005), relatam que pensar em rede significa abandonar um paradigma de perceber a clientela como único alvo da intervenção, e o profissional o único recurso possível.

Visando a importância da construção de vínculos e laços para a reabilitação dos usuários, o SSM conta com a realização de encontros na modalidade de grupo com os familiares periodicamente. Os familiares são desde pais, até irmãos e cônjuges. Estes encontros possuem como objetivo: orientar os familiares preservando o sigilo clínico dos atendimentos; compartilhar suas angústias e experiências; esclarecer dúvidas quanto ao diagnóstico e sofrimento acometido pelos pacientes; e, fundamentalmente incluir os familiares no processo terapêutico dos usuários inseridos no Serviço, para que assim faça advir efeitos clínicos tanto no modelo de intervenção clínica individual quanto familiar/social.

Um espaço de construção de narrativas pautadas em teorias e hipóteses formuladas do que produziu tal sofrimento pelos próprios integrantes do grupo, vai se produzindo novas versões sobre as experiências vividas e, até mesmo, retirando o excesso de sentido na patologização ou diagnóstico. Tais hipóteses fazem advir uma história, que antes estava silenciada. Esse silêncio acaba operando de forma destrutiva, tomando o familiar doente como incapaz, marginalizado, lhe conferindo o estatuto objetalizado (objeto do outro). Dessa forma, a fala é libertadora, pois seus efeitos simbólicos percorrem desde a dinâmica familiar até a social.

É frequente tomar o sujeito acometido por sofrimento intenso como um 'diferente' que não sabe o que lhe ocorre. Tudo passa a ser traduzido a esse sujeito, e o mesmo acaba sendo poupado da circulação social e fazeres, lhe tirando o estatuto de cidadão e negando que mesmo de uma maneira muito singular e estranha aquele sujeito tem sua organização psíquica frente à vida e história.

“É próprio do sujeito humano a necessidade de responder às questões: ‘quem sou eu? De onde vim? Para onde eu vou?’ As respostas vão ser buscadas numa relação à referência simbólica, considerada como função, como pólo organizador, ordenador de significações [...] Referência esta que possibilita a alguém obter uma significação [...] essa filiação não é de ordem genética. É algo bem mais complexo: é o poder de identificar, de poder situar-se numa linguagem, de pertencer a uma comunidade, de fazer parte de determinado grupo social. É o poder de se situar no mundo.” (RAMALHO, 2003, p.20-21)

Este trabalho clínico pressupõe uma fundamental participação familiar para melhora do quadro clínico, pois podem ser facilitadores do ‘poder situar-se no mundo’ do usuário, auxiliando-o no uso da medicação, no retorno ao trabalho e estudo.

Aqui merece a atenção das falas surgidas no decorrer dos grupos com os familiares, tais como: “O problema do meu filho é que ele não aceita o diagnóstico de esquizofrenia”, “Eu não entendo, mesmo saindo com o irmão ele volta triste, desinteressado”, “Já me prontifiquei a dar apoio, ceder minha casa, mas ele não quer sair das ruas”, “A gente até dá tarefas de casa, mas não forçamos pois sabemos que ele tem problemas”, “Há anos na hora do almoço, ele chora muito e pergunta o que esta acontecendo, já não sabemos mais o que fazer”, “Eu não entendo como algo tão pequeno o incomoda tanto”.

Estas falas que surgem no grupo com familiares denotam que seu maior sofrimento é o não saber. E isso faz com que muitas vezes recorram a penalização

deste familiar, ou recorrer apenas ao saber médico suas dúvidas e fraturas em relação ao sofrimento do seu familiar. Um dos objetivos do nosso trabalho é deslocar esse saber médico para eles próprios. Passando assim, a se apropriar mais do sofrimento de seu filho, irmão ou cônjuge, se autorizando no exercício de sua parentalidade ou conjugalidade.

O espaço disponibilizado aos familiares não tem como objetivo debater diagnóstico, porém elucidar as problemáticas que podem advir. Tomar o sujeito como impossibilitado, e por isso poupado de tarefas domiciliares, nos fazem pensar na falta de investimento e aposta naquele sujeito. Apontar que o mesmo deve realizar aquilo que lhe foi pedido, não anula a diferença, porém mostra que ali existe um sujeito. Sujeito aqui referido como aquele que possui uma maneira singular de se perceber no mundo, e não tomado em posição objetalizada. Nesse sentido é fundamental apontar que:

“O psicótico, porém, não tendo referência simbólica, essa função ordenadora, tem que construir por si próprio uma história para si, e o faz através do delírio. Constrói, então, uma história na qual poderá se incluir e se contar. Constrói uma filiação, obtendo um lugar para si no mundo, fazendo um laço com a cultura e, daí, com a cidadania. Com o delírio, ele pode o que na sua crise não lhe era possível, encontrar um lugar no mundo, podendo participar da rede de relações sociais de sua comunidade.” (RAMALHO, 2003, p.24).

Intervir com os familiares significa sensibilizar os mesmos aos sofrimentos graves que acometem os pacientes, é mostrar a importância de nomear e historicizar à filiação, lhe incluindo na família e rede geracional. É incentivar que escutem o que os mesmos têm a dizer, é fazê-los refletir sobre o tempo necessário para um retorno a circulação social. Ou seja, a clínica com pacientes psicologicamente muito fragilizados e da psicose exige investimento e paciência por parte da equipe profissional e familiares.

O profissional envolvido no tratamento deve, a partir de seu desejo, apostar no usuário. O desejo é fundamental, pois se trata de uma clínica que leva um tempo e um investimento maior que outras clínicas. É uma clínica que freia o narcisismo e o furor de curar. Deste modo, não podemos normatizar e estabelecer tempos e critérios engessados. É necessário alertar que cada sujeito terá um tempo singular para a realização e encontro daquilo que deseja, independente dos ideais e expectativas familiares, sociais e até mesmo do próprio profissional da saúde.

O fazer do psicólogo com o grupo de familiares, não pode estar voltado em relatar como está a evolução do paciente, pois esta prática apenas estremece e rompe o vínculo transferencial, emanando o imaginário de “mostrar serviço” aos familiares. O Psicólogo tem que saber escutar o que os familiares falam, para que a partir desta fala, possa orientar e clarear caminhos. É necessário autorizar as famílias a fazerem parte desse processo clínico, sem necessariamente tratar também os familiares, buscando um ordenamento de vida, implicando-os no tratamento.

É percebido que os familiares na modalidade de grupo podem tomar proveito da fala de um dos outros, bem como as orientações. A circulação da palavra tem surtido efeitos terapêuticos e de alívio. Mesmo que tomados de forma singular, as narrativas levam ao compartilhamento. Segundo Cumiotto (2008), é trabalho do analista ir tecendo as mil e uma versões em torno de um mesmo fato, fazendo-se necessário que o analista possa acolher e testemunhar, mas também apontar que se trata de mais uma versão e poder sensibilizar o sujeito à dimensão simbólica, produzindo assim, uma certa curiosidade para que ele possa querer saber de seu próprio engano e de sua própria história.

As histórias, as versões e teorias são isentas de certeza. Lacan (1998) alerta que, a arte do analista deve ser a de suspender as certezas do sujeito, até que se consumam as últimas miragens. As narrativas podem ser muitas vezes revistas, através da construção de ambos nesse processo transferencial.

“Sabemos que mesmo o mais estrito respeito de todas as preconizações técnicas com relação ao enquadre não garante e nem é prova da existência de um processo analítico. Esse processo pressupõe, sobretudo, que um verdadeiro encontro entre o paciente e o psicanalista, que um investimento recíproco seja possível, que ambos possam apostar nas possibilidades de transformação, de um e de outro. A partir desse movimento, no contexto da transferência [...] existe a liberação de novas capacidades de investimento, o alívio do peso das compulsões à repetição.” (VOLICH, 2005, p.6.)

Sendo assim, o processo terapêutico do usuário, bem como outras modalidades de trabalhos realizados no SSM, não são unilaterais e sim uma construção de ambas as partes envolvidas. No que se refere ao trabalho de grupo com os familiares, temos convicção de que orientar não significa dizer o que é certo ou errado, muito menos criar a ilusão de que existe uma receita para o cessar do sofrimento. A partir dos dados da clínica, o serviço busca junto com os familiares e, também com os usuários, achar maneiras mais interessantes e criativas para a



convivência e resgate dos laços sociais. Freud (1912) já alertara que é necessário acolher e não responder a demanda. Isso implica em uma prática que redireciona, mas não aponta o caminho.

“Fazem-se grupos para quase qualquer coisa: informar as famílias da evolução do paciente (o grupo transforma-se em uma degradação eficiente do direito a informação, para não falar da complicada situação na qual é colocado o usuário, pois se esta no grupo vê-se tratado como um objeto do qual há que se ter informação, e se está fora vê-se ameaçado, exacerbando-se paranóias), pedir informações sobre os usuários (aí é o mesmo ao avesso: a história não é mais do sujeito, senão a que sua família conta).” (CAMPOS, 2001, p.106)

Queremos situar que tais modalidades de trabalho em grupos aqui apontadas têm o intuito de trabalhar as representações um a um dos familiares, das equipes, e dos pacientes, e a partir da escuta destes, também poder ser afetado por eles e provocar mudanças, o que podemos evidenciar também no grupo de convivência.

A parceria e a transferência de trabalho efetiva entre a Clínica-Escola, a partir do SSM e ESF Jovino Inácio Cardoso, possibilitou além dos atendimentos sob modalidade individual uma demanda de trabalho com grupos, advinda da instituição, a qual ela denominou de “Grupo de Convivência”.

Pode-se ler tal nomeação como um significante referido ao ato de “com-viver” e “com-vida”, remetendo os usuários na construção de um laço social mais efetivo. Pois, a justificativa técnica da instituição foi de que havia na Unidade alguns pacientes com intenso sofrimento psíquico e social, e que embora há anos estivessem em tratamento medicamentoso, as tentativas de intervenção do Programa da Saúde e da Família não apresentavam melhoras no quadro clínico e social.

A modalidade de trabalho com o grupo de convivência é semanal, e além dos participantes de cada encontro, há um ou mais coordenador deste grupo, que ora é um par, pois é um integrante, e ora faz função de alteridade, pois não é semelhante e está ali para escutar e fazer circular a palavra. No que se refere a um relato de experiência sobre trabalho com grupos, Broide (2009, p.127) nos aponta a importância da associação livre:

“A coordenação marcou a importância da associação livre e reiteramento. Em diferentes momentos pediu que todos falassem aquilo que lhes viesse à cabeça, já que ali era um espaço onde tudo poderia ser dito, e dizem, não significara fazer. Por conseguinte, naquele espaço cabia o conflito, a diferença, a discordância, o afeto, o não- saber, etc.”

O grupo é aberto e sua condução tem como marca a importância da fala e da escuta, produzindo assim uma rede de palavras que se cruzam, uma tessitura de vínculos que cada um pode sentir e a significação singular de cada um destes sujeitos. Freud (1921) nos provocava afirmando, que a psicologia individual é ao mesmo tempo também psicologia social. Afinal,

“[...] cada pessoa singular está realmente presa; está presa por viver em permanente dependência funcional de outras, ela é um elo nas cadeias que ligam outras pessoas, assim como todas as demais, direta ou indiretamente são elos nas cadeias que a prendem [...]. E é a essa rede de funções que as pessoas desempenham umas em relação a outras, a ela e nada mais que chamamos de “sociedade””. (ELLIAS, 1994, p. 23)

Dessa forma, o grupo é uma soma de singularidades. O sujeito que diz alguma coisa, sempre enuncia algo a partir de sua história, emergindo, construindo na transferência sempre dinâmica e singular com quem o escuta, com o grupo, com a instituição e com a comunidade, através da associação livre. Entendemos que as pessoas envolvidas no grupo passam a ter um lugar de testemunho, e assim, acompanhantes na construção de cada história que ali é contada, re-contada e significada.

“Testemunha também seria aquele que não vai embora, que consegue ouvir a narração insuportável do outro e que aceita que suas palavras levem adiante, como um revezamento, a história do outro; não por compaixão, mas porque somente a transmissão simbólica assumida por causa e apesar do sofrimento indizível, somente sobre esta retomada reflexiva do passado pode nos ajudar a não repeti-lo infinitamente, mas a ousar esboçar uma outra história, inventar o presente.” (GAGNEBIN, 2006, p. 57.).

O grupo, conforme propõe Campos (2000) é um espaço de constituição de uma passagem, um lugar onde algumas coisas possam ser reparadas, as invasões a própria subjetividade não sejam vividas como mortíferas e a dificuldade de viver possa ser acompanhada. Possibilidades que se efetivam na presença deste testemunho.

Diante dos acontecimentos da vida muitas vezes o sujeito se paralisa, se anestesia, é como se estes acontecimentos o tomassem tanto que ele acaba ficando preso na vivência, que por algum motivo não pode ser simbolizado. E ao não poder simbolizá-las, ou seja, nomeá-las, produz sintomas a revelia de sua vontade.

“Na procura de saber as causas de seu sofrimento, o sujeito passa a investigar a trama que decidiu sua presença neste mundo, buscando os pontos nos quais a sua vida ficou amarrada a uma insistente repetição que se impõe a ele, à revelia de sua vontade. Pontos estes que

tem relação aos momentos em que as palavras perderam sua medida e adquiriram um poder exagerado”. (RAMALHO, 2006, p. 28)

Desta forma, seria a escuta na modalidade de grupo uma possibilidade para a simbolização e uma nova posição discursiva no laço social?

Queremos assinalar como fundamental este ponto, e pensar quais as condições necessárias para que o sujeito saia de uma condição de pura vivência e puro registro. Sendo que, para sair de uma dimensão de vivência, de marca corporal, registro de um acontecimento, o sujeito precisa de um testemunho. Precisa contar para um outro, e ao ser escutado se apropriar do que foi vivido, para que assim, de fato, possa virar experiência.

“[...] o aparecimento da psicanálise no ocidente moderno como um dispositivo capaz de reconstruir as condições necessárias para que se dê a experiência e, conseqüentemente, autorizar o sujeito a se afirmar a partir deste saber incompleto e fragmentário, esse saber que não se sabe, mas que se atualiza perante o outro, na transferência.” (COSTA, 2001, p. 16).

Pois entendemos que no momento que a palavra de cada sujeito é tomada como verdade de seu sofrimento, e que a partir de cada encontro é possível mudar o conto e o contador as palavras passam a ter um endereço, que é o espaço do grupo. Passando a afetar quem fala e quem as escuta, e através da apropriação destas sensações surge um efeito visível no cotidiano, na medida em que estas pessoas têm mais possibilidades de voltar a amar e trabalhar, ou seja, fazer laço social.

Dessa forma, cada pessoa do grupo, através deste registro, testemunha o poder do dispositivo da fala, do laço transferencial, de fazer advir o que parecia fadado à inexistência. Podendo assim, ser autor de sua história, e se conhecer a partir dela. Sendo assim, o “registro é aquilo que se inscreve no corpo, a partir da intervenção do Outro, e que permite que o sujeito “saiba” quem ele é, reconheça-se, identifique-se com seu nome próprio e seja capaz de dizer: “Este sou eu.”” (COSTA, 2001, p. 13).

Ramalho (1997) cita que é comum ouvir no social que louco é aquele que diz bobagens, coisas sem nexos, que delira. No entanto, a questão é escutar o seu discurso na sua singularidade, respeitando a sua lógica, pois ele tem uma, porém distinta. A partir do fragmento de seu texto nos vem à fala de uma das pacientes, ao

dizer: *“antes de adoecer achava que loucos eram aqueles que eram diferentes, e hoje, depois do que passei, sei que a loucura é um sofrimento (sic).”*

É importante situar que esta paciente tinha um histórico de várias internações, fazia uso de muitas medicações e freqüentava o ESF quase que diariamente, e quando encaminhada para o SSM, aparece de forma estereotipada, quase que exibindo sua loucura. Suas palavras nas relações mais imediatas e sociais não tinham valor.

Afirmamos que a partir da presença de alguns testemunhos foi possibilitada a devolução de sua palavra, e uma palavra com valor. Por isso, num dado momento, ela se autoriza a falar mais no grupo e na vida, chegando a mudar seu conceito de loucura e, a partir das intervenções no grupo passa a fazer aula de guitarra, um sonho que parecia impossível de se realizar, já que há anos ela comprara uma guitarra, mas se não houvesse alguém para escutá-la ou testemunhar seu desejo, a guitarra não faria função.

E ao propormos que o tratamento, mesmo na loucura produz vida, os testemunhos no grupo passam também a fazer da sua loucura uma forma de viver, cada um a sua maneira. Brotando assim, durante os encontros, diários com registros de experiências, relatos de fino gosto musical, retorno de atividades do cotidiano que haviam sido interrompidas ou eram apenas sonhos que passam a ser possíveis.

Esta mesma paciente, em outro momento diz que gostaria de poder fazer mágica, pois assim, coisas que demoram a acontecer, ela poderia fazer com que acontecessem mais rápido. E neste momento a discussão passa a ser coletiva, e todos começam a pensar na mágica e em o que poderia ser feito se tivessem tal poder. Nesse sentido, a fala desta paciente circulou entre todos os presentes, sendo possível que cada um falasse sua idéia de mágica.

Em outro momento, uma paciente diz: *“eu achava que eu me conhecia, mas hoje não sei mais quem eu sou (sic).”* Mais uma vez, esta vira uma fala possibilitadora para todos, pois a partir desta, questionam-se: mas nós sabemos quem somos o tempo inteiro? E por ai, as mais diversas falas emergem e fazem eco em cada um que ali estão,

Tanto o SSM, quanto a equipe do ESF, através dos encontros onde é possível construir estratégias de intervenção para cada paciente, construindo assim, seu projeto terapêutico, podemos perceber efeitos nos usuários envolvidos, tais como: reinserção na sociedade, a diminuição do uso de medicamentos, o estreitamento dos laços com as pessoas que conduzem o grupo e com as que participam, a diminuição das visitas ao ESF, e principalmente, o aumento na possibilidade de narrativa.

Esse construir e desconstruir falas um a um no grupo, como já dissemos, produz a passagem de registro para experiência. Com isso, o sujeito passa a ter uma narrativa mais rica de sua própria vida e de seus pares. Verificamos também esta mudança de posição subjetiva no decorrer dos encontros, pois no início estes pacientes vinham como se não tivessem nada a dizer, ou as coisas que eram ditas não os afetava.

A modernidade traz como marca a fragilidade das relações, como se o que cada sujeito vive no instante seguinte já tenha passado, como se estas vivências não fizessem marca, não fizessem cadeia. Conforme nos aponta Baumann (2001, p.184) a “[...] a precariedade, instabilidade e vulnerabilidade é a característica mais difundida das condições da vida contemporânea”. Retomamos o quanto esta instabilidade, a falta de garantias e a fluidez provocam no laço social monólogos, ensimesmamento, recolhimentos ou falas desenfreadas que nada dizem. pois, ainda a partir do autor, sabemos que os sujeitos “[...] não conversam entre si, mas estão em constante comunicação, têm muito pouco em comum, mas simulam semelhança” (BAUMANN, 2001, p. 184)

Esses foram traços percebidos no grupo; uma solidão, um empobrecimento na narrativa e uma fragilidade nas relações, como se o sujeito tivesse a sensação de não pertencimento, tendo como efeito direto dúvidas em torno do sentido de sua existência. De modo que não era possível ver uma história sendo desdobrada e reconstruída, e sim, uma necessidade de construí-la como um todo, juntar os pedaços e fazer sentido a partir das memórias de cada sujeito, em meio a confusões, contradições e paradoxos.

“De conversa em conversa, a tarefa inicial do psicanalista é acatar a interlocução taticamente para dela destacar a elocução, converte-la em fala associativa como um modo de fazer o sujeito se apresentar com quantas palavras puder. A partir daí estamos no solo,

paradoxalmente irreduzível. Por sucessivos deslocamentos, essa fala se transforma numa dúvida potencial sobre o que diz e o que se pensa, sobre aquilo em que se acredita. Está criado o embaraço. Daí em diante, os dados estão lançados. O sujeito não está sozinho, inteiramente entregue a sua sorte. O acaso é uma contingência e não uma fatalidade. O analista se encarrega de tratar dessa contingência, garantindo a elocução para relançá-las a outras possibilidades de significação, fazendo vacilar a posição inicial do sujeito a partir de sua intervenção.” (FIGUEIREDO, 1997, p. 73)

Ao não se ter registro algum sobre si, não se tem experiência, e esta é uma condição angustiante e solitária, pois o sujeito não tem nenhuma apropriação daquilo que vive. Mas, há sim uma construção a ser feita. Mesmo onde no início não há palavras a serem ditas, ainda assim, é possível produzir uma narrativa, pois estes sujeitos possuem traços, marcas, registros de sua vivência e como nos afirma Costa (2001, p. 33) “[...] o sujeito é aquilo que se faz reconhecer do registro de sua experiência”. Então, estes traços de vivências podem se transformar em experiências, ao se produzir um testemunho. Sendo assim, essa passagem de registro para experiência só é possível através da fala, porém uma fala endereçada a um outro, ao se supor um saber sobre si que pode testemunhar sua narrativa.

Através desse construir e desconstruir falas um a um possibilitado no grupo, como já dissemos, produz-se esta passagem de registro para experiência. Dessa forma, não será um autor sozinho, que ignora a dimensão que lhe ultrapassa, mas sim, terá sua história permeada por outras pessoas. Passando assim, a ter uma narrativa mais rica de sua própria vida e de seus pares.

Ramalho (2006) já nos alertara de que “o sujeito começa a existir, isto é, passa a ter lugar no mundo a partir da rede de narrativas com que tece sua vida”. Ousamos afirmar que a partir dessa emergência subjetiva do sujeito, produzem-se mudanças efetivas no laço social, pois o “[...] “laço social” articula-se como um discurso: o sujeito é efeito de linguagem e não de natureza.” (BACKES, 200, p. 63). Desta forma, o anestesiamiento, a indiferença, a fragilidade tão presente no laço social pode ser transformada pela palavra.

“(...) não importa muito o que os loucos possam dizer, pois desde essa posição (despossuídos de razão) produziu-se um sujeito para quem a palavra, por si só, não tem valor de circulação social. É preciso que algum outro, que não esteja socialmente situado nesse lugar, autorize e confira valor ao seu dizer.” (SILVA, 2007 p. 114)

Podemos constatar através da experiência no grupo, que no momento em que o sujeito é autorizado a falar para alguém que o escute, passa a se escutar também, apostando que vale a pena escutar a si e aos outros, e se deixar afetar

pelas falas de seus pares. Conforme presenciamos no início do grupo de Convivência, uma mãe falava pela filha, e ao perceber que os pares no grupo escutavam o que esta filha tinha a dizer, fica surpreendida, e passa a escutá-la.

Sabe-se que o grupo, quando mediado, possibilita a circulação da palavra. Ora, é claro que identificações podem emergir a partir da fala do integrante ao lado. Tais identificações são importantes na medida em que organizam e acolhem, dando elementos de “não estar sozinho”, além de impulsionar o questionar-se a partir de um lugar outro. Entretanto, cabe ao profissional, que escuta e orienta nessa modalidade de trabalho, evite que as identificações produzam colagens.

Tais colagens significam “uma integra imitação” do fazer e do saber do outro. O sujeito acaba por anular a singularidade de sua história e narrativa para dar lugar ao outro idealizado e que produziu identificação. Sendo assim, cabe ao analista com sua escuta, quebrar tais identificações, romper tais colagens, evitando assim, a função e relação especular (de espelhar-se em relação ao outro).

“[...] ‘a dificuldade de se conviver com a diferença’, talvez possamos pensar que a dificuldade é justamente a de se deparar com a semelhança encontrada neste, até então, totalmente diferente. Podemos pensar que, mais do que a diferença, o que incomoda é o que ela remete de semelhante.” (RAMALHO, 2003, p.29)

O grupo não possui a função de verificação de fatos escutados na clínica, muito menos informar o quadro de evolução. Trabalhar com grupos implica em saber escutar e saber o que fazer com o que se escuta. É trabalhar as diferenças, as semelhanças e as quebras de identificação. Sendo assim, a travessia de um grupo trata-se de transformar queixas em demanda de trabalho, transformar palavras em narrativas e, tomar tais narrativas como transformação no laço social a partir de uma mudança discursiva e psíquica através do testemunho.

### **Referências:**

ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (org). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

BACKES, C. Laço social e sintoma social. In: BACKES, C (ORG) **O que é ser brasileiro?**. São Paulo: Escuta, 2000.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BROIDE, J. **Psicanálise nas situações sociais críticas**. Violência, juventude e periferia: Uma abordagem grupal. Curitiba: Juruá, 2009.

CAMPOS, R. O. **Clínica: A palavra negada** – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n. 58, p. 98 – 111, maio/ago. 2001.

COSTA, A. **Corpo e escrita**: relações entre memória e transmissão da experiência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

COSTA, L. F.; BRANDÃO, S. N. **Abordagem Clínica no Contexto Comunitário**: Uma Perspectiva Integradora. Psicologia & Sociedade; 17 (2): 33-41; mai/ago. 2005.

CUMIOTTO, C. R. **As entrevistas preliminares e a clínica psicanalítica**. In: BACKES, C. A clínica psicanalítica na contemporaneidade. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

CUMIOTTO, C.; KAMERS, M. **As especificidades da escuta no trabalho de uma equipe de Saúde Mental**. Comunicação Oral no Fórum Catarinense sobre formação em Psicologia, Lages: ABEP, 2004.

ELLIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

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

FREUD, S. (1917) Transferência. In: S, Freud **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v.16, p. 443-449, 1996.

\_\_\_\_\_. (1917) O sentido dos sintomas. In: S, Freud **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v.16, p. 265-280, 1996.

\_\_\_\_\_. (1921) Psicologia de grupo e análise do ego. In: S, Freud **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v.18, p. 79-145, 1996.

\_\_\_\_\_. (1917) Transferência. In: S, Freud **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v.16, p. 443-449, 1996.

GAGNEBIN, J. M. **Lembrar, escrever, esquecer**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2006.

HumanizaSUS: **A clínica ampliada**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 1978.

\_\_\_\_\_. J. O seminário, livro 7: **A ética da psicanálise** (1959). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

\_\_\_\_\_. J. O seminário, livro 11: **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.



RAMALHO, R. M. **A escuta do delírio na clínica da psicose**. C. da APPOA, Porto Alegre, n.111, mar. 2003.

RAMALHO, R.M. Clínica das Psicoses: os impasses da transferência. In: **Psicose: aberturas da clínica**. Porto Alegre: Libretos, 2007

RAMALHO, R.M. Reescrever ou inventar uma história?. In: **Revista da associação psicanalítica de Porto Alegre**. In: Narrar-Construir-Interpretar, Porto Alegre, n. 30, junho. 2006.

SILVA, M.C.C. Psicose e o laço social. In: **Psicose: aberturas da clínica**. Porto Alegre: Libretos, 2007

VOLICH, R. M. **A clínica dos farrapos**: Por uma clínica psicanalítica das desorganizações. Revista Percurso, no 34, 1/2005, p. 85-98