

# O GRUPO DE ESCUTA COMO UM DISPOSITIVO CLÍNICO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II)

*THE LISTENING GROUP AS A CLINICAL DEVICE  
IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER (CAPS II)*

*EL GRUPO DE ESCUCHA COMO UN DISPOSITIVO CLÍNICO  
EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL (CAPS II)*

*Antônio Carlos Nunes de Carvalho Júnior\**

*Deise Matos do Amparo\*\**

*Raiane Nunes Nogueira\*\*\**

## RESUMO

Este artigo tem como objetivo discutir o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) por meio do processo de mediação simbólica proporcionado pelo dispositivo do grupo de escuta em seus aspectos relacionados à apropriação subjetiva de experiências excessivas no contexto da fala que se constrói coletivamente no grupo. A metodologia utilizada foi a da pesquisa participante, com inserção do pesquisador nas reuniões do grupo de escuta e coleta dos dados por meio de registros sistematizados, realizados após as reuniões, em diário de campo. Evidenciou-se a importância do grupo no CAPS, tanto como dispositivo clínico e ambiente maleável, espaço de continência e acolhimento para reconhecimento e elaboração de experiências excessivas, angústia e vivências traumáticas, quanto como portador de efeitos traumáticos. Conclui-se que o grupo é fundamental como espaço de escuta e fala no âmbito do CAPS, e que essa atividade precisa ser melhor enquadrada e integrada enquanto dispositivo.

*Palavras-chave:* CAPS; grupo; cuidado; escuta; trauma.

---

\* Doutorando em Psicologia Clínica pelo Departamento de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). Psicólogo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Brasil. antoniocarlos.psicologia@gmail.com

\*\* Professora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil. Bolsista Produtividade 2 do CNPQ. deise.amparo.matos@gmail.com

\*\*\* Graduanda em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil. rai.nogueira@gmail.com

**ABSTRACT**

This article aims to discuss care in a Psychosocial Attention Center (CAPS II) through the process of symbolic mediation provided by the listening group device in its aspects related to the subjective appropriation of excessive experiences in the context of speech that is built collectively in the group. Participant research methodology was used, with insertion of the researcher in the meetings of the listening group and data collection through systematized records, made after each meeting, in field diaries. The importance of the group in the CAPS was manifested, both as a clinical device and malleable environment, space of continence and reception for recognition and elaboration of excessive experiences, anguish and traumatic experiences, as well as a bearer of traumatic effects. In conclusion, the group is fundamental as a space for listening and speaking within the scope of the CAPS, and this activity needs to be better framed and integrated as a device.

*Keywords:* CAPS; group; care; listening; trauma.

**RESUMEN**

Este artículo tiene como objetivo discutir el cuidado en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS II) a través del proceso de mediación simbólica proporcionado por el dispositivo del grupo de escucha en sus aspectos relacionados a la apropiación subjetiva de experiencias excesivas en el contexto de la habla que se construye colectivamente en el grupo. La metodología utilizada fue la de la investigación participante, con inserción del investigador en las reuniones del grupo de escucha y recolección de los datos por medio de registros sistematizados, realizados posteriormente a las reuniones, en un diario de campo. Se evidenció la importancia del grupo en el CAPS, tanto como dispositivo clínico y ambiente maleable, espacio de continencia y acogida para reconocimiento y elaboración de experiencias excesivas, angustia y vivencias traumáticas, como portador de efectos traumáticos. Se concluye que el grupo es fundamental como espacio de escucha y habla en el ámbito del CAPS, y que esa actividad necesita ser mejor encuadrada e integrada como dispositivo.

*Palabras clave:* CAPS; grupo; cuidado; escucha; trauma.

**Introdução**

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os CAPS são serviços abertos e comunitários, que se caracterizam como locais de referência e tratamento para

peças em sofrimentos psíquicos graves, quando a severidade e a persistência dos quadros clínicos justifiquem a permanência desses pacientes em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população (adultos, jovens e adolescentes) de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2004). O CAPS II faz parte da “atenção psicossocial estratégica/especializada” de atenção à saúde mental. De um modo geral, encontra-se em funcionamento dentro dos parâmetros e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Amarante e Torres (2001), os CAPS foram constituídos em um importante momento de redemocratização do país, quando a implementação do SUS e as conferências nacionais de saúde mental abriram novos caminhos para a saúde pública no Brasil, ocasionando uma grande articulação dos movimentos sociais e dos profissionais da saúde mental em busca de “uma sociedade sem manicômios”. Os autores descrevem que a reforma psiquiátrica brasileira foi bastante influenciada pela experiência italiana, que por sua vez teve em Basaglia o seu grande expoente. Para Basaglia (1968), os manicômios são instituições de controle social por meio da violência e da exclusão, onde os pacientes não têm possibilidades de negociação e os “técnicos” cumprem, de forma alienada, um mandato social. Assim, sob a influência do discurso de Basaglia, a abertura dos manicômios não significa apenas abrir as suas portas, mas ao abri-las, criar abertura e sensibilidade para a realidade e para as experiências dos pacientes (Nicácio, 1990).

Amarante e Torres (2001) salientam que o projeto inicial dos CAPS visava a um espaço que compreendesse e instrumentalizasse as pessoas para o exercício da vida civil, em serviços não cronificantes e não burocratizados, diferentes do hospital psiquiátrico. Na perspectiva dos autores, a institucionalização em modelos psiquiátricos tradicionais produz a cronicidade da doença, mais do que uma suposta evolução natural, por conta de fatores que permeiam a hierarquização, a tutela e a exclusão. Ao substituir essas instituições pelos CAPS, com uma proposta de continência multiprofissional, em vez de contenção, respeita-se a singularidade dos sujeitos.

O dispositivo do CAPS tem como desafio central a desinstitucionalização e deve ser compreendido como um modo de operar o cuidado, e não como um mero estabelecimento de saúde. O cuidado no âmbito dos CAPS se sustenta

por um tripé que tem como base a rede, a clínica e o cotidiano do serviço. Tal cuidado, denominado de clínica ampliada, é fruto da relação do serviço com a comunidade (Leal e Delgado, 2007).

Os CAPS possuem diversos dispositivos clínicos e sociais. No funcionamento do cotidiano institucional, existem oficinas que auxiliam no trabalho de organização e recreação do cotidiano, de mediações para os trabalhos terapêuticos, de inserção social, de espaço de convivência, de facilitação dos encontros e de simbolização das histórias de vida. Guerra (2004) aponta que os CAPS, por meio das oficinas terapêuticas, facilitam a reabilitação e reinserção social dos pacientes, promovendo a “inscrição da loucura na cultura e na cidadania”. Na mesma vertente, Mendonça (2005) enfatiza esses espaços de convivência dos CAPS como propiciadores da criação e da reinvenção do cotidiano, da reconstituição do direito de criar, opinar, escolher e relacionar-se. Além disso, os CAPS facilitam a convivência em grupo, auxiliam no retorno à vida familiar e social, melhoram a comunicação e as negociações e dão continência ao delírio ou à produção excessiva de associações, na articulação de uma dimensão sociopolítica com a dimensão da subjetividade (Santos, 2003; Ribeiro, 2004).

Todo esse amparo institucional proporciona espaços de expressão e simbolização em níveis e registros diferentes, para demandas e necessidades diversas. É válido ressaltar que, por meio das reuniões, supervisões e assembleias, busca-se adequar melhor as ofertas às demandas dos pacientes atendidos. Entretanto, é evidente que a reinvenção e transformação dos dispositivos, bem como seus potenciais, estão sempre aquém das urgências, emergências e crises características de pessoas em estado de sofrimento psíquico grave, dadas a complexidade desses quadros, aliada aos diversos problemas sociais que acometem muitos dos pacientes.

Os sofrimentos psíquicos graves (Costa, 2006) compõem a maior parte da clínica dos CAPS e se referem a pacientes que apresentam angústias excessivas e desorganizadoras, afetos insuportáveis e desestabilizadores para o ser e que o comprometem no funcionamento individual, familiar, institucional e social. Essa denominação refere-se mais aos fenômenos existenciais e menos às definições sintomatológicas e classificações nosográficas, embora abarque a clínica dos funcionamentos limites, das depressões graves e das psicoses, que compõem a maior parte da clínica do CAPS. A psicose seria o ponto culminante da perda do contato com a realidade e dos comprometimentos cruciais em relação ao sentir e ao existir, evidenciando as problemáticas advindas da cisão do Eu e dos prejuízos extremos do sentir (Minkowski, 1927/1997), bem como das agonias mais primitivas e intrusões ambientais (Winnicott, 1952/2000, 1963/1994).

Na compreensão de Enriquez (1991), os pacientes das instituições de tratamento em saúde mental são pessoas que passaram por excessos, que se defrontaram com o arbitrário e não com uma lei estruturante. Muitas vezes, o que é instituído é justamente uma falta de esperança, associada a um aumento das angústias de morte (devoração, vazio, desmoronamento) e de ausência de forma. Percebem no social uma ameaça sempre pronta para agir. Apresentam-se como indivíduos desajustados, fragmentados, atravessados pela pulsão de morte, impelidos por um ódio de si e do outro. Essas tendências destrutivas Ferenczi (1929/2011) relaciona às crianças que foram mal acolhidas na infância. A descrição de Enriquez (1991), apesar de se referir aos hospitais psiquiátricos, assemelha-se muito ao público atendido nos CAPS, que chegam ao serviço após passarem por diversas experiências, dentre elas a própria crise psíquica, que se configuram como excessivas e traumáticas. As vivências excessivas são relacionadas por Freud (1893/1996) à etiologia das neuroses traumáticas, quando evocam “afetos aflitivos” (susto, angústia, vergonha ou dor física).

Atualmente, por meio do acolhimento e ampliação dos espaços de trocas e fortalecimento de vínculos, os CAPS dão suporte de cuidados para elaboração dessas experiências excessivas. É um local para dar continência e sentido ao sofrimento, bem como produzir modos de transformação das angústias e experiências vividas (Leal e Delgado, 2007).

Os CAPS são modelos de atendimento bastante ousados, que têm por objetivo reintegrar e inscrever a loucura na sociedade, provocando as comunidades para refletirem acerca daqueles que foram segregados e isolados. As propostas de cuidado e intervenção ampliada e territorial dos CAPS são desafiantes e demandam reflexões contínuas acerca dos dispositivos de cuidado proporcionados, considerando que se trata de acolher uma clínica que pode ser caracterizada como “clínica de extremos” (Estellon e Marty, 2012), marcada pela intensidade do sofrimento psíquico e pelas exigências de continência, que coloca pacientes e terapeutas nas fronteiras do que é suportável na vida, mobilizando experiências contratransferenciais de rara intensidade nos limites do que é pensável, experimentável e representável. Os excessos, as falhas e as discontinuidades do ambiente (Winnicott, 1952/2000) dificultam o trabalho de apropriação da experiência subjetiva (Roussillon, 2014a, 2014b).

Os impactos psíquicos e fantasmáticos das experiências subjetivas e as falhas ambientais que caracterizam as experiências excessivas e traumáticas devem ser contemplados no trabalho com essa clínica no intuito de propor dispositivos que possam acolher e facilitar a elaboração de tais experiências, em um primeiro momento por meio do reconhecimento e posteriormente pela simbolização. Assim,

a clínica dos extremos, ou do sofrimento psíquico grave (Estellon & Marty, 2012; Costa, 2003), que compõe a maior parte das problemáticas contemporâneas dos usuários atendidos nos CAPS, demanda dispositivos de cuidado que possam sustentar um trabalho envolvendo o enquadramento e as mediações terapêuticas em um registro simbólico precoce. Assim, seguimos Roussillon (1995) quando diz que para esses casos que demandam um acolhimento do sensível, e nesse sentido, os dispositivos de cuidado devem ser pensados como dispositivos que acompanham o processo de simbolização a partir da capacidade atual de simbolização de cada paciente.

Nesse ponto, cabe destacar a importância da contribuição de Ferenczi (1933/2011), que qualifica a escuta sensível dos pacientes, principalmente quando eles o criticavam, como tendo ajudado a ganhar a sua confiança, quando conseguia assumir seus erros e renunciar a eles. Desse modo, podia se estabelecer o contraste entre o presente e o passado insuportável e traumatogênico. Esse contraste é indispensável para que o passado seja reavivado, não enquanto reprodução alucinatória, mas como lembrança objetiva. Ademais, no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico grave, é essencial retomar o conceito de “tato psicológico” proposto por Ferenczi (1928/2011), ou seja, a faculdade de sentir com, pois os pacientes percebem as sutilezas dos desejos, tendências e humores do terapeuta. Quando o paciente está sem consciência é afetivamente, em seu transe, como uma criança que não é mais sensível ao raciocínio, mas, no máximo, à benevolência materna. Assim, se a benevolência falha, o paciente se vê abandonado e aflito, na mesma situação que o levou à clivagem psíquica. Eles apenas se impressionam com uma simpatia autêntica (Ferenczi, 1933/2011).

Outro aspecto do acolhimento no CAPS diz respeito à adaptação do ambiente e do enquadramento às necessidades dos pacientes atendidos, tal como abordado por Winnicott (1952/2000) por meio do conceito de mãe suficientemente boa. Esta, que não é necessariamente a própria mãe do bebê, é quem efetuará uma adaptação ativa às necessidades dele. Tal adaptação diminui gradativamente com a crescente capacidade do bebê em tolerar as frustrações e avaliar o fracasso da adaptação. O autor considera tal função essencial para que o bebê progrida do princípio do prazer para o princípio de realidade e para a identificação primária, o que exige do cuidador certa devoção, preocupação fácil, sem ressentimentos. Ambientes intrusivos nas experiências precoces estão relacionados ao desenvolvimento de estados psicóticos (desilusão precoce), pois fazem a criança perder a sensação de ser pela quebra na experiência da continuidade e da criatividade (ilusão), diferentemente da criança saudável, à qual foi permitido descobrir o ambiente de forma ativa.

Nessa perspectiva, a adaptação variável possui potencial traumático e a saúde mental é o produto de um cuidado incessante que possibilita a continuidade do crescimento emocional.

É importante sublinhar que para Figueiredo (2009), a noção de cuidado envolve a alma, o corpo e a ética como disposição de receber novos membros. Assim, as práticas de cuidado estão ligadas à tarefa de “fazer sentido” frente às falhas, excessos e descompassos que desafiam a vida humana, sendo fundamental que o agente de cuidados se apresente como uma presença implicada em três campos: intersubjetividade transubjetiva (sustentar e conter), intersubjetividade interpessoal (reconhecer) e intersubjetividade traumática (interpelar e questionar), ao mesmo tempo que tenha atenção à transferência e aos perigos da implicação excessiva, ou seja, é necessário agir em equilíbrio. É a introjeção das funções maternas e paternas, por parte do cuidador, que vai favorecer o trabalho de construção de sentidos. Essas funções foram nomeadas inicialmente por Bollas (2009) como os “objetos transformacionais de nossa infância” (p. 19), referindo-se às regras e codificações que se tornam parte do ego a partir do tratamento e dos cuidados recebidos no início da vida.

A função terapêutica de todos os dispositivos passa inevitavelmente por uma teoria prévia do sofrimento psíquico e do cuidado, compreendendo que uma teoria do sofrimento psíquico advém da não apropriação da história e da experiência subjetiva. A partir das considerações de Roussillon (2014a, 2014b) compreende-se que os traços interiores formados pelas experiências subjetivas (matéria primeira do psiquismo) trazem a complexidade de não poderem ser imediatamente integrados ao psiquismo. O tratamento da matéria primeira requer a externalização e a transferência para a matéria perceptiva, o que demanda um processo de metabolização em três funções: a função fórica (conter e portar), a função semaforica (colocar em forma significante), e a função metafórica (tornar simbolizável e integrável) (Roussillon, 2014a, 2014b).

A experiência subjetiva deixa traços interiores que são simbolizados ou não. Essa matéria primeira é inconsciente e enigmática. Ela é multissensoriomotora, multiperceptiva, multipulsional, mistura o dentro e o fora, o eu e o objeto e os fatores subjetivos e objetivos. Ela é sempre ameaçada de confusão, além de ser produzida no encontro “eu-outro”. Além disso, Roussillon (2014a) enuncia que, para tratar a matéria primeira, é necessário externalizá-la, transferi-la para uma matéria perceptiva, descondensar sua complexidade e reparti-la entre diferentes objetos articuláveis entre eles. Esse processo é importante para o tratamento da experiência subjetiva traumática, e é nesse sentido que os dispositivos criados pela equipe de saúde em um CAPS devem ser pensados e propostos.

No contexto dos CAPS, o trabalho de grupo comparece como dispositivo fundamental para a apropriação subjetiva de experiências excessivas. Segundo Kaës (2014), o grupo é uma entidade específica dotada de processos e formações próprias. A noção central é que as associações de cada sujeito são conectadas com as representações que lhe são próprias e que polarizam seu discurso associativo, mas também com as associações de outros. Assim, cada associação, apreendida nos movimentos transferenciais, é uma contribuição à cadeia associativa que se forma como discurso do grupo. Dentre as funções intermediárias acopladas aos processos associativos, têm-se as funções fóricas, preenchidas por alguns sujeitos no grupo (porta-voz, porta-sonho, porta-sintoma). Nesse sentido, o laço é uma formação intermediária entre os sujeitos e as configurações de ligações (grupo, família, instituição). O sujeito do grupo contém em seu espaço interno de formações grupais manifestações de uma propriedade geral da matéria psíquica, aquela de associar e desassociar, de agregar e de desagregar. O sujeito do grupo é ele mesmo um sujeito intermediário. (Kaës, 2014).

O dispositivo grupal é sinalizado por Lecourt (2007) como possibilidade para o tratamento do traumatismo, pois os mecanismos de defesa mais comuns asseguram uma plataforma para o tratamento dos materiais mais arcaicos, que são aqueles associados aos traumatismos. O processo terapêutico dos trabalhos em grupo, por meio do amparo e da continência que podem ser proporcionados pela equipe terapêutica, apresenta eficácia principalmente quando existem espaços de elaboração. Caso contrário, as angústias primitivas tomam espaço e as defesas são enrijecidas, impossibilitando a adequação do enquadramento às necessidades do paciente. Lancetti (1993), em uma perspectiva ampliada da saúde mental, aborda a importância da instalação de dispositivos coletivos, democráticos e terapêuticos. Destaca que na clínica com psicóticos “estar louco com os outros” (p. 158) cumpre importante função continente e terapêutica, em vista dos processos de ressignificações que o trabalho coletivo proporciona e que não são alcançadas nas consultas individuais. Entretanto, os grupos com pacientes psicóticos demandam do coordenador conhecimentos de múltiplos recursos e habilidades em compartilhar com os participantes para evitar a concentração afetiva, transferencial e conseguir manejar as ameaças constantes de desintegração desses grupos. Também na clínica com psicóticos, Vitta (2008) enfatiza que o coordenador deve ser constantemente presença atenta e que a terapêutica versa acerca de um trabalho pela identificação e estímulo à criação de laços sociais.

Segundo Campos, Rosa e Campos (2010), os grupos psicoterapêuticos nos CAPS e serviços semelhantes são organizados e estruturados de formas diversas e heterogêneas. Os autores sinalizam que os trabalhos clínico e de inclusão devem



estar sintonizados e não se sobreponem. Furlan e Ribeiro (2011) salientam a importância do psicólogo atuar no grupo de forma inovadora e criativa a cada encontro, sem deixar de lado os aspectos teóricos e metodológicos de suas atividades. Consideram a escuta em grupo nos CAPS como importante instrumento para o processo de autonomia, criatividade, melhora das relações interpessoais e reinserção social. Cardoso e Seminoti (2006) destacam a necessidade da problematização dos grupos psicoterapêuticos nos CAPS em sua complexidade e interdependência com a instituição e a realidade social dos pacientes. Acrescentam que é um dispositivo importante no estímulo à ampliação dos vínculos entre os participantes.

A experiência de escuta de grupo no contexto institucional dos CAPS apresenta particularidades fundamentais que dependem da instituição ao qual o grupo está ligado, dos objetivos propostos, dos pacientes que são admitidos, de como é realizada a seleção, de ser um grupo fechado ou aberto, de seu tempo de duração, dentre outras diversas variáveis que influenciam o grupo, suas possibilidades e o modo de condução. Assim, apontamos a importância dos grupos de fala no contexto dos CAPS. Embora sua prática seja bastante comum, existem poucos estudos sobre tais grupos nesse contexto.

Diversas referências importantes têm surgido na prática institucional francesa para apoiar o trabalho de construção de dispositivos grupais, que têm sido fundamentais para a reflexão das mediações com pacientes com sofrimento psíquico grave. Segundo Brun (2014), os enquadramentos e os dispositivos de mediação se apresentam sob as mais diversas formas, cujas particularidades podem levar a dois tipos principais de dispositivos, de mediação e de criação (ou dispositivo cultural e artístico), centrados na capacidade de criar e de transformar, e não de explorar a transferência ou de interpretar, como na psicoterapia. Embora esses dispositivos tenham questões fundamentalmente diferentes, o trabalho sobre o meio maleável é o princípio comum.

O meio maleável é a função de relação primitiva ou de comunicação primitiva com o objeto primeiro. As propriedades ou características do meio maleável são indestrutibilidade, extrema sensibilidade, transformação indefinida, disponibilidade incondicional e animação própria, que estão na origem das representações de objetos. Nessa vertente, pode-se defini-lo como o objeto transicional do processo de simbolização, ou seja, ele representa as condições do ambiente humano facilitadoras do processo de simbolização. Essas características são particularmente importantes no trabalho com as psicoses, os funcionamentos limites e com os traumatismos psíquicos precoces (Roussillon, 2005, 2015). Nesse sentido, Lobosque (2003) enfatiza que a clínica do CAPS é uma clínica incondicional e que não funciona de outra forma.

Os processos de mediação possuem grande importância no cotidiano de um CAPS, como descrito, pois possibilitam um trabalho terapêutico possível, em especial com pacientes com sofrimentos psíquicos graves. Roussillon (2014a) enfatiza que os processos de mediação contornam o processo evacuador na relação entre os usuários e os profissionais, pois a utilização do clínico como espaço de projeção e transferência (lixreira) pelo paciente apresenta uma problemática dupla: pode abalar a sua identidade e a sua capacidade de empatia (em especial nas problemáticas narcísico-identitárias). Por sua vez, facilita o trabalho do paciente utilizar o terapeuta como matéria a simbolizar, ou seja, usar o objeto como abjeto.

Nesse contexto, é crucial a adequação do dispositivo às necessidades do paciente. Um bom dispositivo clínico é aquele que está mais próximo de ser “sob medida” para um sujeito, que apresente funções que facilitem o trabalho clínico de apropriação subjetiva e simbolização. O sujeito em sofrimento psíquico demanda poder transferir e atualizar suas questões no encontro clínico; desse modo, o dispositivo (que organiza as condições do encontro) deve ser atraente do processo transferencial, deve possibilitar uma intensidade suficiente de fenômenos transferenciais e ser revelador dessa dimensão. Para tanto, é necessário um espaço de “segurança subjetiva”, que advém do “contrato simbólico” (Roussillon, 2014b).

Portanto, tendo em perspectiva a importância dos dispositivos, particularmente os de grupo, para o trabalho com os sofrimentos psíquicos graves, o objetivo deste artigo é discutir o cuidado em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) por meio do processo de mediação simbólica proporcionado pelo dispositivo de cuidado em um grupo de escuta. Buscaremos apresentar aspectos relacionados à apropriação subjetiva e a experiências traumáticas no contexto do discurso que se constrói coletivamente em um grupo de escuta aberto.

## Método

O método desta pesquisa valorizou o modelo da pesquisa participante (Demo, 2008) e o modelo de compreensão de fenômenos psicológicos a partir de uma abordagem qualitativa que possibilita a emergência de conteúdos objetivos e subjetivos dos participantes. A pesquisa ocorreu em um CAPS II, um serviço que faz parte da “atenção psicossocial estratégica/especializada” da região leste de atenção à saúde mental do Distrito Federal e atende uma região com mais de um milhão de habitantes. Atualmente possui mais de quatrocentos pacientes ativos em tratamento, todos adultos, com quadros clínicos e em processos terapêuticos singulares.

O estudo foi realizado em um grupo de escuta aberto do CAPS II formado há quase cinco anos por demanda de usuários e servidores para que houvesse um espaço que privilegiasse o acolhimento do sofrimento e das demandas por meio da fala e da escuta. Trata-se de um grupo misto que abrange pessoas com sofrimentos psíquicos graves e diagnósticos diversos: depressão, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno de personalidade e transtorno de ansiedade. Antes da criação desse grupo, funcionavam na instituição apenas grupos artísticos, culturais, esportivos e assembleias institucionais. Alguns dos participantes do grupo também faziam parte de outras oficinas oferecidas pelo serviço.

O grupo foi conduzido por dois psicólogos e dois estagiários, com um encontro semanal por um período de duas horas. Após a realização dos encontros, os estagiários e servidores se reuniam para discutir e analisar as intervenções e duas pessoas realizavam o registro do relato de campo, buscando abordar o conteúdo das sessões do grupo e a ampliação do campo de observação. Foram realizadas e registradas por relato de campo dezoito reuniões do grupo de escuta, ao longo de cinco meses.

O presente artigo faz parte do projeto “Dispositivos artísticos e culturais no CAPS II: cuidado, simbolização e mediação”, CAAE 61350016.4.0000.5540, aprovado no comitê de ética do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília em 22/02/2017 (Parecer nº 1.943.275).

## Resultados e Discussão

O trabalho com grupos neste CAPS II apresenta certa multiplicidade em suas ofertas e alguns grupos se organizam pela sugestão dos pacientes. De um modo geral, são divididos em quatro campos: grupos de fala, grupos artísticos, grupos de atividades físicas e grupos de geração de renda. Muitos possuem em seu potencial e em sua prática um enfoque na convivência, sem que haja um objeto mediador evidente, mas sim a proposta de encontros espontâneos nos locais da instituição ou fora dela. O funcionamento das oficinas terapêuticas como dispositivos de cuidado ao longo dos últimos anos tem alcançado maior potencial terapêutico, e tal fato pode ser constatado na maior adesão dos pacientes ao serviço.

### *O dispositivo clínico: grupo de escuta*

O “grupo de escuta” acontece há quase cinco anos no CAPS e recebe pessoas que escolhem participar após serem inseridas no serviço e conhecerem bre-

vemente todas as atividades, ou aquelas às quais são encaminhadas pelos diversos técnicos do CAPS, por perceberem uma demanda para esse trabalho. Apresenta uma rotatividade de integrantes relacionada ao plano terapêutico singular, ou seja, temos pessoas que estão no grupo há mais de dois anos e outras há apenas meses. Percebemos que essa flexibilidade traz benefícios em relação ao acolhimento dos novos pacientes pelos mais antigos, já que estes também exercem funções importantes de cuidado e atenção, ao mesmo tempo em que buscam elaborar suas próprias experiências. Figueiredo (2009) observa que a disposição para acolher e cuidar passa também pela introjeção das funções maternas e paternas. Esse “fazer sentido” frente às falhas, excessos e descompassos do ambiente é realizado pelos cuidadores e também pelos integrantes mais antigos do grupo, muitas vezes com bastante habilidade e empatia. Cabe aqui também uma retomada do conceito de “tato psicológico” proposto por Ferenczi (1928/2011), ou seja, a faculdade de sentir com. Ademais, percebemos o importante trabalho terapêutico e de continência quando algumas pessoas relatavam suas experiências envolvendo alucinações auditivas no grupo permitindo-se estarem loucos juntos (Lancetti, 1993), o que pôde transformar aflições em risadas e brincadeiras.

O grupo foi formado por demanda de usuários e servidores para que tivessem um espaço que privilegiasse o acolhimento do sofrimento, das experiências e das demandas por meio da comunicação verbal. Desde o início, o grupo funcionou como um espaço onde as pessoas abordavam de diferentes formas suas angústias, as situações de excessos e violências, as experiências traumáticas que viviam ou que viveram relacionadas tanto às intensidades de presenças quanto às intensidades de ausências do ambiente. Uma das regras do grupo, como outras construídas coletivamente, era que os temas fossem abertos, as pessoas opinassem livremente, mas de maneira respeitosa, e que evitassem aconselhar-se demasiadamente. Essa proposta segue a vertente de Roussillon (1995), que compreende que um dispositivo clínico somente tem valor se organiza em seu seio um espaço de liberdade associativa para o paciente. Por exemplo, acerca do sentimento de desvalorização e não reconhecimento, um paciente relatou: “sinto que a minha palavra não tem valor e tenho que provar tudo o que digo à minha família (...). Sinto como se tivesse morrido e agora estou voltando”. Na mesma sequência, outro paciente enfatizou: “sinto que a minha palavra não tem valor, se falo mais alto já dizem que estou surtando”. Essas falas acerca da família puderam ser simbolizada em outros encontros, onde se evidenciou que a ausência de dois coordenadores foi percebida pelo grupo como desvalorização. O dispositivo grupal como atrativo e revelador das intensidades transferenciais facilitou aspectos da apropriação subjetiva (Roussillon, 2014b).

O grupo de escuta se traduziu em um lugar essencial não apenas para os participantes do grupo, mas para pensar a própria instituição e as diversas relações e vínculos que esta proporcionava. Na medida em que as pessoas iam se apropriando do espaço e sentindo-se mais confiantes, traziam questões e críticas relacionadas ao grupo e ao CAPS. Em um dos encontros, após algumas pessoas falarem de diversos incômodos que tinham no CAPS, foi decidido coletivamente organizar uma assembleia, que trouxe algumas melhorias para o ambiente, bem como maior participação de alguns pacientes no serviço. Esse processo de metabolização por meio do grupo muitas vezes é lento, mas é essencial para refletirmos sobre qual é o cuidado que o CAPS oferece, em vista do risco de se repetir no grupo, e enquanto instituição, relações violentas e de assujeitamento do outro. Nos encontros posteriores ao grupo, percebeu-se que o fato de termos quatro pessoas na coordenação possibilitava uma reflexão mais abrangente e adequada às necessidades dos pacientes, a construção de transferências múltiplas e um trabalho de continuidade (Winnicott, 1952/2000) mais adequado.

As dificuldades e desafios atinentes à condução e continência do grupo ocorreram, em parte, por ser um espaço que acolhe (mais do que outros grupos do CAPS) aqueles considerados “pacientes difíceis”. Isso já trouxe ao grupo de escuta o apelido de “a descarga do CAPS”. Por um lado, percebemos que alguns participantes estabeleceram uma relação bastante saudável com o grupo, o que resultou em importantes ganhos terapêuticos por meio da mediação grupal que contorna o “processo evacuador” (Roussillon, 2014a, 2014b). Por outro lado, outros integrantes relataram efeitos traumáticos e desorganizadores que necessitavam da continência de outros dispositivos do CAPS.

### *O grupo como continente e meio maleável*

O trabalho de continência das angústias e experiências excessivas é realizado no CAPS por meio de diversos dispositivos. Comumente, o grupo de escuta é referido pelos pacientes como o espaço onde conseguem dizer o que não pode ser dito em outros ambientes e na família. Uma das pacientes abordou em várias sessões a saga de ser cuidadora do seu pai (em estado terminal), que havia abusado dela sexualmente. No grupo ela relatou, emocionada, inúmeras vezes, o que não pôde ser integrado à família, a raiva e ambivalência para com o seu pai. Temas como esse encontraram ressonâncias em outras pessoas do grupo que passaram por momentos semelhantes. Essa paciente, que sofria de crises de ansiedade intensas, conseguiu aos poucos compartilhar suas angústias e manter-se nas sessões

por meio do amparo e aconchego dado pelos integrantes. Assim como outros pacientes, ela enfatizou várias vezes que ali era uma nova família e que podia falar, em contraste com o silêncio adoecedor que mantinha em sua família. Ademais, disse que se tornou mais incisiva (por vezes agressiva) e que falou do abuso aos seus familiares: “se eu falar tudo que sinto acabo com a minha família”. A negação do ato ocorrido, a descrença e a punição são para Ferenczi (1933/2011) justamente o que torna a violência patogênica, conferindo-lhe uma significação traumática. Nesse caso, o grupo funcionou como ambiente maleável, principalmente em relação à sensibilidade dos integrantes, que sofreram com a paciente desde a revelação aos familiares até o sepultamento de seu pai, configurando-se como um dispositivo “sob medida” (Roussillon, 2014b). No entanto, algumas situações demandam que a continência grupal esteja integrada com ações em outros contextos. Para tanto, comumente trabalhamos em parceria com o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV), Programa Saúde da Família (PSF), conselho tutelar, visitas domiciliares, reuniões de família, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Ministério Público, Hospital Regional do Paranoá (HRPA), dentre outras instituições.

De antemão, muitos buscam um reconhecimento do seu existir, da sua dor, da sua história. É comum haver uma desconfiança inicial dos pacientes quando eles chegam ao grupo e demonstrarem isso por meio da fala, do isolamento, do silêncio etc. Nesse sentido, um paciente relatou que “não é possível esquecer certas coisas. É como uma árvore que troca de folhas, mas a árvore continua lá”. O tema da desconfiança e das feridas nas relações pessoais foi abordado pelas pessoas em diversos encontros. Tanto a falta e o isolamento como o excesso foram verbalizados com sofrimento e indignação. Em um dos encontros, o tema girou em torno da conexão entre as pessoas e o sentido de viver ou não. Um dos integrantes relatou sentir que “todos estão ligados por cabos e fios, como se fossem marionetes; (...) quero me livrar dos cabos para que a minha passagem seja livre”. Outro integrante disse: “sinto dificuldades em vir de ônibus porque me sinto muito conectado, entro em sintonia demais”. Já um terceiro enfatizou ter tentado criar um mundo só para si mesmo, mas percebendo que isso estava lhe prejudicando voltou a sair de casa. Outra pessoa buscou, no fim do encontro, relacionar as falas anteriores com alguns significados religiosos. As angústias e ambiguidades relativas ao pertencimento ganharam outros sentidos nas associações daqueles que estavam em situação de isolamento social, pelo receio das confusões do indiferenciamento e das intrusões ambientais (Winnicott, 1952/2000). A desconfiança excessiva foi relacionada por Ferenczi (1929/2011) à pulsão de morte e às

experiências primárias infantis. Os excessos e as angústias relativas às experiências que esses pacientes trouxeram puderam ser (em parte) integrados para que pudessem permanecer e abordar tais sofrimentos em busca de novas possibilidades de vínculos. Desse modo, o grupo se mostrou importante dispositivo de acolhimento, continência e com uma função terapêutica de apropriação da história e da experiência subjetiva (Kaës, 2014; Roussillon, 2014a).

Em outra situação, uma paciente relatou de forma muito angustiada o falecimento de sua avó, com quem ela havia perdido o contato há alguns anos. Ela se sentia muito culpada com o distanciamento, tendo em vista graves conflitos no seio da família que motivaram um movimento de ruptura, evidenciando o aumento das angústias de morte (Enriquez, 1991). Inicialmente, o grupo ficou “sem palavras”, e aos poucos as pessoas relataram experiências de como lidaram com tais perdas. Uma pessoa falou do falecimento de seu filho por afogamento, quando ele tinha apenas cinco anos. Outros falaram das mudanças na família, dos sentimentos e sobre formas de se apoiarem. Tal movimento provocou uma discussão que foi tranquilizando os membros do grupo gradativamente. Isso foi percebido pelos estagiários e terapeutas, que observaram um apaziguamento e a importância daquele processo grupal, inclusive para um dos estagiários, que relatou sentir-se reconfortado, em vista do adoecimento crônico do seu pai e da perda iminente. Foi um processo que se tornou possível pela mediação das falas de alguns integrantes do grupo que já tinham passado por muitas e excessivas perdas e menos pelos terapeutas que muitas vezes acompanhavam a discussão. Essa empatia (Ferenczi, 1928/2011) criada entre os membros do grupo e mediada pelas cadeias associativas das falas dos pacientes que tinham passado por experiências semelhantes possibilitou o acolhimento e o reconhecimento da dor e da violência, criando um contexto continente e apaziguador.

Algumas experiências mostraram como a escuta no grupo possibilitou um trabalho de integração e subjetivação. Foram percebidas mudanças nos discursos de pacientes que chegavam impregnados de percepção negativa de si mesmos. Assim, falas iniciais dos pacientes, que se nomeavam como doentes, inválidos, assujeitados, loucos, isolados, oprimidos, humilhados e derrotados, eram reelaboradas em um discurso de maior integração, atuante e mais criativo (Winnicott, 1952/2000). Geralmente os temas abordados acerca do cotidiano dos pacientes tocavam constantemente na invisibilidade e indiferença dos locais por onde circulavam. A participação por meio de questionamentos e reflexões, inclusive sobre o serviço prestado no CAPS, culminou na apropriação daquele espaço. A mudança de um discurso que paralisava para um discurso mais ativo, atuante e crítico promoveu mudanças importantes na comunicação e autonomia. A promoção da

autonomia é essencial no tratamento do CAPS e isso se relaciona fortemente com o aumento do poder de negociação e contratualidade que Basaglia (1968) tanto incentiva e destaca. Nesse sentido, um paciente falou de forma incisiva: “sofri muito por guardar para mim o que sentia. Quero colocar tudo isso para fora. O grupo me ajuda a tirar esse peso de mim”. Outro paciente relatou: “quando venho ao grupo me solto mais, tanto em casa como no trabalho”. Um terceiro destacou: “reclamo dos problemas, mas reconheço que muita coisa melhorou (...) estou aprendendo a encontrar o meu espaço”.

Alguns pacientes atualizam transferências intensas e o grupo cumpre uma função de mediador simbólico, que torna o trabalho terapêutico possível. Inúmeras vezes o grupo foi alvo de denúncias e investimentos mais agressivos por parte de alguns pacientes, que com esses investimentos preservavam a relação com os psicoterapeutas em outros dispositivos individuais de tratamento. Certa vez um integrante falou de forma desafiadora que a sua outra personalidade era “sociopata e egoísta”. Em outro encontro, um participante, que estava com sintomas maníacos, mirava os coordenadores simulando tiros com a sua mão, o que fez outras pessoas do grupo intervirem e mediarem. Esse processo contorna o trabalho evacuador na relação terapêutica (Roussillon, 2014a) e torna-se essencial na manutenção do vínculo e do processo de continuidade e fazer sentido (Figueiredo, 2009), em vista da intensidade de tais transferências e projeções às quais os psicoterapeutas de um CAPS são submetidos constantemente.

Tanto no Grupo de Escuta do CAPS, como nas diversas oficinas, percebe-se que a vinculação e as possibilidades de trabalho dependem enormemente da participação, manifestação de opinião e criação conjunta. Os pacientes demandam constantemente mudanças e adaptações, e necessitam de espaços de continuidade em contraste com experiências demasiado enrijecidas e desestruturantes. Tal possibilidade de criação, como na coassociatividade do jogo do rabisco, é o que Roussillon (2014a) denomina “meio maleável” e é justamente o que abre possibilidades de tratamento da zona traumática dos pacientes, pelo acolhimento da “matéria psíquica primeira” que a ele é transferida. A escolha do dispositivo, o meio que oferece o objeto de transferência, determina em parte o tipo de experiência subjetiva que pode ser engajada e sua livre utilização pelo paciente supõe sua maleabilidade e capacidade de transformação. O espaço de acolhimento do grupo de escuta tem uma importância fundamental no CAPS por permitir a circulação das experiências excessivas e da angústia além da transição para outros dispositivos, viabilizando o trabalho de elaboração e mediação institucional.



É importante notar que alguns usuários conseguiam, por meio do grupo, fazer um processo de elaboração e simbolização de experiências excessivas; entretanto, outros tinham um discurso repetitivo que evidenciava paralisação e dificuldades de fazer do grupo um dispositivo continente e com sentido integrador.

### *Os efeitos traumáticos do grupo*

Para alguns participantes, o grupo de escuta foi percebido como “muito pesado”, seja por sentirem uma exposição excessiva, seja por viverem uma experiência de terror diante do grupo. Certa vez um paciente, com sintomas psicóticos e comportamentos agressivos em seu primeiro dia no grupo, relatou uma história de vida muito difícil e algumas de suas experiências que o colocaram desde a infância em situações de violências múltiplas (ele morava com sua mãe, que na época era meretriz). Outra situação foi relatada por uma mulher, que não tinha amparo da família, pois havia sido abusada sexualmente por parentes e agora, durante uma crise depressiva grave, mantinha relações agressivas e invasivas com seus filhos, procurando compulsivamente marcas de abusos em seus corpos. Esses dois casos passaram pelo grupo em momentos diferentes, permaneceram por um período breve e suscitaram preocupações dos outros integrantes e sentimentos de ruptura posteriormente.

Nesses casos, o cuidado e a continência do “transbordamento das angústias” foram possíveis por meio de uma atenção mais individualizada. O grupo teve muitas dificuldades nesse trabalho de continência. A falta de esperança, o aumento das angústias de morte, o ódio e a percepção do social como uma ameaça (Enriquez, 1991) se intensificaram nesses momentos, o que foi desorganizador para alguns integrantes do grupo e para aqueles que se expuseram. Por outro lado, pode-se dizer que tais pacientes assumiram funções fóricas no grupo e houve uma organização em torno do “porta-sintoma” (Kaës, 2014).

Em várias situações, os pacientes relataram que gostavam do grupo pois “sempre era possível ver que tinha alguém em situação muito pior”. Parece haver um conforto subjetivo na ressonância com a experiência do outro, principalmente quando alguém fala de experiências mais dolorosas que causam certa excitação no grupo. Ao mesmo tempo, quando isso acontece, alguns ficam muito preocupados, com medo, e surgem as fantasias de intrusão. Algumas dessas experiências excessivas que se atualizaram no grupo demandaram o manejo dos coordenadores, mas nem sempre a atuação dos profissionais era suficiente para conter as ameaças de desintegração (Lancetti, 1993) e as intensidades transfe-

renciais (Roussillon, 2014b). Uma das pacientes, após participar de três encontros do grupo, relatou em atendimento individual que a sensação de impotência e angústia era tamanha como se ela levasse todos aqueles problemas para a sua vida, e por isso não queria mais participar, pois tinha ficado muito preocupada e não conseguia se diferenciar. Com essa paciente, evidenciou-se na escuta em grupo uma experiência que não pôde ser integrada, concomitante a um afeto de terror que produziu um efeito desorganizador (Roussillon, 2012), uma perda na sensação de ser (Winnicott, 1952/2000), com efeitos traumatizantes pela intensidade da angústia vivida, sem que o manejo das associações no grupo fossem suficientes para contê-la.

Como o CAPS tem outros dispositivos e os pacientes podem circular entre eles, foi possível organizar outras estratégias de acolhimento mais pertinentes às possibilidades de simbolização atual de cada participante. Por exemplo, essa paciente conseguiu posteriormente se organizar melhor na oficina de capoeira e na psicoterapia individual, que foram escolhas suas para dar seguimento ao plano terapêutico. Como nesse primeiro momento ela se encontrava em um momento difícil em sua vida, com início de um quadro com sintomas psicóticos, o grupo foi um ambiente muito intrusivo, que ocasionava uma experiência de descontinuidade (Winnicott, 1952/2000). A solução mais saudável veio da própria paciente, que atuou no ambiente CAPS para que os dispositivos de cuidado fossem mais apropriados ao seu processo. Desse modo, reforça-se a importância do CAPS como meio maleável (transformação indefinida, disponibilidade incondicional), onde o trabalho de acolhimento e continência pode ser feito em espaços e níveis diferentes, bem como com diversos profissionais, o que é mais efetivo para a população atendida.

Os efeitos traumáticos do grupo constituem-se nos processos de descontinuidade a partir de experiências excessivas em um ambiente percebido como intrusivo e pouco continente. Pacientes que estão em estados confusos de diferenciação com o ambiente ou muito persecutórios podem perceber no grupo um excesso que não conseguem suportar, seja por acharem que se expõem em demasia, seja pela “angústia transbordante” diante das exposições e feridas de outras pessoas. Em um grupo semiaberto, é fundamental que os cuidadores estejam atentos, tenham tato e uma atitude sensível e benevolente (Ferenczi, 1928/2011) para o acolhimento de pessoas em situação de crise nas quais as experiências excessivas e invasivas podem ser reatualizadas no grupo e não favorecer os processos de simbolização, pela descontinuidade. Desse modo, qualifica-se a importância do CAPS como instituição que porta múltiplos dispositivos e pode proporcionar a continuidade dos processos de simbolização em outros espaços.

## Conclusão

O grupo de escuta realizado no CAPS caracteriza-se como um dispositivo “suficientemente bom” de cuidado e facilitador dos processos de simbolização para pacientes com sofrimento psíquico grave. Evidenciou-se no grupo a atratividade dos processos transferenciais e a possibilidade de criação de um meio continente e maleável frente às intensidades transferenciais, que permitiam a elaboração de angústias de morte e dos excessos e ameaças de desintegração grupal. Nesse aspecto, o grupo de escuta funciona como um potencial importante de construção de sentidos frente ao vazio e empobrecimento ocasionados pela exclusão e assujeitamento. Entretanto, é necessário e importante que os cuidadores sejam constantemente atentos e presentes, no sentido de acompanhar as transformações individuais e grupais, visando ao trabalho de simbolização e autonomia.

## Referências

- Amarante, P.; Torres, E. H. G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da Atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), p. 26-34.
- Basaglia, F. (1968). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Bollas, C. (2009). *A questão infinita*. Porto Alegre: Artmed.
- Brun, A. (2014). Introduction. In: Brun, A. (org.). *Les médiations thérapeutiques*, p. 7-16. Toulouse: Éditions érès.
- Campos, D. T. F.; Rosa, C. M.; Campos, P. H. F. (2010). A confusão de línguas e os desafios da psicanálise de grupo em instituição. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 30, nº 3, p. 504-523.
- Cardoso, C.; Seminotti, N. (2006). O grupo psicoterapêutico no CAPS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), p. 775-783.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: ABRAFIPP.
- Costa, I. I. (2006). Adolescência e primeira crise psicótica: Problematicando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. In: *II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*, 2006, Belém. Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Pulsional.
- Demo, P. (2008). *Pesquisa participante. Saber pensar e intervir juntos*. Brasília: Liber Livro.
- Enriquez, E. (1991). O trabalho de morte nas instituições. In: Kaës, R.; Bleger, J.; Enriquez, E.; Fornari, F.; Fuster, P.; Roussillon, R.; Vidal, P. (orgs.). *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*, p. 73-98. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Estellon, V.; Marty, F. (2012). *Clinique de l'extreme*. Paris: Armand Colin.
- Ferenczi, S. (2011). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: *Obras completas, Psicanálise IV*, p. 29-42. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1928).
- Ferenczi, S. (2011). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: *Obras completas, Psicanálise IV*, p. 55-60. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1929).
- Ferenczi, S. (2011). Confusão de língua entre os adultos e a criança: a linguagem da ternura e da paixão. In: *Obras completas, Psicanálise IV*, p. 111-135. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1933).
- Figueiredo, L. C. (2009). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1996). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. II, p. 39-56. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1893).
- Furlan, V.; Ribeiro, S. F. R. (2011). A escuta do psicoterapeuta em grupo com pessoas em sofrimento mental atendidas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Vínculo*, 8, p. 22-29.
- Guerra, A. M. C. (2004). Oficinas em Saúde Mental: Percurso de uma História, Fundamentos de uma Prática. In: Costa, C.; Figueiredo, A. C. (orgs.). *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental – Sujeito, Produção e Cidadania*, 23-58. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Kaës, R. (2014). Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes. In: Brun, A. (org.). *Les médiations thérapeutiques*, p. 49-57. Toulouse: Éditions érès.
- Lancetti, A. (1993). Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: Lancetti, A. (org.). *SaúdeLoucura*, nº 4: *Grupos e coletivos*, p. 155-72. São Paulo: Hucitec.
- Leal, E.; Delgado, P. (2007). Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro, P. (org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*, p. 137-154. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO.
- Lecourt, E. (2007). Le dispositif groupal: une proposition paradoxale pour le traitement du traumatisme?. In: Marty, F. (org.). *Transformer la violence? Traumatisme et symbolisation*. Paris: In Press.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Mendonça, T. C. P. (2005). As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na intervenção. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(4), p. 626-635.
- Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf) (acessado em 30-ago-2017).
- Minkowski, E. (1997). *La schizophrénie. Psychpatologie des schizoids et des schizophrènes*. Paris: Payot. (Original publicado em 1927).

- Nicácio, M. F. S. (1990). *Produzindo uma nova instituição em Saúde Mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial*. Santos: Mimeo.
- Ribeiro, R. C. F. (2004). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In: Costa, C.; Figueiredo, A. C. (orgs.). *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental – Sujeito, Produção e Cidadania*, p. 105-116. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Roussillon, R. (1995). *Logique et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2005). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris: Quadrige/PUF.
- Roussillon, R. (2012). Teoria da simbolização: a simbolização primária. Reunião científica *A Psicanálise e a Clínica Contemporânea – Elasticidade e Limite na Clínica Contemporânea: as relações entre psicanálise e psicoterapia*, São Paulo, Brasil.
- Roussillon, R. (2014a). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. In: Brun, A. (org.). *Les médiations thérapeutiques*, p. 23-34. Toulouse: Éditions érès.
- Roussillon, R. (2014b). Théorie du dispositif clinique. In: *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*. Paris: Elsevier Masson.
- Roussillon, R. (2015). A função simbolizante. *Jornal de Psicanálise*, 48(89), 257-286. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352015000200020&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352015000200020&lng=pt&tlng=pt) (acessado em 09-mar-2018).
- Santos, A. O. (2003). “Está vazio”: desritualização e dispersão na oficina de rádio. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(1), 44-49. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000100007>
- Vitta, A. R. (2008). O grupo e a psicose: articulações sobre a direção do tratamento. *CliniCAPS*, 2(5). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-60072008000200004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072008000200004&lng=pt&tlng=pt) (acessado em 24-mar-2018).
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso. In: Winnicott, D. W. (org.). *Explorações psicanalíticas*, p. 70-76. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (2000). Psicose e cuidados maternos. In: Winnicott, D. W. (org.). *Da Pediatria à Psicanálise*, p. 305-315. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1952).

Recebido em 01 de outubro de 2017

Aceito para publicação em 25 de abril de 2018