

Este exemplar corresponde a versão final da Dissertação
mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Mé-
dicas Ligia Haeitmann, para obtenção do tí-
tulo de mestre em Saúde Mental
Campinas, 14 de Outubro de 1992.

Ligia Haeitmann
Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato - Orientador
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

PSICOTERAPIAS EM SERVIÇOS
PÚBLICOS AMBULATORIAIS DE
SAÚDE MENTAL - UMA REVISÃO

AUTORA: LIGIA HAEITMANN

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR EGBERTO RIBEIRO TURATO

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO
CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO EM
SAÚDE MENTAL, FCM, UNICAMP,
COMO PARTE DOS REQUISITOS
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM SAÚDE MENTAL

SETEMBRO/1992

H112p

18192/BC

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

FICHA CATALOGráfICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Haeitmann, Ligia

H118p Psicoterapias em serviços públicos ambulatoriais de saúde mental
 mental-uma revisão. / Ligia Haeitmann. -- Campinas, SP : [s.n.l],
 1992.

Orientador : Egberto Ribeiro Turato.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psicoterapia. 2. Saúde mental. 3. Saúde pública.

1. Turato, Egberto Ribeiro. II. Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas . III. Título.

20. CDD - 616.891 4

- 616.8

- 614

Índices para Catálogo Sistemático

- 1. Psicoterapia 616.891 4
- 2. Saúde mental 616.8
- 3. Saúde pública 614

AOS PACIENTES ATENDIDOS,

AGENTES DE TANTAS INQUIETAÇÕES.

AGRADECIMENTOS

Aos membros do DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA da FCM-UNICAMP, por me concederem o tempo necessário para o término deste trabalho.

Ao orientador, Professor Doutor EGBERTO RIBEIRO TURATO, pelo seguimento atento e cuidadoso do desenvolvimento desta dissertação.

Ao Professor Doutor EVERARDO DUARTE NUNES, pelas discussões que abriram caminhos

Aos profissionais e funcionários do CENTRO de SAÚDE ESCOLA, em Paulínia, pela cooperação no decorrer das minhas atividades na área de Saúde Mental.

A GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS, por possibilitar a continuação do meu trabalho no CSE-UNICAMP, em Paulínia, após o término do terceiro ano de Residência Médica.

À LÚCIA BRANDÃO BERTAZZOLI e RUBENS ROMANO MACIEL, pela amizade e pelas inúmeras e proveitosas discussões sobre psicanálise.

À LUCILLA e WALDEMAR, meus pais, pelo apoio na
finalização deste trabalho

A DIÓGENES, pelo carinho, pelo companheirismo e
pelo meu ingresso no mundo da Informática, sem os quais não
seria possível a realização desta dissertação.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO GERAL	
I.1.	APRESENTAÇÃO	01
I.2.	OBJETIVOS	13
I.2.1.	OBJETIVO GERAL	13
I.2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
I.3.	RECURSOS METODOLÓGICOS	15
II.	INTRODUÇÃO ÀS PSICOTERAPIAS	18
II.1	DEFINIÇÕES DE PSICOTERAPIAS	18
II.2	RAÍZES HISTÓRICAS	26
II.3	PSICOTERAPIAS MAIS INDICADAS PARA O EMPREGO EM SERVIÇOS PÚBLICOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE MENTAL	40
II.3.1.	MODALIDADES PSICOTERÁPICAS INDIVIDUAIS	40
II.3.1.1.	PSICOTERAPIAS BREVES DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA	40
II.3.1.1.a)	HISTÓRICO	42
II.3.1.1.b)	OBJETIVOS	44
II.3.1.1.c)	PAPEL DO TERAPEUTA	45
II.3.1.1.d)	PROCEDIMENTOS PSICOTERÁPICOS	46
II.3.1.1.e)	INDICAÇÕES	50
II.3.1.1.f)	CONTRA-INDICAÇÕES	53
II.3.1.2.	PSICOTERAPIAS DE APOIO	55
II.3.1.2.a)	OBJETIVOS	55

II.3.1.2.b)	PAPEL DO TERAPEUTA	56
II.3.1.2.c)	PROCEDIMENTOS PSICOTERÁPICOS	56
II.3.1.2.d)	ENQUADRAMENTO	57
II.3.1.2.e)	INDICAÇÕES	57
II.3.2.	MODALIDADES PSICOTERÁPICAS GRUPAIS	58
II.3.2.1	PSICOTERAPIAS DE GRUPO	58
II.3.2.1.a)	INTRODUÇÃO À HISTÓRIA DAS PSICOTERAPIAS DE GRUPO	58
II.3.2.1.b)	PSICOTERAPIAS GRUPAIS DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA	63
II.3.2.2.	PSICOTERAPIAS DE FAMÍLIA E DE CASAL	71
II.3.2.2.a)	HISTÓRICO	73
II.3.2.2.b)	TIPOS DE ABORDAGENS PSICOTERÁPICAS FAMILIARES...	74
II.3.2.2.c)	PSICOTERAPIAS DE CASAL	78
II.4.	DISCUSSÃO	81
III.	DOCUMENTOS OFICIAIS E PSICOTERAPIAS (1981-1991).	87
III.1.	SAÚDE PÚBLICA GERAL	87
III.2.	SAÚDE MENTAL	103
III.3.	ANÁLISE DE ALGUNS DOCUMENTOS OFICIAIS FEDERAIS, ESTADUAIS, REGIONAIS E MUNICIPAIS DE CAMPINAS SO- BRE SAÚDE MENTAL E ABORDAGENS PSICOTERÁPICAS.....	121
III.4.	DISCUSSÃO	172

IV.	PSICOTERAPIAS E POPULAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE MENTAL	178
IV.1.	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO-ALVO	179
IV.1.1.	COMO É DESIGNADA	179
IV.1.2.	PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO	181
IV.1.3.	UMA LINGUAGEM PARTICULAR	194
IV.1.4.	CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	202
IV.1.5.	UMA PSICOPATOLOGIA PARTICULAR	202
IV.1.5.a)	DO PONTO DE VISTA PSICANALÍTICO	202
IV.1.5.b)	DO PONTO DE VISTA NOSOGRÁFICO PSIQUIÁTRICO ..	204
IV.1.6.	UMA DEMANDA PSICOTERÁPICA INICIAL PARTICULAR.	205
IV.1.7.	MOTIVOS PROVÁVEIS	207
IV.2.	PARTICULARIDADES DO PROCESSO PSICOTERÁPICO..	215
IV.3.	A INFLUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS NOS PRO- CESSOS PSICOTERÁPICOS	225
IV.4.	PROPOSTAS DE PSICOTERAPIAS	234
IV.5.	DISCUSSÃO	248
V.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	253
VI.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	257

RESUMO

O presente trabalho consiste em uma discussão e revisão bibliográfica a respeito do uso das psicoterapias em serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental brasileiros.

Partindo das dificuldades do emprego das psicoterapias nos mencionados serviços, examinou-se a literatura sobre a teoria de tais procedimentos, alguns documentos oficiais do período compreendido entre 1981 a 1991 e autores envolvidos com a prática de atendimento nos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental e com pesquisa sobre a população usuária de tais serviços.

O trabalho permitiu circunscrever as características desta população e as propostas de psicoterapias mais adequadas a elas.

ABSTRACT

The present dissertation consists in the discussion and revision of psychotherapies use in the States Mental Health Centers.

The starting point was the difficulties of psychotherapies use in the States Mental Health Centers. The related literature of those procedures, some official documents of the period between 1981 and 1991, and the authors involved with the attention practice of the States Mental Health Centers and with the researchs about the outpatients of these services, were examined.

The dissertation development allowed the circumscription of the outpatients characteristics and the psychotherapies propositions more adequated to these.

I - INTRODUÇÃO GERAL

I.1. - APRESENTAÇÃO

O interesse em examinar o tema das abordagens psicoterápicas em ambulatórios públicos de Saúde Mental adveio da prática profissional no Centro de Saúde Escola da UNICAMP, no município de Paulínia, com atendimento psiquiátrico e psicoterápico à população que recorreu aos serviços de Saúde Mental, espontaneamente ou através de encaminhamentos de outras áreas clínicas do Centro de Saúde Escola e serviços públicos de saúde do município.

O Centro de Saúde Escola faz parte de um modelo assistencial de saúde regionalizado, hierarquizado e integrado. Oferece atendimento nas áreas de Clínica Médica, Gineco-Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST-AIDS) e Saúde Mental. A equipe de Saúde Mental, atualmente, se compõem dos seguintes profissionais: três psiquiatras em regime de 20 (vinte) horas semanais cada um; uma psicóloga, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional, em regime de 40 (quarenta) horas semanais cada uma. É o centro de referência para postos de saúde, localizados em bairros periféricos, atualmente em número de

três, com serviços básicos de Clínica Médica, Pediatria e Gineco-Obstetrícia.

Os serviços públicos de saúde compreendem também, o Hospital Municipal, com um Pronto Socorro Geral , em nível secundário, e o CETREIM (CENTRO ESPECIAL DE TREINAMENTO MUNICIPAL), que oferece atendimento para crianças nas áreas Psicologia, Pedagogia, Terapia Ocupacional, Psiquiatria, Neurologia , Fonoaudiologia e Assistência Social. As retaguardas terciária e quaternária ambulatorial, de apoio diagnóstico e hospitalar, estão representadas pelo complexo HC-UNICAMP.

No ano de 1983, durante o terceiro ano de residência médica, como única profissional de Saúde Mental no Centro de Saúde Escola , a realidade do trabalho tornou-se-me concreta.

As queixas apresentadas pelos pacientes eram as mais diversas possíveis, nem sempre se situando no enquadramento esperado dos referenciais clássicos psicológicos e psiquiátricos . Os pacientes chegavam às primeiras entrevistas desconhecendo a natureza de uma consulta na área de Saúde Mental, o motivo do encaminhamento a psiquiatra, ou então demandavam exames especializados , como RX de crânio, eletroencefalograma, para questões que a

mim pareciam de fundo eminentemente emocional. Durante o decorrer das consultas, freqüentemente surgiam pedidos diretos de conselhos e opiniões acerca de decisões de vida. Em certas ocasiões, certificar-se de que suas queixas estavam relacionadas a conflitos emocionais trazia ao paciente a idéia de que seu problema não existia, de que era simulação, e de que os médicos de outras clínicas não iriam mais dar crédito às suas queixas. Alguns exemplos dessas falas:

- " Não sei por que me mandaram aqui. Não sou louco, doutora" (V.B.C.).

- " Sofro desequilíbrio emocional. Será doença dos nervo ? " (J.J.S.J.).

- " Não consigo me firmar. Tenho coisa ruim. Nervos. Quando bebo, pára. Acho bom tirá uma chapa da cabeça" (M.S.).

- " Que vou fazer com quatro criança se me separar? Ele é homem e pode sair sozinho. Que conselho a sra. me dá?" (I.A.A.).

- " Estou pior. Tive crise de novo. Os nervos estão doendo (...) domingo a sogra encheu as paciência " (E.M.R.).

- " Sinto um enfraquecimento fora do comum. Acho que é doença

mesmo. É formigamento mesmo. Acho que não é nervoso" (M.T.O.S.).

As histórias de vida comumente veiculavam grande sofrimento, não somente no plano emocional, mas também no físico. Os pacientes relatavam perdas precoces de entes queridos, violências familiares, trabalhos adversos, sobrecarga de trabalho, fome, ausência de recursos materiais, de informações e de cuidados com o corpo. Chamava a atenção a resignação com que os percalços passados e as dificuldades atuais eram descritos, sem questionamentos sobre possíveis mudanças ou alterações no rumo dos acontecimentos. COSTA (1989) assim descreveu estes pacientes:

"Vejam o cliente dos ambulatórios públicos psiquiátricos, no Brasil. Olhem sua postura, gestos, modo de sentar, andar e falar. Ele está lá, quieto, resignado, pronto de antemão para abrir a boca e engolir o remédio que lhe vai ser empurrado goela abaixo." (p.06)

Fragmentos de um mundo que se configurava muito distante dos meus objetivos, condições sócio-econômicas e valores pessoais. Havia ali um "sentir" diferente e um "viver" de outra forma.

Os referenciais teóricos psicanalíticos ajudavam a

compreender certos pacientes, a estabelecer diagnósticos relacionais, psicopatológicos e estruturais, mas a aplicabilidade dos procedimentos psicoterápicos resultava escassa de ação e de eficácia. Os pacientes não respondiam como o esperado e muitos abandonavam o tratamento.

A resposta imediata a esta constatação foi um cuidado maior na escuta daquelas falas. Cuidado em não me precipitar em atitudes diretivas, de aconselhamento e de intervenção. Talvez o cuidado excessivo pudesse, do mesmo modo, estar contribuindo para os abandonos das abordagens psicoterápicas. ARCARO (1989) e RÊGO (1989) consideraram a falta de diretividade nas condutas uma das causas de abandono precoce das psicoterapias.

Os pacientes compareciam às vezes, a um número de três a cinco sessões e desistiam do tratamento. Muitas perguntas ficavam sem respostas. Os abandonos refletiriam condutas inadequadas por parte do terapeuta ou sua inexperiência? Ou ainda a insatisfação do paciente com a psicoterapia? O entrave maior estaria no instrumental técnico inadequado? Seriam "resistências psicológicas" do paciente? "Fuga para a saúde?" Um paciente contra-indicado para psicoterapia? Interrupção voluntária?

O decorrer de alguns anos, de 1983 a 1990, no mesmo

serviço ambulatorial , o envolvimento maior com a assistência direta aos pacientes e a experiência cotidiana permitiram-me elucidar alguns pontos. Muitos pacientes que haviam abandonado o tratamento retornavam ao serviço de Saúde Mental, um a dois anos após, por motivação própria ou reencaminhados. Queixavam-se dos mesmos sintomas que os haviam trazido à primeira consulta. Os motivos pareciam diferentes: novos conflitos e novas dificuldades a enfrentar. Descreviam como haviam se sentido melhor na ocasião anterior e retornavam para nova consulta.

Como considerar estes casos? Abandono ou cura sintomática ? Os pacientes buscaram alívio imediato para o seu sofrimento e uma vez conseguido, não mais necessitavam dos cuidados psicoterápicos. Percebia-se pouca ou nenhuma mudança em relação à estrutura , aos padrões relacionais , à sobredeterminação sintomática⁴ e à implicação de si nos acontecimentos. A abordagem psicoterápica havia sido de apoio. Seria pouco?

Será que a fascinação pela teoria psicanalítica havia perturbado a escuta do discurso desses pacientes? Demandava-se apoio e tentou-se um tratamento psicanalítico? Será que por se considerar simples o procedimento de apoio se

⁴ -Emprego aqui sobredeterminação, baseando-me em LAPLANCHE & PONTALIS (1988), aludindo ao fato do sintoma se referir a múltiplos fatores determinantes inconscientes, que: "...podem organizar-se em seqüências significativas diferentes..." (p.641)

estaria evitando usá-lo? Ou mais, será que a psicoterapia para esses pacientes só poderia incluir intervenções sugestivas? Foi possível deduzir nesses movimentos a presença de ideais preconcebidos a respeito dos objetivos de uma abordagem psicoterápica. Confirmando estas conclusões, BEZERRA (1987), citando Carmen da Poian, esclareceu certos pontos do desencontro entre terapeuta e paciente:

" O terapeuta tem seu referencial. Ele espera possibilitar ao paciente a " atualização da capacidade de viver mudanças, de desvelar o oculto, de dar forma ao novo e, muito possivelmente, de viver novas experiências e de encontrar novos objetos." Mas o paciente pode não ver muito sentido nesta perspectiva de cura e voltar sua idéia de saúde para uma dimensão mais imediata." (p.155)

A psicoterapia nestas condições não representa um encontro de pares. Há diferenças econômicas, de escolaridade e de cidadania entre terapeuta e paciente. O paciente do serviço público

"...tem bem clara a consciência de seu estatuto de cidadão doente e da diferença cultural que o separa do terapeuta: ele vai ao consultório para falar de seus problemas a alguém que usufrui de mais direitos civis do que ele; que

pertence a uma classe social superior à sua, que se veste, fala e se porta de um modo que não é o seu; que ele não escolheu para ser seu médico e vice-versa; a quem ele não tem o direito real de pedir, por exemplo, para ser atendido mais vezes se precisar; a quem ele vê como lhe prestando um favor, quando é bem atendido; que ele teme contrariar, pois sabe que não pode dispensar seus serviços, caso não esteja satisfeito; de quem ele muitas vezes tem medo, porque sabe que o doutor detém o poder burocrático-funcional de mandá-lo de volta ao trabalho em casos de auxílio-benefício, etc." (COSTA, 1989, p.31)

Contrariamente ao que acontecia com os atendimentos psicoterápicos, a maior parte das consultas psiquiátricas resultava em prosseguimento. Parecia ser mais fácil ocupar o lugar de saber, para o qual a formação médica havia me preparado. O lugar suposto pelo modelo médico de realização de diagnósticos, de prescrição de medicamentos, de orientação da família e do paciente, de evitar internações e de manter o paciente em sua vida ativa. O vínculo médico-paciente se estabelecia com maior facilidade, talvez por ser esta posição mais confortável e harmonizar-se com o esperado pelo paciente.

Demarcavam-se, portanto, duas dificuldades. Uma, de afastar-me do modelo médico para o modelo da escuta psicoterapêutica, que privilegia a subjetividade. E outra de, na ausência dos "pré-conceitos", e apesar dos universos culturais diferentes, permitir a emergência da individualidade de cada paciente, com todas as suas particularidades sócio-culturais.

O atendimento psicoterápico nos serviços públicos é também permeado pelo elemento institucional, materializado no local físico de atendimento, na forma como o paciente é recebido na unidade de saúde, nas filas de espera, nos horários disponíveis dos profissionais, nos programas de saúde pública, na política salarial dos funcionários, nas políticas de saúde locais, regionais e federais etc.

Acrescentando outros elementos no contexto da relação psicoterápica em serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental, pode-se focalizar as várias tendências das abordagens psicoterápicas. O campo teórico e técnico das psicoterapias é muito extenso. Descrevem-se as linhas psicanalítica, humanista-existencial, centrada-no-paciente, gestaltista, transacional, comportamental, racional-emotiva, terapia da realidade (COREY, 1983). O espectro de indicação amplia-se enormemente.

As características de um processo psicoterápico, do saber teórico aí implícito, as particularidades da população atendida, o elemento institucional presente impossibilitam a transposição direta das psicoterapias em moldes mais clássicos para os ambulatórios públicos mencionados. Psicoterapias que se originaram e foram primariamente aplicadas em outro contexto social.

Além do cuidado com a escuta, foram-me necessários cursos de psicoterapia grupal, de abordagens familiar e de casal, de discussões a respeito de psicoterapias breves, supervisões de psicoterapia, anos de atendimento, para uma melhor compreensão do contexto da prática psicoterápica em ambulatórios públicos de Saúde Mental. Da mesma forma, o percurso que resultou no presente trabalho representa um elemento a mais na realização de tal tarefa.

Mas algumas perguntas permaneceram: Qual a abordagem mais adequada para a população em estudo? Qual o tipo de procedimento psicoterápico que mais respeita a singularidade do paciente?

Para aproximar-me destas questões, decidi, neste trabalho, empreender uma revisão bibliográfica sobre as características da população dos serviços públicos

ambulatoriais de Saúde Mental e das psicoterapias mais indicadas para a população em estudo. Uma revisão bibliográfica, pelo interesse que o assunto, tão próximo da minha prática destes últimos anos, mobilizou, e também, por uma injunção do tempo que prevê um prazo de dois anos e meio para o cumprimento das atividades do Mestrado em Saúde Mental

Restringi o relato às psicoterapias de orientação psicanalítica, por ter sido esta tendência a predominante na minha formação, pela riqueza que a discussão da adaptação dos procedimentos psicanalíticos ao atendimento a pacientes dos serviços públicos ambulatoriais proporciona, não deixando de perceber a marcante propagação da psicanálise em nosso meio cultural, não somente acadêmico, mas artístico e do dia-a-dia, que chega a configurar, na referência de FIGUEIRA (1988), uma "cultura psicanalítica".

No capítulo II, exporei a origem histórica das psicoterapias, das psicoterapias de orientação psicanalítica, grupais, de família e de casal, com a discriminação de seus procedimentos técnicos. Serão consideradas as modalidades mais indicadas para o emprego nos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental.

No capítulo III, analisarei alguns documentos

oficiais do Ministério da Saúde, da Previdência Social, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do município de Campinas, que consideram as abordagens psicoterápicas

No capítulo IV, descreverei os pareceres de autores que trabalharam com a população dos ambulatórios públicos de Saúde Mental, descreveram suas características, realizaram questionamentos sobre o processo psicoterápico, a sua aplicabilidade a esta população e propuseram abordagens psicoterápicas.

Após cada um dos capítulos acima, realizarei comentários e apreciações sobre os pontos mais relevantes descritos no texto.

Quanto ao título do trabalho: Serviços Públicos Ambulatoriais de Saúde Mental, reconheço a abrangência da denominação serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental, que pressupõe estruturas de atendimento diversas, como por exemplo: ex-ambulatórios da Previdência; ambulatórios especializados de cada estado; postos e centros de saúde gerais municipais, com atendimento em Saúde Mental; ambulatórios universitários; ambulatórios em diferentes regiões do país. Estas estruturas de atendimento comportam diferenças regionais, em relação à população atendida, aos profissionais, aos recursos materiais e financeiros

investidos pelos diferentes municípios e estados etc. Há diferenças entre um atendimento em ambulatório especializado e um ambulatório de Saúde Mental numa policlínica, ou entre ambos e o atendimento de Saúde Mental numa unidade de saúde geral. Reconhecendo a existência de tais diferenças, mas não as detalhando, considereei a população do serviço público, nesta primeira aproximação, como um só bloco, uma só estrutura, correndo o risco de uma redução e de estar trabalhando com o seguinte pressuposto: não poder pagar uma consulta médica particular, não possuir um convênio médico ou um seguro-saúde constitui um fator, por si só, definidor de uma classe de usuário dos serviços públicos de saúde.

I . 2 - OBJETIVOS

I.2.1 - OBJETIVO GERAL

Objetiva-se, neste trabalho, traçar as características gerais, as particularidades e dificuldades das psicoterapias mais indicadas para o emprego em ambulatórios públicos de Saúde Mental, limitando-se às psicoterapias de inspiração psicanalítica.

I.2.2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar um levantamento bibliográfico e discutir:

I.2.2.1. - os procedimentos técnicos, indicações e contra-indicações das psicoterapias mais indicadas para o emprego em ambulatórios públicos de Saúde Mental

I.2.2.2. - as concepções de autores sobre a população mencionada, autores estes que com ela trabalharam e delinearão suas características.

I.2.2.3. - as particularidades do processo psicoterápico em instituições públicas e as suas implicações contra-transferenciais.

I.2.2.4. - as propostas de abordagens psicoterápicas para o emprego em ambulatórios públicos de Saúde Mental

I.2.2.5. - os documentos oficiais federais, estaduais, regionais e municipais de Campinas que abordaram as psicoterapias mencionadas.

I . 3 . - RECURSOS METODOLÓGICOS

A fim de cumprir os objetivos explicitados no item I.2., empreendi uma pesquisa bibliográfica com respectiva apreciação

Para o capítulo II - INTRODUÇÃO ÀS PSICOTERAPIAS, recorri a fontes que permitissem uma visão histórica e descrevessem os procedimentos psicoterápicos, as indicações, contra-indicações e a atualidade das abordagens psicoterápicas psicodinâmicas.

Para o capítulo III - DOCUMENTOS OFICIAIS E PSICOTERAPIAS (1981-1991), foram utilizadas fontes bibliográficas que permitissem o delineamento do contexto das políticas brasileiras de saúde pública e de Saúde Mental, quanto ao referido período.

Para o capítulo IV - PSICOTERAPIAS E POPULAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE MENTAL, a pesquisa bibliográfica baseou-se em artigos, livros e teses fundamentalmente brasileiros, que versassem sobre os pacientes dos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental. Priorizaram-se os artigos que relatassem experiências concretas de pesquisas e atendimento à referida população.

A escolha do período, 1981-1991, deu-se pelos seguintes motivos:

- início da prática pessoal de atendimento à população do ambulatório de psiquiatria do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-UNICAMP, durante os anos de Residência Médica e, posteriormente, no Centro de Saúde Escola.

- 1981 é o ano da criação do CONASP (CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PREVIDENCIÁRIA). Início da década, quando se incrementa a implantação de equipes de Saúde Mental em Centros de Saúde e se criam novos ambulatórios em todo o Estado de São Paulo, num movimento de reorientação do atendimento à Saúde Mental do Estado.

Para a segunda parte do capítulo III, onde se realizou a análise dos documentos oficiais, a pesquisa enfatizou os documentos federais, estaduais, regionais e municipais de Campinas, representativos do desenrolar da política de Saúde Mental e que contemplassem as abordagens psicoterápicas, respondendo, basicamente, a uma pergunta: O que dizem os documentos oficiais sobre as abordagens psicoterápicas?

As fontes dos documentos foram o Centro de Saúde

Escola em Paulínia, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a Secretaria de Saúde do município de Campinas e o Escritório Regional de Saúde (ERSA) de Campinas

Parte das referências bibliográficas do capítulo IV foi obtida junto à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e ao Departamento de Psicanálise do Instituto SEDES SAPIENTIAE, que mantém com a Secretaria de Estado da Saúde e com a Prefeitura de São Paulo, convênios para formação teórica e técnica de profissionais de Saúde Mental da rede pública.

Optou-se por tratar a bibliografia pesquisada de forma a preservar o mais fidedignamente possível o discurso dos autores.

Em minhas apreciações críticas, norteei-me pelos princípios, de que a saúde como um todo deve encontrar nos serviços públicos um atendimento amplo, completo e adequado aos usuários e que as classes sociais determinam universos diferentes para seus membros, como diferenças de estilo de linguagem, de comportamentos, de interesses, de valores familiares e pessoais.

II . — INTRODUÇÃO ÀS PSICOTERAPIAS

O objetivo de circunscrever as práticas psicoterápicas empregadas em Ambulatórios públicos de Saúde Mental tornou necessário um capítulo de introdução sobre a teoria e a técnica das psicoterapias mais indicadas pela literatura da prática de atendimento (cap. IV.) e pelos documentos oficiais (cap III.)

As propostas psicoterápicas são diversas, mas restringir-se-á, neste trabalho, a pontos da história e às características principais das abordagens psicoterápicas de orientação psicanalítica, não se deixando de reconhecer a importância do emprego de psicoterapias de linhas teóricas diferentes, como o psicodrama, a comportamental etc .

II . 1 . — DEFINIÇÕES DE PSICOTERAPIAS

Psicoterapia, no NOVO DICIONÁRIO, refere-se a :

" Aplicação metódica de técnicas psicológicas determinadas para restabelecer o equilíbrio

emocional perturbado de um indivíduo."

(FERREIRA,1986, p.1412)

Nesta definição de psicoterapia, FERREIRA (1986) discrimina dois tipos de psicoterapias: as de apoio e as profundas:

"As psicoterapias de apoio utilizam-se, em especial, de técnicas sugestivas, de técnicas persuasivas, reeducativas, tranquilizantes, ao passo que as chamadas psicoterapias profundas recorrem a técnicas catárticas, as quais variam da psicanálise clássica ao psicodrama."
(p.1412)

Considerando os autores da especialidade psiquiátrica e psicológica, pode-se remeter primeiramente a Freud. No texto "Psicoterapia (Tratamento por el espíritu)" de 1905, Freud considerou a psicoterapia como "tratamiento psíquico", com o objetivo, segundo MEZAN (1982) de diferenciá-la dos tratamientos orgânicos de sua época.

"Psique es una palabra griega que en nuestra lengua significa alma. Por tanto, el "tratamiento psíquico" ["psicoterapia"] ha de llamarse tratamiento del alma. Podríase supor que se entiende como tal el tratamiento de las manifestaciones morbosas de la vida anímica,

mas no es ése el significado del término. "Tratamiento psíquico" denota más bien el tratamiento desde el alma, un tratamiento - de los trastornos anímicos tanto como corporales - con medios que actúan directa e inmediatamente sobre lo anímico del ser humano.

Un medio semejante es, ante todo, la palabra, y las palabras son, en efecto, los instrumentos esenciales del tratamiento anímico." (FREUD, 1981, v.1, p.1014)

WOLBERG (1976), em sua definição de psicoterapia, discriminou os objetivos de tal tratamento:

"Psicoterapia é o tratamento, por meios psicológicos, de problemas de natureza emocional, no qual uma pessoa treinada deliberadamente estabelece um relacionamento profissional com o paciente com o objetivo de : (1) remover, modificar ou retardar sintomas existentes; (2) interferir em padrões perturbados de comportamento; (3) promover o desenvolvimento e crescimento positivo da personalidade." (p.82)

PORCHAT (1989), ao delimitar o conceito de psicoterapia ,abordou a sua indicação .

" É um conjunto de conhecimentos teóricos e práticas de tratamento referentes à psique humana . Tais práticas são aplicadas de forma sistemática visando a ajudar pessoas que apresentam distúrbios psicológicos nos mais variados graus. A psicoterapia pode também ajudar pessoas que apresentam apenas dificuldades emocionais e existenciais. A esta categoria, aliás, pertence a maioria dos pacientes." (p.80)

COSTA (1989) definiu psicoterapia de forma resumida:

" Quando falamos de psicoterapia pensamos numa atividade terapêutica dirigida a pessoas com conflitos psíquicos, com ou sem sintomas clínico-psiquiátricos manifestos." (p. 17)

MELO (1980), em sua concepção de psicoterapia, restringiu ao médico a sua realização. Opinião, no mínimo, polêmica:

"Entende-se por psicoterapia, em sua mais ampla aceção, o emprego de recursos psicológicos com objetivo de curar ou minorar padecimentos alheios. Assim conceituada, a psicoterapia resulta aplicável a quaisquer espécies de

... pessoas, ocasionalmente necessitadas de amparo, ajuda ou orientação, de outrem, para a solução de seus problemas e conflitos existenciais." (...)

" Isto , porém, que se denomina psicoterapia, em sentido estrito, é procedimento médico exclusivo. Psicoterapia quer dizer terapêutica psicológica." (p.407)

Os efeitos psicoterápicos podem estar presentes nas intervenções psiquiátricas, como comentaram EY, BERNARD, BRISSET (1981):

" Indicamos várias vezes que toda atividade dos psiquiatras frente a um determinado doente está orientada pelo projeto psicoterápico de uma " compreensão" - no sentido literal do termo, que é verdadeiramente "tomar consigo" a um homem cujo espírito está transtornado, a fim de readaptá-lo a uma vida de relação tão normal quanto possível. Se a psicoterapia nem sempre é eficiente, pelo menos é sempre necessária." (p. 1072)

Advertiram:

" Mas a psicoterapia não é simpatia ou apoio humanitário com respeito ao ser fraco ou

sofredor. Trata-se de atitudes e intervenções calculadas para as quais é indispensável uma formação especial." (p.1072)

Na definição de BROWN & PEDDER (1979), a relação terapeuta e paciente foi levada em consideração:

" By psychotherapy I refer to a personal relationship with a professional person in which those in distress can share and explore the underlying nature of their troubles, and possibly change some of the determinants of these through experiencing unrecognized forces in themselves." (p.5)

LAPLANCHE & PONTALIS (1988), numa definição abrangente, estabeleceram alguns pontos de congruência e discordância entre psicanálise e psicoterapias:

" A) No sentido lato, qualquer método de tratamento das desordens psíquicas ou corporais que utilize meios psicológicos e, mais precisamente, a relação entre o terapeuta e o doente, a hipnose, a sugestão psicológica, a persuasão etc.; neste sentido, a psicanálise é uma forma de psicoterapia.

B) Num sentido mais restrito, a psicanálise é muitas vezes contraposta às diversas formas de

psicoterapia, e isto por uma série de razões , nomeadamente a função primacial da interpretação do conflito inconsciente e a análise da transferência tendente à resolução deste.

C) Sob o nome de "psicoterapia analítica" entende-se uma forma de psicoterapia que se apoia nos princípios teóricos e técnicos da psicanálise, sem todavia realizar as condições de um tratamento psicanalítico rigoroso." (p.506)

é elemento comum das definições acima a concepção de psicoterapia como um procedimento orientado ao sofrimento emocional e às pessoas com distúrbios psíquicos. A relação entre paciente e psicoterapeuta e a palavra daí emergente constituem, fundamentalmente, a possibilidade dos efeitos psicoterápicos. A indicação de pessoas especialmente formadas e treinadas para o exercício da atividade psicoterápica foi citada por alguns autores.

Quanto às técnicas psicoterápicas utilizadas, o horizonte se alarga: foram descritas desde a sugestão até o trabalho com conflitos inconscientes e a transferência.

COREY (1983) reuniu as várias abordagens

psicoterápicas, psicanalítica, humanista-existencial, centrada-no-paciente, gestaltista, transacional, comportamental, racional-emotiva e de realidade, quanto aos seus principais conceitos teóricos, técnicas e procedimentos terapêuticos. Inere-se daí a possibilidade dos corpos teóricos que sustentam estas abordagens, referenciais psicanalíticos, comportamentais, humanistas-existenciais, gestálticos, transacionais.

O vasto campo das abordagens psicoterápicas comporta polarizações. Uma delas, segundo BROWN & PEDDER (1979), se daria entre duas correntes: a PSICODINÂMICA e a COMPORTAMENTAL, consideradas pelos autores como rivais. Não é objetivo deste trabalho encarregar-se de tal controvérsia.

Outra polarização surge entre psicanálise e psicoterapia, presente na leitura de vários autores. A discussão entre os limites psicanalíticos e os psicoterápicos no campo teórico e prático, suas diferenças (BIRMAN, 1982; COSTA, 1989; HARTKE, 1989; FIORINI, 1979, entre outros), bem como a polêmica valorização da psicanálise em detrimento das abordagens psicoterápicas (COSTA, 1989; HARTKE, 1989), ou quanto à psicanálise de longa duração e as psicoterapias breves (BIRMAN, 1982; COSTA, 1989; FIORINI, 1986; MEZAN, 1982; ROSOLATO, 1983; entre outros) é vasta na literatura

II.2. - RAÍZES HISTÓRICAS

A origem das psicoterapias como forma de tratamento por meios psicológicos embaralha-se com os primórdios da psicanálise (ROUDINESCO, 1989). Estaria ligada às atividades do médico vienense FRANZ A. MESMER (1734-1815) , autor de uma tese sobre o magnetismo animal, quando, segundo ROUDINESCO (1989), "a psicoterapia entrou em sua fase experimental" (p. 45). Para Mesmer haveria um fluido originário dos astros pertencente aos seres vivos que poderia ser aplicado a pacientes com problemas emocionais através de magnetos ou de pessoas capacitadas. A distribuição desequilibrada deste fluido seria a causa das doenças nervosas.

Mesmer realizava suas curas através de "magnetizar", isto é, hipnotizar as pessoas . Acreditava que transferia aos pacientes uma energia adicional que agudizava o estado patológico. Nos tratamentos, os pacientes apresentavam uma fase crítica com contrações musculares de curta duração e posterior descarga motora, que possibilitavam a "cura" (FREEMAN & SMALL, [sd]).

Devido a suas atuações e por suspeita de charlatanismo, Mesmer foi expulso de Viena, exilando-se em Paris, na França de Luís XVI, onde continuou com suas atividades. Uma comissão científica foi criada para examinar o caráter de suas teorias e procedimentos, proscurendo o tratamento hipnótico por considerá-lo

"... perigoso para os costumes, pois levava ao vício e à devassidão." (ROUDINESCO, 1989, p.46)

Seu criador foi obrigado a regressar à sua terra natal.

Mesmo condenado, o mesmerismo obteve adeptos e seguidores. Na Inglaterra, o escocês James Braid, por volta de 1840, trabalhou e escreveu sobre o hipnotismo, abandonando o magnetismo animal e a teoria mesmeriana do fluido magnético. Criou a técnica freno-hipnótica baseada na Frenologia de Gall com a qual, através da pressão de determinadas regiões cranianas, provocava a expressão dos sentimentos correspondentes. Segundo ROUDINESCO (1989), James Braid recuperou a credibilidade científica do hipnotismo, podendo então ser considerada como terapêutica legítima pela medicina francesa e, portanto, por Charcot e Bernheim.

No século XIX, o uso do hipnotismo como tratamento

psicológico se fazia para as "doenças dos nervos", do grupo das neuroses, termo este empregado pela primeira vez, em torno de 1777, por W. Cullen, um médico escocês. Eram consideradas como patologias sem base lesional do órgão sintomático e denominadas "funcionais", isto é, de caráter disfuncional cerebral (ROUDINESCO, 1989)

Por outro lado, as doenças mentais propriamente ditas, ("a loucura"), eram classificadas entre as psicoses, cujo tratamento era basicamente alienista e asilar.

Ainda na trilha da origem comum da psicanálise e da psicoterapia, evidenciam-se as contribuições de Jean-Martin Charcot, da Escola de Salpêtrière, de quem Freud foi aluno em 1885 e 1886. Formulou uma definição de histeria diferenciada da simulação. Considerou a histeria como "doença nervosa de origem hereditária e orgânica" do grupo das neuroses, confirmou a existência da histeria masculina, mas desconsiderou a relação dos fenômenos histéricos com a sexualidade, para preservá-la como "doença nervosa" (ROUDINESCO, 1989).

O termo psicoterapia, segundo ROUDINESCO (1989), começou a ser utilizado pelos discípulos de Hippolyte Bernheim, da Escola de Nancy, rival da Salpêtrière, onde Freud esteve no ano de 1889. Ali, diferentemente da Escola

de Salpêtrière, preocupavam-se com a aplicabilidade terapêutica da sugestão e do hipnotismo, evidenciando o caráter transferencial destes procedimentos.

Sigmund Freud aproveitou os ensinamentos das escolas de Salpêtrière e de Nancy, mas

"...não deu razão nem a Charcot nem a Bernheim, e extraiu de ambos lições frutíferas. O primeiro abriu o caminho para uma nova conceituação da doença nervosa, e o segundo, contrariando o primeiro, mostrou o princípio de seu tratamento psicológico. O "erro" dos dois estudiosos fez Freud avançar, pela "negativa", rumo à descoberta do inconsciente e da transferência." (ROUDINESCO, 1989, p.51)

A idéia de inconsciente já era conhecida no século XIX. Os exemplos são os trabalhos de Carl Gustav Carus, Schopenhauer, Nietzsche (MELO, 1980; ROUDINESCO, 1989), mas Freud negou a influência destes dois últimos autores:

"Las amplias coincidencias del psicoanálisis con la filosofía de Schopenhauer, el cual no sólo reconoció la primacia de la afectividad e la extraordinaria significación de la sexualidad, sino también el mecanismo de la represión, no pueden atribuirse a mi

conocimiento de sus teorías, pues no he leído a Schopenhauer sino em época muy avanzada ya de mi vida. A Nietzsche, otro filósofo cuyos presagios y opiniones coinciden con frecuencia, de un modo sorprendente, con los laboriosos resultados del psicoanálisis, he evitado leerlo durante mucho tiempo, pues más que la prioridad me importaba conservarme libre de toda influencia." (FREUD, 1981, v.3, p.2791)

Filósofos e médicos trabalharam a noção de inconsciente, mas não na concepção freudiana do inconsciente ligado à sexualidade.

Quanto à técnica, Freud transformou-a, evoluindo da hipnose e da sugestão, quando, por exemplo, se utilizava da manobra de pressionar a testa dos pacientes a fim de provocar recordações, para a livre associação de idéias. Do ponto de vista teórico, Freud parte da ab-reação, da catarse, para a consideração das resistências psicológicas, dos sentimentos transferenciais e da elaboração psíquica. Trabalhou a noção do inconsciente ligado à sexualidade. Na primeira tópica, como constituído por conteúdos recalçados aos quais foi recusado o acesso ao sistema pré-consciente-consciente, através do recalçamento. Estes conteúdos são representantes das pulsões, governados pelos

mecanismos do processo primário, condensação e deslocamento. São investidos de energia pulsional e procuram retornar ao consciente e à ação (retorno do recalçado). Somente têm acesso ao sistema pré-consciente-inconsciente através das formações de compromisso (sonhos, chistes, atos falhos e sintomas), após sofrerem a ação da censura e resultarem deformados. Estão referidos essencialmente aos desejos infantis sexuais. Na segunda tópica, Freud trabalhou o inconsciente relacionado às instâncias do Id, Ego e Superego. As características do inconsciente da primeira tópica tornaram-se atributos principalmente do Id e, em parte, do Ego e Superego (LAPLANCHE & PONTALIS, 1988).

Com a elaboração teórica da psicanálise realizada por Freud e seus seguidores, o campo das psicoterapias, ao mesmo tempo que se expande porque acrescido dos conceitos psicanalíticos, dele se diferencia. A psicanálise e sua técnica divergem francamente dos procedimentos psicoterápicos, tidos como relacionados com a sugestão e a catarse (BIRMAN, 1982; ROSOLATO, 1983).

Uma das discussões levantadas na bibliografia pesquisada é o balizamento entre a psicanálise e as psicoterapias em geral, entre a psicanálise e as psicoterapias de orientação psicanalítica, entre psicoterapias de orientação psicanalítica e as não-analíticas

(BIRMAN, 1982; COSTA, 1989; HARTKE, 1989; MEZAN, 1982; ROSOLATO, 1983).

Focalizando a técnica, discute-se que os procedimentos psicoterápicos que não respeitem rigorosamente as regras convencionais da psicanálise, como a neutralidade do terapeuta, o setting e horário rígidos, um número determinado de sessões por semana, tempo indeterminado de tratamento e interpretações, não poderiam ser nomeados como psicanalíticos, pois modificações da técnica psicanalítica implicariam alterações teóricas fundamentais da psicanálise.

Esta polêmica se avoluma quando a população alvo das abordagens psicoterápicas é a dos Ambulatórios públicos de Saúde Mental, pois é consenso entre os autores pesquisados a inaplicabilidade da psicanálise nestes serviços. O próprio Freud em 1918, (SOBRE LA ENSEÑANZA DEL PSICODANALISIS EN LA UNIVERSIDAD), reconheceu:

" (...) Sabéis muy bien que nuestra acción terapéutica es harto restringida. Somos pocos, y cada uno de nosotros no puede tratar más que un número muy limitado de enfermos al año, por grande que sea su capacidad de trabajo. Frente a la magnitud de la miseria neurótica que padece el mundo y quizá pudiera no padecer, nuestro rendimiento terapêutico es

cuantitativamente insignificante. Además, nuestras condiciones de existencia limitan nuestra acción a las clases pudientes de la sociedad, las cuales suelen elegir por sí mismas sus médicos, siendo apartadas del psicoanálisis, en esta elección, por toda una serie de prejuicios. De este modo, nada nos es posible hacer aún por las clases populares, que tan duramente sufren bajo las neurosis." (FREUD, 1981, v.3, p.2461)

E mais adiante:

" Se nos planteará entonces la labor de adaptar nuestra técnica a las nuevas condiciones. No dudo que el acierto de nuestras hipótesis psicológicas impresionará también los espíritus populares, pero, de todos os modos, habremos de buscar la expresión más sencilla y comprensible de nuestras teorías. Seguramente comprobaremos que los pobres están aún menos dispuestos que los ricos a renunciar a su neurosis, pues la dura vida que los espera no les ofrece atractivo alguno y la enfermedad les confiere un derecho más a la asistencia social. Es probable que sólo consigamos obtener algún resultado cuando podamos unir a la ayuda

psíquica una ayuda material , a estilo del imperador José. Asimismo, en la aplicación popular de nuestros métodos habremos de mezclar quizá el oro puro del análisis al cobre de la sugestión directa, y también el influjo hipnótico pudiera volver a encontrar aquí un lugar, como en el tratamiento de las neurosis de guerra. Pero cualesquiera que sean la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso e libre de toda tendencia." (FREUD, 1981, v.3, p.2462)

A comparação freudiana dos procedimentos psicoterapêuticos que não sejam rigorosamente psicanalíticos a "cobre", em oposição ao "ouro puro" da psicanálise, é examinada em HARTKE (1989) e COSTA (1989).

Modificações da psicanálise padrão foram contemporâneas a seu criador , como as realizadas nos vários empreendimentos de Sandor Ferenczi, criador da "técnica ativa". Pretendia com ela precipitar o processo analítico (GAY, 1989). As alterações propostas por Ferenczi foram também tentativas de adaptação da psicanálise a um espectro

mais amplo de pacientes (HARTKE, 1989). O analista, para tanto, deveria ocupar uma posição de maior participação e intervenção em relação a seus pacientes (ROSOLATO, 1983)

A técnica ativa de Ferenczi constituía-se, fundamentalmente, de frustrar o paciente através de "ordens" e impedimentos, com a finalidade de provocar a emergência de conteúdos conflituosos inconscientes de difícil acesso (HARTKE, 1989).

Freud, contrário a modificações do enquadramento psicanalítico, escreveu, em 1918, em relação a Ferenczi e sua técnica ativa:

"Hasta ahora nuestra labor terapéutica se circunscibia a hacer consciente lo reprimido y descubrir las resistencias, tarea ya suficientemente activa.

(...)

"La cura analítica ha de desarrollarse, dentro de lo possible, en la abstinencia" (FREUD, 1981, v.3, p.2459)

A regra da abstinência proposta por Freud é considerada um dos pilares técnicos psicanalíticos. Não respeitá-la significaria deixar a perspectiva analítica de um tratamento. O terapeuta, segundo FREUD (1981, v.3), deverá

abster-se de :

- apoderar-se do paciente:

"...adueñarnos del paciente que se pone en nuestras manos y estructurar su destino, imponerle nuestros ideales e formarle, con orgullo creador, a nuestra imagem y semejanza."

(p.2460)

- aliviar apressadamente os sintomas dos pacientes:

"La actividade del médico ha de manifestarse en todas estas situaciones como una enérgica oposición a las satisfacciones sustitutivas prematuras." (p.2460)

- que o paciente obtenha, na relação com o terapeuta, uma "satisfação substitutiva" para seus sintomas.

ROSOLATO (1983) em relação à regra de abstinência freudiana, discriminou alguns de seus procedimentos :

- utilizar, no ato da interpretação, a palavra e não a ação.

- não atuar os papéis que o analisando desloca e localiza no terapeuta.

- o analista deve se pautar, no processo terapêutico, por falar o menos possível.

- o analista deve manter a "neutralidade", para possibilitar o surgimento da transferência sem perturbações. Deve, portanto, persistir desconhecido para o seu analisando e esquivar-se de emitir opiniões, valores e ideais.

- estabelecer, de forma precisa, o enquadre, o "setting" analítico, com discriminação das regras de tempo, espaço e relação terapeuta-paciente, para que se configure a "moldura" do processo analítico.

A preocupação de Freud com as modificações técnicas da psicanálise propostas por Ferenczi, como também por outro contemporâneo, Otto Rank, estariam ligadas não somente à manutenção do seu rigor, mas a um contexto mais amplo, o da estruturação da análise didática, como condição do exercício da atividade psicanalítica. Segundo ROUDINESCO (1989) :

" Além das divergências de Rank e Ferenczi com a teoria e a prática freudianas, é preciso compreender suas inovações como uma tentativa de "desarrumar" o processo de padronização em andamento. (...). Tendo constatado que nem por uma única vez conseguira conduzir uma análise sem ser levado (como e por quê, eis a questão) a violar uma das regras técnicas ditadas por Freud, foi subitamente abalado por uma

revelação. Freud fornecera essas regras para evitar os erros piores dos iniciantes. Que iniciantes? Os de antes da época em que a análise didática se tornou uma condição absoluta, de antes que se transformasse num instrumento de formação de segurança absoluta. Todo o edifício técnico ferencziano baseia-se na ultima ratio [argumentação última] da análise dos analistas.(...) Mesmo não sendo estritamente "freudianos", Ferenczi e Rank denunciaram, com suas inovações, uma situação que tendia a transformar a doutrina numa máquina unicamente destinada à reprodução de analistas." (p.163)

O alargamento do espectro de indicação das psicoterapias propiciou o desenvolvimento de abordagens que se apóiam em conceitos teóricos psicanalíticos, sem obedecer rigorosamente à sua técnica. Citam-se, como exemplo, as psicoterapias breves de orientação psicanalítica.

Numa análise crítica das psicoterapias de curta duração, ROSOLATO (1983) as enquadró como "psicanálise transgressiva", por infringirem a regra clássica da abstinência. Para o autor, se por um lado, as inovações, questionamentos e indagações a respeito da teoria e técnica

psicanalíticas podem resultar em progressos e soluções para situações novas, o risco que daí surge é o de se retornar a procedimentos sugestivos dos quais Freud se afastou no início de seu trabalho.

Apesar da validade do questionamento da pertença das psicoterapias de orientação psicanalítica ao campo da psicanálise, os elementos implícitos na prática psicoterápica nos Ambulatórios públicos de Saúde Mental, como as características da população alvo e das instituições onde acontecem as ações psicoterápicas, provocadores de alterações do enquadramento psicanalítico, descentram tal polêmica.

II.3. - PSICOTERAPIAS MAIS INDICADAS PARA O EMPREGO EM SERVIÇOS PÚBLICOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE MENTAL

Serão consideradas neste item as modalidades psicoterápicas mais indicadas para o emprego nos Ambulatórios públicos de Saúde Mental , de acordo com a literatura da prática de atendimento pesquisada (ver cap. IV.) e os documentos oficiais (ver cap. III.). Compreendem as psicoterapias breves, psicoterapias de apoio, psicoterapias grupais e abordagens de família e casal.

II.3.1. - MODALIDADES PSICOTERÁPICAS INDIVIDUAIS

II.3.1.1. - PSICOTERAPIAS BREVES DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA

Os tratamentos psicoterápicos recomendados para Ambulatórios públicos de Saúde Mental freqüentemente

envolvem limitação de tempo e flexibilidade no papel do terapeuta. Portanto, neste item, é examinado o campo das psicoterapias de curta duração, ditas breves, com fundamentos teóricos psicanalíticos. Descrevem-se um pequeno histórico e as características principais de tais psicoterapias, em relação a seus objetivos, ao papel do terapeuta, aos procedimentos psicoterápicos, às indicações e contra-indicações.

AZEVEDO (1988) arrolou em seu trabalho as várias denominações das psicoterapias breves, com seus respectivos autores, revelando que mesmo no interior de uma modalidade psicoterápica particular as tendências são amplas:

- Terapia psicanalítica, terapia econômica, psicoterapia breve - Alexander e French;
- Terapia Sectorial - Deutsch;
- Psicoterapia Focal, psicoterapia breve - Balint, Malan;
- Psicoterapia Breve de insight - McGuire;
- Psicoterapia não-regressiva - Szpilka e Knobel;
- Psicoterapia de tempo limitado - Wolberg;
- Psicoterapia de tempo e objetivos limitados - Knobel;
- Psicoterapia dinâmica breve - Fiorini;
- Psicoterapia breve - Kesselman, Small, Gillieran, Lemgruber, Knobel;

- Psicoterapia dinâmica breve provocadora de ansiedade - Sifneos;
- Psicoterapia breve intensiva - Malan;
- Psicoterapia breve, psicoterapia de emergência - Bellak e Small;
- Psicoterapia breve de orientação psicanalítica - Braier.

II.3.1.1.a) HISTÓRICO

Na história das psicoterapias breves de orientação psicanalítica, localizam-se as contribuições de Alexander e French, da Escola de Chicago (AZEVEDO, 1988; HARTKE, 1989). Para estes autores, o princípio de cura psicoterápica estaria baseado na "experiência emocional corretiva", isto é, em poder vivenciar, novamente, na relação transferencial, as situações passadas conflituosas, mas de uma nova forma que permitisse a elaboração dos conflitos com respectiva integração egóica.

Neste processo psicoterápico, a abreação e a "recordação de vivências infantis" deveriam completar-se com o conhecimento racional, evitando, assim, um processo

meramente catártico. Não havia rigidez quanto ao número de sessões e seu espaçamento, como em relação ao papel do terapeuta. A atividade e a passividade do terapeuta estariam de acordo com as exigências de cada caso específico. Utilizaram-se de interpretações transferenciais, mas selecionando aquelas relacionadas com os conflitos atuais dos pacientes. Planejou-se a terapia, de forma a circunscrever uma temática dentre os conflitos trazidos pelos pacientes, para ser elaborada durante o decorrer do processo psicoterápico. A transferência foi "monitorada", com "controle do nível de aprofundamento", a fim de se evitarem regressões e dependência por parte do paciente (HARTKE, 1989).

Conjuntamente com procedimentos técnicos predominantemente psicanalíticos, como as interpretações, foram propostas intervenções diretas, como sugestões e debates com os pacientes (HARTKE, 1989).

Estas modificações da psicanálise receberam críticas no Congresso Mundial de Psiquiatria de 1950. O caráter adaptativo destas modificações foi evidenciado. Segundo ROUBINESCO (1989):

"Todos os psicanalistas da segunda geração se

opõem à revisão do freudismo que perpassa as sociedades americanas. Nesse sentido, assiste-se, a partir de 1950, a uma confrontação entre uma escola francesa da psicanálise, que tenta reencontrar o ímpeto da mensagem freudiana, e uma escola norte-americana, mais pragmática, que procura liquidar os remanescentes do ensinamento vienense." (p.195)

HARTKE (1989) realizou uma ampla revisão da história da literatura das psicoterapias de orientação psicanalítica, desde Alexander, French, Deustch, Kernberg, Bibring, Gill até Malan e Sifneos. É consenso entre os autores a necessidade de psicoterapeutas com grande experiência prática de atendimento, com análise pessoal e casos supervisionados, para a realização destas psicoterapias.

II.3.1.1.b) OBJETIVOS

Para FIORINI (1979), os objetivos de tais

psicoterapias resumem-se em alívio dos sintomas, aprendizado da auto-observação e certa discriminação dos conflitos psíquicos, a qual permita ao paciente lidar mais adequadamente com os mesmos e, portanto, ter como resultado algumas mudanças de atitudes

MALAN (1981), baseando-se na função do tratamento psicanalítico de trabalhar os conflitos emocionais através da conscientização de suas tendências contrárias, delimitou alguns objetivos denominados "estratégicos" relativos à conscientização dos impulsos e das defesas correspondentes, considerando-os na história do paciente, no seu momento de vida atual e na situação transferencial

II.3.1.1.c) PAPEL DO TERAPEUTA

Recomenda-se ao terapeuta atividade e participação planejadas, de acordo com a necessidade de cada caso (AZEVEDO, 1988; KNOBEL, 1986; MALAN, 1981). Segundo FIORINI (1979), o papel do terapeuta é o de "docente especializado" (p.53), uma pessoa que pode indicar e possibilitar ao paciente formas adequadas de

enfrentamento de seus conflitos.

II.3.1.1.d) PROCEDIMENTOS PSICOTERÁPICOS

Os procedimentos psicoterápicos das psicoterapias breves de orientação psicanalítica geralmente envolvem o planejamento da psicoterapia, através de uma avaliação inicial minuciosa.

A avaliação inicial do paciente, apesar de cuidadosa, deve ser realizada em poucas entrevistas iniciais. Nelas devem ser estabelecidos : o diagnóstico psicodinâmico da personalidade do paciente, o diagnóstico nosográfico, a determinação das condições externas e ambientais do paciente, a sua motivação para a psicoterapia, os conflitos emocionais a serem trabalhados ("foco") e a discriminação do enquadramento psicoterápico (AZEVEDO, 1988; FIORINI, 1979; KNOBEL, 1986; MALAN, 1981).

A delimitação do foco é realizada durante as entrevistas iniciais, na relação entre terapeuta e paciente. A coleta dos dados de vida e da história do

paciente, com suas respostas e associações às intervenções do terapeuta, possibilitarão o estabelecimento de núcleos a serem trabalhados.

O "foco", segundo FIORINI (1979), foi descrito como a interligação do "motivo da consulta" e do "conflito central exacerbado". Seriam componentes do foco:

- o momento evolutivo individual grupal social do paciente;
- seus aspectos histórico-genéticos individuais, grupais e sociais, responsáveis pelos aspectos caracterológicos individuais, isto é, os psicodinamismos, as condutas defensivas e os recursos adaptativos do paciente;
- a situação grupal do paciente, com os respectivos dinamismos, conflitos, papéis e recursos;
- o contexto social mais amplo: condições econômicas, culturais e ideológicas do paciente (adaptado de diagrama p.96).

Para MALAN (1981), a delimitação de foco pode se circunscrever a alguns elementos da psicopatologia do paciente, que possibilitem um trabalho de curta duração.

O foco delimitado será o norteador das intervenções terapêuticas, no decorrer do processo psicoterápico

A delimitação do enquadramento psicoterápico deve ser precisa e bem estabelecida entre terapeuta e paciente. Diz respeito ao local onde serão realizadas as sessões, à disposição espacial do terapeuta e paciente (geralmente frente a frente), à forma de pagamento, à frequência (geralmente 1-2 sessões por semana - AZEVEDO, 1988; FIORINI, 1979; KNOBEL, 1986; MALAN, 1981) à duração de cada sessão e à delimitação do tempo da psicoterapia. Em relação à duração do tratamento, são citados prazos em torno de um ano, perfazendo um total de 20 a 30 sessões: até 20 sessões (SIFNEOS apud MALAN, 1981); 20 sessões para terapeutas com experiência e 30 sessões para iniciantes (MALAN, 1981) ; 25 sessões, 15 meses (AZEVEDO, 1988); 10-16 sessões de acordo com a necessidade e possibilidade de cada paciente (KNOBEL, 1986).

Os procedimentos técnicos empregados (FIORINI, 1979; MALAN, 1981) abrangem: clarificações⁽¹⁾, confrontações, assinalamentos, interpretações transferenciais⁽²⁾, interpretações genético-históricas⁽³⁾ dos conflitos.

Há autores que recomendam o uso de interpretações somente para resistências muito grandes, ou quando os aspectos de um conflito do paciente estejam bem determinados (SOARES, 1989); outros, como MALAN (1981), que aconselham o emprego sistemático das interpretações. Os procedimentos utilizados durante o processo psicoterápico devem se limitar ao trabalho do foco circunscrito no início do tratamento.

⁽¹⁾ Clarificação, segundo FIORINI (1979), se refere ao procedimento de arranjar o discurso do paciente, assinalando os pontos mais importantes, geralmente, através de uma "reformulação sintética do relato." (p.161)

⁽²⁾ Considera-se (SOARES, 1989) interpretação transferencial quando o terapeuta torna consciente as fantasias e desejos do paciente em relação à sua pessoa.

⁽³⁾ Interpretações genético-históricas foram consideradas (SOARES, 1989) aquelas nas quais o terapeuta torna consciente a relação entre os conflitos atuais com figuras importantes do passado do paciente.

II.3.1.1.e) INDICAÇÕES

As situações de indicação para abordagens psicoterápicas de orientação psicanalítica variam amplamente. São consideradas desde as situações nas quais os pacientes não possuem recursos de tempo ou financeiros para se comprometerem com processos terapêuticos de longa duração (HARTKE, 1989) até indicações específicas, como as situações de "crise". Crise compreendida como uma situação de desequilíbrio emocional agudo, geralmente com sintomas psíquicos e físicos, desencadeado por fatores frequentemente determinados.

" um paciente em crise defronta-se com uma situação emocional que é "demais" para ele e passa a desenvolver formas desadaptadas de lidar com tal situação." (MALAN, 1981, p.41)

Para FIORINI (1979), os pacientes que se beneficiariam de uma abordagem psicoterápica breve seriam aqueles que se apresentassem em situações de "crise", desencadeadas por adversidades ou fatos naturais da vida, como adolescência, casamento, profissionalização, menopausa, aposentadoria etc; ou os de quadros neuróticos e psicossomáticos iniciais e também os pacientes psicóticos e

"borderlines"^{4>} , como preparação para um tratamento psicanalítico .

A indicação de uma psicoterapia breve far-se-á, de regra, após um processo de seleção, com critérios rigorosos (AZEVEDO, 1988; MALAN, 1981), onde se avaliou a possibilidade da formalização do "foco" e a motivação do paciente para trabalhar este foco através de um processo psicoterápico que utilize principalmente a interpretação (MALAN 1981). MALAN (1981) indicaria uma psicoterapia breve se:

" a) o paciente demonstrou uma boa capacidade para pensar nos seus problemas em termos emocionais; b) aparentemente tem um ego forte para enfrentar material perturbador; c) durante o período de avaliação foram dadas interpretações baseadas no foco e houve uma resposta razoavelmente boa; d) o paciente parece ter uma motivação para enfrentar as tensões da psicoterapia." (p.253)

^{4>} Segundo SCHATZBERG & COLE (1989), o distúrbio de personalidade borderline é caracterizado por: " impulsividade, relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, raiva intensa e inapropriada distúrbios de identidade, instabilidade afetiva, atos físicos autodestrutivos e uma sensação crônica de vazio." (p.31)

Em relação à motivação do paciente para a psicoterapia, CORDIOLI (1989) descreveu o paciente "motivado" como aquele que

" busca, espontaneamente, o tratamento; reconhece a natureza psicológica de seus problemas; assume como sua a responsabilidade em modificá-los, não responsabilizando os outros; demonstra, ao longo de sua vida, um certo grau de flexibilidade psicológica que, em outras situações, foi capaz de realizar e enfrentar mudanças, e de ir até as últimas conseqüências para manter coerência entre o que pensa, o que sente e suas atitudes. E ainda mais, de que é uma pessoa lutadora, batalhadora, que fez conquistas importantes em algumas áreas, que deseja progredir, mesmo que isso implique em correr riscos. "(p.57)

Uma outra forma de se estabelecerem critérios de indicação para as psicoterapias breves baseia-se na nosografia psiquiátrica, como fez CORDIOLI (1989). Seriam indicações os seguintes quadros:

"- reações adaptativas com humor depressivo ou ansioso;

- transtornos de personalidade ou caracteriológicos leves ou mesmo moderados;
- crises vitais ou acidentais, em pessoas que apresentam concomitantemente problemas caracterológicos, de certa gravidade;
- atrasos do desenvolvimento em processos evolutivos definidos; aquisição da autonomia, distúrbios de identidade, problemas no processo de separação e individuação etc.;
- como terapia combinada em transtornos afetivos crônicos, ansiedade generalizada etc." (p.51)

II.3.1.1.f) CONTRA-INDICAÇÕES

FIORINI (1979) descreveu os pacientes para os quais as psicoterapias breves trariam pouca ajuda. Seriam os pacientes com diagnósticos de distúrbios psiquiátricos crônicos, sem sintomatologia aguda, como por exemplo:

"... quadros paranóides,
obsessivo-compulsivos, psicossomáticos
crônicos, perversões sexuais, dependências de

hábitos perniciosos, caracteropatias graves e sociopatias." (p.42)

MALAN (1981) não recomendou abordagens psicoterápicas breves a pacientes que apresentassem:

- Tentativas sérias de suicídio.
- Dependência a drogas.
- Homossexualidade convicta.
- Mais de uma série de ECT.
- Alcoolismo crônico.
- Sintomas obsessivos crônicos incapacitantes.
- Sintomas fóbicos crônicos incapacitantes.
- Atuações gravemente hetero ou autodestrutivas."

(p.75)

Baseando-se em critérios nosográficos, CORDIOLI (1989) contra-indicou tais psicoterapias a pacientes com os seguintes quadros :

- síndromes cerebrais orgânicas;
- psicoses agudas;
- doença do pânico;
- fobia social ou agorafobia;
- transtorno obsessivo-compulsivo;
- transtornos caracterológicos ou de personalidade

graves: borderline, antisocial, narcísica;

- pacientes com atrasos severos no desenvolvimento;
- adições (álcool, outras substâncias);
- perversões e determinadas disfunções sexuais;
- episódios agudos de transtornos afetivos;
- transtornos com somatização intensa." (p.51)

II.3.1.2. - PSICOTERAPIAS DE APOIO

As psicoterapias de apoio são, muitas vezes, contrapostas às psicoterapias de orientação psicanalítica (FIORINI, 1979; HARTKE, 1989), em relação à sua finalidade e procedimentos técnicos. Serão aqui descritas quanto aos objetivos, ao papel do terapeuta, ao enquadramento, aos principais procedimentos psicoterápicos e às indicações.

II.3.1.2.a) OBJETIVOS

Segundo FIORINI (1979) a psicoterapia de apoio

deve proporcionar ao paciente o retorno ao seu estado emocional anterior e, senão, o alívio dos sintomas e um abrandamento da intensidade dos mesmos

As psicoterapias de apoio não objetivariam propiciar mudanças de personalidade, mas o fortalecimento das estruturas egoicas do paciente (HARTKE, 1989).

II.3.1.2.b) PAPEL DO TERAPEUTA

O terapeuta deve ser participativo junto ao paciente. Sua função é a de educador e "protetor" (FIORINI, 1979).

II.3.1.2.c) PROCEDIMENTOS PSICOTERÁPICOS

Em geral, terapeuta e paciente circunscrevem uma área de conflitos e de sintomas a ser trabalhada.

Os procedimentos técnicos podem ser resumidos em:

escuta, sugestões, intervenções junto ao ambiente do paciente, informações, orientações e catarse. Não se trabalha com interpretações transferenciais (FIORINI, 1979; HARTKE, 1989; MALAN, 1981).

II.3.1.2.d) ENQUADRAMENTO

As sessões devem ser realizadas frente a frente, em número freqüentemente limitado e curso geralmente curto (FIORINI, 1979; HARTKE, 1989). O tempo total do tratamento abrangeria de 2-12 meses .

II.3.1.2 e) INDICAÇÕES

A psicoterapia de apoio estaria indicada para pacientes com sério comprometimento de personalidade, como por exemplo, os pacientes psiquiátricos crônicos, que freqüentemente apresentam sintomas psíquicos agudos, desencadeados muitas vezes por fatos cotidianos. Este tipo de psicoterapia também beneficiaria pacientes sem

comprometimento grave de personalidade mas que, por fatores ambientais ou de circunstâncias de vida, venham a apresentar sintomas físico-psicológicos característicos do que se chamou de "crise" (HARTKE, 1989).

II.3.2. - MODALIDADES PSICOTERÁPICAS GRUPAIS

II.3.2.1. - PSICOTERAPIAS DE GRUPO

O objetivo é traçar sumariamente as origens desta modalidade de psicoterapia e transcrever alguns aspectos do contexto atual das abordagens grupais.

São as mais freqüentemente indicadas para o trabalho psicoterápico extra-hospitalar em instituições públicas de Saúde Mental (ver capítulos III. e IV. deste trabalho).

II.3.2.1.a) INTRODUÇÃO À HISTÓRIA DAS PSICOTERAPIAS DE GRUPO

Introduzindo a história da psicoterapia de grupo, a

menção principal sobre o início das aplicações de técnicas grupais (BROWN & PEDDER, 1979; GRINBERG, LANGER, RODRIGUÉ, 1976) está no ano de 1905, em Boston, com o médico clínico pneumologista Pratt e seu trabalho com pacientes tuberculosos. Escreveu, em 1907, "The Class Method of Treating Consumption in the Homes of the Poor". Os encontros eram semanais e os grupos, denominados "classes", eram compostos de 20 a 30 pacientes. Com a finalidade de acelerar a cura, eram empregados nestas reuniões recursos didáticos como informações sobre a doença. A linha de trabalho sustentava-se no apoio mútuo e na premiação dos pacientes que melhor seguissem as prescrições, com o convite para ocuparem as fileiras mais próximas do médico coordenador do grupo.

Esta forma didática suportiva de "técnicas exortivas que agem pelo grupo" (GRINBERG et al., 1976) foi desenvolvida nas décadas de 20-30 por outros médicos clínicos e também por psiquiatras.

O termo "psicoterapia de grupo" foi utilizado pela primeira vez em torno de 1920 por Jacobo Levy Moreno, criador da técnica psicodramática (BROWN & PEDDER, 1979). O psicodrama foi considerado por GRINBERG et al. (1976) como um tipo de psicoterapia de grupo que utiliza alguns procedimentos da "terapia pelo grupo de caráter fraternal",

isto é, estimulam-se as emoções grupais e a estrutura horizontal grupal, com reforço na relação entre os membros do grupo e não na figura do terapeuta, como fazia Pratt. Os pacientes dramatizam seus conflitos, medos, planos e situações de ansiedade (GARCIA, 1989). O psicodrama possui como mecanismo básico a catarse (PORCHAT, 1989).

O caminho aberto por Pratt propiciou o surgimento de grupos leigos de auto-ajuda, como os A.A. (Alcoólicos Anônimos), surgidos nos EUA, em 1935, e atualmente com representações em quase todo o mundo. Utilizam-se de técnicas de amparo mútuo e informações didáticas. São exemplos, segundo GRINBERG et al. (1976), de terapias que atuam "pelo grupo", com estrutura "fraternal".

Considerando-se as abordagens grupais de orientação psicanalítica, a transposição da psicanálise para o trabalho com grupos se deve principalmente a um psicanalista europeu, Paul Schilder (BROWN & PEDDER, 1979), que emigrou para os EUA. Trabalhou com pequenos grupos de pacientes psiquiátricos (neuróticos graves, psicóticos de ambulatório), com interpretações individuais no grupo. Um de seus trabalhos de referência é "Results and Problems of Group Psychotherapy in Severe Neuroses (1939).

Neste início psicanalítico com grupos, Slavson e

Klapmann valeram-se , para aplicação da técnica interpretativa, do recurso de "homogeneizar", isto é, unificar o grupo para que uma interpretação servisse para todos os seus membros. Slavson procurava selecionar para psicoterapias de grupo pacientes com:

"...as mesmas características, não só no que respeita à doença, como também, em termos de sexo, idade, nível sócio-econômico etc."

(GRINBERG et al., 1976, p.34)

A influência da Segunda Guerra Mundial, a seleção de soldados e de líderes para o front e, posteriormente, o trabalho com os hospitalizados visando a uma rápida recuperação e retorno para o campo de batalha impulsionaram o desenvolvimento da psicoterapia grupal. Bion, Rickman e, depois, Foulkes e Main, participantes desta experiência, deixaram muitas contribuições deste período , além de influenciarem movimentos como o da psiquiatria comunitária (BIRMAN & COSTA, 1976; VERAS & GERALDES, 1990).

Na Inglaterra, Bion e Rickman, diretores de um hospital militar (Northfield Hospital) para 500 enfermos com diagnóstico de neurose, reuniram os pacientes em pequenos grupos, num sistema "democrático" de interação (BROWN & PEDDER, 1979) , o que lhes permitiu a recuperação da apatia que apresentavam (BIRMAN & COSTA, 1976).

Bion deu continuidade a esta experiência, trabalhando na Tavistock Clinic com psicoterapias de grupo (BIRMAN & COSTA, 1976).

Enquanto isso, nos EUA, Menninger empregou técnicas grupais com o objetivo de restabelecer o mais rapidamente possível os soldados hospitalizados a fim de retornarem aos campos de batalha da Segunda Guerra Mundial. Posteriormente à Guerra, utilizou-se de grupos para os ex-combatentes que apresentavam distúrbios psicológicos e dificuldades de adaptação à sociedade.

Em relação às abordagens psicoterápicas grupais não-psicanalíticas, ressalta-se a influência de Kurt Lewin (BROWN & PEDDER, 1979; BUSNELLO, 1989), psicólogo europeu. Desenvolveu suas atividades no Instituto de Tecnologia de Massachussets, na década de 30 (BROWN & PEDDER, 1979). Trabalhou com referenciais teóricos das Ciências Humanas, dando início à Dinâmica de Grupo, que se pode definir como:

“ um campo de estudo e de pesquisa dedicado ao desenvolvimento do conhecimento sobre a natureza dos grupos e da vida coletiva, às leis de seu desenvolvimento e suas inter-relações com os indivíduos que os compõem, com outros grupos e com instituições mais amplas.”

(BUSNELLO, 1989, p.16)

É citado como condição de surgimento da Dinâmica de Grupo o espírito racional e tecnológico americano (BUSNELLO, 1989).

A influência direta de Lewin se fez notar nos grupos de treinamento ("T-groups"), enquanto que os grupos de encontro, gestálticos e de psicodrama utilizaram-se de métodos e considerações de ambos: psicoterapia analítica de grupo e "T-groups" (BROWN & PEDDER, 1979). No surgimento dos grupos operativos de Enrique Pichón Rivière, também se manifestou a influência da teoria e prática de Kurt Lewin, acrescentada de outras fontes teóricas: conceitos da Psicanálise freudiana e kleiniana, da Psicologia Social, da Sociologia, da Economia, de Administração de Empresas, da estratégia militar e da obra de Aristóteles (Poética) (PORTARRIEU & TUBERT-OKLANDER, 1989)

II.3.2.1.b) PSICOTERAPIAS GRUPAIS DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA

Considerando-se a orientação psicanalítica, autores (BROWN & PEDDER, 1979; GRINBERG et al., 1976) descreveram a evolução da psicoterapia analítica de grupo, através de três

tendências teóricas e técnicas. Resumidamente:

- A ANÁLISE NO GRUPO

Tendência desenvolvida particularmente nos EUA, com Wolf e Schawartz. O terapeuta conduz a psicoterapia de indivíduos no âmbito grupal. O foco do trabalho psicoterápico se fixa sobre as relações transferenciais individuais, em relação ao terapeuta, com análise de resistências e transferências. A emergência de processos espontâneos seria inibida pela evidência nos indivíduos e no terapeuta.

- A ANÁLISE DO GRUPO

Originou-se na Grã-Bretanha. Bion e Ezriel da Tavistock Clinic, em Londres, são referências desta tendência.

Bion descreveu as motivações e fantasias grupais que inconscientemente estão presentes nos trabalhos com grupos e mobilizam atitudes de seus membros. Seriam manifestações da "mentalidade grupal", representante de uma unidade de grupo, geralmente inconsciente em cada membro. Denominou-as pressupostos básicos:

"dependence (expecting solutions to be bestowed by the therapist leader), fight-flight (fleeing

from or engaging in battle with adversaries, particularly outside the group), and pairing (encouraging or hoping for a coupling of individuals which could lead of a person or idea that would provide salvation)." (BROWN & PEDDER, 1979, p.126)

Estes pressupostos seriam as expressões de conflitos entre os desejos de cada indivíduo no grupo e a mentalidade grupal, surgidos como defesa a ansiedades que a relação indivíduo-grupo pressupõe (LEITÃO, 1986).

O entendimento destas configurações grupais inconscientes possibilitaria a compreensão das atitudes individuais e grupais. Representaria o ponto de partida para interpretações grupais, visando ao estabelecimento do "grupo de trabalho" (SILVA, L.A.P.M., 1989). Esta noção foi descrita por Bion em seu último trabalho sobre grupos (1952), quando estabeleceu as correlações entre os conceitos grupais e os conceitos kleinianos de objetos parciais, ansiedades psicóticas e mecanismos de defesa primitivos. "Grupo de trabalho" seria aquele que:

"...funciona maduramente em busca de uma solução harmoniosa, embora trabalhosa, para suas necessidades e objetivos." (SILVA, L.A.P.M., 1989, p.59)

- A ANÁLISE ATRAVÉS DO GRUPO

Desenvolvida inicialmente na Grã-Bretanha associada a Foulkes, que empregou conceitos teóricos da psicologia gestáltica. Nas palavras do autor:

"The individual is being treated in the context of the group with the active participation of the group". It is "psychotherapy by the group, of the group, including its conductor."

(FOULKES apud BROWN & PEDDER, 1979, p.128)

Para Foulkes, o indivíduo representaria um ponto nodoso da rede familiar, e a doença seria compreendida como um distúrbio desta rede, que se manifestaria através da vulnerabilidade de um de seus membros (BROWN & PEDDER, 1979).

Segundo BROWN & PEDDER (1979), tal tendência é a de maior influência na Inglaterra. Trabalha-se com a elaboração e a interpretação dos sentimentos transferenciais ao terapeuta, a cada membro do grupo e ao grupo como um todo.

Uma outra tendência da psicoterapia de grupo é a Psicoterapia Breve Grupal. São abordagens grupais de objetivos e cursos limitados (ENGEL, 1985). O embasamento

teórico e técnico é o das psicoterapias dinâmicas breves.

O campo da psicoterapia dinâmica grupal se desenvolveu enormemente, propiciando o surgimento de inúmeras correntes, com combinações e entrelaçamentos das várias tendências. BAREMBLITT (1986) reuniu algumas dessas influências, de acordo com seus países de origem e desenvolvimento. Assim, no interior de uma corrente inglesa, teríamos os nomes de: Bion, Ezriel, Foulkes, Anthony, Balint; norte-americana: Schilder, Taylor, Bach, Gibbs, Cartwright etc.; francesa: Anzieu, Kaes, Lebovici, M. Pagés, R. Pagés, Lapassade etc.; argentina: Pichon-Rivière, Grinberg, Langer, Rodrigué, Bleger, Bauleo, Ulloa, Usandivaras, Pavlovsky etc.

Alguns trabalhos (CARPILOVSKI, 1989; GRINBERG et al., 1976) apontam como procedimentos técnicos de emprego mais frequentes a interpretação das fantasias, defesas e ansiedades grupais e a da configuração do grupo. E somente quando não há possibilidades de realizá-las, interpreta-se o material de um membro do grupo.

Um dos pontos de controvérsia entre os autores da literatura pesquisada diz respeito à noção de grupalidade, quando relacionada a um "todo grupal". Esta noção está implícita em abordagens como as propostas por: Slavson, Klapman, Schilder, Foulkes, Anthony, Grinberg, Bion

(LANCETTI, 1986).

A crítica realizada por autores como COSTA (1989), LANCETTI (1986), LEITÃO (1986) e SIGAL (1989), se refere, principalmente, ao artifício de conceituar o grupo como um sujeito e estabelecer a existência de um inconsciente grupal, como sendo a agregação e a inter-relação dos inconscientes individuais. Tal noção torna possível a utilização questionável da tópica freudiana do aparelho psíquico no entendimento dos processos grupais e fundamenta o emprego das interpretações grupais e da configuração do grupo

Para SIGAL (1989), apesar de em certos momentos da evolução grupal ocorrerem fantasias inconscientes comuns, são elas constituídas pela conflitiva individual de cada membro, o que seria diferente da concepção de inconsciente grupal. Segundo a autora, o que ocorre nos grupos psicoterápicos é

"... uma permanente dialetização da intersubjetividade: cria-se um cenário no qual cada um entra com seu imaginário, enquanto o grupo e seus diferentes membros tentam romper este imaginário, a fim de o confrontar com uma situação outra; é esta situação outra que possibilita ao discurso aceder a novas significações." (SIGAL, 1989, p.44)

Concordando com as idéias de SIGAL (1989) em relação à grupalidade, COSTA (1989) definiu os grupos como tendo sido compostos pelos objetivos e metas que os constituíram. E, diante de fantasias comuns surgidas, o terapeuta deve, através do incentivo à fala, à associação de idéias, re-situar cada membro em relação a esta fantasia .

Dentro de um enfoque ideológico, pode-se considerar a evolução das psicoterapias grupais, em todas as suas formas , desde grupos operativos, recreativos até psicoterapêuticos, no interior do movimento da Psiquiatria Comunitária.

Os autores BIRMAN & COSTA (1976), ao discutirem as finalidades da Psiquiatria Comunitária e das suas noções de prevenção primária, secundária e terciária, mencionam o emprego das várias abordagens grupais com objetivos fundamentalmente educacionais , como também uma:

" ... busca de uma produtividade maior do terapeuta, principalmente o médico, uma multiplicação do seu valor, na medida em que haveria um terapeuta para um número maior de pacientes." (p 53)

Assim, as psicoterapias grupais, neste contexto,

veiculariam ideais adaptativos, higienistas, de controle social e manutenção do poder médico.

Retornando ao início deste item, quanto à indicação preferencial das psicoterapias grupais, a leitura de alguns autores revelou pontos polêmicos. Um deles se refere à eleição da psicoterapia de grupo, como solução para a assistência à população dos Ambulatórios públicos de Saúde Mental. Neste aspecto FRANCO (1989) examinou a questão das abordagens grupais preferencialmente às psicanalíticas individuais. É da opinião de que a escolha da psicoterapia grupal, pela possibilidade de atender a um número maior de pacientes, pode representar, por um lado, uma forma de valorização da psicoterapia analítica de grupo, mas, por outro, uma visão "precipitada" e de um "ingênuo otimismo". Argumentou que se a psicoterapia grupal pode ser mais acessível do ponto de vista econômico, este fato pode implicar uma "imagem empobrecida", reduzindo a disponibilidade do psicoterapeuta em praticá-la.

Um outro ponto relevante é a discussão dos critérios de indicação das psicoterapias grupais em instituições públicas de Saúde Mental, nem sempre rigorosos. SIGAL (1989) observou a ausência de parâmetros na indicação das psicoterapias grupais. Problematicizou o quanto esta modalidade de psicoterapia estaria encobrindo a escassez

dos recursos institucionais (humanos e materiais) para atender adequadamente a demanda da população. Exemplificou:

" O que se chama "grupo diagnóstico" não passa, no mais das vezes, de uma anamnese coletiva. Nas equipes, é mais comum se discutir quem deve fazer a triagem - se o psicólogo, o médico ou o assistente social - do que critérios de grupalidade." (p.44)

II.3.2.2. - PSICOTERAPIAS DE FAMÍLIA E CASAL

A finalidade deste item é introduzir o histórico das abordagens psicoterápicas de família e de casal , pois o seu emprego no atendimento ambulatorial público à Saúde Mental é recomendado por vários documentos oficiais (ver capítulo III deste trabalho).

A minha idéia inicial a respeito das abordagens psicoterápicas de família e de casal, em instituições públicas, era a de que o trabalho com famílias e casais realizava-se, na prática, através de técnicas de aconselhamento, apoio e sugestão, num enfoque mais intervencionista e diretivo do que numa abordagem psicoterápica psicanalítica propriamente dita.

O trabalho de pesquisa de ALONSO, GARCIA, MENEZES, BREVES (1987) corroborou esta opinião . As autoras, através de entrevistas em três instituições públicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro, concluíram que psicoterapias familiares baseadas em referenciais teóricos sistêmicos ou comunicacionais, estruturais e históricos ou psicodinâmicos não são realizadas. Isto ocorreria fundamentalmente devido à ausência de conhecimentos teóricos e técnicos específicos dos profissionais . Observaram que nas instituições que referiam efetuar abordagens psicoterápicas familiares , os procedimentos eram principalmente de orientação, apoio e "conscientização dos direitos". Advertiram que tais tipos de intervenção podem contribuir para a

"... criação de uma demanda inadequada pela patologização das mais diversas situações." (p. 202)

Da mesma forma, ARCARO (1989) deduziu que uma comprometida eficiência do atendimento ambulatorial se originaria, em parte , da formação técnica limitada dos profissionais de saúde mental, que não possuem especialização adequada para trabalhar com psicoterapias de família, de casal , como também grupais

II.3.2.2.a) HISTÓRICO

Segundo CALIL (1987), nos anos 40 iniciaram-se investigações sobre a provável patogenia das relações humanas nos distúrbios psicológicos individuais. De importância, neste início, foram o trabalho de Bolwby e seu artigo "The study and reaction of groups tensions in the family" e os estudos de Laing sobre a esquizofrenia e as relações familiares.

BIRMAN & COSTA (1976), conceberam as origens do movimento das terapias familiares em associação com o da Psiquiatria Comunitária, da mesma forma que as psicoterapias grupais. No movimento de saída do espaço fechado do hospital psiquiátrico para a comunidade, a Psiquiatria ocupou-se dos pequenos grupos sociais, entre eles o familiar. O trabalho familiar tinha como objetivo a readaptação do doente mental ao ambiente extra-asilar e, num deslocamento do paciente doente à sua família, esta foi considerada como patogênica e passível de intervenção :

"O psicótico passa a ser encarado como um sintoma de uma enfermidade mais ampla e complexa, que é a estrutura de sua família."

(p.53)

Nesta linha ideológica de avaliação das terapias familiares e de casal, VERAS & GERALDES (1990) discutiram a participação da psicanálise no movimento norte-americano da Psiquiatria Comunitária como um instrumento a mais na implementação dos programas de Saúde Mental na comunidade, num momento em que o movimento se avolumava e se faziam necessárias técnicas mais abrangentes e adequadas de controle social. Nas palavras dos autores:

"Deturpada para este fim, a psicanálise vai-se transformar numa psicologia de ajustamento, voltada para incentivar a maior produtividade dos indivíduos. Situada no ápice da hierarquia das especialidades que tratam do psiquismo, esta ciência, percebendo sua força de persuasão, se intitula a mais habilitada para penetrar nos mistérios do homem. É neste momento que surgem as mais variadas modalidades de terapias (terapia de família, terapia de casal, terapia breve, terapia da crise etc) e a preocupação de construir uma nova teoria para validar a nova prática." (p.159)

II.3.2.2.b) TIPOS DE ABORDAGENS FAMILIARES

As abordagens familiares se desenvolveram através de várias tendências, sendo as principais:

1) ABORDAGEM SISTÊMICA

O modelo sistêmico "ênfatiza o distúrbio mental como a expressão de padrões inadequados de interação no interior da família." (CALIL, 1987, p.17)

Recebeu influência da Teoria Geral dos Sistemas , de Von Bertalanfy e da Cibernética. Segundo a teoria de Von Bertalanfy, a família pode ser considerada como um sistema aberto, com algumas propriedades: globalidade e retroalimentação (feedback).

Os conceitos da Cibernética foram introduzidos no estudo da comunicação familiar por volta de 1935 , pelo antropólogo Gregory Bateson, que desenvolveu em Palo Alto, Califórnia, em colaboração com outros estudiosos , o conceito de duplo-vínculo, para explicar a esquizofrenia.

Os estudos da abordagem sistêmica familiar aglutinaram-se, inicialmente, no Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto , fundado em 1958, na Califórnia, EUA, por Don Jackson. Reuniram-se aí pesquisadores como Bateson,

Haley, Weakland e Watzlawick e Virginia Satir (CALIL, 1987)

A abordagem sistêmica se ramificou , ganhou novos contornos, mas conservou de comum a aplicação do "pensamento sistêmico" e da "teoria geral dos sistemas" na compreensão das relações familiares (CALIL, 1987). Resumidamente, pertencem às linhas sistêmicas :

- A ABORDAGEM ESTRUTURAL, cujo principal teórico é Salvador Minuchin. Iniciou seus estudos em 1962, em Nova York.

- A ABORDAGEM ESTRATÉGICA BREVE, que reuniu nomes como Weakland, Fish, Watzlawick e Bodin. Em 1967, foi fundado o Centro de Psicoterapia Breve do Mental Research Institute de Palo Alto (CARNEIRO, 1983).

- A ABORDAGEM DE SOLUÇÃO DE PROBLEMA OU ESTRATÉGIA-ESTRUTURAL, iniciada por John Haley, originário do grupo de Palo Alto.

- O GRUPO DE MILÃO, surgido em 1968. Mara Selvini Pallazolli estruturou o Instituto para os Estudos da Família de Milão, com Luigi Boscolo, Guiliana Prates e Gianfrancesco Cecchin.

2) ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Segundo CALIL (1987), a abordagem psicanalítica pode ser demarcada como a aplicação de alguns conceitos psicanalíticos como os da identificação projetiva, continência e contratransferência, do modo concebido por Klein, Bion, Winnicott e Fairbairn, na compreensão das relações familiares. Sally Box e colaboradores (1981) empregaram-nos em abordagens familiares, na Clínica Tavistock de Londres.

3) ABORDAGENS PSICODINÂMICAS OU HISTÓRICAS

Incluem tanto as abordagens que aplicam os conceitos psicanalíticos no trabalho com famílias como aquelas que combinam conceitos psicanalíticos e sistêmicos.

Autores de influência: Nathan Ackermann , Murray Bowen , Ivan Bozormenyi-Nagi, James Framo, Carl Whitaker. Todos com trabalhos desenvolvidos nos EUA.

Para CALIL (1987), nos dias atuais , a rivalidade entre as escolas teria cedido lugar a uma integração entre as várias linhas, apesar das diferenças teóricas existentes entre elas. Assim, na opinião da autora:

"... a abordagem psicodinâmica oferece

importante elo de ligação entre as escolas sistêmica e psicanalítica e vem incitando maior interesse na nova geração de terapeutas de família, talvez porque o período inicial de cisão entre essas duas escolas esteja agora menos intenso, dando lugar a uma maior integração entre elas." (p.112)

II.3.2.2.c) PSICOTERAPIAS DE CASAL

A terapia de casal é abordada num subitem específico, pois, apesar de algumas abordagens, como por exemplo a da linha sistêmica, considerarem o casal como integrante da estrutura global, "um subsistema no interior da família" (CALIL, 1987, p.135), para outras, torna-se o foco preferencial das intervenções psicoterápicas.

As principais linhas de psicoterapias de casais são:

- 1) ABORDAGEM PSICANALÍTICA, com a influência inicial de duas instituições londrinas, fundadas em 1949: a Marital Unit da Clínica Tavistock, com Henry Dicks como nome representativo, e a Family Discussion Bureau, que posteriormente vinculou-se

à Clínica Tavistock com o nome de Institute of Marital Studies, onde Lilly Pincus foi a expoente. Outros pesquisadores importantes podem ser citados: Laing, Mattinson, Gill, Temperley.

A teoria psicanalítica de base é a teoria das relações objetais de inspiração kleiniana, desenvolvida por Winnicott, Balint, Fairbain e Guntrip. O objetivo desta abordagem é circunscrever e trabalhar os conflitos da relação do casal, sem localizar a patologia em um ou outro cônjuge.

Trabalha-se com os sentimentos transferenciais e contra-transferenciais. O terapeuta deve sustentar os deslocamentos e projeções dos sentimentos transferenciais como também interagir e atuar com base nestes sentimentos, objetivando promover a conscientização e elaboração dos conflitos do casal.

2) Na ABORDAGEM SISTÊMICA aplicada a casais, sobressaem, no início do movimento, os estudos de Virginia Satir (CALIL, 1987).

Como na terapia familiar, os referenciais teóricos são os da teoria geral dos sistemas. Os objetivos, neste enfoque, seriam os de propiciar uma comunicação mais fluente entre os cônjuges, com diminuição das divergências entre as

mensagens verbais e não-verbais e melhor percepção das intenções, desejos e expectativas mútuas.

3) A ABORDAGEM COMPORTAMENTALISTA para casais baseada na teoria comportamental, possui como objetivo:

"...identificar as seqüências de comportamento que caracterizam as interações indesejáveis entre os cônjuges. A partir daí, o terapeuta, juntamente com o casal, estrutura e supervisiona um programa através do qual cada um dos cônjuges aprende a reforçar o comportamento desejado do outro, ao invés de reforçar o comportamento sintomático do outro.

" (CALIL, 1987, p.138)

Pertencem a esta linha a terapia sexual de Masters e Jonhson , cuja influência se fez em trabalhos posteriores de Dudle, Bancroft e cols , Crowe e Kaplan.

4) A TERAPIA DE GRUPO, que trabalha com alguns casais, reunindo-os em grupos. Tendência desenvolvida principalmente nos EUA. Trabalhos nesta linha se iniciaram com Framo, J.L. e Peggy, Papp, que descreveram a terapia breve de grupo para casais.

II.4. - DISCUSSÃO

Na pesquisa bibliográfica descrita neste capítulo podem-se assinalar alguns tópicos.

Um deles é representado pela discussão entre psicanálise e psicoterapia. De origem comum, estes campos se distanciaram quando Freud teorizou a psicanálise. Muitas das inovações técnicas propostas no início da psicanálise foram relacionadas com entraves e dificuldades da prática de atendimento, com o objetivo de tornar a psicanálise aplicável a um número maior de pacientes e patologias. Freud, com a regra da abstinência (ver item II.2. deste capítulo), propôs uma norma técnica, de alcance ético, com a finalidade de assegurar a continuidade do processo analítico e afastar a psicanálise da sugestão. Mas, como descreveu ROUDINESCO (1989), a preocupação freudiana não era somente com a manutenção dos preceitos psicanalíticos, mas também com a uniformização das regras que deveriam delimitar o campo da formação de novos analistas.

A psicanálise como tratamento psicanalítico, num sentido rigoroso, como na definição de LAPLANCHE & PONTALIS (1988), compreende o inconsciente, o trabalho com técnicas interpretativas, a análise das resistências e a observância

da regra da abstinência. Como descreveu BIRMAN (1982):

" A psicanálise pretende ser o lugar para a emergência da singularidade do sujeito, mediante o reconhecimento e a assunção do seu desejo inconsciente." (p 41)

Vemos que as psicoterapias breves de orientação psicanalítica baseiam-se na teoria psicanalítica, mas introduziram modificações técnicas, por injunção principalmente de aspectos de ordem prática. Pressupõem a utilização de alguns procedimentos psicanalíticos e outros de ordem francamente sugestiva, sendo que entre os autores não há consenso sobre o emprego ou não de interpretações de natureza psicanalítica. Para BIRMAN (1982):

"...a psicoterapia breve de fundamentação psicanalítica é um contra-senso, já que não podemos definir o tempo e o ritmo de um processo que depende fundamentalmente da subjetividade do paciente, a não ser que a análise esteja funcionando segundo uma lógica normativa." (p.60)

Tendo como referência a prática pessoal de atendimento, penso que quando a realidade dos serviços públicos ambulatoriais impõe limites e diferenças da situação ideal de um tratamento psicanalítico clássico, o profissional

talvez tenha que sair do rigor técnico psicanalítico e realizar adaptações e inovações, mesmo correndo o risco de adentrar o terreno da sugestão.

Segundo COSTA (1989), a diferença entre a prática psicanalítica e a psicoterápica ainda não está completamente explicitada. Sobre a discussão das diferenças entre psicanálise e psicoterapia, os estudiosos do assunto devem recorrer a BIRMAN (1982), COSTA (1989), FIORINI (1986), MEZAN (1982), ROSOLATO (1983), entre outros.

As psicoterapias breves, de acordo com a literatura estudada, envolvem procedimentos técnicos precisos, como a seleção minuciosa, o espectro de indicação reduzido e a necessidade de terapeutas experientes. Penso que muitas vezes a sua aplicação em Ambulatórios de Saúde Mental ficaria muito restrita pelas dificuldades de enquadramento nos critérios estabelecidos, tanto por parte dos terapeutas quanto por parte dos pacientes.

Em relação às psicoterapias de apoio, um procedimento mais acessível configura-se como de aplicabilidade mais ampla, mas que também pressupõe avaliações iniciais acuradas e circunscrições das temáticas conflitivas. Seu emprego indiscriminado e sem indicações precisas poderia torná-las instrumentos questionáveis de

intervenção e diretividade

Quanto às modalidades psicoterápicas grupais, um dos pontos a ser assinalado refere-se ao seu desenvolvimento concomitante ao movimento de Psiquiatria Comunitária, de aspectos adaptativos e de controle social. Outro ponto é a noção controversa de inconsciente grupal, do "ser grupal", fundamento de procedimentos técnicos, como as interpretações das fantasias grupais e da configuração grupal.

Em relação ao tema deste trabalho, a discussão dos critérios de formação dos grupos nos Ambulatórios públicos de Saúde Mental reveste-se de grande importância. Quais os fatores adequados para constituição dos grupos para as abordagens psicoterápicas? Seriam determinadas características de personalidade, diagnósticos estruturais psicodinâmicos, diagnósticos psiquiátricos nosográficos, objetivos delimitados ou o uso de medicação? Discussão necessária para que não se incorra na prática de simplesmente amontoar e agrupar os pacientes. Relatando a prática pessoal de atendimento na equipe de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola, em Paulínia, formavam-se grupos basicamente pelos diagnósticos nosográficos psiquiátricos e de personalidade, como por exemplo: grupos psicoterápicos de orientação psicanalítica, para pacientes neuróticos; grupos de medicação, escuta e orientação, para pacientes psicóticos e

pacientes com uso crônico de benzodiazepínicos , este último grupo, com a finalidade também de retirar ou diminuir a medicação; e grupo de orientação e escuta, para pacientes alcoolistas. Outros critérios utilizados para a formação dos grupos, eram a motivação e a disponibilidade dos pacientes, para participarem dos grupos psicoterápicos.

A indicação das psicoterapias grupais implica o questionamento sobre considerá-la como a principal modalidade psicoterápica para o emprego em serviços públicos ambulatoriais, devido unicamente ao fato de possibilitar a assimilação da demanda por atendimento. A prática pessoal de atendimento demonstra que tal objetivo não se realiza. Os grupos necessitam de tempo para se formar e para a seleção de pacientes segundo os critérios estabelecidos para cada grupo. Pressupõem um número máximo de participantes, às vezes dois terapeutas em co-terapia, uma sessão mais demorada que a da forma individual e tempo, para discussão e avaliação do ocorrido posteriormente a cada sessão. Mesmo que um grupo funcione como aberto, sua evolução dura alguns meses e a entrada de novos pacientes é restringida. Portanto , "dar conta da demanda" não se configura por si só critério de indicação de psicoterapia grupal. Pode-se considerá-la sim, uma modalidade a mais para o atendimento psicoterápico, mas de indicações e justificativas precisas.

Talvez a utilização de outros recursos , como o trabalho com a comunidade e extramuros, possa diminuir a afluência nos serviços ambulatoriais, e, a demanda, ela própria, ser concebida de várias formas (ver item IV. 3.).

Em relação às psicoterapias de família e de casal, apresentam-se-me como técnicas delimitadas e de referências teóricas demarcadas. Descreveu-se o seu início juntamente com o movimento de saída da Psiquiatria para a comunidade e seu emprego nos questionáveis programas americanos de prevenção da doença mental. Mas quando estas psicoterapias são vinculadas à prática nos serviços públicos ambulatoriais, em procedimentos que não sejam de apoio e orientação , mostram-se de aplicação difícil, pela necessidade de profissionais com conhecimentos e formação específicos.

III . - DOCUMENTOS OFICIAIS E PSICOTERAPIAS (1981-1991)

O objetivo deste capítulo é analisar a forma como os documentos oficiais federais, estaduais, regionais e municipais de Campinas, entre o período de 1981 a 1991, contemplaram as abordagens psicoterápicas.

Para uma melhor compreensão e localização de tais documentos, fez-se necessário um histórico das políticas a nível de saúde pública, como um todo, e de Saúde Mental, em específico, referente ao mencionado período.

III . 1 . - SAÚDE PÚBLICA GERAL

A nível de saúde pública geral, inicio este histórico pela criação do CONASP (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PREVIDENCIÁRIA), em 1981, para resolver a situação de crise financeira e política da Previdência. Principio pela Previdência, pois desde a criação do INPS (INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL), em 1967, foi se constituindo a principal instituição a dispor as diretrizes da saúde pública

(BRAGA & PAULA, 1986; LUZ, 1986; MALLOY, 1986).

O embrião da dicotomia saúde pública e saúde previdenciária pode ser remetido a 1930 (BOLDSTEIN, 1992), quando a rede de saúde se estruturou em privada, pública e previdenciária. Ao Ministério da Saúde coubera a formulação da política nacional de saúde e a responsabilidade pelos serviços de caráter preventivo, mais a rede hospitalar pública, pouco numerosa e geralmente asilar (para tratamentos de doenças como a tuberculose, doenças mentais, infecto-contagiosas, etc). A assistência médica curativa, hospitalar e ambulatorial ficara a cargo dos vários Institutos de Aposentadorias e Pensões. Havia ainda uma prestação de serviços particulares e os filantrópicos, ligados a ordens religiosas (TEIXEIRA, 1989).

Após 1966, com a unificação dos vários Institutos de Aposentadorias e Pensões e a inauguração do INPS, implementou-se a política de contratação de serviços da rede privada. Conjuntamente, sucedia-se uma progressiva extensão da cobertura a trabalhadores de todos os setores, como em 1971, aos trabalhadores rurais e em 1972, aos empregados domésticos. Com o fortalecimento da Previdência na área da saúde, ocorreram um progressivo esvaziamento das ações do Ministério da Saúde e a consolidação do setor privado na saúde.

O desenrolar deste processo, segundo TEIXEIRA (1989), deu-se através do progressivo aumento do orçamento da Previdência, obtido principalmente através das contribuições dos empregados e empregadores e com pequena parcela da União, chegando a constituir o segundo maior orçamento do país. Os recursos destinados ao Ministério da Saúde decresceram, com conseqüente diminuição da sua influência na coordenação da política nacional de saúde.

As distorções do sistema previdenciário provocaram várias reformas. Uma delas, a de 1977, constituiu o SINPAS (SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL), regulamentado pela Lei no. 6349, e que se pautava por objetivos reorganizadores e racionalizadores. O SINPAS ficou composto pelos seguintes Institutos (BRAGA & PAULA, 1986):

1) IAPAS (INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA) - responsável pelo gerenciamento do Fundo de Previdência e Assistência Social. Os representantes das entidades do SINPAS e o Ministro da Previdência e Assistência Social encarregaram-se da administração.

2) INPS (INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL) - tinha como atribuições a concessão de benefícios, auxílios e financiamentos de programas de assistência, por exemplo, a

acidentes de trabalho, a programas de reeducação e readaptação profissional. Incorporou as funções do IPASE (INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO) e do FUNRURAL (FUNDO DE ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR).

3) INAMPS (INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL) - responsável pela assistência médica individual aos trabalhadores, aos empregados rurais, aos servidores do Estado e pelos serviços médicos da LBA (LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA).

Integraram ainda o SINPAS a Fundação Legião Brasileira de Assistência , a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor , a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e a Central de Medicamentos (CEME).

As modificações ocorridas na Previdência com esta reforma não foram suficientes para evitar nova crise econômica e política que culminou quatro anos depois, com a criação do CONASP (CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PREVIDENCIÁRIA).

Segundo OLIVEIRA & TEIXEIRA (1985), a crise do início da década de 80 na Previdência poderia ser compreendida através de três fases: uma "crise ideológica", representada pelas discussões em torno do PREV-SAÚDE, em

1980, uma "crise financeira", em 1981, e outra "político-institucional", que resultou na criação do CONASP em 1982.

No abortado PREV-SAÚDE (PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE), fixavam-se como metas a hierarquização dos serviços, tendo a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde, a participação comunitária, a integração dos serviços públicos, previdenciários e privados e a regionalização. Foram propostas estabelecidas segundo recomendações da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE), determinadas pela Conferência de Alma-Ata, de 1978. Segundo OLIVEIRA & TEIXEIRA (1985), o PREV-SAÚDE, devido ao momento político que atravessava o país, de transição do autoritarismo para um período mais democrático, acabou sendo recebido com desconfiança por todos os setores da saúde a ele relacionados. Envolveu um debate entre várias instituições de saúde (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, Associação Estadual de Saúde Pública do Rio de Janeiro, Câmara dos Deputados, Encontro de Secretários de Saúde do Norte e Nordeste, Presidência do INAMPS, Federação Brasileira de Hospitais, Escola Nacional de Saúde Pública, Núcleo Baiano do CEBES, Organização Pan-Americana de Saúde, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Associação Paulista de Medicina, Federação Nacional dos Médicos), que não chegaram a um consenso sobre o Programa.

A crise financeira da Previdência, que já vinha sendo gestada há anos, teve, segundo BRAGA & PAULA (1986), algumas causas :

- Gastos crescentes com assistência médica, desde a criação do INPS em 1967, resultantes da política norteadora da Previdência, de contratação de serviços privados, do tipo de assistência prestada, de caráter basicamente curativo e propiciador de acúmulo de capital privado e do tipo de população usuária, de baixa renda e alto consumo.

- Diminuição do crescimento econômico do país, que culminou num processo francamente recessivo entre 1980 e 1981, com conseqüente diminuição da arrecadação e da receita previdenciária, que chega, no início da década de 1980, a ser menor que as despesas.

- Aumento, por parte do usuário, da demanda de serviços médicos, auxílios e benefícios, resultante da política econômica recessiva de 1980-81, com crescimento do nível de desemprego e dificuldades econômicas para a população.

- Endividamento do SINPAS perante os bancos, conseqüência de uma insuficiente capitalização de recursos da Previdência, oriunda desde a criação do INPS, para enfrentar períodos de

baixa arrecadação.

Tais fatores, mais a assumida e "alardeada" (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985) incapacidade do governo federal de administrar a crise financeira, concorreram para um movimento no interior da Previdência, no sentido de uma nova reforma administrativa, para racionalização de gastos e diminuição de despesas, principalmente com a assistência médica. Foi, então, criado, em 02/09/81, o CONASP, presidido pelo Dr. Aloysio Salles. Constituíram-no as seguintes instituições: os Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde, do Trabalho, da Educação e Cultura, da Fazenda, da Desburocratização, do Planejamento e as Confederações Nacionais da Indústria, do Comércio, dos trabalhadores da Agricultura e do Conselho Federal de Medicina.

Para PITTA-HOISEL (1984), o CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PREVIDENCIÁRIA foi criado sem a participação das classes trabalhadoras,

"...sob o pretexto não-explicito de retirar a administração da assistência médica hospitalar previdenciária da influência do clientelismo político e do empresariado do setor." (pag 61)

Em 23 de agosto de 1982, a portaria 3062

oficializou o PLANO de REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, proposto pelo CONASP, sendo o presidente da República João Figueiredo, e o Ministro da Previdência e Assistência Social, Hélio Beltrão, tendo como objetivos principais a racionalização e o controle dos gastos. Possuía como pontos principais:

- dar "prioridade maior às ações primárias de saúde, com ênfase na assistência ambulatorial, cujo funcionamento adequado represente a verdadeira porta de entrada para o sistema;"
- realizar a " integração das instituições de saúde mantidas pelos governos federal, estadual e municipal, num mesmo sistema, regionalizado e hierarquizado, cuja amplitude pode e deve ser estimada local ou regionalmente, incluindo a população rural;"
- promover a " utilização plena da capacidade de produção de serviços por essas instituições, às quais deve ser assegurada prioridade nos atendimentos à clientela;"
- fomentar o " estabelecimento efetivo de níveis e limites, para a cobertura

assistencial, ajustando às condições reais da economia nacional;"

- estabelecer a " administração descentralizada dos recursos previstos." (BRASIL, 1983, p.09)

Dentro do Plano CONASP, encontravam-se as AIS (AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE) , surgidas oficialmente em 1983 como forma de concretizar as indicações propostas. Pelas AIS, os Estados, através das secretarias estaduais e os municípios em convênios com a Previdência, poderiam receber recursos financeiros do INAMPS para a realização de programas assistenciais (AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE, 1987).

As decisões a respeito dos programas deveriam ser realizadas por comissões interinstitucionais, em cada nível de atuação: CIMS (COMISSÕES INTERINSTITUCIONAIS MUNICIPAIS DE SAÚDE) ou CLIS (COMISSÕES LOCAIS INTERINSTITUCIONAIS DE SAÚDE), a nível municipal e local, CRIS (COMISSÕES REGIONAIS INTERINSTITUCIONAIS DE SAÚDE) , a nível regional e CIS (COMISSÕES INTERINSTITUCIONAIS DE SAÚDE) , a nível estadual. O Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Educação e Cultura foram representados na CIPLAN (COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO), o órgão interministerial que se constituiu o foro básico de agilização , acompanhamento e

avaliação das medidas implementadas.

Desta forma, as AIS representaram o início de um processo de descentralização federal, alternativo ao modelo privatizante de compra de serviços e de exclusividade previdenciária, utilizando recursos como o planejamento em saúde, para racionalização dos recursos. Possibilitaram que se organizassem sistemas de saúde regionais e municipais, com a integração das várias esferas de serviços, através de diretrizes propostas a nível de cada Estado, região e município.

TEIXEIRA & MENDONÇA (1989) situaram a 'implantação das AIS, num momento político favorável, representado pelo caminhar democrático, pelas eleições estaduais para governadores, em 1982, e pelo movimento das eleições diretas, em 1983.

Em 1985, a Política de Saúde Nacional do Ministério da Saúde tornou as Comissões Interinstitucionais, CIS, CRIS e CIMS as bases de implantação de uma progressiva descentralização e regionalização das ações de saúde, tendo como consequência que qualquer medida em relação aos serviços, como credenciamento e criação de novos serviços, realização de convênios etc, deveria ser avaliada e afiançada por estas comissões (AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE,

1987)

Em 1987, o Decreto no. 94657 regulamentou o SUDS - SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE, contribuindo para a efetiva descentralização administrativa da Previdência na área da saúde e avolumando o movimento das AIS. Dentro do projeto de municipalização e estadualização, os Estados e municípios deveriam realizar seus próprios programas, antes centralmente originados, de acordo com as necessidades epidemiologicamente detectadas, integrar os serviços federais, estaduais e municipais e preparar seus orçamentos (MATTA, DAGUER, TASCH, CANEDO, ROCHA, MEISTER, 1989; TEIXEIRA & MENDONÇA, 1989). Com o SUDS, o repasse de recursos financeiros, anteriormente realizado pelo INAMPS, é, então, efetuado pelas secretarias estaduais de saúde (L'ABBATE, 1992)

O SUDS e as AIS foram avaliados por CAMPOS, G.W.S. (1989), segundo o enfoque de um modelo de assistência racionalizador-reformista, concretizaram-se como alternativa ao modelo liberal de assistência médica, aumentaram a oferta dos serviços de saúde pelo Estado, tanto na rede hospitalar como ambulatorial e iniciaram a utilização do planejamento em saúde como o instrumento mais adequado para a aplicação de recursos. Mas a coexistência da prática liberal (constituída pela organização dos serviços médicos segundo o mercado e

pagamento pela assistência) com o modelo racionalizador-reformista do SUDS e das AIS acarretou, segundo o autor, a interrupção do desenvolvimento destas últimas alternativas. Muitos serviços públicos, como centros de saúde e hospitais municipais, acabam sendo organizados segundo a ótica liberal, e os recursos públicos ainda financiam o setor privado, direcionado para o lucro.

A alternativa ao modelo liberal de assistência médica brasileira seria o do Sistema Único de Saúde, escopo do Movimento Sanitário Brasileiro, formulado na 8a. Conferência Nacional de Saúde (GERSCHMANN, 1989).

Realizada em março de 1986, a 8a. Conferência fez-se diferentemente das outras Conferências Nacionais de Saúde, que se pautaram por discussões técnicas, exame de documentos e elaborações de propostas à política nacional de saúde, com participantes da burocracia estatal e profissionais renomados. Contou com a participação ampla de representantes das organizações da saúde, de intelectuais, de usuários, dos partidos políticos e de sindicatos (TEIXEIRA, 1989). Propôs uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde, através da discussão de temas amplos e abrangentes, como direito à saúde, reformulação do sistema de saúde e financiamento do setor. Indicou que

" a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde

deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária." (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a., 1986, p.382)

Determinou que a organização dos serviços de saúde se faria com descentralização, integração das ações de prevenção e cura, regionalização e hierarquização das instituições prestadoras de serviços, fortalecimento do papel do município e participação da população nas instâncias de formulação das políticas, planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde.

Aclamou a saúde como um direito.

"1- Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 - A saúde não é um conceito abstrato.

Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 - Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

5 - Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização,

gestão e controle dos serviços e ações de saúde.

- direito à liberdade, à livre organização e expressão;

- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis." (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a., 1986, p.383)

Sobre o financiamento do sistema, propôs que :

" Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao da saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundo Únicos de Saúde de maneira análoga." (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a., 1986, p.388)

As resoluções da 8a. Conferência Nacional de Saúde foram levadas para a então Assembléia Constituinte e, no jogo de forças entre o Plenário das Entidades, que defendia os princípios da Reforma Sanitária, e o empresariado do setor, parte dos pontos apontados na conferência foi aprovada.

GALLO & NASCIMENTO (1989) fizeram um levantamento sobre os ganhos e não-ganhos do Movimento Sanitário, em relação à sociedade como um todo e ao Estado. Consideraram como pontos favoráveis: a previsão, na Constituição, do Sistema Único de Saúde e da saúde como um direito de todos e um dever do Estado; certo progresso na conscientização de que a saúde é um direito, confirmado pelo desenvolvimento das organizações populares no âmbito da saúde, mais numerosamente que em outros setores da sociedade; a efetivação em muitas regiões do país, das diretrizes de integração, descentralização e hierarquização dos serviços médicos; a diminuição da participação do setor privado nas despesas, com conseqüente aumento para o âmbito público, através de resoluções como a medida que retirou a isenção da contribuição para a Previdência das empresas contratadoras de serviços privados.

Como pontos desfavoráveis, os autores descreveram o fato de que o setor público continua a financiar os serviços privados mais especializados e complexos, como as internações hospitalares, os serviços auxiliares de diagnose e terapia e os serviços médicos hospitalares. Houve um crescimento da atividade privada sem financiamento público, como por exemplo, os convênios-empresa e seguros-saúde individuais. Utilizam-se recursos públicos com fins lucrativos em atendimentos modelo Incor, em serviços

hospitalares universitários e públicos. Em relação à "consciência sanitária", permanecem paradoxos: várias categorias de trabalhadores que lutam pelos princípios da Reforma Sanitária, em seus dissídios coletivos, solicitam convênios com empresas médicas

Acrescenta-se aos pontos desfavoráveis a pouca discriminação a que se submeteu o fator financiamento dos serviços públicos de saúde.

O Sistema Único de Saúde foi oficializado em julho de 1989 e regulamentado pela Lei Federal no. 8080 de 19/09/90. O momento atual é o da viabilização da implantação do SUS frente às dificuldades existentes: dificuldades orçamentárias da Previdência, desorganização do serviço público e desmobilização do movimento pela Reforma Sanitária (TEIXEIRA, 1989), acrescentadas das dificuldades políticas e de recursos de cada Estado e município.

III.2. - SAÚDE MENTAL

A assistência psiquiátrica acompanhou as políticas de saúde em geral, conseqüentemente a dicotomia : saúde pública e medicina previdenciária, acentuada, após 1966, com

a unificação dos IAPs e a criação do INPS, em 1967. Mas quanto à psiquiatria, há as especificidades da especialidade e de sua história. Desde o surgimento do primeiro Hospital Psiquiátrico Brasileiro - Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, a assistência psiquiátrica foi marcadamente asilar. Segundo MEDEIROS (1977):

" A atividade psiquiátrica nasce no Brasil com o surgimento das internações de doentes mentais." (p.05)

Após 1964, com a política predominante de contratação de serviços do setor privado, a assistência psiquiátrica seguiu nesta direção, expandindo-se a rede hospitalar psiquiátrica. Segundo RESENDE (1987), entre 1965-70, a rede ambulatorial psiquiátrica principiante se prestou predominantemente à captação de pacientes para os hospitais psiquiátricos.

O surgimento de novos hospitais não significou benefícios e mudanças no tratamento da doença mental, mas acentuou a cronificação e o isolamento do doente mental. Eram regra as internações longas, além do tempo necessário, intervenções exclusivamente médicas, com prescrições de psicofármacos, internações sem prioridade, com uso abusivo de diagnósticos psiquiátricos, mascarando, às vezes, problemas sociais, escassa participação de profissionais da área de Enfermagem, Terapia Ocupacional e Psicologia e não

encaminhamento a tratamento ambulatorial (RESENDE, 1987; SILVA, J.F.J., 1990).

Na década de 1970, dois documentos oficiais preconizaram uma saída comunitária como alternativa ao tratamento asilar. Foram eles:

- o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, aprovado em 19/7/1973, que trazia princípios da psiquiatria comunitária, previa o desenvolvimento de recursos extra-hospitalares e enfatizava o atendimento através de equipes multiprofissionais (MEDEIROS, 1977).

- a Portaria 32, do Ministério da Saúde, publicada em 24/janeiro/1974, inspirada no documento da Previdência e no Plano Decenal para as Américas, resultante da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada em Santiago do Chile, em outubro de 1974.

Mas a efetivação dos princípios contidos nesses documentos não ocorreu na prática (CERQUEIRA, 1989; RESENDE, 1987). Para CERQUEIRA (1989), os documentos continuavam:

"... letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, defendido por outros tantos

psiquiatras reacionários encarapitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados. Conseguem leis, financiamentos, privilégios." (p.224)

RESENDE (1987) descreveu o contexto do final do anos 60 e início dos anos 70, que permitiu o surgimento destes dois documentos. Seriam resultantes de um período de melhora na economia do país, a partir de 1968, confirmado através do crescimento das taxas do PNB e aumento das taxas de emprego. Portanto, era conveniente a manutenção do paciente em seu grupo social e em seu trabalho.

Conseguiram-se alguns resultados, principalmente no tocante ao prazo das internações psiquiátricas, através da efetivação de medidas como as supervisões realizadas pelas equipes médicas do INPS. O controle das internações psiquiátricas passou a ser mais rigoroso, limitando-se os encaminhamentos dos ambulatórios. RESENDE (1987) citou que o índice de 36% de internações para o volume total das consultas ambulatoriais, entre 1965-70, baixou para 12%, nos anos 70.

Esse período perdurou até aproximadamente 1974, após o qual a especialidade psiquiátrica deixou de ser contemplada com a relativa importância que desfrutara

(RESENDE 1987). As razões para tal mudança estariam a nível político, nos sinais de perda de apoio ao Governo Federal, e a nível económico, no depauperamento causado pelo "milagre económico": aumento do número de acidentes de trabalho e das horas diárias de trabalho e diminuição do real poder aquisitivo do salário mínimo (RESENDE, 1987).

Os programas de Saúde Mental após 1974, ano da criação do MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, acabaram sendo organizados pela Previdência, fornecedora de recursos, principalmente humanos, como resultado do progressivo centramento da mesma na administração na área da saúde, e conseqüente esvaziamento do Ministério da Saúde (LUZ, 1986)

No final da década de 70, acirraram-se as críticas ao modelo asilar cronificador, produtor de mais doença, com o surgimento de movimentos favoráveis às práticas extra-hospitalares. Foram marcantes as influências da Rede de Alternativas à Psiquiatria como também da experiência italiana com a Reforma Psiquiátrica e a promulgação da Lei 180, em maio de 1978.

A Reforma Psiquiátrica italiana promoveu a desinstitucionalização do doente mental, prevendo a existência de uma rede de serviços comunitários substitutivos

às internações psiquiátricas. Com a Lei 180, ficou proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos e a realização de novas internações psiquiátricas. Os pacientes anteriormente internados deveriam receber alta hospitalar de forma gradativa. Os serviços extra-hospitalares foram considerados os coordenadores da assistência em Saúde Mental. Leitos psiquiátricos, se necessários, deveriam estar localizados em hospitais gerais, em número máximo de quinze leitos. O doente mental teve a sua cidadania reconhecida, extinguindo-se as tutelas jurídicas, as internações e os tratamentos compulsórios, bem como a sua condição de periculosidade social. Excepcionalmente as internações psiquiátricas seriam recomendadas, quando esgotadas as outras possibilidades de tratamento. Esta decisão seria tomada por uma autoridade sanitária local, que definiria também a responsabilidade do serviço sanitário (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990).

Às críticas ao modelo asilar e psiquiatrocêntrico de cuidados ao doente mental, promovidos por grupos e associações não governamentais, somou-se, na área da Previdência, a preocupação com os gastos excessivos das internações psiquiátricas. Neste sentido, já em novembro de 1980 houvera a assinatura, pelo INAMPS, de um acordo com os hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, para o estabelecimento de uma gestão conjunta, o que, segundo o documento oficial do CONASP iniciaria a integração entre as

instituições, com o objetivo de intervenção nos hospitais asilos, modificando-os para um melhor atendimento aos interesses da Previdência e seus usuários

Em dezembro de 1982, o documento elaborado pelo CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE PREVIDENCIÁRIA (CONASP) reconheceu algumas "distorções" da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, avolumadas durante anos:

- "1. Internações desnecessárias motivadas pelos fatores de distorção próprios à forma de remuneração por produção (...). Isto é estimulado pelo fato de que o " auxílio-doença" é concedido pela Perícia Médica do INPS sempre que o segurado seja internado entre os dois Institutos e a deficiência dos mecanismos de controle pelo INAMPS, respaldam essa situação.
2. Grande variação na qualidade do tratamento oferecido pela rede hospitalar face à freqüente inobservância pelos mesmos das normas que regem a linha assistencial, especialmente no tocante às equipes psiquiátricas preconizadas, levando inclusive à prática de atos iatrogênicos.
3. Comprometimento da eficácia do atendimento ambulatorial, ocasionado, entre outros fatores, por falta de padronização de condutas, insuficiência de recursos e falta de

disciplinamento nos encaminhamentos, gerando insatisfação entre a clientela e os profissionais.

4. Múltiplas portas de entrada do paciente ao sistema, com carência de integração entre ambulatório e hospital, assim como de instâncias intermediárias (pronto-socorro psiquiátrico, hospital-dia, hospital-noite, pensão protegida e oficina protegida), capazes de manter o paciente por mais tempo em convivência sócio-familiar assim como absorver boa parte da atual demanda de internações.

5. Inexistência de fluxo adequado de medicamentos da linha CEME, dificultando a manutenção do paciente em tratamento ambulatorial.

6. Estabelecimento, às vezes questionável, de diagnósticos com vistas a conseguir maiores prazos de internação.

7. Altas precoces, com finalidade de não extrapolar os tempos de permanência estabelecidos para o sistema contábil, diminuindo, com isso, os prazos para pagamento das contas hospitalares e, nos casos de pagamento através da diária semi-integral, evitando que haja diminuição dos valores dos

honorários profissionais.

8. Freqüente utilização do expediente de dar alta seguida de imediata reinternação, sem que o paciente deixe o hospital, como forma de contornar os tempos prolongados de internação (cujos processos de pagamento pelo INAMPS são mais demorados).

9. Dificuldades criadas para os servidores da Previdência Social na execução de suas tarefas de supervisão e avaliação dos serviços contratados, prejudicam e mesmo impedem o controle técnico e administrativo dos mesmos.

10. Não utilização adequada e prioritária dos recursos disponíveis das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde.

11. Baixo grau de integração entre a disciplina de Psiquiatria e as demais áreas clínicas, no âmbito da Universidade, comprometendo a formação médica em geral, e na especialidade."

(CONSELHO CONSULTIVO DE ADMINISTRAÇÃO
PREVIDENCIÁRIA, 1982, p.06)

Neste contexto de atendimento aos distúrbios psiquiátricos francamente hospitalar e hospitalar privado, o tratamento extra-hospitalar caracterizava-se geralmente pela precariedade e baixa resolutividade.

Segundo o CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE PREVIDENCIÁRIA (CONASP, 1982), em 1981 os psiquiatras contratados pelo INAMPS para trabalhar na rede extra-hospitalar podiam ser contabilizados em aproximadamente 450 profissionais, perto de 200 no Rio de Janeiro, em serviços próprios do INAMPS, e em outras capitais, como São Paulo e Curitiba, ou em clínicas credenciadas .

E, citando como exemplo o Estado de São Paulo, um Estado de maiores recursos, dados de 1982 (PITTA-MOISEL, 1984) mostravam somente 18 ambulatórios da Secretaria de Saúde (11 na Grande São Paulo e 7 no interior), 46 centros de saúde com ações de Saúde Mental (19 na Grande São Paulo e 25 no interior) e 11 instituições próprias do INAMPS (4 na Grande São Paulo e 7 no interior). Havia, ainda, algumas prefeituras em articulação com a Coordenadoria de Saúde Mental (CSM), para oferecerem atenção psiquiátrica em seus postos de saúde, e outros postos no interior do Estado, ligados às prefeituras locais, com programas de Saúde Mental em andamento

Quanto às atividades realizadas nesses ambulatórios, o atendimento era basicamente médico, predominantemente de prescrição de psicofármacos, quando não de supermedicação, com a realização de diagnósticos

exclusivamente psiquiátricos e fornecimento de guias para internação psiquiátrica. Os recursos das áreas de Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional eram pouco utilizados, quando não inexistentes. A desarticulação interna das equipes de Saúde Mental, ou destas com outras áreas clínicas, quando em unidades de saúde geral, era a regra (PITTA-HOISEL, 1984).

Quanto aos atendimentos psicoterápicos, nas palavras de PITTA-HOISEL (1984):

" Em março de 1.983, não havia divulgada nenhuma proposta de atendimento, existindo apenas algumas portarias que regulavam a prática da psicoterapia como de domínio exclusivo de médicos sob supervisão de um médico designado para tal fim, e, determinação acerca do trabalho do psicólogo, que deveria endereçar suas atividades na elaboração de testes psicológicos, o que se constitui numa grande demanda, uma vez que a rede das escolas encaminham crianças suspeitas como deficientes a estes ambulatórios para, uma vez confirmado o diagnóstico, mediante tais testes, serem encaminhados às " classes especiais". Tais determinações estavam publicadas em portarias breves." (p.83)

Até o início da década de 80, as ações de Saúde Mental em centros de saúde no Estado de São Paulo foram de implementação e programação irregular. Segundo PITTA-HOISEL (1984), os procedimentos seguiam linhas diversas que abrangiam desde o seguimento de parâmetros da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE) até o exclusivo fornecimento de autorizações para internações psiquiátricas.

Neste panorama, o "PROGRAMA DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA PREVIDENCIÁRIA", elaborado pelo CONASP e enviado ao Ministro da Previdência e Assistência Social, Hélio Marcos Penna Beltrão, em 14/dezembro/82, possuía como objetivos pertinentes: descentralizar a atenção psiquiátrica do hospital psiquiátrico, fazer da rede ambulatorial (primária e secundária) o centro da atenção psiquiátrica e promover alternativas aos serviços privados e lucrativos contratados pela Previdência. O Programa seguiu os princípios e diretrizes básicos do plano CONASP - REORIENTAÇÃO NO ÂMBITO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Os princípios específicos da área de Saúde Mental foram:

" A Assistência em Saúde Mental deve observar a "visão" do paciente dentro do seu contexto familiar e sócio-cultural, sujeito às influências dos seus relacionamentos interpessoais e ambientais considerando o distúrbio psiquiátrico como episódio no ciclo

natural de saúde/doença do indivíduo", e observar os seguintes princípios:

- a. Ser predominantemente extra-hospitalar.
- b. Empregar os vários recursos e técnicas diagnóstico-terapêuticas disponíveis, com a conseqüente e necessária utilização de equipe multiprofissional, respeitando as especificidades de cada categoria profissional.

c. Incluir-se numa estratégia de Atenção Primária de Saúde, ou seja:

- ser regionalizada, de forma a que o evento psiquiátrico seja atendido na própria comunidade e, sempre que possível, utilizando os recursos da comunidade.

- integrar-se, nas áreas programáticas definidas segundo critérios técnicos de regionalização/integração/hierarquização, a uma rede de serviços básicos de saúde, que inclua os PAM's do INAMPS e os centros de Saúde Municipais e Estaduais.

- utilizar procedimentos metodológicos que integrem ao sistema recursos não estritamente psiquiátricos como:

.atendimentos ambulatoriais de enfermagem, serviço social, psicologia clínica e terapia ocupacional, entre outros.

.generalistas treinados para atender, com grau de resolutividade significativo, a casos psiquiátricos, tanto a nível de emergência, como em acompanhamento ambulatorial. A equipe multiprofissional de Saúde Mental participaria deste trabalho através da supervisão e orientação sistemáticas.

- promover ações de prevenção e promoção de Saúde Mental.

- disciplinar os mecanismos de encaminhamento, em uma estratégia global que se pode definir como a de evitar que os casos ou problemas sociais sejam erroneamente rotulados e tratados como doenças mentais.

d. Utilizar recursos e métodos extra-hospitalares, intermediários entre o ambulatório e a internação integral, que procurem reverter a tendência (prevalente) à hospitalização: hospital-dia, hospital-noite, pré-internação, pensão protegida e oficina protegida, dando-se ênfase aos programas para atendimento e acompanhamento dos pacientes egressos dos hospitais.

e. Utilizar a internação integral apenas para aqueles pacientes que apresentem uma sintomatologia que represente risco para si

e/ou para terceiros e, nos poucos casos em que a associação problemas sociais/sintomatologia psiquiátrica, impossibilite totalmente a manutenção do paciente em seu meio familiar e social, e pelo menor prazo possível.

f. Promover a implantação progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais, na tarefa assistencial ora desenvolvida quase exclusivamente por hospitais especializados; os hospitais de ensino devem ser incentivados nessa prática, pela liderança que podem assumir." (CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO PREVIDENCIÁRIA, 1982, p.9-11)

Na década de 80, a rede extra-hospitalar de tratamento psiquiátrico, principalmente a ambulatorial, se expandiu, em especial nas capitais brasileiras e cidades de maior porte. Os cuidados em Saúde Mental foram incorporados em unidades primárias de saúde, novos ambulatórios e emergências psiquiátricas foram criadas. Leitos psiquiátricos e enfermarias especializadas foram abertas em hospitais gerais, geralmente universitários (DALGALARRONDO, 1990), e hospitais psiquiátricos com condições precárias de atendimento, quando não sub-humanas, sofreram intervenção oficial. Alternativas para a internação psiquiátrica se concretizaram: hospital-dia, hospital-noite, oficinas

abrigadas, mesmo que em número reduzido. Os convênios das secretarias estaduais e municipais com universidades e instituições de ensino aprofundaram a discussão sobre os problemas em Saúde Mental e a especificidade de seu cuidado. O Projeto de Lei no. 3657, de 1989, do Deputado Paulo Delgado, com inspiração na reforma psiquiátrica italiana e que

"dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória" está em discussão, com substitutivos tramitando pelo Congresso Federal.

Mas perduram distorções e dificuldades:

- quanto à eficácia da rede ambulatorial, que não se emoldurou como real alternativa ao modelo cronificador asilar. Tomando-se, por exemplo, o Estado de São Paulo numa avaliação realizada pela Secretaria Municipal de Campinas, conclui-se que o aumento do número de ambulatórios no Estado de São Paulo, nos anos 80, proporcionou, igualmente, um grupo considerável de pacientes cronificados (SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS, Prim. Doc., 1991, p.2).

- em muitas regiões do país e do Estado de São Paulo os recursos hospitalares são ainda os únicos existentes para o tratamento dos distúrbios psíquicos (SECRETARIA DE ESTADO DA

SAÚDE, 1987)

- o atendimento ambulatorial nas várias regiões do país e do nosso Estado é muito variável, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos. Cita-se o exemplo de algumas regiões do Estado de São Paulo, com atendimentos ambulatoriais de 1 paciente a cada 3 horas e outros, na rede privada, de 6-8 pacientes por hora (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1987).

- persiste em muitas unidades o padrão médico-assistencial nos atendimentos ambulatoriais que FUKS (1986) definiu como:

"... social-doador, que supõe a obrigação de "dar algo", o que for, remédio, leite, alimento, "interpretações" etc., e que está intimamente ligado a essa caracterização peculiar, por todos conhecidos, da clientela das instituições como "população carente"..."
(p.7)

- quanto aos aspectos ideológicos subjacentes ao projeto racionalizador, de regionalização, integração e utilização da epidemiologia psiquiátrica das propostas da década de 70, GIORDANO (1989) visualizou-os como a continuidade do projeto higiênico, agora unindo Psicanálise e Saúde Pública, em ações educativas

Com a progressiva expansão das AIS, da regulamentação do SUDS, em 1987, e da aprovação da Lei Orgânica de Saúde (1990), a Saúde Mental acompanhou estes movimentos.

No caso específico do Estado de São Paulo, a reforma administrativa de 1986-87 que estabeleceu os ERSAS (ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE), objetivando descentralizar e regionalizar as ações de saúde, extinguiu a CSM (COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL), criada em 1968. A CSM responsabilizava-se pelos programas e controle das ações de Saúde Mental dos ambulatórios estaduais, hospitais públicos estaduais e hospitais conveniados. Sua dissolução provocou certa desintegração e desorganização dos programas, dificultando a retomada de novas propostas (ARCARO, 1989).

As circunstâncias atuais apontam, no setor público, para a efetivação do Sistema Único de Saúde e da municipalização, tendo presentes as dificuldades de integração dos vários equipamentos ambulatoriais, hospitalares e laboratoriais oriundos do Estado e do INAMPS, como também os impedimentos da municipalização de serviços privados (SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS, Seg. Doc., 1991). Estes processos enfrentam ainda as particularidades e complexidades de cada região do país (MATTA et al., 1989).

III.3. - Análise de alguns documentos oficiais federais, estaduais, regionais e municipais de Campinas sobre Saúde Mental e abordagens psicoterápicas

III.3.1. - PROGRAMA DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA PREVIDENCIÁRIA. (CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO PREVIDENCIÁRIA, 1982)

Ao introduzir a situação da assistência psiquiátrica no Brasil, o PROGRAMA DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA PREVIDENCIÁRIA, de 14/dezembro/82, elaborado pelo CONASP (CONSELHO CONSULTIVO DE ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE PREVIDENCIÁRIA), reconheceu a "magnitude do problema das perturbações mentais" e a ausência de uma política adequada por parte da Previdência, no tratamento da questão.

Foram responsáveis pela elaboração do plano os representantes oficiais de: DINSAM-MS, PAMS do INAMPS, equipe de Saúde Mental do INAMPS, Hospital Pedro Ernesto da UERJ e da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul,

Associação Médica Brasileira-AMB, Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Brasileira de Hospitais, Federação Brasileira de Hospitais-FBH

Os princípios relativos ao atendimento psiquiátrico já foram descritos no item III.2. deste trabalho como "princípios específicos da área de Saúde Mental".

O documento estabeleceu como metas principais a racionalização dos custos, a integração institucional, a regionalização dos atendimentos e o desenvolvimento de alternativas ao quase exclusivo modelo hospitalar de atendimento à doença mental.

A ênfase do documento centrou-se no tratamento ambulatorial, através de uma equipe multiprofissional

As abordagens psicoterápicas, juntamente com os progressos na área de psicofarmacoterapia, foram considerados como alternativas ao modelo asilar e custodial:

"O Modelo asilar e custodial ainda tem prevalecido na prática, apesar dos avanços ocorridos nas áreas da psicoterapia e da farmacologia." (p.03)

III.3.2. - PROPOSTA DE TRABALHO PARA EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM UNIDADES BÁSICAS E EM AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL (COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL, 1983).

A PROPOSTA DE TRABALHO PARA EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM UNIDADES BÁSICAS E EM AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL, publicada em outubro de 1983 pela Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) do Estado de São Paulo, foi o documento oficial, dentre os pesquisados, que mais exaustivamente examinou a questão dos procedimentos psicoterápicos em Ambulatórios públicos de saúde.

Organizado por uma equipe de profissionais de diferentes áreas (Psiquiatria, Psicologia, Assistência Social, Enfermagem e Terapia Ocupacional), objetivou a mudança no sistema de atenção psiquiátrica, basicamente manicomial, a expansão da rede extra-hospitalar e ambulatorial e o estabelecimento de novas propostas para o atendimento ao sofrimento mental (FUKS, 1986).

O momento político era de mudança de direção partidária, de eleições para governadores e de restabelecimento de formas mais democráticas de governo (MENDES & HIRCHZON, 1986).

Para PITTA-HOISEL (1984),
"... era o primeiro documento onde se publicava
uma proposta técnica dentro de uma estratégia *
política de mudar a atenção psiquiátrica
vigente." (p 120)

O documento estabeleceu uma concepção de Ambulatório onde se esperava algo além de ações técnicas. Os Ambulatórios e Unidades Básicas deveriam se converter em "espaços terapêuticos" de contenção do sofrimento emocional. Para que tal objetivo fosse alcançado, todos os funcionários, profissionais especializados ou não, deveriam estar preparados para esta tarefa. Recomendou-se, para tanto, o trabalho com equipes multiprofissionais. Para se evitar a burocratização das ações, orientou-se-se pela integração da área técnica com a administrativa.

Unidades Básicas foram consideradas como aquelas unidades de saúde geral que realizam ações de atenção primária, unindo profilaxia e tratamento. A equipe de Saúde Mental é menor que a dos Ambulatórios e deverá se integrar com os profissionais de outras áreas clínicas

As ações de Saúde Mental no Ambulatório são ações de atenção secundária, de maior complexidade, realizadas por uma equipe multiprofissional maior e que no fluxograma das

ações constitui-se na retaguarda da Unidade Básica Ambulatório de Saúde Mental foi definido no documento como

" uma instituição promotora de saúde, basicamente responsável pela assistência prestada a uma clientela constituída por pessoas manifestadamente comprometidas psiquicamente - "doentes mentais" - e por outras a elas vinculadas." (p.21)

Os procedimentos psicoterápicos foram visualizados como alternativas ao modelo psiquiatrocêntrico e farmacológico dos atendimentos ambulatoriais:

"Através do aproveitamento máximo de cada componente da equipe em ações gerais e da ampliação e aprofundamento de suas funções específicas, a unidade de Saúde Mental deverá superar o uso tão freqüente de fármacos enquanto recurso terapêutico único e instituir a psicoterapia como modalidade de atendimento , associada ou não a outros procedimentos, e resgatar a eficácia terapêutica das ações de apoio e orientação." (p.02)

Segundo ARCARO (1989), esta ótica possibilitou a valorização das ações psicoterápicas no contexto do atendimento ambulatorial, fortalecendo , conseqüentemente, o

papel do psicólogo clínico, principal agente deste tipo de procedimento nas equipes multidisciplinares.

Do ponto de vista dos objetivos, o documento considerou as psicoterapias como promocionais do "desenvolvimento da personalidade" (p.19 e p.21).

O trabalho em grupo foi preferencialmente indicado, tanto pela eficácia terapêutica como pela possibilidade de se atender um número maior de pessoas:

" A utilização do trabalho grupal como forma preferencial de atendimento é indicada pelo seu comprovado e inegável valor terapêutico além de, levando em consideração a realidade da demanda, ser o meio de atingir o maior número possível de pessoas." (p.02)

Definiu-se entre as prioridades de atendimento aquelas indicadas pelo perfil da demanda e os egressos de hospitais psiquiátricos.

A teoria de "crise" foi uma das orientações teóricas das ações tidas como "promocionais" da Saúde Mental:

" ... no campo da Saúde Mental a definição de ações preventivas ou de promoção torna-se bem mais complexa do que na saúde física, dada a

interação de múltiplos fatores (biológicos, psicológicos e sociais) na etiologia das assim chamadas doenças mentais. Destaca-se a importância dos condicionantes sociais que atuam sobre cada indivíduo para a fixação de aspecto situacional nos diagnósticos e a sua consideração na definição de ação do plano em cada caso. Pode-se tomar como orientação básica nesta questão os conhecimentos propiciados pela psicologia do desenvolvimento, especialmente do modelo , que propõe o crescimento como resultante da superação de sucessivas crises, momento em que a influência de vários fatores emocionais , biológicos e sociais requer do indivíduo maiores ou diferentes recursos, internos ou externos, do que os que eles já possui. Da obtenção desses recursos dependerá o avanço ou o prejuízo do processo de desenvolvimento." (p.07)

Em que se pese a não legitimidade científica da atuação nas " crises" acidentais e evolutivas como forma de prevenção das doenças mentais (BIRMAN & COSTA, 1976; VERAS & GERALDES, 1990), o parecer acima , numa visão mais ampla dos processos saúde e doença, tornou relevante a existência dos

fatores sócio-culturais

Foram descritas de forma minuciosa os processos de recepção, triagem e diagnóstico a serem realizados nas Unidades Assistenciais (Ambulatórios e Unidades Básicas)

Numa recomendação que respeitou as características de cada unidade básica e ambulatorial, explicitou-se que as várias formas de abordagens devem estar de acordo com a demanda dos serviços e a disponibilidade (de número, formação e horários) dos profissionais para a tarefa

As atividades nas Unidades Básicas foram divididas em três grupos: atividades da equipe de Saúde Mental, visando à integração com os profissionais de outras áreas clínicas da Unidade; ações de retaguarda dos procedimentos em Saúde Mental, como provisão de material de trabalho, contacto com Instituições externas à Unidade, assessoria a funcionários da Unidade etc; e as ações técnico-específicas da Saúde Mental a pacientes, grupos, comunidade etc.

As atividades psicoterápicas na Unidade Básica não se restringiram somente ao âmbito da Saúde Mental, mas foram indicadas a toda a equipe de saúde. Desta forma foram previstas as ações de:

- fornecer assessoria

"... aos demais funcionários no que concerne aos aspectos de Saúde Mental dos pacientes por eles atendidos (orientação quanto ao uso de psicofármacos, intervenções psicoterápicas etc.). Inclui-se aqui a assessoria para as visitas domiciliares que venham a ser feitas pelo visitador sanitário." (p.09)

- participar do treinamento dos funcionários de nível técnico:

"- prepará-los para detectar e encaminhar prontamente para a equipe de Saúde Mental os casos que requerem sua atenção, tendo os devidos cuidados para se evitar a psicologização e psiquiatrização de problemas sociais e econômicos." (p.09)

Os membros da equipe de Saúde Mental deveriam colaborar no atendimento global dos pacientes que frequentam as Unidades Básicas, como portadores de um saber "psi" (psicológico, psiquiátrico e psicanalítico), nas atividades de assistência, dirigidas à demanda dos diversos programas e sub-programas da Unidade Básica:

" Todos os funcionários da Unidade devem estar atentos , na sua rotina de trabalho, às

dificuldades de ordem emocional apresentadas pela clientela, procurando atitudes que favoreçam a amenização dessas dificuldades. Uma atitude terapêutica é viável para a maioria dos funcionários, desde que assessorados nesta tarefa. Contribuem-se, assim, para evitar o exagero de encaminhamentos para atendimento específico em Saúde Mental. Vale lembrar, a título de exemplo, do idoso com retornos sistemáticos com o médico clínico, que pode prover, além de atenção clínica propriamente dita, uma atenção suportiva às queixas psico-sociais comuns nesta etapa da vida; ainda, da gestante sendo atendida na pré ou pós-consulta, com espaço para expor e discutir suas ansiedades em relação à gestação, parto, relacionamento com o marido, filhos, no trabalho etc." (p.12)

São orientações que, na minha experiência, visam integrar aspectos emocionais e físicos, numa compreensão mais abrangente de saúde e doença mental, mas que podem, na compreensão desta autora, se tornar veículos de "psiquiatrização" e "psicologização" de dificuldades de outras ordens, sociais, econômicas e institucionais. Sugerem também um movimento com objetivos de fortalecer e tornar

reconhecidas as atividades dos profissionais da Saúde Mental, num momento em que estes estavam sendo mais maciçamente incorporados às unidades de saúde geral. As dificuldades de integração de uma equipe de Saúde Mental em unidades de saúde geral são ainda motivos atuais de discussão e pareceres (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Seg. Doc., 1991).

Quanto à assistência em Saúde Mental, o documento discriminou a atuação da Saúde Mental na Unidade Básica em :

1) Atividades conjuntas com os diversos programas da unidade de saúde e da equipe de Saúde Mental, como por exemplo, as atividades da própria equipe de Saúde Mental contribuindo em programas de assistência a gestante, de controle à hanseníase, à tuberculose, ao adulto etc. O documento considerou como o profissional da Saúde Mental poderia contribuir :

"...os aspectos psicológicos devem ser abordados mesmo quando a queixa ou situação explícita não seja especificamente emocional. Na prática esses atendimentos podem ser feitos no mesmo dia do retorno médico mensal, mas esta não é a única forma possível já que tem havido experiências bem sucedidas com retornos mais frequentes e independentes da consulta médica

de rotina. No entanto é necessário fixar-se um número restrito de sessões (cerca de 4 a 8) ou um tempo fixo e breve para o trabalho (cerca de 1 a 3 meses). A abordagem em grupo será destacada, porém, dependendo da realidade local ou circunstancial, pode-se prover atendimento individual com o mesmo objetivo." (p.12)

Estas ações podem ser desenvolvidas por quaisquer membros da equipe, individualmente ou em duplas, sob vários enfoques: educativo, de orientação dinâmica, psicoterápico, ou de acordo com a sugestão do próprio grupo.

Novamente, a ressalva que faço a este tipo de atuação é o conseqüente aumento da demanda, de intervenções e de pacientes, para a área da Saúde Mental. Haveria, também, o risco de uma difusão discriminada dos saberes psicológicos e psiquiátricos no interior das unidades de saúde, tanto quanto na comunidade. Penso que as atividades que envolvam atuações da Saúde Mental, que não exclusivamente técnicas de atendimento direto ou supervisões, devam ser cuidadosamente avaliadas quanto à sua pertinência e resolutividade

2) Atendimento a pacientes específicos da área de Saúde Mental

Previram-se procedimentos iniciais de triagem e avaliação diagnóstica que devem ser breves e resolutivos. Se necessário, os pacientes devem receber alta ou ser encaminhados para tratamento na unidade, ou externamente a ela, como por exemplo, para os Ambulatórios

Em relação ao tratamento, as recomendações enfatizaram e orientaram, preferencialmente, a realização de atendimentos breves (até aproximadamente 12 meses), grupais, emergenciais e focalizados na situação de "crise".

Orientou-se para delimitar de forma precisa, com o paciente e seus familiares, o enquadramento dos atendimentos em relação à duração do tratamento, frequência, duração das sessões etc

Definiram-se três tipos de atendimento: breve, a médio prazo e sem prazo determinado.

Os atendimentos breves estariam dirigidos a crianças, adolescentes e adultos, em situações de "crise" e com foco conflituoso determinado. Os procedimentos indicados seriam os psicoterápicos de apoio ou mais "profundos" (não se discriminou o que se chamou de "profundo"), com prescrição de psicofármacos, se necessário.

A forma de atendimento deveria ser grupal ou individual, de acordo com a necessidade do caso, com um número pré-fixado de sessões, até 12 no máximo, com sessões de 30 minutos, para uma abordagem individual, e de 60 minutos, para abordagens grupais e com frequência de uma ou mais vezes na semana, se necessário. O documento exemplificou estes atendimentos:

"- Atendimento a familiares de psicóticos, epiléticos, deficientes mentais etc. Visa-se aqui esclarecimento e/ou clarificação da situação do paciente e da vivência dos próprios familiares em relação ao problema. (...)

- Atendimento a paciente em crises situacionais. Visa-se aqui abordagem da crise em nível adequado à sua superação.(...)

- Atendimentos a psicóticos em surto (...)."

(p.16)

O documento lembrou que, na avaliação das situações de "crise", devem-se levar em conta fatores externos, da realidade do paciente e, se necessário e viável, mobilizar recursos concretos, com o objetivo de auxiliar o paciente a superar a situação crítica.

Foram também recomendados atendimento a casais e

famílias, se a problemática se referir ao relacionamento do casal ou às relações familiares , respectivamente.

O atendimento a médio prazo se destina a crianças, adolescentes e adultos, através de atendimentos breves , procedimentos de apoio, de esclarecimento ou psicoterapeuticamente mais "profundos" e prescrições de psicofármacos, se necessário. Contemplam situações não tão agudas ou emergenciais. O trabalho psicoterápico deve estar circunscrito a áreas conflitivas demarcadas.

O trabalho grupal foi o preferencialmente indicado, empregando-se a abordagem individual excepcionalmente.

Os parâmetros do tratamento foram a pré-fixação do tempo, com prorrogação, caso houvesse necessidade, dentro do limite máximo de 12 meses de tratamento e sessões semanais ou quinzenais, com duração de 30 minutos para as abordagens individuais e 60 minutos para as grupais.

O atendimento familiar, quando necessário , principalmente em casos de crianças e psicóticos , deve ser realizado concomitantemente ao do paciente.

Foram descritos os exemplos do atendimento a médio prazo.

"- Atendimento grupal ou individual de pacientes com conflitos psicológicos advindos de problemas sociais. Em muitos casos o paciente procura ajuda apresentando queixas explicitadas no nível de sintomas físicos (somatizações) ou emocionais que, em termos psicodinâmicos, apresentam uma etiologia basicamente social. Ocorrem ainda situações em que o nível de explicitação da queixa é diretamente o social ou particularmente o familiar. Nestes casos pode ser mais indicado buscar-se como meio de ajuda um atendimento que focalize o aspecto social, esclarecendo sua repercussão a nível da vivência psicológica ou da resposta orgânica. Incluem-se aqui casos tais como: migrantes com dificuldades de ajustamento à nova realidade, desempregados com queixas em Saúde Mental, familiares de alcoólatras com queixas ligadas a estes problemas etc".

- Atendimento grupal (excepcionalmente individual) a pacientes adultos com sintomas explícitos característicos das mais variadas formas de neurose. Apesar de alguns pacientes poderem estar fazendo uso de medicação, ao trabalho deverá ter um cunho principalmente

psicoterapêutico, visando o desenvolvimento da personalidade"

- Atendimento grupal (excepcionalmente individual) para crianças ou adolescentes com conflitos psicodinâmicos que requerem uma abordagem psicoterápica (...)." (p.19)

O atendimento sem prazo determinado para a clientela da Unidade Básica abrangeu crianças, adolescentes e adultos com características particulares: pacientes psiquiátricos crônicos, ou com pouca motivação para psicoterapia, pacientes portadores de síndromes neuro-orgânicas, ou aqueles sem possibilidade de retornos frequentes à unidade, por condições financeiras, de trabalho ou por morarem em regiões distantes. Considerou-se que para estas pessoas:

"... o alcance de uma abordagem mais profunda é limitado..." (p.19)

Recomendou-se preferencialmente a abordagem grupal e a individual para os casos de extrema necessidade, com frequência mensal, bimensal ou menor, conforme a necessidade e a disponibilidade de cada paciente. As abordagens incluíram procedimentos de apoio, suporte psicofarmacológico e acompanhamento familiar

Apesar das dificuldades de delimitação de prazo para este tipo de ação, houve orientação para a realização de contratos terapêuticos com duração de no máximo 12 meses, com posterior avaliação e renovação do seguimento, refletindo uma preocupação em se evitar a cronificação dos pacientes junto aos atendimentos.

Foram descritos como exemplos os atendimentos a epiléticos, deficientes mentais, pacientes idosos, neuróticos e psicóticos crônicos.

Quanto ao **Ambulatório**, as ações terapêuticas se incluem em programas de máxima, média e menor intensidade, tendo os pacientes sido avaliados pela triagem num processo diagnóstico.

Recomendaram-se, para a composição de uma equipe multiprofissional num Ambulatório de Saúde Mental, os seguintes profissionais: 05 psiquiatras, 05 psicólogos, 03 assistentes sociais, 01 enfermeiro, 01 terapeuta ocupacional, 01 fonoaudiólogo, 01 farmacêutico, 04 visitantes domiciliares e 06 atendentes de enfermagem, mais os funcionários administrativos.

O Ambulatório teria, como descrito anteriormente, o objetivo de constituir um "espaço terapêutico" onde

participariam profissionais da equipe multiprofissional e pacientes. É o caso, por exemplo, da constituição dos chamados "Grupos de Cooperação Terapêutica", nos quais a equipe deveria responsabilizar-se pela

"... mobilização dos recursos terapêuticos das pessoas vinculadas ao "enfermo", transformando-as, sempre que possível, em agentes terapêuticos não profissionais." (p.22)

Penso que a recomendação acima faz da intrincada rede de relações entre profissionais, técnicos, pacientes e familiares, uma portadora de potencialidades terapêuticas por si mesma. Mas o trabalho desta rede, na prática de atendimento, torna impossível uma organização e adequada avaliação de suas ações pela inerente complexidade implícita.

O próprio documento interrogou-se pelas finalidades de uma integração maior entre os membros da equipe de Saúde Mental, pacientes, seus familiares e acompanhantes. Em resposta, esclareceu:

"Supõe-se que quanto mais compromissadas estejam as pessoas que se cruzam no espaço físico próprio do Ambulatório de Saúde Mental, maior seja a possibilidade de ocorrência de

interações terapêuticas ou psicoterápicas, "senso lato".

É a predominância ao longo do tempo, nesse espaço protegido, de ações psicoterápicas de natureza variada, que cria o clima ou ambiente terapêutico, seguramente facilitador para o enfrentamento das dificuldades psíquicas dos clientes." (p 22-23)

Os procedimentos psicoterápicos propriamente ditos foram arrolados nos programas de média intensidade. Os de máxima intensidade se destinaram aos pacientes com sintomatologia aguda (estados psicóticos, crises agudas de ansiedade, depressões e drogadicções) e seus familiares.

Os programas de média intensidade deveriam ser organizados em programas de atendimento a pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, crianças, adolescentes e adultos.

Recomendou-se a psicoterapia familiar, principalmente, a pacientes psicóticos, crianças e adolescentes, mas sem especificações sobre seus procedimentos. Na prática de atendimento nas unidades de Saúde Mental, como anteriormente citado por ARCARO (1989) e ALONSO et al. (1987), as abordagens familiares realizadas

empregam, geralmente, procedimentos de apoio e de orientação, não configurando o que a literatura reconhece como terapia familiar

Os programas com adultos compreenderam:

"atendimento psicoterápico com diferentes técnicas, centrado no indivíduo, no grupo, no casal ou na família" (p.29) e atendimento fonoaudiológico

O atendimento grupal, como de regra, foi o mais indicado. Deve ser realizada a pré-fixação do tempo de tratamento, com possibilidade de prorrogação. A duração e a frequência das sessões foi a mesma dos procedimentos similares prescritos para a Unidade Básica. A frequência recomendada abrangeu de 1-2 vezes por semana até quinzenalmente.

Os programas de menor intensidade ficaram reservados àqueles pacientes que, por características próprias ou por impossibilidade de freqüentar mais assiduamente o Ambulatório, requerem atendimentos individuais ou grupais menos freqüentes, quinzenais ou mensais, como por exemplo, os pacientes epilépticos e seus familiares.

III.3.3. - GRUPO DE TRABALHO DE SAÚDE MENTAL DO PRÓ-ASSISTÊNCIA (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1983).

A indicação preferencial para psicoterapias grupais foi descrita neste documento do município de CAMPINAS, SP, de agosto de 1983, que fez parte do projeto PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO, HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SÃO PAULO, subordinado às diretrizes gerais do Programa de Ações Integradas de Saúde, do Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, coordenado pela Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) do Estado de São Paulo. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Programa, 1983)

As atividades de Saúde Mental foram previstas como hierarquizadas em três níveis: 1 - centros e postos de saúde, 2 - ambulatórios e 3 - hospitais, pronto-atendimento psiquiátrico, pensões protegidas e oficinas abrigadas.

Os métodos grupais foram contemplados no atendimento ambulatorial, principalmente pela possibilidade de atender um número maior de pessoas. Assim, o Ambulatório deveria se responsabilizar por:

"...realizar todas as espécies de terapias e

tratamentos que não sejam possíveis no Nível 1. Utilizando, preferencialmente, métodos grupais, de modo a permitir maior número de atendimento.

" (p 03)

As equipes de Saúde Mental nos centros e postos de saúde também teriam como função realizar :

" avaliação psicológica e atendimento ao escolar, fazendo o encaminhamento nos casos em que se fizer absolutamente necessário." (p.03)

III.3.4. - RELATÓRIO DA REUNIÃO DE MARÇO DE 1985 realizado pelo GRUPO DE SAÚDE MENTAL DO 50. DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE (DRS-5) , do ESTADO DE SÃO PAULO. (DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE, 1985)

As terapias grupais foram também indicações preferenciais

O documento diferenciou no trabalho grupal grupos homogêneos e heterogêneos. Estas terapias foram descritas como uma das atividades dos psiquiatras inseridos na rede de atendimento ambulatorial estadual. Discutiam-se, na época, as funções dos psiquiatras na rede:

"Pela experiência acumulada nos CS-I que tem o psiquiatra, sentimo-nos seguros para dar algumas diretrizes ao trabalho dos Psiquiatras na Rede:

(...) Atendimento dos Retornos em grupo Heterogêneos, atendimento em Grupos Homogêneos (convulsivos, alcoólatras, neuróticos etc.), atendimento à família." (p.01)

III.3.5. - RELATÓRIO FINAL DA 8A. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A 8A. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE de maio de 1986 contemplou o atendimento psicológico dentro do princípio da saúde como direito. Assim, no Tema 02 , "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde", nos princípios "atinentes às condições de acesso e qualidade", determinou o

" direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente." (p.384)

III.3.6 - I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Realizou-se na cidade do Rio de Janeiro, entre 25 e 28 de junho de 1987, possuindo como orientação geral a 8a. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE e o estabelecimento da Reforma Sanitária no Brasil.

Nos princípios gerais relativos à Reforma Sanitária, propôs a

"criação de uma Comissão de Saúde Mental com representantes de todos os Estados da Federação, representantes estes eleitos por profissionais de Saúde Mental e de entidades da sociedade em geral e da Saúde Mental em particular." (p 57)

No item da Reformulação do Modelo Assistencial em Saúde Mental e conseqüente reorganização dos serviços, em relação ao modelo gerencial, indicou a criação de conselhos de saúde municipais, regionais e estaduais, com a presença de comissões de usuários em toda unidade de saúde geral e mental, com a finalidade de participar das resoluções administrativas e fiscalizá-las.

Quanto ao modelo assistencial de Saúde Mental, as propostas convergiram para a desospitalização, incentivo à implementação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, atendimento através de equipes multidisciplinares e a

recuperação da população asilar. Previu-se a suspensão da abertura e do credenciamento de novos leitos em hospitais psiquiátricos tradicionais. Estes últimos deveriam ser substituídos progressivamente por leitos de Psiquiatria em hospitais gerais. Os centros de saúde, os ambulatórios e as emergências da rede pública seriam as unidades que regulariam a internação psiquiátrica. Recursos assistenciais extra-hospitalares alternativos à internação deveriam ser implementados, como os hospitais-dia, hospitais-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido.

A Conferência revelou preocupação com as ações preventivas e educativas em Saúde Mental que possam servir como elementos de controle social, propondo uma:

"Revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas em Saúde Mental no sentido de se impedir a disseminação de práticas de controle social pela impregnação ideológica do saber. Que esse processo se dê a partir da discussão que articule os setores saúde e educação incrementando a utilização de práticas multiprofissionais." (p.59)

Definiu-se uma política de recursos humanos baseada na "democratização do acesso" através de concursos públicos,

na " carreira multiprofissional com estabelecimento imediato de plano de cargos e salários", "salários dignos", " incentivo à dedicação exclusiva", " isonomia salarial" , "formação e reciclagem dos profissionais e agentes de saúde pelas universidades." etc (p.59-60)

No item Cidadania e Doença Mental: Direitos, Deveres e Legislação do doente mental, prescreveu-se o asseguramento da cidadania do doente mental , através de uma legislação que reveja a atual e contemple direitos e deveres do cidadão com distúrbios mentais

A I Conferência Nacional de Saúde Mental fez recomendações à então Assembléia Nacional Constituinte e sugeriu a reformulação da legislação ordinária , em relação à legislação sanitária e psiquiátrica da criança e do adolescente, à legislação trabalhista e à legislação sanitária e psiquiátrica

Não existe menção particular aos tratamentos psicológicos e psicoterápicos.

III.3.7. - RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS À ÁREA PROGRAMÁTICA DE SAÚDE MENTAL DO SUDS-SP da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE -

GEPRO (GRUPOS ESPECIAIS DE PROGRAMAS) de SAÚDE MENTAL , de março de 1987. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1987)

As Recomendações se encontram no interior da política da municipalização e estadualização do SUDS (SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE), o qual estabeleceu como metas principais:

" aprimorar algumas ações de Saúde Mental já implantadas e redimensionar o modelo assistencial e o fluxo dos pacientes na rede de assistência pública, vincular a Psiquiatria à prática médica global, estabelecer laços cooperativos com outras áreas afins e ampliar a cobertura e resolutividade da atenção extra-hospitalar." (p.03)

Na introdução do documento, foi relatada a precariedade da rede hospitalar, a dissociação no atendimento à saúde em geral e Saúde Mental, a escassez dos recursos humanos e o modelo psiquiátrico predominantemente de prescrição de medicamentos.

Em relação às psicoterapias, o documento apontou a ausência de supervisão com que estas atividades se realizavam . Não esclareceu o tipo de supervisão focalizada, se institucional ou se técnica :

" as atividades psicoterápicas e de orientação geral, quando executadas, carecem em muitos lugares de supervisão efetiva e adequada."

(p.02)

Os objetivos gerais principais pretendidos para a área de Saúde Mental foram : o aumento da resolutividade do atendimento extra-hospitalar e de sua cobertura, através da realização de diagnósticos precoces e tratamentos adequados, a toda demanda dos serviços de saúde, sejam eles urbanos, suburbanos ou rurais; utilização do instrumental epidemiológico, tanto para a detecção dos problemas de cada região e suas causas, como para a execução de programas de atendimento mais apropriados.

As ações de Saúde Mental foram descritas num fluxograma composto por Unidades Básicas de atenção primária, englobando os PAMs (PRONTO ATENDIMENTOS MÉDICOS) do INAMPS, CSs (CENTROS DE SAÚDE) estaduais e as UBS (UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE) da prefeitura, responsáveis pela entrada do serviço de Saúde Mental; os Ambulatórios de Saúde Mental , as emergências psiquiátricas em hospitais gerais como unidades de atenção secundária e retaguardas para as Unidades Básicas; os hospitais psiquiátricos de média permanência e os de longa permanência como atenção terciária ; e as ARPS (ATIVIDADES DE RETAGUARDA PSICOSSOCIAIS), como retaguarda a todo sistema.

Nas medidas técnicas a serem adotadas a nível regional, especificou-se que os Ambulatórios gerais e os de Saúde Mental deveriam ter como referência a rede básica geral, priorizar grupos de maior risco, através de enfoques preventivos e curativos e desenvolver programas para infância, adolescência, idosos, deficiência mental, alcoolismo, farmacodependência, epilepsia, neuroses, psicoses, "síndrome de reinternação frequente" etc.

As atividades psicoterápicas não foram especialmente contempladas, mas creio estarem implícitas nas ações previstas para as Unidades Básicas (compostas por psiquiatra, psicólogo e assistente social) e para os Ambulatórios (composto por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiro, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo), como por exemplo, nas :

1) Ações recomendadas para as Unidades Básicas :

- Triagem diagnóstico psico-social de situação
- Orientação familiar
- (...)
- Atendimento global multiprofissional e encaminhamento para unidades especializadas se necessário.
- Psicodiagnóstico
- Ações de prevenção primária integrada aos

outros programas do SUDS (mulher, criança, trabalhador) . (...) " (p 07)

2) Ações indicadas para os Ambulatórios de Saúde Mental

" - Programas específicos (infância, adolescência, psiquiatria forense, alcoolismo, neurose, psicose, programas especiais para deficientes mentais etc.).

- Programa de intensidade máxima (psicóticos, casos de reinternação frequentes).

(...)

- Atividade de hospital-dia

- Ações de prevenção secundária integradas aos outros programas do SUDS (mulher, criança e trabalhador)." (p.08)

III.3.8. - MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA FUNCIONAMENTO E SUPERVISÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (BRASIL, 1988).

Publicado pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE , através da SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE e da DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (DINSAM), em 1988, tendo como referências maiores a 8a. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, e a preparação para a I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.

Na Introdução, o documento focalizou a "loucura", seu enquadramento como doença mental, o tratamento segregante e a importação de modelos de tratamento, primeiramente europeus e posteriormente americanos e o panorama da política de Saúde Mental e geral brasileira, de 1960 até 1987.

O documento se referiu como originado das necessidades da DINSAM, criada em 1970, de assumir as funções normativas sobre os programas nacionais de Saúde Mental. Objeto a que, segundo CERQUEIRA (1989), o ex-SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS (SNDM), criado em 1941 e promovido a DINSAM em 1970 já aspirara, sem resultados. O próprio documento justificou o não-exercício destas funções:

" A principal dificuldade, talvez, resida na superposição de funções incompatíveis: o SNDM e, depois, a DINSAM, se confrontaram com a necessidade histórica de administrar um grande complexo hospitalar no Rio de Janeiro. Para esse, foi dirigida grande parte dos recursos financeiros, humanos e materiais que o Governo Federal destinava para os cuidados de Saúde Mental, além do monopólio da atenção dos administradores e a preocupação dos dirigentes, dificultando, nos demais estados, o exercício

de sua função essencial." (p.05)

As psicoterapias foram relacionadas aos modelos de tratamento importados e citadas pelo emprego sem critérios de adaptação ou programas específicos :

"De qualquer maneira, porém, a importação dos modelos estrangeiros sempre chega com atraso, nunca sendo completamente assimilada como forma de ação política, sequer mais permanente, quanto mais encarnada numa prática que considere as variáveis específicas de nossa história e nossa cultura. Assim é que os tratamentos biológicos (sejam os choques pelo cardiazol, pela insulina ou pela eletricidade) passaram a ser usados como panacéia, do mesmo modo que se abusa da psicofarmacoterapia. A terapia ocupacional e a psicoterapia são acrescentadas, como novos retalhos numa velha colcha, sem projeto integrado, sem compreensão crítica." (p.01)

O Manual colocou-se de acordo com o reforçamento das AIS, do SUDS, dos princípios da Reforma Sanitária e da municipalização. Priorizou o atendimento extra-hospitalar como proposta para reverter o modelo hospitalocêntrico de cuidados psiquiátricos e confirmou a importância de saberes

multidisciplinares , indicando a necessidade da abordagem multiprofissional da doença mental .

Advertiu sobre a expansão dos saberes psiquiátrico e psicológico e o risco de controle social embutido em suas práticas . Recomendou, portanto :

- " Repensar os pressupostos preventivistas e educativos em Saúde Mental, no sentido de impedir a disseminação de práticas de controle social pela impregnação ideológica do saber. A construção social do processo saúde/doença recomenda prudência na caracterização de alternativas comportamentais em doença mental, e obriga ao não uso das técnicas médico-psicológicas para a prática da discriminação." (p.01)

Foram discriminados neste documento os níveis de atenção preventivo indireto, preventivo direto, terapêutico ambulatorial, terapêutico emergencial, terapêutico hospitalar, reabilitador , tutelar penal, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e o sistema de informações .

Quanto aos níveis de atenção direta (terapêutico ambulatorial, emergencial, hospitalar e reabilitador), o documento especificou parâmetros de recursos humanos,

administrativos, assistenciais e de treinamento.

As equipes de Saúde Mental em Centros de Saúde deveriam se constituir de profissionais da área de Psiquiatria, Psicologia e Assistência Social, em regime de 40 horas semanais.

As abordagens psicoterápicas foram abrangidas dentre os parâmetros assistenciais para as equipes de Saúde Mental em Centros de Saúde :

- No. de internações psiquiátricas em relação ao total de consultas efetuadas = 3%
- No. de requisições de exames (de clínicas geral e de clínica neuro-psiquiátrica) em relação ao total de consultas efetuadas = 20%
- No. de consultas efetuadas em relação ao total de consultas programadas = 80%
- Tempo efetivo de duração da consulta individual = 30 minutos
- Tempo efetivo de duração da consulta de grupo = 90 minutos
- No. de clientes por grupo = 8 a 10 ." (p.15)

Segundo o documento, a consulta de trinta minutos contribuiria para o fortalecimento do vínculo entre paciente e terapeuta, mas implicaria o agendamento prévio e a existência de horários da equipe de Saúde Mental, para o atendimento de emergências. O tempo de trinta minutos recomendado para as consultas, parece-me suficiente para os seguimentos psiquiátricos e psicoterápicos, mas escasso para

as primeiras consultas e entrevistas. BORGES (1987), através de entrevistas com psicoterapeutas do Ambulatório do Hospital Jurandir Manfredini, na cidade do Rio de Janeiro, colheu entre estes profissionais a opinião de que as consultas individuais de 30 minutos e as grupais de 90 minutos configuram fatores de limitação da qualidade de atendimento, apesar de reconhecerem que o tempo anteriormente previsto de 4 consultas/hora era nitidamente problemático.

Para os Ambulatórios de Saúde Mental previu-se uma equipe multiprofissional composta por: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 auxiliares de enfermagem, 2 visitantes sociais, 1 enfermeiro, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudiólogo, 1 psicopedagogo e 1 farmacêutico

Os parâmetros assistenciais e de treinamento descritos para as equipes de Saúde Mental em Centros de Saúde foram idênticos aos dos Ambulatórios.

III.3.9. - ROTEIRO PARA IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL EM CENTRO DE SAÚDE (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1989).

Publicado em outubro de 1989 pelo GEPRO (GRUPO ESPECIAL DE PROGRAMAS) DE SAÚDE MENTAL e o CADAIS (CENTRO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE), da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO.

Denominaram-se Centros de Saúde os PAM (PRONTO ATENDIMENTOS MÉDICOS) do INAMPS, os PAS (PRONTO ATENDIMENTOS DE SAÚDE) municipais e as UBS (UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE) do Estado, responsáveis pela atenção primária à saúde.

Segundo o documento, foram consideradas prioridades em Saúde Mental :

"a redução das hospitalizações, principalmente de psicóticos, alcoolistas e dependentes de outras drogas, o nível primário de atenção, que implica em ações visando a prevenção de doenças mentais, o tratamento destes problemas em estágio inicial, que sejam de menor complexidade, bem como as ações visando a promoção de Saúde Mental, esse nível tem um papel primordial." (p.[sn])

Estabeleceu-se que a equipe de Saúde Mental no Centro de Saúde (psiquiatra, psicólogo e assistente social) deve ter como funções: ser a porta de entrada do sistema de Saúde Mental, através de ações de promoção de Saúde Mental, integrar-se com os profissionais de outras áreas clínicas da Unidade Básica e prestar atendimento à demanda específica de Saúde Mental

Uma das referências para a realização deste roteiro foi a "Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e Em Ambulatórios de Saúde Mental", de 1983, da Secretaria de Estado da Saúde, CSM e Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental, analisada no item III.3.2. deste capítulo.

Descreveram-se as várias atividades da equipe de Saúde Mental nos Centros de Saúde com incentivo às atividades grupais, pela possibilidade de atendimento a um número maior de pessoas:

" As necessidades locais, aliadas à capacidade de instalação física dos serviços e as possibilidades de contratação de pessoal, deverão garantir a maior cobertura possível, enfatizando o atendimento em atividades grupais." (p.01)

As atividades de assistência direta aos pacientes da área de Saúde Mental foram discriminadas em triagem, evolução, encaminhamento, atendimento individual e pronto-atendimento. Recomendou-se o tempo de duração e a frequência das sessões, a coordenação dos grupos e o referencial teórico para as técnicas. Este último item não foi considerado por nenhum dos documentos analisados.

Ao descrever a triagem na modalidade grupal, recomendaram-se grupos com no máximo 8 pacientes, de frequência no mínimo semanal, com duração aproximada de 90 minutos, coordenados por psiquiatra ou psicólogo e assistente social, com função de facilitadores da comunicação grupal, através de procedimentos de escuta e apoio. Na triagem de pacientes infantis, houve orientação pela realização concomitante de grupos de pais e crianças. Os grupos de triagem tiveram como objetivo:

"... avaliar os componentes psicodinâmicos e psicossociais, que auxiliarão no encaminhamento." (p.02)

Quanto à evolução e o encaminhamento dos casos, foram descritos os parâmetros das abordagens a respeito do número máximo de pacientes em cada grupo (08), da duração e frequência das sessões, dos coordenadores de cada grupo e, para algumas modalidades de atendimento, descreveu-se a linha

teórica utilizada. Não se descreveu a pré-fixação do término das abordagens. Recomendaram-se as abordagens familiares de orientação e aconselhamento

O atendimento individual deveria ser realizado somente em casos de real contra-indicação para grupos. Os pacientes poderiam ser abordados, conforme a necessidade de cada caso, através de técnicas psicoterápicas, clínico-psiquiátricas ou psicossociais.

O atendimento em grupos comportou:

- " a) Psicoterapia de grupo : com até 08 (oito) pacientes, preferencialmente com hegemonia em relação a patologia, coordenado por psicólogo ou psiquiatra, com formação ou experiência em psicodinâmica ou em grupo operativo;
- b) Ludoterapia de grupo : com cerca de 06 (seis) crianças, com duração de aproximadamente 1:30 horas, por cerca de 06 (seis) meses a 01 (um) ano, funcionando em paralelo com grupo de orientação dos pais dessas crianças;
- c) Grupo de medicação (...)
- d) Grupo de orientação : com até 08 (oito) pacientes, coordenado por qualquer um dos profissionais da equipe de Saúde Mental, onde este coordenador será fixo e poderá contar com

a participação de outro elemento da equipe quando necessário;

e) Grupo de orientação de familiares de pacientes: coordenado pelo Assistente Social, mas que poderá contar com a participação dos demais profissionais da equipe. Será formado segundo a patologia principal dos pacientes."

(p.03)

III.3.10. - PLANO QUINGÜENAL DE SAÚDE 1990/95 - A SAÚDE DO BRASIL NOVO. (Brasil, 1991).

Publicado pelo Ministério da Saúde em 1991 de acordo com o Sistema Único de Saúde aprovado pela Constituição, pretende incorporar ações tanto preventivas como curativas

Descreveram-se como atribuições do Ministério da Saúde:

"...coordenar e liderar o conjunto de ações de promoção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades, prolongando e melhorando a qualidade de vida de todo o povo brasileiro e contribuindo para o desenvolvimento nacional."

(p.9)

Realizou a ressalva de que o cumprimento de parte destes objetivos somente se consolidará através do aumento de financiamento para a área da saúde.

Em relação à Saúde Mental, o propósito do plano centrou-se na desospitalização do doente mental. As principais atividades previstas para se atingir tal meta foram: a criação de unidades de Saúde Mental em hospitais gerais; o desenvolvimento de alternativas extra-hospitalares como hospital-dia, hospital-noite para pacientes egressos de hospitais; o atendimento e o controle destes pacientes por equipes multiprofissionais; a criação de albergues, colônias agrícolas, pensões protegidas para a recuperação de pacientes psiquiátricos crônicos; a distribuição sistemática e garantida para a rede pública de neurolépticos de ação prolongada, anticonvulsivantes e carbonato de lítio; a reunião de familiares de pacientes psiquiátricos, líderes comunitários etc, no desenvolvimento de programas de ressocialização do doente mental; e elaboração e divulgação de um manual com normas técnicas de prevenção e controle da epilepsia

As práticas psicoterápicas não foram contempladas por tal documento

III.3.11. - SAÚDE MENTAL - PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS - SUBSÍDIOS PARA O PLANEJAMENTO MUNICIPAL E REGIONAL (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1991).

Publicado em abril de 1991 pela SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, através do CENTRO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE (CADAIS), na série CADERNOS DE SAÚDE.

Na introdução abordou-se a premência de se organizarem as ações de Saúde Mental, devido à sua crescente complexidade e demanda populacional.

As diretrizes gerais e estratégias dos programas de Saúde Mental do Estado de São Paulo referem-se: ao aumento da cobertura e resolutividade das ações de Saúde Mental através da realização de diagnóstico precoce e tratamento adequado, a todos os pacientes que procurarem os serviços de saúde, seja em regiões urbanas ou rurais; à introdução de ações de Saúde Mental em serviços básicos de saúde; à realização de atividades de prevenção primária, secundária e terciária; e à utilização do instrumental epidemiológico para a avaliação dos problemas de cada região e orientação do planejamento dos

Programas

O plano assistencial se compôs, a nível primário, do consultório médico não especialista, das Unidades Básicas com ou sem equipe de Saúde Mental (psiquiatra, psicólogo e assistente social); a nível secundário, de uma unidade ambulatorial associada com Ambulatório geral, ou unidade ambulatorial especializada e, a nível terciário, dos serviços de urgência psiquiátrica em pronto socorro geral, dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, dos hospitais especializados, hospitais-dia, hospitais-noite e macro-hospitais especializados

O documento contemplou a formação e instrumentalização dos profissionais da rede de Saúde Mental através de um sistema de educação continuada modular, obtido com convênios das secretarias municipais e estaduais com universidades, instituições de ensino e profissionais. Utilizar-se-iam de supervisões técnicas específicas, seminários, simpósios e jornadas. As práticas psicoterápicas encontram-se entre os temas sugeridos para tal atividade:

- "Psicoterapias individuais e grupais
- Técnica de serviço social comunitário
- Atenção à criança
- Atenção a psicóticos

Enfermagem psiquiátrica
Terapia Ocupacional em doenças mentais
Saúde Mental para generalistas
Gerência estratégica de serviços
Psicopatologia
Psicofarmacologia." (p.16)

Consideraram-se como atividades da equipe de Saúde Mental na Unidade Básica as de integração com a equipe técnica da unidade, as de suporte para o trabalho específico em Saúde Mental (como material de consumo, cadastro das instituições para contacto etc), assessoria aos funcionários da unidade quanto aos problemas de Saúde Mental mais relevantes, ações educativas de orientação à comunidade e atendimento a pacientes específicos da Saúde Mental. Para cada 50.000 habitantes, previu-se uma equipe de Saúde Mental composta de 1 psiquiatra, 1 psicólogo e 1 assistente social ou enfermeiro

Mais especificamente, as atividades dirigidas à comunidade visam evitar a exclusão da doença mental:

"atividades (...) à comunidade ou grupos específicos (professores, albergados em asilos, orfanatos, creches etc) visando prevenir a marginalização e exclusão de pessoas com problemas mentais, com ênfase nas psicoses,

alcoolismo e drogadição." (p.17)

Nas atividades descritas como de tratamento de pacientes da área de Saúde Mental da Unidade Básica, não se discriminaram os procedimentos psicoterápicos. As atividades na Unidade Básica foram descritas como:

"...ações multiprofissionais que garantam a continência do doente no seu meio social (família, escola, trabalho etc) , através dos tratamentos individuais e grupais possíveis, na dependência da qualificação profissional dos integrantes da equipe, associados a atividades estimuladas através de supervisão, para uma melhor resposta institucional às demandas." (p. 17)

Os familiares dos pacientes deverão ser abordados de forma a evitar o aparecimento e a manutenção da doença mental. Os procedimentos recomendados foram os de apoio e orientação, na opinião da autora, insuficientes para se atingirem tais objetivos:

"Propiciar assistência aos familiares dos pacientes, oferecendo-lhes apoio para poder lidar com os problemas de convivência e, contribuindo terapêuticamente para a superação das dificuldades relacionais do grupo familiar

que possam determinar o aparecimento ou manutenção da doença mental." (p.17)

Foram considerados como parâmetros de rendimento assistencial:

" Instrumento	Rendimento
Hora Médico-Psiquiatra	3.0 atendimentos/hora
Hora Psicólogo	2.0 atendimentos/hora
Hora Assistente Social ou Enfermeiro	2.0 atendimentos/hora " (p.18)

O documento previu, para a retaguarda ambulatorial, uma função mais dinâmica que a realização de atividades assistenciais aos pacientes da Saúde Mental. Dever-se-ão realizar contactos com associações, movimentos e grupos comunitários, com o objetivo de tornar o Ambulatório uma efetiva alternativa à hospitalização dos pacientes com distúrbios mentais.

O Ambulatório deverá ser composto de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e farmacêutico, abrangendo uma área populacional de 150 000 habitantes.

As atividades descritas para a retaguarda ambulatorial compreenderam as abordagens psicoterápicas, de forma sucinta:

" - Atendimento grupal (psicoterapia de grupo, grupo de orientação, de medicação, de terapia ocupacional e outros).

- Atendimento individual (psicoterápico, medicamentoso, orientação e outras terapias)."

(p.20)

Recomendou-se que o trabalho numa unidade ambulatorial se organize em torno de receber todos os pacientes que o procurarem, e atendendo-os de acordo com as prioridades estabelecidas e segundo a morbilidade local. Deve-se evitar a hospitalização dos pacientes com distúrbios psiquiátricos, mas caso necessário, orientá-los para retorno ambulatorial após alta hospitalar. Dar preferência a internações de até 72 horas ou de, no máximo, 7 a 15 dias.

Os familiares de pacientes deverão ser abordados, através dos seguintes procedimentos:

"Acompanhar os familiares, dando-lhes apoio e elementos para melhor compreensão da doença e participação no tratamento, assim como agindo terapeuticamente para a superação das dificuldades relacionais do grupo familiar, que possam determinar o aparecimento ou manutenção da doença mental

(...)." (p.21)

Foram considerados como parâmetros de rendimento assistencial de uma equipe multiprofissional de Saúde Mental em Ambulatório:

" Instrumento	Rendimento
Hora Médico Psiquiatra (Clínico e/ou psicoterapeuta)	3.0 atendimentos/hora
Hora Psicólogo	2.0 atendimentos/hora
Hora Assistente Social	2.0 atendimentos/hora
Hora Fonoaudiólogo	2.0 atendimentos/hora
Hora Terapeuta Ocupacional	2.0 atendimentos/hora
Hora Enfermeiro	2.0 atendimentos/hora " (p.22)

Os parâmetros assistenciais descritos neste documento me parecem superestimar a capacidade de trabalho do profissional psiquiatra. Creio ser difícil a realização de um trabalho de qualidade nas limitações de tempo prescritas, principalmente, se se tratar de primeira consulta ou primeira entrevista, na modalidade individual

O documento na introdução justificou o uso de tais indicadores:

" Os parâmetros aqui utilizados foram trazidos por diferentes coletivos de trabalho , que desenvolveram práticas institucionais na rede e que historicamente vêm se avolumando,

particularmente na última década. Estão neste momento reunidas diversas experiências assistenciais, desenvolvidas por profissionais de saúde de diferentes categorias, transformadas em parâmetros e cabe, neste momento normativo do planejamento, propô-los, testá-los para que, mediante avaliações repetidas da sua eficácia, possam direcionar as práticas dos trabalhadores de saúde." (p.12)

III.3.12. - SEGUNDO DOCUMENTO. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1991)

Publicado em junho de 1991 pela Secretaria Municipal de Campinas, Estado de São Paulo, abordando os modelos assistenciais em Saúde Mental, a política atual de implantação do SUS e as políticas anteriores de saúde geral e mental.

O documento produzido por um grupo de profissionais de várias áreas, representantes de serviços públicos municipais de Saúde Mental e geral, objetivou informar, gerar debates entre os profissionais da rede municipal e seus representantes, acerca das múltiplas questões de Saúde

Mental e saúde pública.

Apesar de as abordagens psicoterápicas não terem sido especialmente abrangidas por este documento, considero relevante ressaltar as prioridades descritas para os programas de Saúde Mental e a menção aos estudos epidemiológicos.

Foram consideradas como prioridades para os programas de Saúde Mental, no município, a desospitalização e o atendimento extra-hospitalar dos grupos de maior risco de internações:

" Quanto às diretrizes propostas já no início das mudanças para o trabalho em Saúde Mental, continuam sendo basicamente as mesmas: prorrização para os atendimentos a psicóticos, egressos de manicômios e alcoolistas." (p.10)

Prescreveu-se a utilização do instrumental epidemiológico com o objetivo de

"... ajudar na capacitação dos profissionais, dos equipamentos no sentido de colaborar para com o desenvolvimento e aprimoramento de qualidade dos serviços ofertados" (p.11), pois "...o desejado é a incorporação da prática epidemiológica como instrumental de

auto-avaliação que deve ser utilizado durante os processos de tratamento, juntando-se assim dois momentos hoje separados: assistência e pesquisa." (p. 12)

III.4. - DISCUSSÃO

Abordaram-se, neste capítulo, certas normas, definições e parâmetros de documentos oficiais sobre as abordagens psicoterápicas

Ao trabalhar com este material, pude tomar contacto, de forma mais concreta, com os fatores inerentes à prática do atendimento público em Saúde Mental, pois não se concebe a prática psicoterápica em serviços públicos ambulatoriais como isolada, mas sim marcada pela história do atendimento público à saúde, pela dicotomia entre a saúde pública e previdenciária, pela política implementada de contratação de serviços privados, pela prática de atendimento regida pelo mercado, pelo atendimento à doença mental predominantemente asilar e psicofarmacológico, pelas várias mudanças de programas e pela escassez de investimentos e recursos na área de saúde pública

As abordagens psicoterápicas foram mencionadas em alguns documentos (IV.3.1 e IV.3.2.) como alternativas ao modelo hospitalocêntrico de cuidados da doença mental e à cronificação dos pacientes psiquiátricos nos Ambulatórios, quando estes se pautam exclusivamente pelo tratamento através da prescrição de psicofármacos. Esta forma oficial de conceber o atendimento psicoterápico é congruente com o dado obtido por BORGES (1987), através de entrevistas com psicoterapeutas do Ambulatório do Hospital Jurandir Manfredini, na cidade do Rio de Janeiro. Os terapeutas compreenderam as psicoterapias como modalidades de tratamento que asseguram a qualidade do atendimento ambulatorial e evitam a cronificação dos pacientes, mediante o trabalho com as motivações conflitivas inconscientes dos sintomas e não somente pelo alívio farmacológico ou pela concessão de licenças-médicas ou aposentadorias.

A menção do tratamento psicoterápico como alternativa ao modelo de atendimento asilar se refere, principalmente, aos documentos do início da década de 80, quando as psicoterapias estavam sendo mais numerosamente introduzidas nos serviços públicos ambulatoriais. Os documentos posteriores centram-se em torno da redução das internações psiquiátricas, do atendimento a nível primário, da desospitalização do doente mental e também da discriminação dos procedimentos em Saúde Mental. Considero

que os pacientes de risco, aqueles mais sujeitos à internação psiquiátrica são os psicóticos, alcoolistas e dependentes de drogas, que se beneficiariam das abordagens de apoio, das abordagens familiares e dos grupos operativos, desde que devidamente integradas em programas efetivos de atendimento extra-hospitalar à doença mental. As psicoterapias de orientação psicanalítica (breves e grupais) estariam mais indicadas ao sofrimento emocional neurótico, de menor risco de hospitalização, mas de uma outra forma, susceptível a uma cronificação: a do uso abusivo e inadequado de benzodiazepínicos e antidepressivos

A maioria dos documentos descritos (III.3.1 , III.3.2, III.3.3, III.3.5, III.3.6, III.3.7, III.3.8, III.3.9, III.3.10, III.3.11 e III.3.12) contemplou a reorientação da atenção psiquiátrica, a desospitalização, o atendimento extra-hospitalar dos pacientes psicóticos, alcoolistas crônicos e dependentes de drogas . Mas a realidade do atendimento à doença mental ainda se mostra muito aquém das indicações oficiais, pois em muitas regiões do nosso país o tratamento é asilar e custodial, com serviços extra-hospitalares escassos e de baixa resolutividade.

A 8a. Conferência Nacional de Saúde indicou o "direito à assistência psicológica" , enquanto o documento

III.3.8. abordou com pertinência a falta de critérios de ajustamento dos tratamentos psicoterápicos, a maioria deles originados em outras realidades e transpostos para o nosso contexto cultural, sem a devida adaptação ou questionamento da aplicabilidade a nossa situação

Os documentos (III.3.1., III.3.2., III.3.3., III.3.6., III.3.7., III.3.8., III.3.9., III.3.10., III.3.11. e III.3.12.) citaram a importância da equipe multiprofissional, da utilização da rede de relações entre vários profissionais e técnicos das várias áreas clínicas para contenção do sofrimento psíquico (III.3.2.), da participação em programas não específicos de Saúde Mental, do resgate das ações psicoterápicas de apoio e orientação (III.3.2.), e dos trabalhos comunitários (III.3.2., III.3.10. e III.3.11.).

As psicoterapias grupais foram consensualmente as mais indicadas para o trabalho psicoterápico nos serviços públicos ambulatoriais. Alguns documentos explicitaram as razões de tal indicação: a possibilidade de atender a um número maior de pessoas que a modalidade individual (III.3.2 e III.3.3) e a eficácia terapêutica (III.3.2.). Vários documentos (III.3.2., III.3.3., III.3.4., III.3.8., III.3.9 e III.3.11.) contemplaram, de alguma forma, alguns mais minuciosamente do que outros, os elementos relacionados à técnica psicoterápica, tais como: os critérios de formação de

grupos, o número de pacientes por grupo, a coordenação, a duração de cada sessão e do tratamento como um todo, e a orientação teórica (III.3.2, III.3.4. e III.3.9). O documento III.3.2 foi aquele que mais detalhadamente discriminou os procedimentos psicoterápicos em serviços públicos ambulatoriais.

Os parâmetros de rendimento assistencial indicados no documento IV.3.11. impossibilitam uma prática de qualidade, como já comentado. Mas a realidade dos serviços públicos ambulatoriais demonstra as dificuldades de se lidar com produtividade, resolutividade e controle das ações previstas nos programas.

Quanto às abordagens psicoterápicas familiares, baseada na experiência de atendimento pessoal e na literatura pesquisada, penso que os procedimentos de apoio e orientação ficam distantes dos objetivos propostos pelo documento III.3.11 de se evitar o surgimento e a manutenção da doença mental através de alterações de dinâmicas e estruturas familiares. Além disso, a atuação com os objetivos de diagnosticar precocemente e tratar a doença mental (prevenção secundária), evitar a deterioração resultante da mesma e readaptar o paciente à vida comunitária (prevenção terciária) são passíveis de realização e possuem legitimidade científica, mas a redução da incidência de distúrbios mentais

(prevenção primária) carece de possibilidade de efetivação e de embasamento científico.

IV. — PSICOTERAPIAS E POPULAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS AMBULATORIAIS DE SAÚDE MENTAL

A prática de atendimento dos pacientes que frequentam os Ambulatórios públicos de Saúde Mental durante um trabalho psicoterápico suscita uma série de problematizações acerca das teorias e técnicas psicoterápicas empregadas, das características dos pacientes e dos terapeutas, das implicações das diferenças existentes entre terapeutas e pacientes, da possível adequação do instrumental psicoterapêutico e das características das instituições que abarcam as ações psicoterápicas.

As dificuldades do emprego das abordagens psicoterápicas nos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental podem ser visualizadas em parte no relato da alta taxa de abandono de tratamento (ARCARO, 1989; BEZERRA, 1987; CAMPOS, E.P., 1988; RÊGO, 1989), que compreende índices de 30 a 70%. As causas aventadas abrangem vários itens: características psicológicas da população atendida, inadaptação do instrumental psicoterápico para tal atendimento, dificuldades sócio-econômicas dos pacientes para o comparecimento às sessões, diferenças culturais entre

terapeutas e pacientes, falhas na formação dos terapeutas etc (ARCARD, 1989; BEZERRA, 1982 ; BEZERRA, 1987; BLAYA, 1978; BOTEGA, FONTANELLA, GONÇALVES, RODRIGUES, 1988; CAMPOS, E.P., 1988; COSTA, 1989; ENGEL, 1983; ENGEL, 1985; GRINOVER & DELORENZO, 1986; MENDES & HIRCHZON, 1986; QUINTO & QUINTO, 1984; ROPA & DUARTE, 1985).

Nos itens abaixo, serão discriminados alguns dos elementos citados, baseando-se na prática de atendimento e em pesquisas de diversos autores com a população dos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental.

IV.1. - CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ALVO

IV.1.1. - COMO É DESIGNADA

A decisão de incluir um item sobre designações surgiu durante a pesquisa bibliográfica, quando deparei com a profusão de expressões existentes para denominar e identificar os pacientes que freqüentam os serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental. As denominações abaixo estão associadas aos autores que as utilizaram:

- Grupo de Nível Sócio-Econômico Baixo (ENGEL, 1983; CAMPOS, E.P., 1988);
- Classes Menos Favorecidas (BLAYA, 1978; ENGEL, 1983);
- Pacientes de Outra Classe [que não a do terapeuta] (ENGEL, 1983; ENGEL, 1985);
- Pacientes de Baixa Renda (ARCARD, 1989; CAMPOS, E.P., 1983; COSTA, 1989; ENGEL, 1985; QUINTO & QUINTO, 1984);
- Classe Social Inferior (QUINTO & QUINTO, 1984);
- "Doentes dos Nervos" (SOUZA, M.C.G., 1983);
- Classes Trabalhadoras (ROPA & DUARTE, 1985);
- Membros dos Extratos Inferiores das Classes Trabalhadoras (BERNSTEIN, 1980);
- Classe Trabalhadora Inferior (BERNSTEIN, 1980);
- Grupo de Baixa Renda (ENGEL, 1983);
- Clientela Atendida nos Serviços Públicos (COSTA, 1987);

BEZERRA , 1987);

- Clientela dos Ambulatórios (BEZERRA, 1987);

- Ambulatório de Massa (BEZERRA, 1987);

- Camadas Populares (COSTA, 1989; NICOLACI-DA-COSTA, 1987);

- População Pobre (COSTA, 1989);

- Pacientes Oriundos de Extratos Sociais Bastante Diversos (BEZERRA, 1982);

- Classes Populares (BOLTANSKI, 1989; NICOLACI-DA-COSTA, 1987).

As várias denominações encontradas apóiam-se em referenciais diversos: marxistas, sócio-econômicos e leigos. Sugerem uma dificuldade de circunscrever a população em estudo e são indicativas de uma diversidade própria desta população.

IV.1.2. - PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

O título deste item merece ressalva: aqui, perfil sócio-econômico refere-se à idade, ao sexo, à procedência etc e não somente ao nível de renda, à escolaridade e à ocupação dos pacientes, fatores que a rigor o constituem. Além disso, os dados dos autores descritos não permitiram pareamento, pois os métodos de obtenção dos mesmos foram distintos. Refletem, na maior parte das vezes, opiniões baseadas na experiência de atendimento dos autores nos seus serviços. A escassez de estudos epidemiológicos rigorosos, foi também confirmada por SANTANA, ALMEIDA, MARI (1988).

A maior parte dos dados refere-se a serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental e não especialmente a Ambulatórios de psicoterapia.

CAMPOS, E.P. (1988) descreveu o perfil dos pacientes encaminhados para tratamento psicoterápico individual num PAM (PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO) do INAMPS, em Teresópolis. A amostra constou de 100 pacientes. O levantamento dos dados realizou-se através das fichas dos pacientes atendidos no período de fevereiro a dezembro de 1986. O tratamento empregado pelo autor foi denominado "psicoterapia de insight". Os procedimentos utilizados foram os de orientação, apoio, informação, sugestão e interpretações transferenciais. As sessões realizaram-se de 1 a 2 vezes por semana, com duração de 20 minutos cada. O

término da psicoterapia não era fixado no início do tratamento. O autor excluiu da amostra dados de 9 (nove) pacientes que marcaram a primeira consulta e não compareceram.

O perfil dos pacientes, quanto ao sexo, revelou uma predominância acentuada do sexo feminino (79,12% de mulheres para 20,88% de homens). Em relação à idade, a maioria dos pacientes encontrava-se entre os 21-40 anos (61,53%). A segunda faixa etária mais freqüente ficou entre os 41-50 anos (24,17%). Em relação à cor, outro dado pesquisado pelo autor, a grande maioria (78,02%) dos pacientes eram brancos, para 18,68% de pardos e 3,29% de negros. Quanto à profissão, 32,97% dos pacientes não "trabalhavam fora", mas o tipo de ocupação destes pacientes não foi discriminado (donas-de-casa?). As outras ocupações encontradas foram: funcionários burocratas (13,21%), autônomos (costureiras, cozinheiras e vendedores) (10,98%), comerciários ou industriários (9,89%), estudantes (8,79%), professores de nível secundário (7,69%), serventes (6,59%), atendentes médicos (2,20%) e mais três pacientes: comerciante, contador, assistente social.

Apesar de o autor não haver pesquisado dados sobre a renda individual e familiar e a escolaridade, considerou a população atendida como de "nível sócio-econômico baixo",

pelos dados de ocupação e pelo tipo de serviço de saúde utilizado (público).

BLAYA (1978) considerou os pacientes dos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental como sendo majoritariamente os imigrantes que habitam a periferia dos grandes centros urbanos brasileiros (SP, Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife, Curitiba etc) Não confirmou esta opinião através de estudos epidemiológicos. O autor visualizou a população descrita como constantemente submetida a condições de vida adversas, geralmente de qualidade inferior aos lugares de onde eles próprios ou seus pais migraram.

SOUZA, M.C.G. (1983), através de sua experiência como médica psiquiatra e sanitarista do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em Recife, considerou os pacientes que atendeu no Centro de Reabilitação Profissional como vivendo em precárias condições e procedentes da região metropolitana de Recife.

ISEHARD (1991) analisou os dados da população do Ambulatório de Psiquiatria da Fundação e Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. O Ambulatório atendia uma área de 80.000 habitantes (bairro Centro), mais os funcionários da Santa Casa (3000) e empresas da região. Foram examinados 145 prontuários, sorteados aleatoriamente,

representando 25% dos 581 existentes no serviço, de junho/1985 a novembro/1988. Quanto ao sexo, 74,49% foram mulheres e 25,51% homens. A idade média situou-se nos 37 anos, e a origem dos pacientes se distribuiu principalmente entre Centro/Cidade Baixa (57,24%) e Santa Casa (41,38%). Somente 1,38% era exterior à área de abrangência.

BOTEGA et al. (1988), através de um estudo retrospectivo de 507 pacientes adultos atendidos no Serviço de Triagem Psiquiátrica e no Ambulatório de Psiquiatria de Adultos da Unicamp, em Campinas, SP, obtiveram os seguintes dados em relação ao perfil dos pacientes: 70% dos pacientes tinham idade inferior a 40 anos; 60,7% eram mulheres e 39,2% homens; 16,1% eram analfabetos, 63,1% possuíam primeiro grau incompleto, 6,3% primeiro grau completo, 5,7% segundo grau completo e 1,9% curso superior. Em relação à renda familiar, 40,7% recebiam até 4 salários-mínimos (1 SM=19,7 US na época), 22,8% acima de 4 até 8 salários mínimos, 4,9% acima de 10 até 14 salários-mínimos, e 26,5 dos pacientes não souberam informar. Declararam residência no município de Campinas 48,7% dos pacientes, em cidades próximas, 23,9%, em cidades paulistas mais distantes, e no sul de Minas Gerais, 25,6%. Quanto ao diagnóstico realizado, a maioria dos pacientes (71,4%) foi diagnosticada como portadora de "transtornos mentais não psicóticos", principalmente quadros neuróticos ansiosos,

depressivos e histéricos

TURBIANI (1988), de sua experiência como assistente social no Ambulatório de Saúde Mental do Mandaqui, na cidade de São Paulo, deduziu a necessidade da formação de um "Grupo de Mulheres" devido a uma grande demanda de pacientes femininas. Estas pacientes apresentavam determinadas características:

" A maioria encontrava-se no período fértil, com filhos das mais diversas idades, tinham por atividade principal serem donas de casa e o estado civil variável (casadas, separadas, com companheiros, viúvas)." (p 24)

Os dados obtidos por ARCARD (1989), apesar de não se referirem em específico a um serviço de psicoterapia, permitiram uma discriminação precisa da população que frequenta um serviço público ambulatorial de Saúde Mental. O autor caracterizou a população atendida num Ambulatório de Saúde Mental da cidade de São Paulo. O Ambulatório, juntamente com um outro, abrangia uma região da periferia de São Paulo com aproximadamente 2.000.000 de habitantes. Realizavam atendimento a crianças, adolescentes e adultos através de uma equipe multiprofissional que, na época da coleta de dados, contava com médicos psiquiatras (05), psicólogos (04), assistentes sociais (03), fonoaudiólogas

(02), terapeutas ocupacionais (02), farmacêutica (01), enfermeira (01), auxiliar de enfermagem (01) e auxiliar de farmácia (01). O autor não pesquisou a população da região onde se encontrava o Ambulatório, nem a comunidade de origem dos pacientes focalizados. O estudo limitou-se à caracterização da clientela de um serviço específico.

Para a pesquisa, o autor examinou 164 prontuários de pacientes e suas respectivas folhas de triagem. A escolha dos prontuários foi aleatória. A amostra representava aproximadamente 10% do total de prontuários do serviço ambulatorial em questão. Analisou os dados segundo o sistema de análise de conteúdo.

Os dados obtidos para a população adulta (acima de 18 anos), quanto à idade revelou uma predominância para a faixa etária dos 29-49 anos (67,24%), sendo que, dos 18-27 anos, a frequência era de 25,86%, e para mais de 50 anos, de 6,89%.

Quanto ao sexo, 43% eram mulheres e 57% homens, diferença que o autor não considerou de grande monta. Dado diferente de outros trabalhos, que apresentam uma frequência maior para mulheres. A diferença poderia estar relacionada ao fato de o trabalho se referir a um Ambulatório geral de Saúde Mental, não exclusivamente de atendimento psicoterápico.

A procedência dos pacientes revelou os seguintes dados :

Originários da cidade de São Paulo	: 17%
" do interior de São Paulo	: 15%
" do Estado de Minas Gerais	: 23%
" dos Estados do Nordeste	: 30%
" de outros Estados	: 12%
Não consta nos prontuários	: 3%

O autor apresentou duas hipóteses, não objetivamente averiguadas, para o fato de a maioria dos pacientes procederem de outras cidades e estados. A primeira delas seria a de que a população da região abrangida pelo Ambulatório fosse constituída, na maior parte, por imigrantes, já que são estas pessoas de poucos recursos sócio-econômicos que chegam às grandes cidades e se estabelecem em regiões de periferia, como era o caso com o Ambulatório descrito. A segunda estaria relacionada com uma prevalência maior de distúrbios mentais em migrantes, devido a problemas emocionais relacionados à adaptação a uma nova situação de vida. E a terceira suposição seria a de que as pessoas de regiões do país mais carentes em recursos públicos de saúde locomover-se-iam para o Estado de São Paulo a fim de tratamento de saúde.

Quanto á escolaridade, a maioria dos pacientes adultos possuíam até o primário completo. As percentagens ficaram distribuídas da seguinte maneira:

nula : 13%

primário incompleto

(1a. a 3a. série) : 34%

primário completo

(4a. série completa a

8a. série incompleta): 39%

primeiro grau

(8a. série completa) : 12%

outros

(2o. grau completo) : 2%

A ocupação da população alvo não fez parte do sistema de categorização, mas o autor enumerou-as: trabalho doméstico na própria residência e arrumadeira, pedreiro, faxineiro(a), motorista, funileiro, ajudante geral e ajudante de pedreiro, feirante, eletricitista, costureira, operador de máquina, pintor de parede, caseiro e operário, lavrador, vidraceiro, vigilante, professora, "faz bico", embalador, bicheiro, auxiliar de farmácia, auxiliar de embalagem em loja, poceiro, guarda-mirim, estoquista, balconista, borracheiro, pintor de automóveis, auxiliar de escritório, autônoma, ajudante de caminhão, carpinteiro, varredor de rua, vendedor, entregador de arroz, químico,

marceneiro, crecheira, jardineiro, mecânico, porteiro, trabalha em supermercado, manobrista e metalúrgico. Ocupações que podem ser qualificadas como mão-de-obra não especializada.

Quanto à vinculação ao trabalho e recebimentos, a maior parte da população trabalhava com remuneração (57%), 6% não possuía trabalho, mas recebia remuneração ("pessoas afastadas do trabalho por motivo de saúde e de aposentadoria"), 9% estavam desempregadas, 23% eram dependentes (donas-de-casa, 16% e sem ocupação provavelmente devido à problemática psiquiátrica, 7%) e 5% não constaram do prontuário.

Quanto à renda, apesar de este dado não ter sido objetivamente avaliado, o autor concluiu que provavelmente a maior parte da população pertencia aos "estratos econômicos inferiores da população". Tal conclusão baseou-se nos seguintes elementos:

- o tipo de ocupação dos pacientes avaliados que indicavam baixa remuneração e pouca especialização;
- a escolaridade baixa da maioria da população avaliada;
- o local de residência da população alvo - bairros periféricos da cidade;

- e outros indicadores baseados na experiência de atendimento do autor:

" Um deles residia no fato de pouquíssimas pessoas comparecerem ao atendimento de automóvel, muitas pessoas considerarem mesmo o preço da condução coletiva bastante alto. Outros indícios (...), são o modo das pessoas se vestirem, seu linguajar e seu comportamento social, que também pareciam característicos de população de renda mais baixa." (ARCARD, 1989, p.88)

Os diagnósticos estabelecidos nos prontuários foram :

Psicoses (excluindo psicoses alcoólicas) :	29%
Distúrbios emocionais não psicóticos :	24%
Problemas situacionais :	10%
Epilepsia :	2%
Alcoolismo :	26%
Deficiência mental :	5%
Distúrbio de fala :	1%
Outros :	3%

Observações :

1) o autor considerou como distúrbios emocionais não

psicóticos:

" Distúrbios que envolviam problemáticas associadas a padrões peculiares de comportamento e reação emocional do indivíduo (sua "estrutura de personalidade") e cuja intensidade, ou qualidade, não justificassem um diagnóstico de psicose. Incluía os diagnósticos de diversos tipos de transtornos neuróticos, de transtornos de personalidade, de distúrbios das emoções da infância e adolescência e de distúrbios de comportamento não classificados em outra parte (exceto distúrbio de conduta socializado)." (p. 64)

2) como problemática situacional foram incluídos:

" Distúrbios claramente associados a situações de vida problemáticas em que o indivíduo estivesse inserido (a nível familiar, social, econômico etc.) . Envolve diagnósticos de reação de ajustamento, reação aguda ao stress, distúrbios de conduta socializado, problemas entre pais e filhos, problemas conjugais e dissolução familiar." (p.64)

Pelos trabalhos acima descritos, pode-se perceber a

dimensão das particularidades da população usuária dos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental, quando examinada mais proximamente. Poderia reunir, de forma generalizada, como características mais comuns a respeito destes pacientes citadas pelos trabalhos: são migrantes, a maioria mulheres, de baixa renda financeira, em condições de vida precárias, com baixa escolaridade, trabalhando em serviços não especializados e residindo na periferia dos grandes centros urbanos. Mas generalizações são precipitadas. Provavelmente cada serviço de Saúde Mental possua um perfil sócio-econômico particular de demanda e da população que abrange.

O objetivo dos itens que se seguem é descrever as opiniões de alguns autores a respeito das características psicológicas da população que frequenta os Ambulatórios públicos de Saúde Mental ou , talvez numa expressão mais adequada, de BEZERRA (1987), as "particularidades culturais e psicológicas da população a ser atendida nas instituições"

O material estudado permitiu discriminar estes pacientes como possuidores de:

IV.1.3. - UMA LINGUAGEM PARTICULAR

Os pacientes em foco tendem a se expressar principalmente através de queixas somáticas traduzidas pelos autores como "não-reconhecimento do "interno" (fator psicológico)", da " dimensão psicológica" de seus sintomas (CAMPOS, E.P., 1988), ou do não esclarecimento "de que sua problemática não era orgânica" (ARCARO, 1989).

Um exemplo da suposta organicidade poderia ser demonstrado nas causas mencionadas pelos pacientes para seus problemas psicológicos:

"...traumatismos diversos no passado próximo ou remoto (tombos, pancadas na cabeça, acidentes de transportes etc.); doenças orgânicas (crises convulsivas, "doenças do sangue"); quebra de tabus alimentares (ingestão de certos alimentos em certas épocas ou situações, associação de determinados alimentos etc)." (COSTA, 1987, p. 15)

Outro exemplo poderia ser a expressão "doença dos nervos" que compreende uma ampla variedade de queixas, tais como:

"tonteiras; palpitações; "vista escura";
desmaios; esquecimentos; insônia; medo de sair

sozinho na rua; medo de cair; "perna bamba"; "dormência nas pernas; cansaço; falta de apetite; "buraco no estômago"; "tremores no corpo"; fisgadas na cabeça; dores de cabeça; ardor na cabeça; frio na cabeça; dores difusas; irritabilidade; crises de choro; vontade de bater nos filhos; impaciência; vontade de gritar; vontade de morrer; agonia no peito; desinteresse sexual; moleza; crise de nervos; etc." (COSTA, 1987, p.14)

COSTA (1987), contrário à organicidade da expressão "doença dos nervos", argumentou pela dimensão psicológica e social nela subentendida, o que, segundo o autor, justifica a utilização das psicoterapias para esta população.

Através da análise do discurso de pacientes em entrevistas e em atendimento psicoterápico (alguns trechos estão reproduzidos no referido artigo), demonstrou que:

1o.) A expressão "doença dos nervos", por possuir uma extensa variedade de significados, não corresponde a uma patologia discriminada. Os pacientes apresentaram dificuldade em delimitar com precisão o que denominam "doença dos nervos", "nervos", "sistema nervoso" etc

2o.) Os pacientes, segundo COSTA, sabem, de alguma forma, que

o que sentem não tem sede orgânica, mas empregam os "nervos" como um "substituto do corpo". Segundo o autor, tais pacientes se expressam numa linguagem composta de elementos do vocabulário médico-científico hegemônico e através corpo, uma importante referência para esta população.

3o.) A natureza psicológica da expressão "doença dos nervos" é também deduzida pela analogia dos "nervos" com o sistema psíquico e não orgânico, pois o "sistema nervoso", para estes pacientes, não possui sistematização, sede orgânica determinada ou função específica. Às vezes reage como uma pessoa e tem a conotação de personalidade. Assim:

"... os nervos", organizam-se num vasto tecido imaginário, cuja única propriedade é de ser excitável e de manter-se ou não em equilíbrio homeostático após a excitação. É esta a imagem que o sujeito oferece quando diz que seu sistema nervoso "foi atacado" ou "me atacou."

(COSTA, 1987, p.23)

A expressão "doença dos nervos" seria um indicador de "não-normalidade" resultante de um conflito a nível da identidade psicológica. Identidade esta concebida pelo autor como organizada em funções e papéis, forjados principalmente pelas relações econômicas e sociais. Para os pacientes, a identidade psicológica estaria firmemente entrelaçada com o

papel de trabalhador , diferentemente das classes sociais superiores cuja identidade psicológica se orientaria pela diferença dos sexos e das gerações (adulto, criança, pais e filhos)

Quando o indivíduo não pode mais desempenhar adequadamente o papel de trabalhador, sente-se "desviante" e experimenta o desvio como "anormalidade". Não se consideraria mais

"... bom pai, bom filho, bom amigo, bom vizinho, enfim, um bom homem, pleno e realizado em suas aspirações libidinais, a conformar-se ao Ideal de Ego, implícito nas injunções do modelo identificatório." (COSTA, 1988, p.29)

Resumindo sua argumentação, o autor conclui que a "doença dos nervos" veicula um sofrimento emocional e não físico, vivenciado como anormalidade.

Ainda sobre a linguagem da população-alvo, há o estudo de BERNSTEIN (1980), sociólogo inglês, no seu artigo "Classe Social, Sistemas de Fala e Psicoterapia", comparando os aspectos implicados num processo psicoterápico e a forma de comunicação dos "membros da classe trabalhadora inferior"

O autor descreveu as divergências e impossibilidades de um trabalho psicoterápico clássico, de inspiração psicanalítica

, dirigido para tais pacientes. É da opinião que a relação psicoterápica está mais próxima de um estilo de comunicação de classe social diferente da classe trabalhadora.

Apesar de seu trabalho estar relacionado à sociedade londrina, institui-se, aqui uma correlação entre a população dos Ambulatórios públicos de Saúde Mental e o que BERNSTEIN (1980) chamou de "membros da classe trabalhadora inferior". Apesar das incongruências entre realidades tão díspares, a pertinência de sua menção se justifica pelos elementos trazidos por este autor.

A partir de sua prática, em Londres, com educação escolar para adultos, "empregados em ocupações manuais inferiores", o autor afirmou que os "membros da classe trabalhadora" se comunicariam através de um "código linguístico", nomeado "código linguístico restrito", pelo fato de as construções gramaticais da linguagem serem facilmente previsíveis, dado o reduzido número de variações possíveis. As classes médias e superiores se utilizariam do chamado "código elaborado".

Utilizou-se, para demonstrar sua hipótese de pesquisas demonstrativas das características próprias da fala, dos "grupos de classe trabalhadora", cuja linguagem apresentou:

"... uma redução de qualitativos, adjetivos, advérbios, especialmente os que qualificam sentimentos. A organização da fala é comparativamente mais simples. Há uma restrição no uso de pronomes pessoais." (BERNSTEIN, 1980, p.232)

Um outro dado foi obtido com a comparação de trabalhos escritos de crianças da "classe média" e da "classe trabalhadora", nos quais se demonstrou que os meninos da classe trabalhadora empregam mais frequentemente preposições concretas que as abstratas.

Testes com QI verbal demonstraram escores baixos para "membros da classe trabalhadora", sem que isto significasse necessariamente um índice baixo de inteligência, e sim sistemas de fala diferentes da classe média.

A fala do "código restrito" se caracterizaria, segundo BERNSTEIN (1980), deste modo :

"... a ser rápida, fluente, com reduzidas pistas articulatórias, os significados tenderão a ser condensados, desarticulados e internos às relações. Haverá um nível baixo de seleção de vocabulário e sintaxe. O como da comunicação, em detrimento do o quê, torna-se mais

relevante. Finalmente, o que é de importância crítica, o significado singular da pessoa tenderá a ficar implícito e não ser elaborado verbalmente." (p.236)

Mais:

" A fala é relativamente impessoal e serve para transmitir, mais similaridades do que diferenças na experiência pessoal. O código funciona para permitir a sinalização da identidade social e não da identidade pessoal. Esta última tende mais a ser sinalizada através de meios não-verbais e expressivos do que através da variação elaborada de seleções verbais. O código tende a tornar relevante a situação concreta do aqui e agora em vez de apontar relações de reflexão e abstração. Não facilita a manutenção de interesse em processos, particularmente processos motivacionais. O self raramente é objeto de investigação verbal. A fala não é usada como meio de sair de si mesmo para chegar à outra pessoa." (p.242)

Desta forma, numa relação psicoterápica o paciente da classe trabalhadora inferior teria dificuldades em falar de suas experiências pessoais como também em ouvir do

terapeuta hipóteses sobre seus desejos e motivações, pois tais temas e suas implicações não fazem parte do universo deste paciente

ROPA & DUARTE (1985), que realizaram, entre 1981 e 1983, uma pesquisa sobre representações de pessoa e sofrimento "psíquico", no bairro de Acari, periferia do Rio de Janeiro, discordam da idéia de "privação linguística" implícita na hipótese de BERNSTEIN (1980). As diferenças de linguagem não diriam respeito a critérios quantitativos ("de grau"), mas sim qualitativos ("de tipo"). Desta forma, a linguagem diferenciada das classes trabalhadoras não estaria indicando um "empobrecimento" ou "degradação", mas "sistemas simbólicos diferentes, articulados e complexos" (p.186), formas diferentes de vivenciar, falar e relatar os fatos da vida.

Para muitos lingüistas, a teoria de BERNSTEIN (1980) a respeito do "código restrito" e "código elaborado" carece de rigor metodológico. Assim, as particularidades de cada código estariam relacionadas principalmente com diferenças de estilo da linguagem e não com diferenças intelectuais e afetivas (SOUZA, S.J., 1978).

IV.1.4. - CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

Os pacientes que frequentam Ambulatórios públicos de Saúde Mental são descritos como estando em permanente estado de "crise", com reduzida aptidão para "insight"⁽¹⁾ e baixa auto-estima (CAMPOS, E.P , 1988).

SOUZA, M.C.G. (1983) considerou estes pacientes como psicologicamente:

"...frustrados, amedrontados, inferiorizados, enganados, enraivecidos e, em muitos casos, anulados." (p 136)

IV.1.5. - UMA PSICOPATOLOGIA PARTICULAR

IV.1.5.a) do ponto de vista psicanalítico

ENGEL (1983) evidenciou, nas psicoterapias de pacientes de Ambulatórios públicos de Saúde Mental , as "expectativas orais" transferenciais e sentimentos de "inveja" e "voracidade". Ao descrever uma experiência de

(1) " insight" como: " capacidade de compreensão interna." (MALAN, 1981, p 251)

supervisão à terapia de grupo no Instituto de Psiquiatria da UFRJ argumentou que :

"As fortes resistências de um grupo de classe social baixa a perceber por trás de seus sintomas a existência de motivações, de conflitos de natureza psicológica é compreensível e corresponde ao que ocorre com certos pacientes regredidos que têm que "atacar" suas próprias faculdades mentais, negando-as e projetando-as para fora. A concreção mental, assim obtida como defesa contra a adversidade, transforma-se num grande obstáculo à recuperação, tendendo a manter-se através do lucro secundário e de sedimentação de expectativas orais em relação às Instituições-mães, representantes das classes mais bem aquinhoadas." (p.143)

Uma das conclusões do autor, baseada nas observações deste grupo em particular, diz respeito à relação psicoterapeuta-paciente de classes sociais diferentes. Deduz que as dificuldades dos processos psicoterápicos oriundas das diferenças de contexto sócio-econômico teriam como base os sentimentos de culpa originados por intensa inveja e voracidade, tanto por parte do terapeuta como do paciente. Estes sentimentos seriam

negados ou expressados através de formações reativas. O autor exemplificou tal situação, nas atitudes de transgressão da regra de neutralidade, quando o terapeuta, face às solicitações dos pacientes, fornece julgamentos, orientações e conselhos.

Para BERNSTEIN (1980):

"A psicopatologia tenderá a se guiar por limiares de culpa altos, limiares de ansiedade baixos e pela incapacidade de suportar ansiedade." (p. 241)

A psicopatologia particular seria resultante da interação dinâmica de certos mecanismos de defesa inconscientes, associados ao chamado "código restrito":

"(...) é provável que as defesas incluam a negação, a dissociação e o deslocamento no lugar de defesas mais elaboradas, cuja base esteja em procedimentos verbais como a racionalização. (...)" (p. 241)

IV.1.5.b) do ponto de vista nosográfico psiquiátrico

BLAYA (1978), apoiado teoricamente na "teoria da

crise", considerou que os pacientes em foco adoecem psiquicamente, de forma particular, ao defrontarem com "situações críticas". Seriam mais comuns os quadros hipocondríacos, as neuroses de angústia, as dissociativas, a delinquência, a psicopatia e, menos frequentes, as psicoses depressivas.

TURBIANI (1988) descreveu os diagnósticos psiquiátricos mais comuns para certos tipos de pacientes que procuravam o Ambulatório de Saúde Mental:

"Tratava-se de mulheres com queixas somáticas vagas sem que apresentassem um quadro psiquiátrico claro. Em geral eram diagnosticadas como portadoras de neurose histérica, personalidade histérica ou depressão neurótica." (p.24)

IV.1.6. - UMA DEMANDA PSICOTERÁPICA INICIAL PARTICULAR

A objetividade, a clareza, a rapidez, o imediatismo e a concretude foram as qualidades descritas como demandadas pelos pacientes ao exporem seu sofrimento emocional (CAMPOS, E.P., 1988; QUINTO & QUINTO, 1984)

Esse aspecto das primeiras entrevistas e consultas poderia estar relacionado à forma de encaminhamento dos pacientes para o atendimento psicoterápico ambulatorial: precária em informações e pouco elaborada com os pacientes, como a experiência de ARCARO (1989) que confirmou a prática desta autora: os pacientes, às vezes chegam desconhecendo o motivo do encaminhamento e o tipo de abordagem psicológica, diferente do que ocorre com uma consulta médica tradicional. Esperam, em muitas ocasiões, uma medicação para o sofrimento emocional. Os encaminhamentos são realizados sem que previamente se trabalhe com os pacientes a idéia de que seus problemas não são orgânicos. E, mesmo quando esclarecidos sobre as causas psíquicas de suas queixas, os pacientes pedem conselhos e orientações concretas sobre como aliviar suas dores emocionais.

Um fator agravante que se observa na prática de atendimento em Ambulatórios públicos de Saúde Mental são os pacientes neuróticos, dependentes de psicofármacos e cronificados pelo modelo de atendimento baseado unicamente na prescrição de ansiolíticos. A experiência de MOURA & RABINOVICI (1988) reforçou esta opinião:

" Estes pacientes são em número bastante elevado e têm algumas características peculiares: em geral são bastante resistentes a outro tipo de intervenção terapêutica, uma vez

que já estão há muitos anos tomando calmantes. Não estão só dependentes dos remédios, mas de toda a corte de significados que estes adquiriram ao longo dos anos (falta de vínculo, compromisso, estabilidade etc...)." (p.20)

IV.1.7. - MOTIVOS PROVÁVEIS

Os possíveis motivos das particularidades acima descritas são arrolados por vários autores como conseqüências do contexto social, econômico e cultural a que pertencem os pacientes

Segundo BLAYA (1978), a migração seria um dos fatores facilitadores das crises emocionais ou de desequilíbrio psicológico pois ocasionaria um desarraigamento das relações originais da família e do grupo social de origem, com conseqüente fragilidade e empobrecimento emocional.

A situação de solidão, obscuridade e anonimato a que estas pessoas estão submetidas num grande centro, diversa das pequenas comunidades de onde vieram ou de onde suas famílias procederam e acrescentada das dificuldades da vida

urbana, foram os elementos descritos por BLAYA (1978) como responsáveis por um progressivo depauperamento emocional que as tornaria mais vulneráveis às contingências naturais da vida.

Confirmando esta opinião de BLAYA (1978), a revisão dos estudos epidemiológicos realizada por SANTANA et als (1988) apontou o trabalho de ALMEIDA & BASTOS, que demonstrou a relação entre condição migratória e doença depressiva em mulheres migrantes, com uma probabilidade 2,5 vezes maior de estas mulheres sofrerem depressão do que as não migrantes. Neste trabalho foi realizado estudo de caso-controle, que, segundo os autores da revisão, constitui um "refinamento metodológico" de escassa realização em nosso meio. Há também os resultados da pesquisa de DUNNINGHAM demonstrando uma associação negativa de doença mental e classe social.

QUINTO & QUINTO (1984) consideraram as condições sócio-econômicas como responsáveis pelo adoecimento psíquico. Segundo os autores, a situação em que vive esta população é de "tensão constante", o que se agravaria quando da ocorrência de "crises evolutivas e acidentais", mais frequentes na população considerada, comparativamente com pessoas de uma "classe social mais elevada". Como num círculo sem saídas, o ambiente no qual vivem os pacientes

apresenta poucas oportunidades de apoio, tanto econômico quanto afetivo; acrescentam-se-lhes as histórias de suas vidas já marcadas por várias crises, resultando numa enfraquecida "capacidade para suportar tensões e sentimentos aflitivos", predispondo a novas situações "críticas", com conseqüente surgimento de distúrbios emocionais ou agravamento dos já existentes.

Para os referidos autores, o discurso centrado em queixas somáticas, a responsabilização das dificuldades a agentes externos e a impossibilidade de vislumbrarem a sua participação nos acontecimentos refletiriam um impedimento de realidade destas pessoas em atuarem no meio externo, modificando suas condições. Os recursos financeiros e sociais de que dispõem são insuficientes.

Concordando em parte com esta visão, SOUZA, M.C.G (1983), através de entrevistas com clientes do Centro de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS-Recife), estabeleceu a hipótese de que estes pacientes:

"... desenvolvem sintomas "nervosos" em conseqüência de sentimentos de fracasso e exploração, desenvolvidos e acumulados ao longo de sua história de vida. O sentimento de fracasso expresso nas queixas relativas a

sentir-se "acabado, sem esperança, fracassado, fraco, sem potência, sem vontade para mais nada na vida, sem alegria, sem ter conseguido alguma coisa na vida" etc. O sentimento de exploração estaria vinculado às suas afirmações de sentir-se "esgotado, trabalhado, sem recompensa pelo trabalho realizado, de que o mais forte é quem leva, e o mais bonito é quem come mais" etc." (p 134)

Para a autora, o adoecer emocionalmente, "dos nervos", o ser "afastado" ou aposentado por doença mental seria uma forma de resolver uma situação de vida penosa. Representaria "uma saída para a sobrevivência", "material e psicológica" (p 136).

A leitura da maioria dos artigos deste item direcionam-me apressadamente à hipótese de que a precariedade de recursos sócio-econômicos e as condições de vida difíceis são responsáveis por uma fragilidade emocional e psicológica. Alguns autores, como BLAYA (1978) por exemplo, falam até num empobrecimento emocional.

Em relação à linguagem utilizada, BERNSTEIN (1980) deduziu que o contexto cultural influenciaria na "escolha" de um código linguístico.

"Diferentes estruturas sociais geram diferentes sistemas de fala." (p.234)

A utilização de um código restrito, como o utilizado pelos "membros dos estratos inferiores da classe trabalhadora", segundo o autor, estaria ligada à aprendizagem, quando crianças, de uma forma de perceber a linguagem e as modalidades de exercício da autoridade familiar. Estas modalidades podem aumentar ou diminuir as oportunidades de expressão verbal.

A autoridade ligada a um código restrito se manifestaria, predominantemente, através do que o autor chamou de "apelos orientados para o status e para o poder". Estes tendem a relacionar os comportamentos da criança a leis gerais referentes a condutas esperadas pelo grupo social, em relação a determinados aspectos, como por exemplo, em relação ao sexo e à faixa de idade e não aos sentimentos do adulto que educa. Portanto, tais apelos não permitiriam que a criança aprendesse a discriminar as razões de seus atos e a de seus educadores, já que são

"... impessoais, sua efetividade se baseia no status do regulador. Seu efeito é transmitir a cultura, seja esta local ou não, de forma a aumentar a similaridade entre o regulado e os outros que compõem seu grupo. Quando a criança

se rebela, está desafiando a cultura da qual faz parte, o que tende a obrigar o regulador a adotar uma atitude punitiva. Finalmente, o contexto social de controle é tal que a relação não é ambígua - os statuses são nítidos e bem demarcados." (BERNSTEIN, 1980, p.238)

Apesar de o trabalho de BERNSTEIN (1980) referir-se , como ressaltado anteriormante, a outra cultura, veicula reflexões concernentes à população dos Ambulatórios públicos de Saúde Mental, em especial quando aventou que a pertinência a uma estrutura social que se utiliza de um "código restrito" implicaria em características psicológicas particulares, onde não cabe a elaboração das experiências de vida através de singularidades individuais , a exploração das próprias intenções e as de outrem e a tematização da individualidade e das diferenças pessoais .

Para compreender a aderência dos pacientes focalizados em torno de queixas somáticas, pode-se basear-se nas pesquisas de BOLTANSKI (1989), com famílias francesas operárias, da zona rural e de um subúrbio de Paris, acerca do consumo de cuidados médicos em diferentes classes sociais, guardadas as devidas ressalvas das diferenças culturais entre realidades diferentes. Este trabalho introduziu o que Boltanski nomeou "cultura somática", que é particular em cada

classe social e que remete a:

"...regras que determinam o grau de interesse e de atenção que convém dar às sensações doentias e, talvez, de maneira mais geral, às sensações corporais e ao próprio corpo; até que ponto é conveniente falar do corpo, de comunicar a outrem as próprias sensações corporais e, em especial, queixar-se de sensações doentias (...). (p 145)

Nas "classes populares", o corpo constitui uma referência fundamental, pois é "instrumento de trabalho" e não fonte de prazer e cuidados, como nas classes superiores. Segundo Boltanski, cada pessoa, de acordo com sua inserção de classe, empregaria determinados elementos referenciais na percepção de seu corpo. A forma de externar verbalmente esta percepção poderia variar conforme o uso de uma linguagem mais ou menos rica e, conseqüentemente resultar num maior ou menor discernimento a respeito das sensações corporais. Assim:

"O interesse e a atenção que os indivíduos concedem ao próprio corpo, ou seja, à sua aparência agradável ou desagradável e, por outro lado, às suas sensações físicas, de prazer ou desprazer, cresce quando eles se elevam na hierarquia social e quando se passa

dos agricultores aos operários, dos operários aos assalariados, ou seja, quando diminui a resistência física dos indivíduos, que não é outra senão a resistência que são capazes de opor ao próprio corpo e sua força física, ou seja, o partido que podem tirar do corpo." (BOLTANSKI, 1989, p.145)"

Estudos não propriamente da área psicológica, como os de MURARO (1983) corroboram a relação entre corpos e relações de produção:

"1 - O corpo da burguesia: é formado por corpos de homens e de mulheres altamente montados e produzidos para o prazer e para o consumo. Ainda mais: para o exercício do poder" (p.319).

"2 - O corpo camponês: no segmento do campesinato tradicional, o corpo é voltado para a força e a produção" (p.320).

"3 - O corpo operário: as operárias interiormente divididas e com uma percepção de seu corpo distorcida pela cultura de massas; os operários com corpos dóceis e normalizados. Próprios para aceitar as ordens do patrão, felizes em sua condição de oprimidos." (p.321)

ROPA & DUARTE (1985) discordam do aspecto de que o

discurso das classes trabalhadoras sobre a saúde e a doença, segundo o enfoque da "cultura somática" de Boltanski, reflita um depauperamento de formas mais sofisticadas de percepção e expressão. Refletiria, sim, formas diferentes, mas igualmente complexas de manipular simbolicamente a realidade.

IV. 2. - PARTICULARIDADES DO PROCESSO PSICOTERÁPICO

As características e dificuldades no emprego das abordagens psicoterápicas em serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental podem ser consideradas em mais um aspecto: o processo psicoterápico em si, isto é, as implicações da técnica psicoterápica e do saber que a sustenta.

Para BERNSTEIN (1980), a relação psicoterápica de orientação psicanalítica pressuporia determinados elementos distantes da classe trabalhadora inferior. Citou alguns:

"1. Trata-se de uma forma de relação social que pressiona o paciente a estruturar e a reestruturar sua experiência descontínua de forma verbalmente significante. Em termos das

outras relações do paciente, a relação de terapia tenta produzir uma ordem singular de comunicação.

2. O referente desta comunicação é o paciente - ou melhor, seus processos motivacionais e as relações sociais implícitas ou explícitas que os mesmos engendram. O "eu" do paciente sofre uma transformação contínua em virtude de tais comunicações singulares.

3. A forma de autoridade dentro da relação terapêutica é pouco clara e ambígua. Geralmente, não é fornecida ao paciente uma compreensão clara do que é e do que não é esperado dele. O contorno da relação social não é definido em nenhum dos seus detalhes. As diferenças de status social que orientam o comportamento fora da relação terapêutica, não servem para indicar um comportamento apropriado dentro da mesma.

4. Quando as comunicações do paciente são filtradas através dos objetivos, metas, crenças e imperativos emocionais de seu grupo natural, é comum considerar-se que a percepção que deveria ter de si mesmo está bloqueada. As convenções que conferem ao paciente sua identidade social são vistas, do ponto de vista

do terapeuta, como material a ser esclarecido. Dito de maneira mais simples, a forma da relação terapêutica envolve o paciente em uma posição de isolamento suspenso, fazendo com que ele se relacione com seu grupo como uma figura diferenciada de seu fundo.

5. Finalmente, a terapia bem-sucedida se baseia na "crença mútua tanto do terapeuta quanto do paciente de que a doença pode ser removida pela participação em uma relação social onde a atividade mais importante é a transformação de uma experiência individualmente distinta através da comunicação essencialmente verbal."

(p 231)

Os pacientes da classe trabalhadora inferior teriam muitas dificuldades em se beneficiar de um tratamento com as características acima já que, tecnicamente, a psicoterapia psicanalítica não indica concretamente ao paciente o que se espera dele e o papel do terapeuta. O paciente deve falar centrando-se em sua pessoa e em suas motivações. Esta situação configura algo muito diferente do universo cultural e social do paciente e torna-se provocadora de grandes "tensões", das quais o paciente se defenderia mediante passividade e dependência. O terapeuta, por sua vez, tentaria compensar estas manifestações com atitudes ativas e

dominantes

Ao examinar a relação psicoterápica e o que nela está suposto, pode-se referendar à noção de "projeto psicoterápico", definido por COSTA como:

"... a operação mental que permite ao terapeuta e ao paciente anteciparem na consciência o andamento e os resultados do processo terapêutico." (COSTA apud BEZERRA, 1982, p.21)

Desenvolvendo esta concepção, BEZERRA (1982) descreveu quatro pressupostos que estariam implícitos num processo psicoterápico. São eles:

1) a "noção de cura": decomposta em "desejo de cura", deriva da vivência do sofrimento e do "investimento no benefício psicológico", isto é, as expectativas em torno do tratamento e da cura. Os pacientes das "classes trabalhadoras", segundo BEZERRA (1982), possuem noções próprias a respeito de saúde e de doença, de acordo com sua inserção de classe, fatores educacionais, aprendizado e perspectivas de vida. Assim, o paciente pode pretender de um tratamento psicoterápico objetivos diferentes daqueles do terapeuta. O paciente pode considerar mais importante o retorno de sua capacidade de trabalhar obtida através de um alívio sintomático do que a resolução demorada de conflitos inconscientes.

2) a "noção de causalidade"

"que se refere às teorias e concepções genético-explicativas com que os parceiros [terapeuta e paciente] da cura moldam sua compreensão acerca dos mecanismos responsáveis pela eclosão do sofrimento atual." (BEZERRA, 1982, p.23)

Assim, para o psicoterapeuta de formação psicanalítica, um sintoma indicaria a existência de um conflito resultante de tendências inconscientes contraditórias, mas o paciente pode atribuir seu sofrimento a outras causas, desde traumatismos físicos passados até problemas familiares e dificuldades econômicas. Este raciocínio pode ser de difícil aceitação pelo terapeuta por concebê-lo fora de uma linha causal científica. Estaria refletindo não uma "resistência a causas psicológicas", mas a expressão de recursos simbólicos disponíveis em sua cultura.

3) a "noção de temporalidade": que

"...se refere à capacidade, tanto do terapeuta quanto do paciente de buscar no passado as raízes do sofrimento ou da felicidade atuais, e à possibilidade de aceitar o investimento de um tempo presente para obtenção de resultados

terapêuticos no futuro." (BEZERRA, 1982, p.36)

A noção de temporalidade pressupõe, segundo o autor, a rememoração e uma particular percepção de futuro e da própria história de vida. Tais noções seriam construídas baseadas em condições culturais, sociais, educacionais, econômicas e em vivências pessoais. Desta forma, poder-se-ia explicar, em parte, o interesse do terapeuta pelos detalhes da história de vida de seu paciente e suas relações parentais infantis, enquanto que para o paciente estes pontos podem não fazer sentido algum.

Quanto ao tempo que advirá e a decisão sobre projetos futuros implicados nesta noção de temporalidade, os pacientes considerados ficariam impedidos de realizá-los, pois enfrentam dificuldades econômicas constantes; possuem poucos recursos financeiros e reduzidas oportunidades para decidir e modificar o desenrolar de sua vida. Assim, as contingências da vida são percebidas como fatalidades. Num contexto diverso do descrito acima, estariam os membros de outras classes sociais, como o terapeuta, por exemplo.

KALLAS (1989), no seu estudo sobre "famílias de baixa renda", observou que as pessoas deste grupo realizavam projetos para o futuro, mas que eram geralmente pouco audaciosos, pela importância que as necessidades diárias

adquirem na vida destas pessoas:

"A batalha se dá pelas coisas mais elementares possíveis: um colchão, uma cama, o alimento, a aquisição de uma casa ou sua melhoria (...) e a realização de um tratamento médico." (p.169)

ROPA & DUARTE (1985), baseados em BORDIEU, atribuem à longa escolarização a aquisição de "espírito crítico" e de noções como de causalidade e temporalidade, embutidas no projeto psicoterápico

4) a "noção de indivíduo", que BEZERRA (1982) analisou na maior parte de sua dissertação de mestrado. O "indivíduo" do qual o autor se ocupa é o concebido como o

"sujeito social livre e autônomo, verdadeiro micro-universo particular ..."(p.45)

Contraposta ao que DUMONT chama de "pessoa" Uma noção ligada à hierarquia, à totalidade social, submetida a regras sociais etc (BEZERRA, 1982).

Segundo BEZERRA (1982), o saber psiquiátrico/psicológico, como outras ciências, tem, no conceito de indivíduo um ponto de apoio, às vezes explícito, outras não, tomando-o muitas vezes como um dado natural:

"Todas as ciências do comportamento compartilham, via de regra, desta crença e por conseguinte desta confusão: confundem - porque usam o termo indistintivamente o agente empírico, membro da espécie humana, com o tipo particular de existência individual produzida nas sociedades ocidentais modernas." (p 45)

BEZERRA (1982) trabalhou com autores como DUMONT, SIMMEL, LASCH, FOUCAULT, ARIES, USSEL e COSTA entre outros, de percursos metodológicos diferentes, mas que lhe permitem explicitar as raízes históricas do conceito de individualismo e demonstrar o indivíduo como uma construção histórica.

Fruto dos séculos XVIII e XIX, das sociedades ocidentais modernas, da evolução industrial, do surgimento e do desenvolvimento das sociedades capitalistas, da redução da grande família do século XVII e do início do século XVIII, do predomínio da "pequena família patriarcal" burguesa e dos mecanismos disciplinares de controle da sexualidade (também no sentido de dispositivo da sexualidade de FOUCAULT), o indivíduo moderno possuiria como características:

- uma vida interior e subjetividade psicológica, resultantes historicamente da evolução capitalista e da progressiva

separação entre o mundo do trabalho e o ambiente doméstico

- a sexualidade como elemento de definição de sua essência.

- uma percepção particular do tempo, na qual se torna possível o desenvolvimento de qualidades pessoais. Para o autor, tal percepção resultou de modificações ocorridas com o passar das épocas e da evolução das condições histórico-materiais. Foi a partir da Renascença que o indivíduo assenhorou-se do tempo, e o homem moderno fez dele uma possibilidade de desenvolvimento pessoal

- uma capacidade de rememoração diferenciada a respeito de sua própria trajetória, onde o interesse se volta para os detalhes da história individual - fonte de auto-conhecimento e de definição de identidade pessoal - possibilitando a construção de uma biografia única e diferenciada. O autor exemplifica:

"Encontramos pacientes cujos hábitos psicológicos são terreno fértil para intervenções psicoterápicas usuais. São pessoas cuja capacidade de rememoração é bastante desenvolvida; mais do que isto, de modo geral buscam ativamente conhecer o passado individual, que lhes afigura como o lugar onde podem descobrir mais sobre si próprios, se

conhecerem melhor, discriminarem quais são seus verdadeiros gostos, tendências e aptidões. Quando pensam na vida pregressa, alguns temas aparecem com predominância, como as relações familiares e a vida sexual. Entendem que enveredar pelo passado é encontrar a sua verdade,..." (BEZERRA, 1982, p 134)

BEZERRA (1982) advertiu que as condições do contexto brasileiro particularizam as noções descritas, estabelecendo complicadores na transposição de modelos teóricos de outros contextos. Por estas razões, considerou a noção de indivíduo inserida no contexto brasileiro, o que acarretaria algumas particularidades: certos atributos, não os de "indivíduo", são encontrados nas classes superiores, tais como aspectos hierárquicos, de influência e de impunidade à lei, que redundam em privilégios de grupos.

Concluindo, a teoria e práticas psicoterápicas implicariam elementos como as noções de cura, causalidade, temporalidade e a concepção de indivíduo, característicos do pensamento e da ideologia de uma classe superior.

IV.3. - A INFLUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS NOS PROCESSOS PSICOTERÁPICOS

Descrevem-se, neste item, alguns fatores referentes ao elemento institucional que, explícita ou implicitamente, permeiam a relação psicoterápica. Atuariam modelando certas condutas e sentimentos contratransferenciais do psicoterapeuta em relação ao paciente, como também as atitudes dos vários profissionais integrantes de uma equipe multiprofissional de Saúde Mental, entre si. Focalizarei principalmente o que se revela como dificultoso e problemático

Considero instituição como o espaço físico onde se desenvolvem as ações de Saúde Mental, seu funcionamento interno, as relações entre os diversos profissionais e funcionários, os programas de saúde em geral, os da Saúde Mental em particular, as diretrizes propostas, os parâmetros de produtividade, as políticas de saúde gerais e locais e a formação dos profissionais que trabalham com psicoterapias em instituições públicas ambulatoriais.

Segundo REINOSO (1982), no encontro psicoterapeuta e paciente estão representadas e reunidas várias instâncias,

desde a familiar, presente ou não no momento do encontro, como a do Estado e até a do saber médico-psicológico. E, num aspecto mais amplo, as diversas instituições de uma sociedade são as transmissoras e mediadoras da cultura.

Centrando-me nas dificuldades institucionais do atendimento público ambulatorial de Saúde Mental, focalizo os elementos mais imediatos, como o espaço físico dos atendimentos. Foram descritas: falta de salas, ausência de espaços adequados, insuficiência de material, locais improvisados, como por exemplo, casas alugadas para o atendimento público (ARCARD, 1989; BORGES, 1987; GRINOVER & DELORENZO, 1986; ZLOCHEVSKY & WONGTCHOWSKI, 1986).

A precariedade das condições físicas dos locais de atendimento soma-se o número excessivo de pacientes que procuram assistência ambulatorial. Os profissionais vêem-se, frequentemente, assoberbados de uma demanda excessiva, com a qual não conseguem lidar adequadamente (ARCARD, 1989; MOURA & RABINOVICI, 1986).

Sobre a procura excessiva por atendimentos públicos ambulatoriais em Saúde Mental, é importante mencionar duas formas de interpretação do fato. Pode-se interpretá-la como um acontecimento natural, decorrente do crescimento dos distúrbios psicológicos na população, o que BEZERRA (1987)

denominou "demanda naturalizada", ou como um "produto social"
, isto é:

"...socialmente forjada. Forjada pela condição de miséria e exploração impostas à maioria da população que, sem alternativas políticas adequadas, adoece (porque sucumbe à patologia sob pressões psicológicas insuportáveis ou como estratégia através do benefício previdenciário); forjada pela estrutura de relações de produção capitalista que alienam o ser humano dos produtos de seu próprio trabalho e transformam sua existência numa estória sem sentido; e forjada também pelo próprio aparelho médico na medida em que vai paulatinamente incorporando novos espaços sociais sob sua tutela: quanto maior a oferta de serviços psi, maior o campo de ação medicalizadora, maior o efeito de psiquiatrização do cotidiano, maior a necessidade de terapeutas e terapias." (p.138)

As condições materiais institucionais teriam implicações contratransferenciais na relação psicoterapeuta-paciente. Segundo GRINOVER & DELORENZO (1986), a precariedade com a qual os profissionais entram em contacto no cotidiano das instituições resultaria num "abalo narcísico", tornando-os "desanimados" e "impotentes". A

compensação destes sentimentos far-se-ia notar na excessiva diretividade das condutas, visualizada, por exemplo, nas opiniões dos terapeutas, que concluíram que as abordagens psicoterápicas mais indicadas para esta população são as de orientação e informação.

Esta precariedade pode ser também visualizada em relação à população atendida, frequentemente concebida pelo psicoterapeuta como "desvalida e incapacitada". Esta interpretação, segundo as autoras, seria resultante de "projeções e deslocamentos" (p.34) das próprias dificuldades e impotências dos terapeutas. Neste contexto, atitudes menos diretivas, não médicas, como o emprego da escuta e da interpretação, representariam "omissão e abandono".

Por parte da população atendida, o relato de suas histórias de vida, com grandes sofrimentos físicos e emocionais, e de suas dificuldades econômicas se encaixa com as projeções dos terapeutas. A "loucura" e o sofrimento psíquico veiculados no discurso do paciente seriam, então, distorcidos por uma escuta não terapêutica, provocando os encaminhamentos sem elaboração, as internações, os conselhos e os julgamentos.

Diante deste quadro, GRINOVER & DELORENZO (1986) questionam a resolutividade e a eficácia do modelo

ambulatorial defrontado com o asilar.

"Neste sentido, talvez, esse modelo ambulatorial não se substitui ao modelo manicomial, mas apenas o disfarça, já que a loucura permanece como algo externo, alimentada nos atendimentos, em sua grande maioria alienantes e totalmente ineficientes." (p. 34)

De qualquer modo, não é o modelo psicoterápico o substituto ideal do modelo manicomial. De acordo com ROTELLI et al (1990), o modelo alternativo seria o da desinstitucionalização, que vai além da redução das internações hospitalares, da redução de leitos e do aumento das altas hospitalares. Para os autores, na experiência da Itália:

"...trata-se definitivamente de reconstruir todo o processo de transformação da instituição psiquiátrica desenvolvido ao longo de mais de vinte anos e que deixou sua marca em múltiplas dimensões: o do microcosmo da relação terapêutica (e das concepções e práticas de tratamento) à dimensão da construção de uma nova política." (p.24)

As considerações realizadas neste item levantam o problema da formação teórica, técnica e ideológica do

profissional que trabalha com pacientes de serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental. A formação destes profissionais é considerada por vários autores (ARCARO, 1989; GRINOVER & DELORENZO, 1986; MENDES & HIRCHZON, 1986) como insuficiente e distorcida em vários aspectos

Um deles estaria relacionado à tendência predominante de se considerarem os problemas emocionais como decorrentes essencialmente de "fatores internos", excluindo a participação de fatores familiares, sociais e econômicos (ARCARO, 1989)

Um segundo aspecto seria decorrente da insuficiência de recursos técnicos específicos para uma atuação mais adequada junto à referida população, como por exemplo, o emprego de tratamentos alternativos à orientação psicodinâmica individual, como as psicoterapias grupais e familiares (ARCARO, 1989). Os próprios profissionais reconhecem essas carências ao requererem supervisões clínicas e cursos de formação (FUKS, 1986; GRINOVER & DELORENZO, 1986; MENDES & HIRCHZON, 1986).

O terceiro aspecto da formação do profissional de Saúde Mental seria visualizado na predominância do modelo médico de atendimento. Apesar de vários documentos (ver capítulo III. deste trabalho) enfatizarem o trabalho

multiprofissional e este fazer parte do discurso de vários profissionais da rede ambulatorial pública de Saúde Mental, a prática do atendimento institucional os contradiz (ARCARO, 1989; MENDES & HIRCHZON, 1986).

ARCARO (1989), em sua pesquisa, estudou o tipo de profissional que realizava a avaliação inicial dos pacientes. Constatou que, de uma equipe multiprofissional completa (ver item IV.2. deste capítulo), somente três profissionais realizavam individualmente a tarefa de forma sistemática: o psiquiatra, o psicólogo e a fonoaudióloga. No atendimento a adultos, as avaliações pelos psiquiatras chegaram a 85% dos casos, por psicólogos, 4% , por multiprofissional, 5% , por outros, 5% e por fonoaudióloga, 1%. Além destes dados , constatou-se que o acompanhamento psiquiátrico foi o tipo de procedimento terapêutico mais frequente (43% contra 16% multiprofissional). O autor supôs que a predominância da avaliação por profissionais médicos seria resultante, menos da pressão dos pacientes demandando cuidados médicos, que da decisão dos próprios técnicos que realizavam a triagem. Provavelmente, segundo o autor, muitos profissionais encaminharam pacientes para uma avaliação médica psiquiátrica por " falta de segurança" (p 120), ou por julgarem mais precisa. Os motivos para tal atitude seriam originados por falhas da formação teórica e técnica desses profissionais , que lhes dificultam a apreensão da

verdadeira problemática dos pacientes e a tomada de condutas adequadas.

GRINOVER & DELORENZO (1986) admitiram também que o modelo médico de atendimento interfere nas atitudes que deveriam ser psicoterápicas e não médico-psiquiátricas. E, ao discutirem o trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional, as autoras consideraram que a ascendência exercida pelo médico em sua prática, representa um elemento cristalizado e de árdua possibilidade de alteração. Os médicos se investiriam de um saber maior e da possibilidade da cura, enquanto os demais profissionais seriam "meros auxiliares".

MENDES & HIRCHZON (1986) discutiram a posição dos diversos profissionais ("médicos e paramédicos"), quando das mudanças nos programas da CSM, em 1983, descritas na Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais Em Unidades Básicas e Em Ambulatórios de Saúde Mental. Dentre outras diretrizes, previa-se uma equipe multiprofissional integrada. Sua implementação apresentou várias dificuldades: por parte, dos médicos mobilizou temores de perda de autoridade e do reconhecimento da população atendida, e, por parte dos vários profissionais da equipe, evidenciou-se a competição com os psiquiatras e a indefinição dos seus papéis profissionais.

MENDES & HIRCHZON (1986) acrescentaram mais um fator na discussão sobre a formação dos profissionais , principalmente quanto aos médicos psiquiatras e os psicólogos que atuam nos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental; o caráter liberal da formação universitária por eles recebida. Na opinião das autoras, o fato de os profissionais não atuarem somente como liberais, escopo principal desta formação , causa-lhes sentimentos de depreciação, desvalorização e anonimato. Estes sentimentos seriam corroborados pelas particularidades do serviço público: salários baixos, características insatisfatórias de trabalho, tanto fisicamente, pela falta de espaço, de salas para atendimento, de material específico e de medicamentos, quanto pela insuficiência de número, de disponibilidade e de formação dos profissionais.

IV.4 - PROPOSTAS DE PSICOTERAPIA

Neste item descrevem-se algumas experiências e sugestões de procedimentos psicoterápicos dirigidos a pacientes dos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental brasileiros.

COSTA (1989), baseado, entre outras experiências, em seu trabalho no Ambulatório Central do Centro Psiquiátrico Pedro II, entre 1983-88, com pacientes que não haviam obtido resultados satisfatórios com psicoterapias individuais, propôs a abordagem psicoterápica grupal para tal tipo de população, já que nesta forma de psicoterapia estariam sendo contempladas as características culturais e sociais dos pacientes

Segundo o autor, em companhia de seus iguais, os pacientes se expressariam com maior fluência e desinibição do que quando sós perante o terapeuta.

Concordando com as proposições de BERNSTEIN (1980) sobre as incongruências existentes entre a relação psicoterápica de orientação psicanalítica e o código linguístico dos membros dos estratos inferiores das classes

trabalhadoras, relatou que, segundo suas observações em psicoterapia individual, o modo "interrogativo, não-diretivo ou elusivo" (COSTA, 1989, p 37) da fala do psicoterapeuta bloqueava o discurso do paciente, contrariamente ao que sucedia nos grupos. Exemplificou:

" Em alguns indivíduos destas camadas populares, observamos a tendência a reagir direta, e às vezes imperativamente, à fala dos outros. No começo da experiência, o fato foi tomado como indício da dificuldade que eles tinham de ouvir o que estava sendo dito, por motivos inconscientes. A reação diretiva (conselhos, opiniões taxativas, discordâncias bruscas e peremptórias, etc.) seria indicativa de uma tolerância sintomática à manifestação do conflito inconsciente. Pouco a pouco reconsideramos esta impressão. As intervenções diretivas nem sempre significam incapacidade de ouvir. O que havia era a inexistência do hábito de falar interrogativamente, mesmo quando o assunto não comportava afirmações imperativas. Acostumados a opinarem sobre coisas, tendo como modelo o conjunto de prescrições claras e definidas, tal como ocorre em universos de sentido voltados para a reafirmação de valores tradicionais, os clientes não sentiam suas

falas como inoportunas ou impertinentes."

(COSTA, 1989, p.37)

Continuou :

"No grupo, expressões do tipo faça deste modo, pense assim, você está errado, você não deve fazer isto, etc., são corriqueiras. Mas a repercussão obtida não dava sinais de que eram dissonantes, impróprias ou autoritárias. Os participantes escutavam a recomendação não como uma ordem a ser obedecida, mas como uma manifestação da subjetividade do falante, hipoteticamente posto no lugar da pessoa cuja fala era objeto de discussão." (p 38)

Quanto às intervenções do terapeuta, propôs o uso mais amíúde de assinalamentos, pontuações do discurso, marcações dos lapsos, chistes fantasias surgidas, de procedimentos que facilitem a comunicação grupal, pedidos de esclarecimentos a respeito do que se falou e incentivo à participação de outros membros do grupo como, por exemplo, perguntando a um membro do grupo o que pensa do que foi dito. Reservar-se-iam para uso menos frequente as "interpretações de sentido"⁴¹ ou de "conteúdo"⁴¹

⁴¹ COSTA (1989) designa como "interpretações de sentido" ou "de conteúdo", aqueles procedimentos semelhantes às construções, produtores de sentido e de "reequilíbrio narcísico", com o objetivo de facilitar o advento de novas associações

Através destes procedimentos, os pacientes, na experiência do autor, puderam reelaborar suas histórias de vida e atualizar o significado de seus sintomas. Portanto, o terapeuta, do lugar transferencial em que o grupo o coloca, tem a função de garantir a fluência das falas dos pacientes e pontuar a emergência das formações do inconsciente.

ENGEL (1983), baseando-se na experiência do Instituto de Psiquiatria da UFRJ com grupos psicoterapêuticos de pacientes "de classes menos favorecidas", propôs um trabalho com prazo limitado dentro do enquadramento de uma psicoterapia breve. O trabalho referido contemplou psicoterapias com duração aproximada de um ano e na forma de grupos abertos. Recomendou o emprego de atitudes mais diretivas do terapeuta, o planejamento da psicoterapia, a delimitação de um foco, o trabalho com associações livres e a realização de interpretações transferenciais. Em relação à tarefa às vezes dificultosa de estabelecer um foco a ser trabalhado durante a psicoterapia, o autor argumentou que a própria limitação de tempo do tratamento propicia a sua delimitação. Na experiência do autor, a curta duração da psicoterapia funcionou para os pacientes como mais uma "vivência de castração" (p 146), nas suas vidas já tão sofridas. Em torno desta vivência se estruturariam os conflitos grupais, permitindo a resignificação dos conflitos edípicos, de castração e de identificação.

BLAYA (1978) propôs abordagens individuais, de grupo e de casal, num enfoque designado como Psicoterapia Dialética, com referência teórica psicodinâmica, objetivos limitados e podendo ser utilizada por psicoterapeutas iniciantes.

Os procedimentos principais seriam :

- Uma entrevista inicial para um diagnóstico situacional e caracterológico rápido e avaliação da possibilidade de realização de uma psicoterapia. Mais entrevistas, somente se muito necessário.

- Delimitação precisa, com o paciente, do enquadramento terapêutico: dias, horários, tempo de duração, frequência e local das sessões, duração da psicoterapia. O autor recomendou para pacientes de Ambulatório psicoterapias até no máximo de 12 meses, com frequência de uma sessão por semana. A exatidão destes pontos contratuais deve ser exaustivamente discutida com os pacientes, a fim de se evitarem sentimentos de desvalorização por parte dos mesmos.

- Emprego de intervenções de esclarecimento, sugestivas e catárticas, visando à preservação do enquadramento terapêutico, da técnica psicoterápica e o aprimoramento da capacidade do paciente de refletir sobre sua problemática.

- Elaboração das reações contratransferenciais , concebidas como " ativadas pelas projeções dos pacientes" (p 19).

BLAYA (1978) descreveu o desenrolar da psicoterapia dialética em três fases:

- Fase 1 : a inicial, onde

" ... as atividades do paciente centram-se mais na deposição dos sintomas e traços de caráter no terapeuta." (p 21)

Geralmente nesta fase o paciente apresenta uma melhora considerável dos sintomas, resultante, segundo o autor, dos procedimentos psicoterápicos sugestivos e catárticos.

- Fase 2 : " é a mais longa e se caracteriza por um enfrentamento mais ao nível caracterológico." (p 21)

Ressaltam-se, nesta fase, as manifestações transferenciais, às vezes de grande agressividade, do paciente em relação ao terapeuta e que devem ser adequadamente interpretadas.

- Fase 3 : " é inaugurada pelo início das discussões sobre a

separação decorrente do fim da psicoterapia." (p.21)

Segundo o autor, ocorre nesta fase uma piora dos sintomas e surgem sentimentos hostis para com o terapeuta . Seriam reações ao final da psicoterapia , como também uma forma de o paciente se demonstrar não preparado para tal. Este momento deve ser adequadamente elaborado com o paciente visando a um final de relação terapeuta e paciente sem sentimentos de "raiva" ou de "violentação".

QUINTO & QUINTO (1984) propuseram um atendimento psicoterápico individual dentro dos parâmetros da psicoterapia breve enfatizando os procedimentos catárticos, de apoio, de esclarecimento, sugestivos , as intervenções diretas e as orientações . As intervenções terapêuticas deveriam primar pela diretividade e praticidade, evitando ao máximo propiciar ambigüidades. O psicoterapeuta deve abster-se, durante as sessões, de longos silêncios, deve ser ativo e preocupar-se com a situação atual de vida de seu paciente, em detrimento do seu passado.

CAMPOS E.P. (1988), em sua experiência com psicoterapias em pacientes de um posto de Assistência Médica do INAMPS, realizou atendimentos individuais de orientação psicodinâmica. Houve definição do enquadramento psicoterápico em relação ao local, horários, duração , freqüência das

sessões e o número de faltas permitido. Trabalhou com sessões semanais (1-2 vezes por semana), com duração, em média, de 20 minutos cada uma. Não delimitou o final da psicoterapia, mas estabeleceu com o paciente que, no momento em que este desejasse encerrá-la, comunicaria ao terapeuta sua decisão, para discussão conjunta. Os procedimentos psicoterápicos empregados podem ser resumidos em: escuta, catarse, compreensão, apoio e correlações de sintomas atuais com o passado. Utilizou menos frequentemente as interpretações transferenciais e mais raramente as orientações.

REALE, NISSAKA, PRATES, DEMASI, MOGADOURO, GONÇALVES, (1986) descreveram o atendimento psicoterápico para adultos, realizado no Ambulatório de Saúde Mental da Lapa fazia parte do PIM (PROGRAMA DE INTENSIDADE MÁXIMA) dirigido a pacientes em "crise", quadros psicótico agudos e outros, que necessitassem de um atendimento mais rápido. Este programa estava de acordo com o previsto pelo documento de 1983, da então CSM (COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL).

O atendimento psicoterápico efetuado foi preferencialmente o grupal, pois, de acordo com as autoras, esta modalidade psicoterápica favoreceria as "trocas" entre os pacientes, potencializaria o trabalho e a elaboração dos

conflitos. As sessões realizaram-se com frequência bissemanal, com uma hora de duração, em grupos de até 8 pacientes e 2 coordenadores em co-terapia visando, a princípio, a resolução da situação crítica dos pacientes. Os elementos do enquadramento descrito acima e o prazo de termino da abordagem psicoterápica foram sendo comunicados aos pacientes, a partir de seu pedido, durante o decorrer do processo psicoterápico. A continuidade do tratamento pós-situação crítica dava-se pelo encaminhamento dos pacientes ao programa de média intensidade, recomendado pela CSM para aqueles casos não agudos que necessitavam de atendimentos semanais, bissemanais ou quinzenais e realizados por uma equipe multiprofissional.

Empregaram-se, basicamente, procedimentos de apoio e escuta, provavelmente pela sintomatologia aguda dos pacientes. Segundo as autoras, o objetivo das ações psicoterápicas foi de :

"...possibilitar a construção de uma rede de sentidos, por intermédio da qual o paciente possa utilizar as palavras dentro de um código comum, estabelecendo pontos de contato entre as construções delirantes, a fantasia e a construção de uma realidade comum." (p.62)

Para estes grupos, foram selecionados pacientes

com as funções cognitivas preservadas e de nível intelectual que possibilitasse abstração. Excluíram-se aqueles com quadros neuro-orgânicos agudos e crônicos, com " agitação psicomotora", os deficientes mentais e os com quadros esquizofrênicos graves .

MOURA & RABINOVICI (1988) descreveram grupos de psicoterapia para adultos com distúrbios neuróticos. Surgiram como alternativas ao atendimento predominantemente médico-psiquiátrico (de prescrição de tranquilizantes) Trabalharam com grupos abertos, com capacidade para 10 pacientes e 2 coordenadores em co-terapia, de frequência semanal, com duração de um ano e possibilidade de renovação para mais algum tempo. A linha teórica seguida foi a psicanalítica. A clientela atendida situou-se na faixa de 25 a 50 anos Uma seleção de pacientes foi realizada, sendo um dos critérios a capacidade de "compreensão" e "elaboração" Os pacientes que não aceitavam o trabalho grupal permaneciam em abordagens individuais, aguardando a ocasião adequada de encaminhamento para psicoterapia grupal .

TURBIANI (1988) relatou-se também o que foi denominado "grupo de mulheres", estas, triadas entre pacientes com as características descritas nos itens IV.2 e IV.3. deste trabalho. O grupo era aberto, com capacidade para 7 mulheres, numa linha de trabalho psicodramática,

focalizando o "papel da mulher na sociedade" (p.22) e com a proposição de :

"...se lidar, fortalecer os papéis femininos - mãe, filha, esposa, profissional, sem no entanto desprezar o seu contrapapel." (p.24)

ARCARO (1989) indicou o emprego de procedimentos psicoterápicos mais diretivos e de resultados imediatos como forma de se adaptar à demanda da população atendida em serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental e, talvez, evitar as altas taxas de abandono nas fases iniciais (fase de avaliação principalmente) do tratamento.

DALMÁCIO (1991), através de sua experiência com psicoterapias individuais a adultos, num Centro de Saúde da Baixada Fluminense, concluiu pela possibilidade do emprego de um tratamento de base psicanalítica em serviços públicos ambulatoriais, mas julgou necessário um conhecimento acurado a respeito das características desta população, como também uma adaptação da técnica psicoterápica. Realizou o que se pode chamar de um trabalho de curta-duração (4-12 meses), não se constituindo, a rigor, uma abordagem psicoterápica breve. Atendeu os pacientes em sessões semanais, com duração de 30 minutos cada uma. Propôs como procedimentos psicoterápicos a escuta, a valorização das falas e da rede de significações produzidas pelos pacientes e o trabalho com as

formações do inconsciente (sonhos, chistes e atos falhos).

Segundo o enfoque da psicoterapia breve e, observando os critérios de seleção propostos por grande parte dos autores da literatura especializada (ver item II.3.1.1. deste trabalho) , AZEVEDO (1988) realizou uma pesquisa sobre o emprego das psicoterapias dinâmicas breves na Clínica Ambulatorial do Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília, concluindo que:

"...um atendimento breve planejado pode beneficiar muitos pacientes." (p.142)

Trabalhou com três grupos de 15 pacientes adultos cada um, sendo o terceiro grupo de controle, o qual permaneceu sem atendimento psicoterápico. As abordagens foram individuais e breves. Os pacientes foram submetidos à avaliação, antes e depois do processo psicoterápico. Foram utilizados, para avaliação, dados clínicos em entrevista com a pesquisadora, avaliação pelo próprio paciente , questionários e testes (Q S G. - Questionário de Saúde Geral, GOLDBERBERG, 1972 e GIGLIO, 1976; Teste de Personalidade 16 PF de CATTEL & EBER 1954/CEPA e a Lista de Problemas Pessoais de GORDON & MONEY, 1950/CEPA). Totalizaram-se 25 sessões , sendo 2 entrevistas iniciais , 20 sessões bissemanais e as últimas 3, semanais , com duração de 45 minutos cada uma.

Empregou uma orientação teórica de base psicanalítica, acrescida, segundo a pesquisadora, dos conceitos teóricos de ALEXANDER a respeito do "princípio da flexibilidade" e "experiência emocional corretiva".

Os objetivos da psicoterapia foram os de "...levar o paciente a adquirir insight de seus problemas, a reconhecer aspectos conflituosos da sua psique, os seus padrões agressivos e suas conseqüências e as origens de suas dificuldades em situações passadas, de modo a ajudar o paciente a tomar consciência de fontes de tensão e de conflitos em sua vida, a fim deste vir a ser capaz de desafiar os seus atuais padrões desajustados de comportamento e de liberar-se de antigos valores para corrigir a sua situação perturbada de vida, de desenvolver novos modelos de como se relacionar com as pessoas e de desenvolver uma concepção de si mesmo mais realista e sadia." (p.49)

As técnicas utilizadas em cada grupo se diferenciaram: num deles privilegiou-se o

"uso de interpretações transferenciais e extratransferenciais, assinalamentos, perguntas e observações." (p. 50)

E noutro, os procedimentos descritos acima acrescidos de:

" explicações, fornecimento de informações, sugestões e apoio." (p.50)

Após a avaliação final, demonstrou-se que a técnica com um número maior de recursos apresentou melhores resultados do que aquela que não empregou as explicações, informações, sugestões e apoio. E ambas revelaram-se mais eficientes que o grupo controle.

Para este tipo de psicoterapia, realizou-se uma seleção de pacientes , a partir de uma triagem . Eram condições da triagem , os pacientes :

- "- estarem na faixa etária de 18 a 45 anos;
- terem escolaridade mínima de 1o. grau completo e máxima de graduação em curso superior;
- ganharem menos de nove salários mínimos (...)" (p 47)

Na seleção de pacientes levou-se em conta :

- "- uma boa estrutura egóica;
- uma história livre de perturbações muito severas ou psicose;

- um problema central ou foco, passível de ser delimitado desde o início, e
- boa motivação para a psicoterapia." (p. 48)

Tal abordagem psicoterápica e seus critérios de seleção resultariam de difícil aplicação à população em estudo, pois o quesito da triagem acerca da escolaridade mínima estabelecendo o 10. grau completo não é atendido pela imensa maioria dos clientes dos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental.

IV.5. - DISCUSSÃO

Considerando a prática de atendimento psicoterápico em serviços públicos ambulatoriais, abordarei alguns pontos relevantes do material descrito neste capítulo.

A multiplicidade das designações descritas no item IV.1.1 fez-me concluir a dificuldade em caracterizar a população dos serviços públicos ambulatoriais. O estudo da prática e dos trabalhos de alguns autores permitiu-me a descrição de algumas particularidades de tal população: suas características psicológicas, sua linguagem, os diagnósticos psiquiátricos mais comuns e suas formas especiais para

demandar psicoterapias.

A teoria de BERNSTEIN (1980) sobre a linguagem das classes trabalhadoras merece comentários pelas implicações que pode determinar. NICOLACI-DA-COSTA (1987) descreveu como a teoria de BERNSTEIN foi transposta para os EUA para fundamentar e corroborar o discurso da "privação cultural". Este discurso surgiu nos EUA, nos anos 60, como explicação da pobreza, da miséria, do desemprego e da desigualdade social das classes inferiores, principalmente a dos negros, veiculando como causas destes aspectos os fatores ambientais e principalmente os familiares. Segundo o enfoque da "privação cultural", as famílias destes indivíduos não ofereceriam as condições adequadas para o total desenvolvimento de seus membros. A teoria de BERNSTEIN foi acrescentada a este discurso como explicação para mais uma "privação": a "lingüística". O próprio BERNSTEIN teceu críticas ao uso de seus pressupostos com tal finalidade.

São importantes estas ponderações, considerando-se a usual importação de teorias e modelos em nosso meio, como também as conclusões apressadas a que as deduções de alguns autores abordados neste capítulo podem levar, como a da incapacidade e incompetência da população em questão para o trabalho psicoterápico: incompetência lingüística (BORGES, 1987), psicológica e cultural.

Uma contraposição à dedução da "privação linguística" poderiam ser as conclusões de LABOV (In: LABOV, COHEN, ROBINS, LEWIS, 1968), um lingüista que, na década de 60, pesquisou o "inglês não formal" da população negra (pré-adolescentes, adolescentes e adultos) do bairro de Harlem, Nova York. LABOV, contrário aos diagnósticos de noção primitiva da língua ou formas pré-lógicas de expressão sobre a linguagem das crianças negras, argumentou pela forma com que os dados dos trabalhos foram obtidos: sem a consideração da importância dos fatores sociolinguísticos na produção do discurso. Dentre suas conclusões, descreveu como o contexto, a situação social do indivíduo no momento da entrevista pode produzir dados não verdadeiros. Nas entrevistas, respostas monossilábicas e silêncios refletiriam defesas adequadas às situações muito diferentes daquelas do mundo cotidiano e natural do entrevistado, configurando-se como estranhas e ameaçadoras, como por exemplo, ocorreria com uma criança negra, sozinha, sendo entrevistada, na sua escola por um pesquisador jovem e branco. NICOLACI-DA-COSTA (1987), analisando este trabalho de LABOV, comentou:

"Labov demonstra, finalmente, que o que é visto de fora (faz, neste ponto, referência explícita aos defensores do conceito de "privação linguística") como um discurso ilógico e agramatical, como uma série de palavras mal

encadeadas, mostra-se, ao ser examinado de dentro, um sistema de comunicação altamente estruturado, governado por regras e possuindo seus próprios meios de expressão de conteúdo lógico." (p. 38)

A situação enfocada por LABOV, guardadas as ressalvas do contexto por ele pesquisado, leva-me a considerar as relações entre psicoterapeutas e pacientes nos serviços públicos ambulatoriais de Saúde Mental. O terapeuta, membro de uma classe superior, emprega uma modalidade de atendimento que se baseia em teorias e técnicas com pressupostos e elementos oriundos historicamente de um contexto distante do do paciente (ver item IV.2. deste capítulo). As respostas a tal situação podem induzir o terapeuta a diagnosticar como "resistências psicológicas", dificuldades de verbalização e de abstração o que são defesas a uma situação diversa e hostil.

Neste sentido, a proposta de abordagem psicoterápica que melhor contempla as características da população referida seria a psicoterapia grupal, nos moldes descritos por COSTA (1989), no item IV.4. deste capítulo.

Em relação às características da população dos serviços públicos ambulatoriais, NICOLACI-DA-COSTA (1987)

propôs que as classes populares sejam estudadas do ponto de vista de seu interior :

" Um enfoque que procure desvendar a lógica de seu comportamento, a coerência de seu pensamento, os seus modos de lidar com suas situações de vida, associando este estudo às representações que estas classes têm delas próprias. Vale dizer, uma perspectiva que propicie uma visão de dentro das classes populares." (p 35)

A pesquisa realizada por KALLAS (1989) sobre os famílias da favela de Vigário Geral, na cidade do Rio de Janeiro, pode ser considerada um exemplo de tal enfoque.

V. - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades que a prática do atendimento psicoterápico à população de um serviço público ambulatorial de Saúde Mental me estabeleceram e que estão descritas na Introdução deste trabalho levaram-me a pesquisar a literatura sobre as psicoterapias e aí visualizar algumas lacunas. Apesar de os autores pesquisados descreverem os embasamentos teóricos e os procedimentos psicoterápicos técnicos das psicoterapias breves de orientação psicanalítica, psicoterapias de apoio, grupais, de família e de casal, de forma bem delimitada, surgem alguns questionamentos de ordem ética, teórica e prática: a contraposição entre advento da singularidade do sujeito e procedimentos sugestivos; a discussão inacabada de psicanálise versus psicoterapia; o perfil do atendimento institucional que limita o emprego das abordagens psicoterápicas de acordo com os ditames propostos e a dificuldade da instrumentalização dos profissionais em conhecimentos tão amplos.

Os documentos oficiais contribuíram para estabelecer a inserção da prática psicoterápica no contexto histórico e atual do atendimento público de saúde. Através dos documentos, pode-se chegar a definições de como se

trabalhar com psicoterapias nos serviços públicos ambulatoriais: preferencialmente com grupos e através de parâmetros delimitados de tempo de consulta, tempo de duração do tratamento, número de pacientes por grupo, critérios de formação e coordenação dos mesmos. Mas as dificuldades no emprego das abordagens psicoterápicas não são inteiramente contempladas, talvez pelo fato de as técnicas descritas nos documentos terem respaldo na literatura sobre as abordagens teóricas das psicoterapias.

Portanto, o caminho que surgiu foi o do estudo da prática dos terapeutas e pesquisadores sobre a população dos serviços públicos ambulatoriais. Neste campo se imbricam as características de perfil sócio-econômico, psicológicas e de linguagem, particulares de tal população, relacionadas à classe social a que pertencem. E, as características e pressupostos do próprio processo psicoterápico, ligados à sua origem e seu desenvolvimento no contexto de uma classe social média e superior. Muitas dificuldades no emprego das psicoterapias em serviços públicos ambulatoriais podem, então, ser compreendidas, pela sua utilização sem a necessária e devida consideração destas particularidades.

Os vários elementos intrínsecos à prática psicoterápica em serviços públicos ambulatoriais, isto é, os da literatura oficial, os dos documentos oficiais e os da

prática psicoterápica , levam-me a visualizar a dificuldade do terapeuta, como um membro da classe média, que obtém sua formação numa instituição desta classe, a respeito de um saber gerado e aplicado inicialmente para a sua classe social, em escutar e trabalhar com pacientes de valores, linguagem e vidas diversas da sua, sem empregar um enfoque etnocentrista. Esta discussão configura um campo aberto a pesquisas .

Quanto às propostas de tipos de abordagens psicoterápicas para tal população, não há consenso entre os autores. Recomendaram-se abordagens de apoio, de esclarecimento e psicanalíticas, em modalidades individuais e grupais. De outro lado, torna-se impossível generalizar a demanda psicoterápica por parte desta população. Há demandas por procedimentos sugestivos, diretivos e outros, por um trabalho psicodinâmico, calcado na abstinência do terapeuta e na técnica de associações livres. Penso que a psicoterapia grupal de acordo com o proposto por COSTA (1989) seria a mais indicada à população em estudo por abranger de forma mais completa as suas características culturais e sociais. Ou, caso necessário, a abordagem individual deve ser realizada nos moldes descritos por DALMÁCIO (1991), com o emprego da escuta, da valorização das falas e da rede de significações produzidas pelos pacientes e o trabalho com as formações do inconsciente. As intervenções sugestivas, de orientação e de

apoio, devem ser empregadas com cuidado, após avaliação criteriosa e de acordo com cada caso em particular. Enfim, a decisão por modalidades psicoterápicas individuais, grupais, de apoio, de esclarecimento ou de orientação psicanalítica dependerá de uma escuta que comporte as diferenças sociais entre terapeuta e paciente e privilegie a demanda de cada sujeito.

A escolha e a indicação das modalidades psicoterápicas devem-se respaldar pelo estudo da população que frequenta os serviços públicos ambulatoriais. Penso em estudos epidemiológicos acurados da demanda de cada serviço de Saúde Mental e da população que este serviço abrange, bem como pesquisas que procurem estudar esta população do ponto de vista do seu interior e que possam revelar os seus modos de vida, seus projetos e sua cultura.

VI. - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE - Seminário de Ações Integradas de Saúde. CIMS. Campinas. Campinas, 1987. 56p.

ALONSO, M.I.B.; GARCIA, M.M.K.; MENEZES, R.B.; BREVES, T.F. - A Família, seus Cuidados e os Serviços Assistenciais na Cidade do Rio de Janeiro J. Bras. Psiq., 36(3):199-203, 1987

ARCARO, N.T. - Caracterização de Aspectos da Clientela e Sistema de Atendimento de um Ambulatório de Saúde Mental São Paulo, 1989. [Tese - Mestrado - Psicologia USP]

AZEVEDO, M.A.S.B. - Psicoterapia Dinâmica Breve: Saúde Mental Comunitária São Paulo, Vértice, 1988. 152p.

BAREMBLITT, G. - Notas Estratégicas A Respeito Da Orientação Da Dinâmica De Grupos Na América Latina In: BAREMBLITT, G.(org.) - Grupos: Teoria e Técnica. 2.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986. p.11-37

BERNSTEIN, B. - Classe Social, Sistemas de Fala e Psicoterapia In: SÉRVULO, A.F. (org.) - Psicanálise e

Ciências Sociais Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1980.
p.230-245

BEZERRA, B.C.J. - A Noção de Indivíduo - Reflexão sobre um
Implícito Pouco Pensado Rio de Janeiro, 1982. [Tese -
Mestrado - Instituto de Medicina Social - UERJ]

BEZERRA, B.J. - Considerações sobre Terapêuticas
Ambulatoriais em Saúde Mental In: TUNDIS, S.A.C. & COSTA,
N.R.(orgs.) - Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde
Mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1987. p.133-169.

BIRMAN, J. & COSTA, J.F - Organização de Instituições para
uma Psiquiatria Comunitária Rio de Janeiro, 1976. [2o.
Congresso da Associação de Psiquiatria e Psicologia da
Infância e Adolescência, Rio de Janeiro, 1976]

BIRMAN, J. - Psicanálise e Psicoterapia. In: INSTITUTO SEDES
SAPIENTIAE, Departamento de Psicanálise - Psicanálise e
Psicoterapia São Paulo, 1982. 39-61.

BLAYA, M - Psicoterapia com Pacientes das Classes Sociais
Menos Favorecidas Arq. Clin. Pinel, v.IV, nos.
1,2,3:3-22, 1978.

BOLDSTEIN, R.C - Políticas de Saúde e Cidadania: Uma

- Contribuição para a Discussão sobre Serviços de Saúde. In: SPÍNOLA, A.W.P. [et al.] - Pesquisa Social em Saúde São Paulo, Cortez, 1992 p.58-66.
- BOLTANSKI, L. - As Classes Sociais e o Corpo 3.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1989. 191p.
- BORGES, L.A.M.C. - Atendimento Psicoterápico aos Setores Populares : Um Estudo das Representações de Terapeutas e Pacientes - Rio de Janeiro, 1987. [Tese - Mestrado - Psicologia - PUC do Rio de Janeiro]
- BOTEGA, N.J.; FONTANELLA, B.J.B.; GONÇALVES, E.B.; RODRIGUES, R.T - Ambulatório de Psiquiatria em Hospital Geral - alguns dados do HC/Unicamp ABP-APAL, 10(2) 57-62, 1988.
- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G - Saúde e Previdência: Estudos de Política Social. 2.ed. São Paulo, Hucitec, 1986. 224p.
- BRASIL Ministério da Previdência e Assistência Social - Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. 3.ed. Brasília, 1983. 42p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social - Plano Quinquenal de Saúde 1990/1995: A Saúde do Brasil Novo Brasília, 1991. 87p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. - Manual de Orientação Para Funcionamento e Supervisão dos Serviços De Saúde Mental. Brasília, 1988. 34p
- BROWN, D. & PEDDER, J. - Introduction to Psychotherapy: An Outline of Psychodynamic Principles and Practice. Londres, Tavistock, 1979. 228p
- BUSNELLO, E.D'A. - Dinâmica de Grupo: Fundamentos, Delimitação do Conceito, Origens e Objetivos. In: OSÓRIO, L.C. [et al.] - Grupoterapia Hoje. 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.15-30
- CALIL, V.L.L. - Terapia Familiar e de Casal: Introdução às Abordagens Sistêmica e Psicanalítica. São Paulo, Summus, 1987. 175p
- CAMPOS, E.P. - Psicoterapia em Instituição: Relato de uma Experiência. J.Bras. Psiq. 37(5):271-274, 1988.
- CAMPOS, G.W.S. - Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. Campinas, Secretaria Municipal de Saúde, 1989. 15p

CARNEIRO, T.F. - Família: Diagnóstico e Terapia Rio de Janeiro, Zahar, 1983. 130p

CARPILOVSKI, J.C.S. - Grupoterapia Com Casais In: OSÓRIO, L. C. [et al.] - Grupoterapia Hoje 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.244-258.

CERQUEIRA, L. - Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro, Atheneu, 1989. 306p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1a - Relatório Final. J. Bras. Psiq., 37(2):57-62, 1988.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a - Relatório Final Anais Brasília, 1986 p.381-389.

CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO PREVIDENCIÁRIA (CONASP) - Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária Brasília, 1982. 18p.

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL - Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e Em Ambulatórios de Saúde Mental São Paulo. Arquivos, v.18, no. especial, 1983. 42p.

CORDIOLI, A.V. - Avaliação de Pacientes em Psicoterapia de

- Orientação Psicanalítica In: EZIRIK, C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S S - Psicoterapia de Orientação Psicanalítica: Teoria e Prática Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.49-61.
- COREY, G.F - Técnicas de Aconselhamento e Psicoterapia. Rio de Janeiro, Campus, 1983. 321p.
- COSTA, J.F. - A Consciência da Doença enquanto Consciência do Sintoma: A "Doença dos Nervos" e a Identidade Psicológica Cad. do IMS, v.1 (1): 4-44, 1987.
- COSTA, J.F - Psicanálise e Contexto Cultural: Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias 2. ed. Rio de Janeiro, Campus, 1989 . 175p.
- DALGALARRONDO, P. - Repensando a Internação Psiquiátrica . A Proposta das Unidades de Internação Psiquiátrica de Hospitais Gerais Campinas, 1990. [Tese - Mestrado - FCM - UNICAMP]
- DALMÁCIO, E.C. - Linguagem do Sujeito na Prática Social. Questões para uma Psicoterapia com Diferentes Grupos Sócio-Culturais. Rio de Janeiro, 1991. [Tese- Mestrado - Psicologia - PUC do Rio de Janeiro]

DELGADO, P. - Projeto de Lei No. 3657 1989 In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO Jornal no.67-9, 1992

DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE, So., Estado de São Paulo, Grupo de Saúde Mental - Relatório da Reunião de Março de 1985. Campinas, 1985. 2p.

ENGEL, V.J. - Características Especiais de um Grupo de Psicoterapia Breve e de Baixa Renda. J. Bras. Psiq., 32(3)-139-146, 1983.

ENGEL, V.J. - Sobre o Papel da Técnica, da Supervisão e da Instituição em uma Psicoterapia Breve de Grupo J. Bras. Psiq., 34(4) 211-216, 1985.

EY, H ; BERNARD, P ; BRISSET, C - Manual de Psiquiatria 5.ed. Rio de Janeiro, Masson, 1981. 1257p

FERREIRA, A.B.H. - Novo Dicionário da Língua Portuguesa 2.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986 1838p

FIGUEIRA, S.A. - Psicanalistas e Pacientes na Cultura Psicanalítica In: FIGUEIRA, S.A.(org) - Efeito Psi: A Influência da Psicanálise Rio de Janeiro, Campus, 1988. p.131-149

- FIORINI, H. - Teoria e Técnicas de Psicoterapias 3.ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1979. 233p
- FIORINI, H.J. - Entrevista J. Bras. Psiq., 35(5) 319-321, 1986
- FRANCO, D.M.F. - Identidade do Psicoterapeuta de Grupo In: OSÓRIO, L.C [et al] - Grupoterapia Hoje 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.21-30
- FREEMAN, L. & SMALL, M. - Pequena História da Psicanálise. Belo Horizonte, Itatiaia, [sd]. 130p
- FREUD, S. - Obras Completas 4.ed. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981. v.1
- FREUD, S. - Obras Completas 4.ed. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981. v.3
- FUKS, M. - Sobre o Convênio SEDES - CSM In: INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE , Departamento de Psicanálise - Psicanálise e Instituição São Paulo, 1986. p.4-8.
- GALLO, E. & NASCIMENTO, P.C. - Hegemonia, Bloco Sanitário e Movimento Sanitário In: TEIXEIRA, S.F. (org.) - Reforma

- Sanitária: em Busca de uma Teoria São Paulo, Cortez, 1989 p.91-118
- GARCIA, D.A - Psicodrama In: OSÓRIO, L.C [et al] - Grupoterapia Hoje 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989 p.203-229
- GAY, P - Freud: Uma Vida para Nosso Tempo. São Paulo, Companhia das Letras, 1989. 719p
- GERSCHMAN, S. - Sobre a Formulação de Políticas Sociais In: TEIXEIRA, S.F (org.) - Reforma Sanitária: em Busca de uma Teoria São Paulo, Cortez, 1989. 119-137
- GIORDANO, S J - A Persistência da Higiene e a Doença Mental: Contribuição à História das Políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo São Paulo, 1989 [Tese - Mestrado - Medicina Preventiva - USP]
- GRINBERG, L.; LANGER, M.; RODRIGUÉ, E. - Psicoterapia de Grupo: Enfoque Psicanalítico. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1976. 262p
- GRINOVER, H.M & DELORENZO, R.M.T. - Reflexões sobre uma Experiência com Grupos de Trabalhadores de Saúde Mental In: INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, Departamento de

Psicanálise - Psicanálise e Instituição São Paulo, 1986.
p.30-35

HARTKE, R. - Psicoterapia de Orientação Analítica - Resumo Histórico de Contribuições Importantes In: EIZIRIK, C.; AGUIAR, R.; SCHESTATSKI, S (orgs.) - Psicoterapia de Orientação Analítica: Teoria e Prática Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.22-48

ISERHARD, R.F - O Ambulatório Setorizado de Psiquiatria da FFFCMPA: Experiência e Ensinos. J. Bras. Psiq. 40(9): 461-469, 1991.

KALLAS, M.L. - Do Outro Lado Do Muro: Da Instituição à Comunidade - Um Estudo De Famílias De Baixa Renda Rio de Janeiro, 1989. [Tese - Mestrado - Psicologia - PUC do Rio de Janeiro]

KNOBEL, M - Psicoterapia Breve 2.ed. São Paulo, Pedagógica e Universitária, 1986. 110p [Temas Básicos de Psicologia]

L'ABBATE, S. - O Direito à Saúde: da Reivindicação à Realização. Projeto de Política de Saúde em Campinas. In: SPÍNOLA, A.W.P. [et al.] - Pesquisa Social em Saúde. São Paulo, Cortez, 1992 67-94

LABOV, W.; COHEN, P.; ROBINS, C.; LEWIS, J. - A Study of The Non-Standard English of Negro and Puerto Rican Speakers in New York City Philadelphia, The U.S. Regional Survey, 1968 v.2

LANCETTI, A. - Para uma Reformulação da Experiência Grupal.
In: BAREMBLITT, G. (org.) - Grupos: Teoria e Técnica 2.ed.
Rio de Janeiro, Graal, 1986, p.83-88

LAPLANCHE J. & PONTALIS J.-B. - Vocabulário da Psicanálise
10.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1988 707p

LEITÃO, M.B.S. - Bion: Considerações A Respeito Dos Grupos
In: BAREMBLITT, G. (org.) - Grupos: Teoria e Técnica
2.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986. p.147-158

LUZ, M.T. - As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia 3.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986. 295p

MALAN, D.H. - As Fronteiras da Psicoterapia Breve: Um exemplo da Convergência entre Pesquisa e Prática Médica Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. 360p

MALLOY, J.M. - A Política da Previdência Social no Brasil
Rio de Janeiro, Graal, 1986. 199p

MATTA, I.A.; DAGUER, P.J.; TASCH, C.R.; CANEDO, I.R.; ROCHA, F.M.; MEISTER, R.T.S. - Integração da Universidade ao Sistema de Saúde: Considerações a partir de uma Experiência. J. Bras. Psiqu., 38(6): 339-342, 1989.

MEDEIROS, T.A. - Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil. Rio de Janeiro, 1977. [Tese - Mestrado - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.]

MELO, A.L.N. - Psiquiatria. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980. v.1

MENDES, B. & HIRCHZON, C.M. - Reflexões sobre a Experiência com Grupos do Convênio da Coordenadoria da Saúde Mental. In: INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE. Departamento de Psicanálise - Psicanálise e Instituição. São Paulo, 1986. p.12-24

MEZAN, R. - Psicanálise e Psicoterapia. In: INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE. Departamento de Psicanálise - Psicanálise e Psicoterapia. São Paulo, 1982 - p.19-37.

MDURA, R.A.C. e RABINOVICI, G. - Programa de Atenção ao Neurótico. In: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. São Paulo. -

Relatório do Ambulatório de Saúde Mental do Mandaqui, São Paulo, 1988. p.20-23

MURARO, R.M. - Sexualidade da Mulher Brasileira: Corpo e Classe Social no Brasil 4 ed. Petrópolis, Vozes, 1983. p 501

NICOLACI-DA-COSTA, A.M. - Sujeito e Cotidiano: um Estudo da Dimensão Psicológica do Social. Rio de Janeiro, Campus, 1987. 98p.

OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. - (Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil 2.ed. Petrópolis, Vozes, 1985 360p

PITTA-HOISEL, A.M. - Sobre Uma Política de Saúde Mental São Paulo, 1984. [Tese - Mestrado - Medicina Preventiva - USP]

PORCHAT, I. - O Que é Psicoterapia São Paulo, Brasiliense, 1989. 85p. [Coleção Primeiros Passos, 224]

PORTARRIEU, M.L.B. & TUBERT-OKLANDER, J. - Grupos Operativos In: OSÓRIO, L.C. [et al.] - Grupoterapia Hoje. 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.135-141.

QUINTO, A. & QUINTO, S.R.G. - Esboço de uma Técnica de

Atendimento para Pacientes Psiquiátricos de Baixa Renda
J. Bras. Psiq., 33(2) 131-134, 1984

REALE, D.; NISSAKA, M.M.; PRATES, M.M.L.; DEMASI, M.;
MOGADOURO, M.A.; GONÇALVES, S.R. - Atendimento em Saúde
Mental no Serviço Público: Uma Proposta Multidisciplinar
In: INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, Departamento de
Psicanálise - Psicanálise e Instituição. São Paulo, 1986.
p.55-68

RÊGO, B.F.D.F. - Motivos do Abandono Precoce da Psicoterapia
Em Uma Clínica Universitária: Interpretação A Partir Do
Relato De Ex-Pacientes Adultos Campinas, 1989. [Tese -
Mestrado - Psicologia - PUC de Campinas]

REINOSO, G.R.G. - La Institucion en la Psicoterapia Grupal.
Aspectos de la Enseñansa en la Instituciones y la
formacion de Profesionales. In: II JORNADAS ASISTENCIALES
INTERDISCIPLINARIAS DE SALUD MENTAL. I CONGRESO NACIONAL
Buenos Aires, 1982. 23p.

RESENDE, H - Política de Saúde Mental no Brasil: uma Visão
Histórica In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R. (orgs.) -
Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil
Petrópolis, Vozes, 1987. p.15-74.

- ROPA, D. & DUARTE, L.F.D. - Considerações Teóricas sobre a Questão do "Atendimento Psicológico" às Classes Trabalhadoras In: FIGUEIRA, S.A. (org.) - Cultura da Psicanálise São Paulo, Brasiliense, 1985. p.178-201.
- ROSOLATO, G. - A Psicanálise Transgressiva In: BIRMAN, J. & NICEAS, C.A. (orgs.) - Psicanálise e Psicoterapia. Rio de Janeiro, Campus, 1983. p.12-49.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.D.; MAURI, D. - Desinstitucionalização, uma Outra Via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados" In: NICACIO, F. (org.) - Desinstitucionalização São Paulo, Hucitec, 1990. p.17-59.
- ROUDINESCO, E. - História da Psicanálise na França: A Batalha dos Cem Anos. 1885-1939 Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989. v.1
- SANTANA, V.S.; ALMEIDA, N.F.; MARI, J.J. - Revisão dos Estudos Epidemiológicos em Saúde Mental no Brasil. 2a. e última parte. J. Bras. Psiq., 37(6) 291-295, 1988.
- SCHATZBERG, A.F. & COLE, J.O. - Manual de Psicofarmacologia Clínica Porto Alegre, Artes Médicas, 1989 223p

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. CADAIS. São Paulo - Saúde Mental - Planejamento e Organização de Serviços. Subsídios para o Planejamento Municipal e Regional. São Paulo, 1991. 30p

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. GEPRO de Saúde Mental. São Paulo - Roteiro para Implantação da Equipe de Saúde Mental em Centro de Saúde. São Paulo, 1989. 8p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. São Paulo - Recomendações Técnicas Sobre a Área Programática de Saúde Mental do SUDS-SP. São Paulo, 1987. 14p

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Campinas - Grupo de Trabalho de Saúde Mental do Pró-Assistência. Campinas, 1983. 8p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Campinas. - Segundo Documento. Saúde Mental. Campinas, 1991. 15p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Campinas. Programa de Integração, Hierarquização e Regionalização dos Serviços e Instituições de Saúde no Município de Campinas. Campinas, 1983. 23p

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Campinas. - Primeiro

Documento. Saúde Mental Campinas, 1991. 7p.

SIGAL, A.M. - Psicanálise, Grupos, Instituição Pública In: Percurso [Instituto Sedes Sapientiae] . 2 40-45, 1989

SILVA, J.F.F. - O Sistema de Saúde e a Assistência Psiquiátrica no Brasil J. Bras. Psiq., 39(3) 135-146, 1990.

SILVA, L.A.P.M. - Contribuições de Bion à Psicoterapia de Grupo. In: OSÓRIO, L.C. [et al.] - Grupoterapia Hoje 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.57-63

SOARES, P.F.B. - As Intervenções do Terapeuta em Psicoterapia. In: EIZIRIK, C.; AGUIAR, R.; SCHESTATSKY, S. - Psicoterapia de Orientação Analítica: Teoria e Prática Porto Alegre, Artes Médicas, 1989 p.131-154

SOUZA, M.C.G. - Doença dos Nervos: uma Estratégia de Sobrevivência A Saúde no Brasil, Ministério da Saúde, v. 1(3) 131-139, 1983.

SOUZA, S.J. - Linguagem, Processos Cognitivos e Classe Social. Um Estudo Preliminar Sobre a Influência das Diferenças Sociais no Desenvolvimento Cognitivo Rio de Janeiro, 1978 [Tese - Mestrado - Psicologia - PUC do Rio

de Janeiro]

TEIXEIRA, S.F. & MENDONÇA, M.H. - Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações. In: TEIXEIRA, S.F. (org.) - Reforma Sanitária : em Busca de uma Teoria. São Paulo, Cortez, 1989. p.193-232.

TEIXEIRA, S.M.F. - De la Retórica a la Realidad: La Política de Salud en la Transición Conservadora. Cuad.Méd.Soc., 48: 13-27, 1989.

TUBERT-OKLANDER, J. & CHAMPION-CASTRO, G.A. - Grupoterapia Analítica. In: OSÓRIO, L.C. [et al.] - Grupoterapia Hoje. 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.142-161.

TURBIANI, M.A.F. - Grupo de Mulheres. In: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. São Paulo - Relatório do Ambulatório de Saúde Mental do Mandaqui. São Paulo, 1988. p.24-25.

VERAS, R.P. & GERALDES, P.C. - Reflexões Críticas sobre a Proposta de Prevenção em Saúde Mental no Brasil - J. Bras. Psiq. 39 (4):157-165, 1990.

WOLBERG, L.R. - The Technique of psychoterapy. Nova York, Grune & Stratton, 1976. 231p.

ZLOCHEVSKY, G. & WONGTSCHOWSKI, E - Psicoterapia In:
INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE. Departamento de Psicanálise -
Psicanálise e Instituição São Paulo, 1986. p 36-41.

À p.159, 1o. par., onde se lê "frequência", leia-se frequência.

À p.171, 2o. par., onde se lê "prorização", leia-se priorização.

À p.173, 1o. par., 2a. linha, onde se lê "(IV.3.1 e IV.3.2)", leia-se (III.3.1 e III.3.2).

À p.176, 1o. par., onde se lê "IV.3.11", leia-se III.3.11.

À p.196, 4a. linha, onde se lê "através corpo", leia-se através do corpo.

À p.226, 1o. par., onde se lê "insufuciência", leia-se insuficiência.

À p.246, 3o. par., onde se lê "extranferenciais", leia-se extratransferenciais

À p.259, 1a. linha, onde se lê "Dsicussão", leia-se Discussão.

À p.273, penúltima linha, onde se lê "Desenvlvimento", leia-se Desenvolvimento

ERRATA

À p.19, 2o. par., onde se lê "(Tratamento por el espirito)",
leia-se (Tratamiento por el espiritu)

À p.32, 2o. par., o artigo denomina-se LOS CAMINOS DE LA
TERAPIA PSICOANALITICA e não SOBRE LA ENSEÑANZA DEL
PSICOANALISIS EN LA UNIVERSIDAD.

À p.38, 3a. linha, onde se lê "quer", leia-se que.

À p.42, 2o. par., onde se lê "abreação", leia-se ab-reação.

À p.43, 10a. linha, onde se lê "tranferência", leia-se
transferência.

À p.64, 1o. par., onde se lê "Schawartz", leia-se Schwartz.

À p.64, 3o. par., onde se lê " in~~s~~conscientemente", leia-se
inconscientemente.

À p.91, 1o. par., 10a. linha, onde se lê "PREV-SAÚDE",
leia-se PREV-SAÚDE.

À p.150, 2o. par., onde se lê "sociaia", leia-se sociais.