

MARIA RITA ALMEIDA CORREA

GRUPOS DE PSICÓTICOS CRÔNICOS EM UM CENTRO DE SAÚDE:

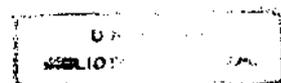
Um estudo descritivo, sob enfoque psicossocial

**Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-graduação em Saúde Mental da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
para obtenção do título de Doutor em Saúde Mental**

Orientadora: Prof. Dra. LIDIA STRAUS

Campinas, UNICAMP, 1998

1998



UNIDADE:	BC
N.º DE FOLHAS:	
V.:	Es
NUMERO DE:	35 830
PROC.:	395/98
C:	<input type="checkbox"/>
D:	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO:	R\$ 11,00
DATA:	14/11/98
N.º C.C.	

CM-00118528-2

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C817g

Correa, Maria Rita Almeida

Grupos de psicóticos crônicos em um centro de saúde: um estudo descritivo, sob enfoque psicossocial / Maria Rita Almeida Correa. Campinas, SP : [s.n.], 1998.

Orientador : Lídia Straus

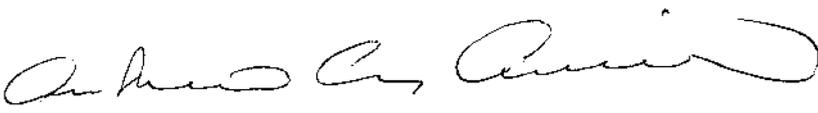
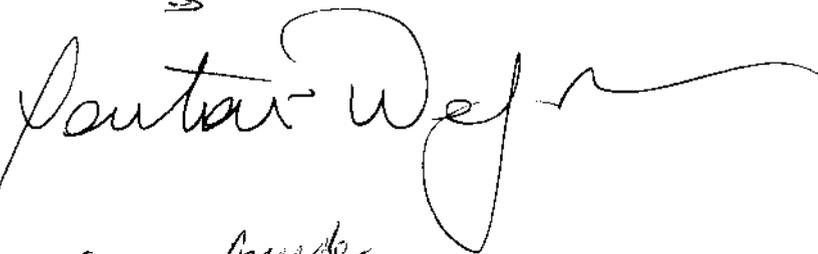
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psicose. 2. Psicoterapia de grupo. 3. Reabilitação. I. Lídia Straus. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientadora: Prof. Dra. Lidia Straus

Membros:

1. 
2. 
3. 
4. Sergio Amadeu
5. Lidia Straus

**Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.**

Data:

Aos loucos

AGRADECIMENTOS

A todos os pacientes que participaram dos grupos estudados, pelo contato afetuoso e enriquecedor; à equipe do Centro de Saúde Jardim Aurélia, em especial à psicóloga Góia Coelho, por compartilhar comigo a aventura de acompanhá-los.

À Prof. Dra. Lidia Straus, pela disponibilidade, pelo entusiasmo e o interesse com que orientou o processo do qual resultou esta tese.

Ao Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, à psicóloga Góia Coelho, ao Prof. Dr. Nicolau Tadeu Arcaro e ao Prof. Dr. Sérgio L. Saboya Arruda, pelo estímulo e pelas sugestões que contribuíram de modo fundamental para este trabalho.

À Profa. Maria Helena Cruz Pistori, pela competência e cuidado com que procedeu à revisão desta tese.

À minha família e aos meus amigos, que me encorajaram no processo de elaboração de todo este trabalho.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo estudar as vivências prevalentes em três grupos de psicóticos em processo de psicoterapia grupal no Centro de Saúde Jardim Aurélia de Campinas e discutir os resultados sob um enfoque psicossocial. Foram registradas as sessões durante o período de um ano e as transcrições foram posteriormente descritas e analisadas por categorias: sexualidade, solidão, “vozes”, sentimento de desvalorização, internação, trabalho, “loucura”, atendimento à doença mental, uso de medicação, religião, dependência e liberdade, contato; algumas sessões, mais relevantes em relação à dinâmica ou ao conteúdo, foram analisadas integralmente. Evidenciou-se a complexidade dos fatores psicossociais envolvidos na questão da percepção e do tratamento desses psicóticos, e sugere-se que a atenção não deve se limitar ao aspecto medicamentoso mas deve proporcionar possibilidades de modificação na rede de relações do paciente.

SUMMARY

The aim of this thesis was to study the main experiences of three groups of psychotic patients in group psychotherapy in the Jardim Aurelia Health Centre of Campinas and to analyse the results under a psychosocial approach. There were registered the sessions over a one-year period and the transcriptions were later described and analysed under categories: sexuality, loneliness, “voices”, feelings of devaluation, hospitalization, work, “madness”, care for mental illness, medication, religion, dependence and freedom, contact; some sessions, more relevant in relation with the dynamics or the continent, were analysed as a whole. It made evident the complexity of psychosocial factors related to the questions of perception and treatment for these psychotic patients, and it is suggested that care mustn't limit to medication but must provide possibilities of change within the patient's relationships.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	2
APRESENTAÇÃO.....	2
UM POUCO DE HISTÓRIA.....	5
SOBRE O PONTO DE VISTA.....	16
ALGUMAS EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES ATUAIS, SOB O ENFOQUE PSICOSSOCIAL.....	36
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA.....	48
OBJETIVOS.....	50
MÉTODO.....	52
A ESCOLHA DO MÉTODO.....	52
POPULAÇÃO ESTUDADA.....	57
PROCEDIMENTOS.....	61
RESULTADOS.....	62
TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DA SESSÃO DE 23/07/1992- GRUPO III.....	63
TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DA SESSÃO DE 02/09/1992- GRUPO II.....	69
TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DA SESSÃO DE 09/09/1992 - GRUPO I.....	77
TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DA SESSÃO DE 09/12/1992- GRUPO II.....	87
TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DA SESSÃO DE 27/01/1993- GRUPO I.....	96
TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DA SESSÃO DE 27/05/1993- GRUPO III.....	104
ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL POR CATEGORIAS.....	113
<i>SEXUALIDADE</i>	114
<i>SOLIDÃO</i>	119
"VOZES".....	122
<i>SENTIMENTO DE DESVALORIZAÇÃO</i>	128
<i>INTERNAÇÃO</i>	132
<i>TRABALHO</i>	137
"LOUCURA".....	144
<i>ATENDIMENTO À DOENÇA MENTAL</i>	150
<i>USO DE MEDICAÇÃO</i>	158
<i>RELIGIÃO</i>	164
<i>DEPENDÊNCIA E LIBERDADE</i>	170
<i>CONTATO</i>	176
DISCUSSÃO GERAL.....	184
CONCLUSÕES.....	195
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	203

INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO

Meu primeiro contato com os psicóticos foi no quarto ano de faculdade: no hospital psiquiátrico, interrogados, eles falavam em meio a uma roda de estudantes e eram diferentes do que eu havia esperado: pareciam bastante coerentes, bastante sensíveis. Recordo que avaliávamos orientação temporal perguntando dia, mês e ano a pessoas aprisionadas num lugar onde não havia calendário, agenda, objetos pessoais, compromissos, responsabilidades e onde todos os dias eram iguais...

Esse tipo de situação me trazia um sentimento incômodo de inadequação e dúvida quanto à objetividade de nosso exame.

Ao passar pela residência médica, psicanálise para os neuróticos, eletrochoque para os psicóticos. Psiquiatria, antipsiquiatria... haveria uma síntese possível?

No decorrer dos anos de vida profissional, fui me deparando com o fato de que o hospital psiquiátrico vem sendo o principal recurso para atendimento aos psicóticos, em nosso meio e em outros países. Paralelamente situam-se os pressupostos de que a psicose é um problema individual; que sua compreensão é esgotada ao enquadrá-la como doença; que essa doença é incurável e que seus portadores não têm qualquer capacidade de autodeterminação; que esses doentes são agressivos. O sistema de saúde e a comunidade consideram justificada sua ação de explícito domínio sobre o psicótico... "we have deeply rooted ethical intuitions that we must respect the decisions of the individual patients, with the grand exception of the person being frankly psychotic. Towards psychotic patients we accept a kind of solicited paternalism, but it is the society - as reflected by the legislation of involuntary admission and treatment of psychotic ill patients - and not the patient who has given the consent to suspend the principle of autonomy, at least for a limited period of time." (ROSEMBERG, 1991)¹

¹ "temos profundamente enraizadas intuições éticas de que devemos respeitar as decisões dos pacientes individuais, com a grande exceção da pessoa francamente psicótica. Com relação aos pacientes psicóticos aceitamos um tipo de paternalismo solícito, mas foi a sociedade- como refletido pela legislação de admissão involuntária e tratamento dos psicóticos- e não o paciente que deu o consentimento para suspender o princípio da autonomia, pelo menos por um período limitado de tempo."

Hoje os questionamentos e as dúvidas continuam. Formas diferentes de abordagem vêm sendo experimentadas e aos poucos vêm ganhando espaço. Elas acontecem concomitantes com pontos de vista diferentes em relação às psicoses, que enxergam um objeto diferente, que se associam a métodos diferentes de estudo desse objeto. É desde um lugar como esse, que procurarei delinear mais claramente adiante, que começo a falar; é desde um lugar como esse que escolho um método de aproximação do objeto que não só não escamoteia como valoriza o contato; é desde um lugar como esse que, na busca do conhecimento da loucura, decido ouvir o louco. "Quando a gente fala, fala sempre do que sabe; quando ouve, às vezes ouve coisas que não sabia." (A.E.B., psicótico)

Este é um trabalho escrito por uma médica psiquiatra, gestalt-terapeuta. Embora me identifique hoje desta maneira, em minha história fui sendo nutrida por fontes diversas de conhecimento, pela troca de informações com profissionais de formações diversas e por minha própria experiência, profissional ou não.

Com a gestalt-terapia aprendi que sou meu próprio instrumento de trabalho enquanto terapeuta: "...el terapeuta debe sintonizar-se con la persona con quien está en contacto, convirtiéndose, en cierto modo en una cámara de resonancia para lo que ocurre entre el paciente y el." (POLSTER, 1973, p.34) Da mesma forma, como pesquisadora, acredito que meu principal instrumento de trabalho seja eu mesma, quando meu objeto de estudo é outro ser humano. Pretendo que esta tese, feita com prazer e liberdade, seja lida também com prazer e liberdade para que cada figura emergente siga um fluxo próprio e livre - apareça e desapareça, dando lugar a novas configurações. Pretendo que o leitor, ao se encontrar com o material colhido das sessões terapêuticas transcritas aqui, tenha a oportunidade de fazer suas próprias e únicas configurações. Vivenciar como terapeuta essa experiência sempre foi emocionante, prazeroso, compensador. Ler as transcrições dessas sessões, talvez não seja. Mas qualquer dessas leituras terá um significado, diferente para cada leitor, e o contato com o material terá sido estabelecido.

Aqui se fala a respeito de psicóticos, de como se falou com psicóticos, de como psicóticos falaram. Escolhi, em alguns momentos, uma linguagem pouco habitual nos meios acadêmicos, que reflete, a par de um raciocínio que pretende ser lógico, também as minhas vivências - que considero tão importantes para minha compreensão do paciente quanto as suas próprias (POLSTER, 1973).

A psiquiatria tradicional, atrelada ao modelo médico predominante, tentou entender e enquadrar as doenças mentais, principalmente as psicoses, como fenômenos basicamente

biológicos. Na verdade, muitos dos fenômenos nomeados como “psicoses” desafiam até hoje qualquer explicação causal. O CID X (OMS, 1993) apresenta agrupamentos de sintomas e sinais que justificam diagnósticos em relação a “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes” e aos “Transtornos do humor”, sem qualquer alusão a possível etiologia. Pesquisas consideradas “clássicas”, que fundamentam a Psiquiatria biológica, são questionadas quanto à sua cientificidade e compromisso ideológico (PAM, 1990).

Esta autora não questiona as possíveis bases biológicas nem psicodinâmicas nem sociais das psicoses. Concorde com Rotelli, um dos artífices do processo de reforma psiquiátrica na Itália, que assim se expressa: “Diz-se que fomos desatentos ao biológico, que fomos desatentos às psicodinâmicas. Direi que fomos muito atentos, mas do que na verdade nos acusam, somos sim culpados: de não aceitar a subalternidade da autonomia do biológico, como da autonomia do psíquico, como (e até disso nos acusam) da autonomia do social e do político.” (ROTELLI, 1988, p.96)

Parto do pressuposto de que, quando encontro um psicótico, vejo uma outra pessoa-inteira, sem dicotomia corpo-mente. Vejo um ser que tem uma história e um futuro, que me percebe, que tem intencionalidade. Sei que estamos juntos por alguns momentos e que somos determinantes e determinados por um momento histórico ao qual ambos pertencemos. Sei que nos transformamos nesse contato. Sei que não sou a mesma psiquiatra para outro psicótico que se enquadra no mesmo diagnóstico e que ele não é o mesmo psicótico para outro psiquiatra que exerce a mesma função. Mas se, como psiquiatra, mantenho-me numa postura rígida de saber e atuação, presa a um conceito a priori que reduz algo tão complexo como o comportamento humano a uma sequência de sinais e sintomas, diminuo minha possibilidade de contato - percebo menos o outro. Com isso me protejo de uma transformação e também limito a possibilidade de transformação do psicótico. E como a autoridade reconhecida no par psiquiatra-psicótico, atribuo a ele, apenas, a dificuldade de contato.

Para contextualizar essa situação, é interessante resgatar um pouco de nossa história, saber de onde viemos, loucos e psiquiatras.

UM POUCO DE HISTÓRIA

Segundo ALONSO FERNÁNDEZ (1968a) e KOLB (1973a), entre os povos primitivos, os enfermos, de um modo geral, eram considerados “possuídos” por maus espíritos ou outras forças sobrenaturais, que atuavam desde fora da pessoa. Essa explicação era especialmente valorizada nos casos que implicavam alteração de conduta. Era a concepção própria das antigas civilizações da Índia, China, Mesopotâmia, Egito e dela permanecem até hoje remanescentes, mesmo entre populações de sociedades muito avançadas tecnologicamente. Os tratamentos eram de caráter mágico-religioso, predominantemente. Consistiam, segundo Alonso Fernández, em rituais de invocação de espíritos, cantos, danças e fórmulas mágicas que, atuando por mecanismos exclusivamente psicológicos (sugestão, catarse), muitas vezes surtiam efeito; algumas vezes associavam massagens e drogas naturais (ALONSO FERNÁNDEZ, 1968a).

Para KOLB, a essência desses métodos era psicoterápica. Menciona o uso de amuletos, ritos “que reproduzem a experiência da pessoa”, tranSES. “O curandeiro é procurado freqüentemente para encontrar a alma perdida ou aflita, para expulsar o demônio e então trazer a alma ao corpo.” Menciona ainda uso de “encantamentos”, de rituais de silêncio e uso de medicamentos internos e externos.

Em 860 a.C. havia preocupações humanitárias, de acordo com os relatos de que “os sacerdotes gregos complementavam os encantamentos e exorcismos destinados aos mentalmente perturbados com recomendações de que o doente fosse tratado com bondade e sugestões de que lhe fossem proporcionadas atividades físicas e recreativas.”

No século VI a.C. os gregos começaram a procurar causas biológicas, através de dissecação. Hipócrates (460-375 a.C.) descreveu e classificou distúrbios mentais e influenciou nas questões jurídicas de sua época. Os gregos reconheciam os direitos civis dos mentalmente perturbados; no caso de que uma pessoa que sofresse de “paranóia” fosse a julgamento, receberia um tutor nomeado pelo tribunal. O mentalmente perturbado era um cidadão, tendo sua diferença reconhecida no caso de uma transgressão à lei.

Galeno, médico romano (130-200 d.C.) “estudou anatomia e fisiologia do sistema nervoso e postulou que a existência de sintomas não indicava, necessariamente, que o órgão ou a parte do corpo que servia para sua expressão era a parte afetada.” (KOLB, 1973a)

Os filósofos gregos também se ocuparam da questão das alterações de comportamento. “Empédocles falou da importância das emoções e assinalou que o amor e o

ódio eram fundamentais na determinação de alterações do comportamento humano.” (KOLB, 1973a)

Com o declínio do Império Romano e o início da Idade Média, predominaram as teorias de possessão com os conseqüentes exorcismos e as atribuições de feitiçaria (ALONSO-FERNÁNDEZ, 1968a; KOLB, 1973a). A atribuição de feitiçaria já implicava uma responsabilidade, um erro moral do mentalmente perturbado, levando-o a condenação e castigo.

Nos últimos tempos da Idade Média, segundo Foucault, há uma espécie de fascínio pela loucura. Ela vira tema da literatura, da pintura, do teatro. Navega, livre, “la nave de los locos, extraño barco ebrio que navega por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamencos”, cavalga con D. Quixote... (FOUCAULT, 1964, p.21) Ela simboliza a inquietação, a ambigüidade presente na cultura europeia dessa época. No teatro, o personagem do louco anuncia uma verdade; “en la comedia, donde cada personaje engaña a los otros y se engaña a sí mismo, el loco representa la comedia de segundo grado, el engaño del engaño; dice, con su lenguaje de necio, sin aire de razón, las palabras razonables que dan un desenlace cómico a la obra.” Mas a loucura seria o castigo desse conhecimento inútil e desordenado. Na pintura, as imagens representam “fantasmas y amenazas, apariencias puras del sueño y destino secreto del mundo. (...) Del otro lado, con Brant, con Erasmo, con toda la tradición humanista, la locura queda atrapada en el universo del discurso. (...) Y así fuese más sabia que toda ciencia, debería inclinarse ante la sabiduría, puesto que ella es locura.” (p. 49)

A consciência crítica, no Renascimento, procurou excluir, na herança do modelo de exclusão dos leprosários, essa loucura que portava significados de culpa e pecado e vinha agora ameaçar com seu sentido de desordem, de desrazão.

Foucault aponta que a visão da loucura nessa época, que persistiu pela época moderna, “no puede ser considerada como una figura total, que así llegaría finalmente a su verdad positiva; es una figura fragmentaria la que falazmente se presenta como exhaustiva; es un conjunto desequilibrado por todo lo que le falta, es decir, por todo lo que oculta.”(p.50-51) O pensamento de Descartes coincidiu com a perda do direito à verdade pelo louco - o pensamento não pode ser comprometido... No século XVII foi traçada uma linha divisória entre a razão e a desrazão - “Nace la experiencia clásica de la locura (...) Subsistem formas, ahora transparentes y dóciles, integrando un cortejo, el inevitable cortejo de la razón.” (p.71)

No século XVII o lugar dos loucos passou a ser as casas de confinamento, que eles dividiam com os pobres, os desocupados, os inválidos, os portadores de doenças venéreas, os

libertinos, todos aqueles que causavam alguma alteração da ordem moral, social, racional. A pobreza era punida por ser associada a um erro moral, a falta de vontade e maus costumes; trabalhar era uma obrigação, de interesse econômico e carregada de valores éticos; é nesse momento que a loucura é internada por ser percebida como dificuldade de integração, dificuldade de trabalhar, como pobreza. O sentido da exclusão é isolar a desordem, a desrazão em todas as suas formas. Mas Foucault considera que não se pode afirmar que naquela época foram excluídos os associáveis. Acredita que possa ter havido o oposto: a exclusão criou esse ser associável. “Ha llegado el día en que este hombre, partido de todos los países de Europa hacia un mismo exilio, a mediados del siglo XVII, ha sido reconocido como un extraño a la sociedad que lo habia expulsado, irreductible a sus exigencias. (...) se ha convertido en el candidato indiferenciado a todas las prisiones, a todos los asilos, a todos los castigos. No es, en realidad, más que el esquema de exclusiones superpuestas. (...) puede decirse que este gesto fue creador de alienación”. (pp.128-129)

Os loucos, encerrados junto aos portadores de doenças venéreas, herdaram também dessa proximidade o estigma de erro moral que lhes era atribuído; para FOUCAULT, isso deixou no imaginário social a necessidade de castigos para purificação da carne que justificariam algumas “terapias” aplicadas à loucura no século XIX. “La locura va a avcindrarse con el pecado, y quizá sea allí donde va a anudarse, para varios siglos, este parentesco de la sinrazón y de la culpabilidad.” (p. 138)

Quando surge a psiquiatria, já encontra esse ser excluído, condenado pela sociedade. “...el clasicismo formaba una experiencia moral de la sinrazon que, en el fondo, sirve de base a nuestro conocimiento ‘científico’ de la enfermedad mental.” (FOUCAULT, 1964, p.170) A noção jurídica de “sujeito de direito” passou a ser equivalente à de “homem social”. “La enfermedad mental, que la medicina va a ponerse como objeto, se habrá constituido lentamente como unidad mítica del sujeto jurídicamente incapaz, y del hombre reconocido como perturbador del grupo.” A Medicina passou a responder pela interdição jurídica do louco, ao mesmo tempo que decidia sua internação. (p.206)

No século XVIII a visão da pobreza começou a se modificar. Com o advento do capitalismo, a população começou a ser vista como força de trabalho. Mas o louco continuou excluído, junto com os criminosos.

A Psiquiatria surgiu para cuidar da loucura e lhe atribuiu um espaço diverso, o Hospital de Loucos, onde se pretendia que a prisão, por si só, “curasse” o louco pela limitação,

ao mesmo tempo que permitia que a sociedade se protegesse da periculosidade que lhe atribuía.

Segundo CASTEL (1978, pp.18-19), a Psiquiatria é “uma ciência política, já que ela respondeu a um problema de governo. Ela permitiu administrar a loucura. Mas deslocou o impacto diretamente político do problema para o qual propunha solução, transformando-o em solução ‘puramente’ técnica. (...) Uma avaliação fundada na competência técnica vai impor, a certos grupos ‘marginais’ um estatuto que terá valor legal embora seja constituído a partir de critérios técnico-científicos e não de prescrições jurídicas inscritas em códigos .” Era o estatuto do alienado, criado pela lei de 30/06/1838. Continuava a existir a sanção contra o louco mas ela tinha de ser justificada como tratamento. O discurso era humanitário. O cuidado pelo psiquiatra implicava no “status” jurídico, social e civil do alienado.

A princípio a psiquiatria procurou se inspirar “no método classificatório da medicina geral do século XVIII, herdada das ciências naturais.” (CASTEL, 1978, p.102) Baseava-se apenas na descrição dos sintomas e não procurava sua sede no organismo - Georget foi o primeiro a se preocupar com isso. Em 1822, Bayle descreveu a paralisia geral, que só mais tarde teve estabelecida etiologia orgânica, quando foram vistas ao microscópio alterações cerebrais. Pinel estabeleceu o “tratamento moral” que visava o aprendizado pelo louco das normas sociais através do trabalho, da disciplina, da submissão; associados estavam meios físicos como medicamentos e duchas. Estava sempre pressuposto “um desnivelamento fundamental entre o doente e o terapeuta e a maleabilidade absoluta do primeiro pelo segundo.” (p.115)

O médico era instituído do poder de decidir o destino do paciente, na medida em que a internação poderia ser para sempre, de acordo com um critério de periculosidade nunca realmente comprovado. O ponto de vista do louco ficou completamente invalidado.

“O modelo asilar condiciona, assim, por sua vez, uma espécie de modelo ideal de doente que compete à psiquiatria: indigente, com grandes episódios patológicos espetaculares, perigoso ou incurável.” (p.240) A prática de uma psiquiatria privada, baseada em qualquer modelo diferente, ficou marginalizada, inexpressiva em relação ao hospital onde se concentraram as atenções dos profissionais. De qualquer modo a relação terapêutica guardou sempre a característica tutelar, assimétrica, onde o psiquiatra era o detentor do saber e guardião da norma. “... a violência, que ela implica sempre, é mais discreta e, em última análise, invisível...” (p.271)

No hospital, descreve Nicácio, (NICÁCIO, 1994, p.13) “A loucura era proibida de falar, de se expressar em linguagem e em ação: dessa forma, o ensinamento da ordem objetivava que a ‘polícia externa’ fosse incorporada, isto é, que o controle se efetivasse interiormente até que a loucura se perdesse no silêncio. Por estranho que possa parecer, no asilo, lugar dos loucos, é proibido ser louco.” A partir daí, a psiquiatria passa a definir na sociedade quais tipos de comportamento serão considerados doentes ou sadios, regulando e sendo regulada pela sociedade.

No Brasil, segundo AMARANTE (1983), o Estado passou a se ocupar da loucura a partir da vinda da família real no início do século XIX, que desencadeou um processo de ordenamento das cidades. Em 1830 a Sociedade de Medicina procurou definir a situação dos loucos e criar um espaço para mantê-los e tratá-los; até aí eles estavam nas ruas, nas casas de correção, nos asilos... decidiu-se criar o hospício. Os loucos eram encontrados principalmente “entre os miseráveis, os marginais, os pobres e demais párias sociais. Eram trabalhadores, camponeses, desempregados, negros, índios, degenerados, perigosos em geral, retirantes”... Foi criado o Hospício de Pedro II em 1852. A princípio sua direção pertencia à Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, junto a setores conservadores da Igreja e não aos médicos, que pleiteavam esse poder. Ele foi conseguido após a proclamação da república. A partir daí, foram criadas a Assistência Médico-Legal aos alienados e colônias de doentes, São Bento e Conde de Mesquita. Teixeira Brandão, primeiro diretor do Hospício, conseguiu que se criasse a primeira cadeira de Psiquiatria na faculdade de medicina . O continuador de sua obra foi Juliano Moreira, que prosseguiu criando asilos.

A lei 1132 de 1903 reorganizou a assistência aos alienados, dando legitimação jurídico-política à Psiquiatria. Juliano Moreira trouxe para o Brasil a orientação da escola psiquiátrica alemã que tomou o lugar da escola francesa, que era dominante. “O biologismo passou a explicar não só as doenças mas também os fatores étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais.” (AMARANTE, 1983)

Na década de trinta surgiram o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e as lobotomias. A psiquiatria tornava-se mais poderosa e as internações ficavam mais freqüentes.

Em 1952 surgiu o primeiro psicotrópico - a clorpromazina. AMARANTE afirma que “embora tenham sido um inegável avanço farmacológico, esses remédios passaram a ser utilizados com o fito de tornar os enfermos mais dóceis e a internação mais aceitável. Em todo

o país, a assistência psiquiátrica continuou sendo prestada quase que exclusivamente em nível hospitalar.”

As contradições desse modelo de assistência foram se tornando cada vez mais evidentes. Elas eram confrontadas com a possibilidade de compreensão dos fenômenos psicóticos aventada pela psicanálise (FREUD, 1910; MASSARO, 1990; SEGAL, 1964), pela psicologia analítica (JUNG, 1907), pela fenomenologia (BINSWANGER, 1944; MASSARO, 1990), pelo psicodrama (MORENO, 1937-1943), pelas teorias da comunicação (WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 1967) e pelas teorias sistêmicas de famílias (CALIL, 1987).

Continuaram a surgir propostas de trabalhos não-asilares, mas que permaneciam como práticas marginais em relação à psiquiatria tradicional.

Em 1953, na Inglaterra, Maxwell Jones publicou “Therapeutic Community”, onde “delinea as interações do paciente mental com as comunidades e externamente ao hospital, bem como a necessidade de apoio de grupos de pacientes e das famílias destes.” (KAPLAN & SADOCK, 1973a, p.17)

No mesmo ano, Harry Stack Sullivan publicou nos Estados Unidos “The Interpersonal Theory of Psychiatry” onde sustentava “que os impulsos de um indivíduo não podiam ser estudados em e por si mesmos, mas somente enquanto se manifestavam em uma situação interpessoal.” (KAPLAN & SADOCK, 1973a, p.17)

Em 1956, nos Estados Unidos, Bateson e equipe publicavam “Toward a Theory of Schizophrenia”.

Em 55 e 56, Lacan, na França, debatia a questão do tratamento das psicoses. Começou a se desenvolver na França a psicoterapia institucional, inspirada na psicanálise lacaniana. “The Lacanian movement, because of its cultural openness, moved to the forefront of the antipsychiatry thesis, which quickly followed.”²(BLÉANDONU, 1995)

Segundo CESARINO (1989), na década de sessenta, no governo Kennedy, nos Estados Unidos, passou-se a criar unidades hospitalares menores, a criticar o macro-hospital e a pensar a saúde mental num enfoque mais global. Na França, começou a se desenvolver a “Psiquiatria de Setor”, que favorecia o movimento em direção a uma diminuição do atendimento psiquiátrico hospitalar e, na Escócia, a comunidade terapêutica. Começou-se a falar em determinação “bio-psico-social” da doença, mas a sociedade em si era considerada “correta” e o indivíduo “frágil” demais para atender suas exigências.

² “O movimento Lacaniano, por sua abertura cultural, direcionou-se à vanguarda da tese antipsiquiátrica, que rapidamente acompanhou.”

Na Inglaterra surgiu, na década de sessenta, o movimento antipsiquiátrico, com Laing, Cooper e Esterson. Ele postulava “uma continuidade - e não uma ruptura - entre a normalidade e a loucura. A fronteira torna-se permeável. (...) Logo, esse homem poderá agora reencontrar seu lugar na cidade, como qualquer homem.” (BOSSEUR, 1974, p.34) A antipsiquiatria propunha que o louco ocupasse o lugar de sujeito - que ele fosse ouvido. A Psiquiatria oficial se revoltou contra essas posições. “O movimento antipsiquiátrico (...) se monta sobre uma mística irracional e anarquizante (...) usa elementos de política anárquica e subversiva.” (ALONSO FERNÁNDEZ, 1968b, p.123)

Em Cuba, após a queda de Fulgêncio Batista, o governo promoveu a reforma do Hospital Psiquiátrico de Havana, que servia de “asilo de velhos, prisão e hospital para loucos”, com uma população de 4000 pacientes, dos quais os mais pragmáticos eram alugados para trabalhar nas chácaras vizinhas. Dentro da proposta de reforma, os médicos desenvolveram metodologia própria baseada no trabalho e no esporte. O trabalho produtivo passou a ser remunerado. Criaram-se centros de reabilitação espalhados por todo o país. Muitos pacientes considerados antes irrecuperáveis assumiram atividades e se reintegraram às famílias de origem (MORAIS, 1976, p.67-69).

Na Itália, na década de sessenta, Basaglia iniciou seu trabalho de reforma psiquiátrica no Hospital de Gorizia, que desencadeou o processo de questionamento e desmontagem não só da estrutura asilar concreta como de toda a instituição psiquiátrica. Propunha a ruptura do paradigma psiquiátrico, a “desinstitucionalização”. Esse processo continuou quando Basaglia assumiu, em 1971, a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste. Em 1978 foi aprovada na Itália a Lei 180, que proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos e novas internações, tornava responsáveis pela saúde mental os serviços territoriais e abolia o estatuto de periculosidade social do doente mental, a tutela jurídica, o tratamento compulsório, devolvendo-lhe o “status” de cidadão (KINOSHITA, 1987; NICÁCIO, 1989).

Nos Estados Unidos, na década de setenta, Thomas Szasz publicou O mito da doença Mental, onde questionava os diagnósticos psiquiátricos e as restrições da autonomia e liberdade dos psicóticos avalizadas pelos psiquiatras (SZASZ, 1974).

De maneira particular, no Brasil, na década de sessenta houve um incremento da estrutura manicomial predominante. Nessa época, o único trabalho alternativo existente do qual temos conhecimento é o da Casa das Palmeiras no Rio de Janeiro, criado em 1956 por Nise da Silveira, “clínica que em regime de externato destinava-se ao tratamento de egressos de instituições psiquiátricas, onde atividades expressivas eram e são realizadas livremente.”

(PITTA, 1994, p.160) Em 1966, dentro do esquema autoritário e centralizador que vigorava após o golpe militar de 1964, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que assumia a assistência médica aos previdenciários e sua seguridade social. O INPS passou a comprar serviços psiquiátricos de empresas do setor privado, propiciando aos “doentes mentais” (alcoólatras e psicóticos, na maioria) o lugar de mercadoria. A partir daí, houve um aumento do número de internações, chegando-se a destinar 96% dos recursos reservados pelo INPS para a assistência psiquiátrica à rede hospitalar (AMARANTE, 1983; CESARINO, 1989; INAMPS, 1983).

Segundo CESARINO, havia no Brasil 110 hospitais psiquiátricos em 1965; em 1970 passaram a ser 178; em 1978 havia 351 hospitais conveniados com o INAMPS; no estado de São Paulo, em 1980, havia 121 hospitais psiquiátricos, dos quais 112 eram particulares. Em todo o estado havia apenas onze ambulatórios. “Em vinte anos (1950-1970) a população brasileira aumentou de 82%; no mesmo período, apesar do surgimento dos psicotrópicos, a população dos hospitais psiquiátricos aumentou 213%”.

Em 1973, Luiz Cerqueira, coordenador de Saúde Mental do estado de São Paulo, tentou ampliar a assistência extra-hospitalar através de convênios com as faculdades de Medicina (Com as cadeiras de Medicina Preventiva - as de Psiquiatria não concordaram) e precisou deixar o cargo em menos de um ano (CESARINO, 1989).

Na década de setenta, iniciou-se no Brasil uma série de discussões sobre a questão da Saúde Mental. Essa movimentação ocorreu no contexto de movimentos que visavam à redemocratização do país. As discussões e denúncias sobre a situação dos doentes mentais envolveram trabalhadores do setor, políticos, juristas, jornalistas, intelectuais, ex-internados, representantes da sociedade civil. A aprovação da lei 180 na Itália e a vinda de Basaglia em 1979 contribuíram para esse questionamento do modelo tradicional da psiquiatria e o início do pensar sobre uma reforma psiquiátrica. Foi criada no Brasil a rede “Alternativas à Psiquiatria”, de âmbito mundial, que começou a promover encontros e a apresentar novas propostas em Saúde Mental.

No final dos anos setenta, no Centro de Saúde do Butantã, em São Paulo, foi criado um espaço para tratamento de psicóticos onde se experimentava oferecer uma gama de opções de atenção que tornava mínima a necessidade de hospitalização (PITTA, 1994).

A política que favorecia o setor privado contribuiu em grande parte para a crise financeira da previdência social em 1981. O governo precisou adotar medidas que racionalizassem e controlassem os gastos do setor conveniado, além de reorganizar os serviços

públicos sob sua gestão. Foi criado o CONASP, Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, que elaborou para a área de Saúde Mental o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica. Esse programa definia diretrizes de grande importância, tais como: prioridade dos recursos do setor público; criação de sistemas hierarquizados quanto aos níveis de atenção, regionalizados, com integração de recursos das diversas instâncias públicas e das universidades, criação de recursos extra-hospitalares, desenvolvimento de mecanismos participativos de funcionários e usuários, uso de equipes multiprofissionais (INAMPS,1983). A criação das equipes abriu um maior número de possibilidades de leitura do fenômeno “loucura”. O louco não era mais objeto da Psiquiatria, mas da Saúde Mental. Essas diretrizes propiciaram o aumento efetivo do número de ambulatórios e o começo da implantação, em 1983, de equipes de saúde mental (psiquiatra e psicólogo) em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo, criação de emergência psiquiátrica integrada, remodelação de hospital psiquiátrico para retaguarda terciária. Esse início foi possibilitado pelo encontro de uma administração estadual e outra municipal com pontos de vista aproximados. Com o correr do tempo, mudanças político-administrativas vieram a interferir e prejudicar trabalhos reconhecidos como de valor, como o do Ambulatório de Vila Brasilândia que, conforme conta CESARINO (1989), foi considerado incompetente porque não encaminhava pacientes para internação.

Esse primeiro movimento de mudança, de acordo com Nicácio, “se colocava no interior do paradigma psiquiátrico continuando a compreensão da loucura fundida com a doença mental, permanecendo o manicômio como centro e necessidade. E esta instituição, não enquanto estabelecimento, mas como forma de definir e compreender a loucura, é concreta e simbólica.” (NICÁCIO, 1994, p.3)

As discussões levadas pelos trabalhadores de saúde mental, após o período dessas novas experiências, e a influência do trabalho de Trieste levaram, a partir de 1987, à luta “Por uma sociedade sem manicômios”, que questionava de forma radical o paradigma psiquiátrico.

No final da década de oitenta, profissionais comprometidos com a luta antimanicomial começaram a assumir a coordenação de projetos coerentes com essa nova visão em diversos municípios do país.

Em São Paulo, S.P., em 1987, foi inaugurado o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, destinado ao atendimento extra-hospitalar intensivo de doentes mentais graves, principalmente psicóticos. “Reabilitação? Tratamento? Não nos interessa aqui identificar um paradigma da ação institucional, mesmo porque ela aqui

é necessariamente concebida como produção de movimento cuja única finalidade - permitindo-nos aqui o uso de um termo tão problemático no trato da psicose - é impelir o paciente a coeficientes de escolha cada vez maiores no gerenciamento de sua vida. E propiciar, ao mesmo tempo, a desconstrução dos comportamentos psicóticos que fisiologicamente se rendem à figura do doente, que por sua vez suprime o sujeito da doença.” (GOLDBERG, 1994, p.140)

Em Brasília, D.F., em 1987, a Granja do Riacho Fundo passou a ser sede do recém-criado Instituto de Saúde Mental (ISM), cujo objetivo era desenvolver um trabalho de saúde mental de acordo com as propostas da luta antimanicomial. Em 1988, a ele se alia a Associação dos Amigos da Saúde Mental (ASSIM). “Assimilando o pressuposto básico da Anti-psiquiatria, de que a prática da segregação deva ser superada, pautou-se a política de atenção à Saúde Mental pela idéia de ‘liberdade com responsabilidade’.” (COSTA, COSTA & SAMPAIO, 1996, p.95)

Em 1989, o deputado Paulo Delgado criou um projeto de lei que previa a desativação gradativa dos manicômios e regulamentava a internação compulsória. Foi aprovado pela Câmara Federal em dezembro de 1990. No Senado, a Comissão de Assuntos Sociais acabou por aprovar, em 1995, um substitutivo que desfigurou completamente o projeto original, determinando que a assistência seja prestada em “estabelecimentos de saúde mental” que refere como sendo os hospitais psiquiátricos, ambulatorios, pronto-socorros e emergências (JORNAL DO CFM, 1995).

Em Santos, SP, em 1989 ocorreu a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, após denúncias de maus-tratos aos pacientes e mortes violentas; a partir daí, a transformação levou ao desmonte do manicômio, enquanto lugar e instituição; promoveu a criação de espaços alternativos na comunidade (NAPS - Núcleos de Apoio Psicossocial) para o “resgate da singularidade, reconstrução da história, produção de subjetividade, construção de cidadania”. (NICÁCIO, 1994, p.59; KINOSHITA, 1996) O processo de reforma psiquiátrica em Santos procura acompanhar o modelo italiano. Sobre ele, do que relata Nicácio, destaca-se:

“O agir cotidiano abria um campo de inovações, incertezas, discussões coletivas que começavam a produzir fraturas no campo do conhecimento, dos saberes instituídos, da cultura, das concepções de mundo.” (NICÁCIO, p.61)

“A singularidade desta forma de agir é a equipe como protagonista de transformação institucional e não executora de princípios; isto requer a disposição a arriscar algo de si na transformação, a produzir as portas abertas na relação com os sujeitos loucos, a se desinstitucionalizar, a trabalhar menos com as definições e mais com as incertezas.” (p.111)

Experiências inspiradas no mesmo modelo começaram a ser desenvolvidas também em Porto Alegre, Florianópolis, Curitiba, Rio de Janeiro, Santa Maria, São Lourenço do Sul, Santo André, Novo Hamburgo. (Não foram encontrados dados publicados)

1990. Em Campinas, a administração municipal se articula com o antigo Sanatório Cândido Ferreira para começar a reestruturá-lo através de uma mudança radical do modelo de atendimento, seguindo as diretrizes da luta antimanicomial. O modelo asilar é substituído por ações que visam à reabilitação e inserção na comunidade dos pacientes cronicamente institucionalizados, ao atendimento em regime hospitalar para quadros agudos, com formas de abordagem bastante diversificadas e perspectiva de internações curtas, e à criação de um hospital-dia que acabará por se efetivar em 1991 (GALLETTA, 1992; AMARAL, 1995). O Ambulatório de Saúde Mental de Campinas é desativado e o atendimento extra-hospitalar passa a se desenvolver em alguns centros de saúde, onde se colocam equipes mínimas de Saúde Mental (psiquiatra e psicólogo), das quais se espera que obedeçam às mesmas diretrizes.

SOBRE O PONTO DE VISTA

Conta uma história sufi que numa aldeia moravam sete cegos. Um dia, por ali passou um homem que trazia consigo um elefante. Ouvindo falar do animal, os cegos desejaram conhecê-lo. Levados até ele, puseram-se a palpá-lo. Um deles palpou a tromba, outro o dorso, outro uma presa, outro uma orelha e assim por diante. O elefante se foi. O primeiro cego disse: “Agora conheço o elefante! ele é grande, reto, liso como um muro...” Outro disse: “Não, você está enganado. Eu palpei e lhe digo: o elefante é comprido, rígido e ponteagudo...” O terceiro disse: “Não, vocês dois estão errados; eu lhes digo: o elefante é comprido, cilíndrico, flexível...” O quarto gritou: “Não é possível! o elefante não é nada disso: ele é parecido com uma ventarola...” E assim por diante. E contam que até hoje estão lá os sete cegos a discutir.

Holismo, segundo Perls (PERLS, 1947, p.36) é um termo criado por Smuts em “Holism and Evolution”, 1926, para a “atitude que se dá conta de que o mundo consta per se não só de átomos mas também de estruturas que têm um significado distinto das soma das partes”. O conceito de holismo é elaborado por Koestler em “Jano, uma sinopse”. (KOESTLER, 1978) Ele cria o termo “holon” para designar qualquer “todo” caracterizado por significado, organização e funcionamento e esse “todo” tem duas faces: uma voltada para “todos” (holons) cada vez menores, interrelacionados, e outra voltada para a integração com outros holons para formar um nível superior de organização. Koestler atribui então ao holon duas tendências opostas: uma para a integração, outra para a individuação. Do equilíbrio dinâmico entre movimentos nessas duas direções resulta a viabilidade dos vários níveis.

A Gestalt-terapia se opõe a uma visão que cinde o ser humano em corpo e mente, ao assumir o ponto de vista holístico e afirmar que o homem é um organismo unificado. Baseado na visão holística, Perls descreve o ser humano como um todo, um organismo, onde os aspectos “mental” e “físico” são inseparáveis no seu funcionamento - “O que ele faz fornece indícios para o que ele pensa, assim como o que pensa fornece indícios para o que faz ou

gostaria de fazer”. (PERLS, 1969b, p.30) Os aspectos mentais, ocultos, corresponderiam a um menor nível energético de atividade e os aspectos físicos a maior nível energético. “Tratar em forma aislada los diferentes aspectos de la personalidad humana ayuda tan sólo a pensar en términos de magia y refuerza la creencia de que el cuerpo y el alma son ítems aislados, conjuntados de una forma misteriosa. El hombre es un organismo vivo y a algunos de sus aspectos se les llama cuerpo, mente y alma.” (PERLS, 1947, p.39)

CAPRA, em “O ponto de mutação”, analisa a mudança de “paradigma” que vem ocorrendo nesse século, na esteira das grandes descobertas da física nas três primeiras décadas. Na sequência dos avanços da física moderna vêm o desenvolvimento da Psicologia da Gestalt com Wertheimer, Köhler e Kofka, o Holismo e a Teoria Geral dos Sistemas. “A nova visão da realidade, de que vimos falando, baseia-se na consciência do estado de inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos - físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Essa visão transcende as atuais fronteiras disciplinares e conceituais e será explorada no âmbito de novas instituições. Não existe, no presente momento, uma estrutura bem estabelecida, conceitual ou institucional, que acomode a formulação do novo paradigma, mas as linhas mestras de tal estrutura já estão sendo formuladas por muitos indivíduos, comunidades e organizações que estão desenvolvendo novas formas de pensamentos e que se estabelecem de acordo com novos princípios.” (CAPRA, 1982, p.259) Estamos num momento de transição da visão mecanicista à visão sistêmica.

A Teoria Geral dos Sistemas foi desenvolvida por Von Bertalanfy na década de quarenta. “A concepção sistêmica vê o mundo em termos de relações e de integração (...) essas relações são inteiramente dinâmicas. O pensamento sistêmico é pensamento de processo; a forma torna-se associada ao processo, a inter-relação à interação, e os opostos são unificados através de oscilação (...) Embora sejam de uma natureza mais especializada e secundária, as operações do tipo mecânico ocorrem em todo o mundo vivo. A descrição reducionista de organismos pode, portanto, ser útil e, em alguns casos, necessária. Ela só é perigosa quando interpretada como se fosse a explicação completa”. (CAPRA, 1982, pp.260 - 261)

De acordo com a visão holística, o ser humano tem a autonomia, a liberdade, a integridade de um “holon” mas está incluído numa totalidade maior e em interação com outros elementos, das mais diversas ordens; assim, o ser humano é o seu organismo em todos seus aspectos e está em interação com as pessoas próximas, a sociedade em que vive, o ar que respira, a comida que ingere (KOESTLER, 1978).

Em relação à loucura, muitos aspectos foram deixados de lado em função da leitura que a reduz ao ser biológico e que ainda predomina na cultura do final do século XX. Aí parecem estar envolvidas questões de poder, interesses políticos e econômicos, a reforçar os preconceitos.

Segundo KOFFKA, “A interpretação positivista do mundo e nosso conhecimento dele nada mais são do que uma possibilidade; mas existe outra. A questão é: qual é realmente verdadeira? Significado, alcance, valor, como dados da nossa experiência total, sugerem-nos que a segunda tem, pelo menos, tão boas probabilidades de ser verdadeira quanto a primeira. E isto significa: longe de sermos compelidos a banir conceitos tais como significado e valor da psicologia e da ciência em geral, devemos usar esses conceitos para um completo entendimento da mente e do mundo, o qual seja, ao mesmo tempo, uma explicação total.” Explicação e compreensão não se excluem mas se complementam: a explicação procura ordem, previsibilidade; a compreensão se ocupa de significados (KOFFKA, 1935, pp.32 - 33).

KOFFKA distingue dois meios: o comportamental e o geográfico; o meio comportamental seria o meio percebido como ele nos parece ser e o geográfico, o meio como “realmente” é. E convencionamos chamar comportamento apenas àquilo que ocorre no meio comportamental. O que acontece no meu meio comportamental “inclui, para enumerarmos alguns itens, meus desejos e intenções, meus êxitos e desapontamentos, minhas alegrias e tristezas, amizades e inimizades, mas também um fazer isto e não aquilo...” (p.51) Um movimento involuntário, como, por exemplo, o de um corpo durante uma queda, não pode se chamar de comportamento. O meio comportamental sempre depende, em algum grau, do meio geográfico; o meio geográfico, por sua vez, não só o comportamental, é alterado pelo comportamento. O meio comportamental vai depender menos do meio geográfico quando houver alteração de consciência, como por exemplo, num caso de “delirium”.

KOFFKA distingue também o comportamento da pessoa no seu meio comportamental do comportamento da pessoa no meio comportamental de outra: ao primeiro, dá o nome de comportamento fenomenal ou concreto, ao segundo de comportamento aparente. “Ambos os tipos de conhecimento devem ser usados para um entendimento ou explicação do comportamento molar real.” (p.52) A partir daí, introduz a noção de “campo” em psicologia, analogia com a noção de “campo” da física que, a partir das contribuições de Faraday, passando por Maxwell e culminando com a teoria de “campo gravitacional” de Einstein, colocou por terra as bases estabelecidas por Newton. Apóia-se principalmente em

Kurt Lewin, Wertheimer e Köler. O comportamento é um processo de campo e acontece numa relação de forças que compõem esse campo. As forças que atuam no campo psicológico, em parte, estão em função do campo comportamental da pessoa, em parte, no campo geográfico. “A descrição de uma mentalidade diferente da nossa, seja a de crianças, seja a de povos primitivos, será completa se os campos comportamentais desses seres, somados ao comportamento que esses campos requerem, forem adequadamente descritos” (p.62)

KOFFKA diz que Tolman, em um livro publicado em 1932 (*Purposive behavior in animal and men*), distinguia dois tipos de comportamento: o comportamento molar, que é observável, e o comportamento molecular; este seria o processo no organismo, envolvendo a excitação e o estímulo do SNC, levando a contração muscular ou secreção glandular e sendo iniciado por fatores ambientais. Mas também “...o organismo é um sistema físico-químico per se, embora dependa, para sua existência, de um meio geográfico.” (KOFFKA, 1935, p.60) Explica a teoria de isomorfismo de Wertheimer que, diferentemente, pensa os fenômenos fisiológicos, inconscientes, como sendo fenômenos molares (a diferença para os fenômenos molares de Tolman se restringiria ao fato de que os fenômenos fisiológicos intraorganismo não seriam observáveis nem controláveis) e possuindo as mesmas propriedades molares que os processos conscientes, ou seja, estando incluídos num campo psicológico. Esses processos que se passam dentro do organismo servem de intermediários entre o meio comportamental e o meio geográfico. “Assim, o isomorfismo (...) enuncia (...) que o movimento dos átomos e moléculas do cérebro não é fundamentalmente diferente dos pensamentos e sentimentos.” (p.73) “Os fatos moleculares deixam, meramente, de ser eventos independentes, os verdadeiros elementos de todos os fatos. Em vez disso, apresentam-se como eventos locais, dentro de eventos de um campo mais vasto que determina o aparecimento daqueles.” (p.75) A noção de campo implica que, “estudando o comportamento, podemos extrair conclusões sobre o campo em que ele ocorre”.

Colocações de LAING (1967b, p.18) vêm ao encontro da teoria do isomorfismo: “En un estudio sócio-bioquímico, se concibiría que un sistema social incluyese las fluctuaciones en la bioquímica de sus miembros coordinadas con los acontecimientos sociales que están ocurriendo en el sistema.”

FROMM (1961), analisando o pensamento de Marx, fala de seu questionamento do materialismo do início do século XX, que “...ensinava que sentimentos e idéias são suficientemente explicados como resultados de processos da química orgânica e que o

pensamento era para o cérebro o que a urina é para os rins.” (p.20) Segundo ele, Marx via o comportamento humano como algo sempre em movimento, não apenas determinado mas também determinante. O homem é inserido numa sociedade onde produz de acordo com as condições materiais que lhe são dadas; o homem é aquilo que produz e o “como” produz. Qualquer coisa que é produzida (material ou não) é produzida para a sociedade “e com a consciência de agir como um ser social.” (p.125) A consciência é um produto social e acaba se afastando das necessidades humanas verdadeiras, ligadas à natureza do homem, mas o homem possui a capacidade de mudar as circunstâncias e ser também determinante. Preocupado em produzir para “ter”, o homem se aliena cada vez mais de si mesmo nos objetos e se subordina a eles - “A crítica central feita por Marx ao capitalismo não é a injustiça na distribuição da riqueza; é a perversão do trabalho, convertendo-o em trabalho forçado, alienado, sem sentido.” (p.49) Segundo FROMM, “A alienação (ou ‘alheamento’) significa, para Marx, que o homem não se vivencia como agente ativo de seu controle sobre o mundo, mas que o mundo (a natureza, os outros, e ele mesmo) permanecem alheios ou estranhos a ele. Eles ficam acima e contra ele como objetos, malgrado possam ser objetos por ele mesmo criados. Alienar-se é, em última análise, vivenciar ao mundo e a si mesmo passivamente, receptivamente, como o sujeito separado do objeto.” (p.51)

Segundo Perls (PERLS, 1969a, p.21), “O nós não existe por si só mas se constitui a partir de eu e você e é um limite do intercâmbio onde duas pessoas se encontram. E quando nos encontramos lá, então eu mudo e você muda, através do processo de um encontro mútuo, a não ser que ...as duas pessoas tenham caráter. Uma vez que você tenha um caráter, você terá desenvolvido um sistema rígido. Seu comportamento se torna petrificado, previsível, e você perde a capacidade de lidar livremente com o mundo com todos seus recursos. Você fica predeterminado a lidar com os fatos de uma única forma, ou seja, de acordo com o que seu caráter prescreve”.

Desse ponto de vista, quando se abre mão da aproximação pretensamente objetiva, à perspectiva diferente corresponde uma percepção diferente do comportamento do psicótico. “O estudo do modo que o ser humano funciona no seu meio é o estudo do que ocorre na fronteira de contato entre o indivíduo e seu meio. É neste limite de contato que ocorrem eventos psicológicos” - sempre dentro de um campo que inclui o indivíduo e seu meio (PERLS, 1969b, p.31). Perls era médico, neuropsiquiatra e, posteriormente, foi psicanalista. Na concepção da Gestalt-terapia, utilizou elementos da

Psicologia da Gestalt, do Holismo, do pensamento existencial e das teorias de Reich, principalmente. O próprio Perls, enquanto terapeuta, não se ocupou de psicóticos. Em um seminário sobre sonhos, na década de sessenta, indagado sobre o que a Gestalt - terapia tinha a dizer sobre a psicose, faz algumas colocações sobre a esquizofrenia, tais como: a de que “um importante fator situacional ou ambiental deve estar envolvido: Não pode ser apenas química”; a de que o psicótico nega as frustrações, comportando-se como se elas não existissem; a de que o excitamento não chega a algumas zonas da mente (“escombros”, “camada da morte”) ou é consumido todo em processos mentais, dessa maneira não se efetuando o contato com o meio (PERLS, 1969a, pp.174 e 175)

Uma observação sua sobre neuróticos parece bastante interessante: “La comunidad será agresiva con el hombre que duda de su ideología y hará todo cuanto pueda para herirlo. Y él, a su vez, cuando es incapaz de devolver el golpe, o reprimirá su agresión o la proyectará sobre sus adversarios, transformando así una persecución real en manía de persecución y miedo. De esta forma, proscrito, se retira del mundo y pierde contacto; y cuantas menos ocasiones tiene de satisfacer sus instintos, más grande se hace la viciosidad del círculo neurótico.” (PERLS, 1947, p.83)

Stevens, falando sobre as fantasias, distingue entre situações em que elas podem ser valiosas, “integradas na nossa vida” e outras em que, “quando a imaginação se separa do restante da vida, torna-se um beco sem saída - uma fuga da vida e do viver. Muitas atividades de fantasia apenas pretendem isso: evitar desafios, riscos e experiências desagradáveis, que são parte necessária da vida. A cada coisa que evitamos, nos tornamos mais mortos, menos em contato conosco e com nosso ambiente. (...) Evitar aborrecimentos é reduzir minha percepção, é alienar-me da minha experiência. Esta alienação é o processo de dizer ‘isto não sou eu, isto é algo fora de mim, diferente.’ ” (STEVENS, 1971, pp.56 - 57) A fantasia ajuda, nesse caso, a que a situação permaneça incompleta. Para que a situação se complete é preciso haver responsabilidade no sentido em que coloca Perls: “...a palavra responsabilidade pode ser também habilidade de responder (response-hability), de ter pensamentos, reações, emoções, numa determinada situação. Agora, esta responsabilidade, essa habilidade de ser o que é, se expressa através da palavra ‘EU’.”(PERLS, 1969, p.96)

TELLEGEN, analisando a obra de Perls, aponta que ele se opõe a uma concepção de normal e patológico que coloque como meta da terapia a adaptação do indivíduo à sociedade e que sempre faz críticas às instituições sociais vigentes. “Daí a busca de estabelecer qualidade de contato como critério de saúde e normalidade e, na terapia, uma

ênfase na capacitação do indivíduo de se colocar crítica e autonomamente em relação ao meio social.” (TELLEGEN, 1984, p.45)

POLSTER (1973) enfatiza “o poder do indivíduo para criar sua própria vida, entendendo que este poder inclui a faculdade de reconhecer a conveniência ou inconveniência de seu ambiente. Cabe a ele, pois, a eleição de pessoas, atividades, lugar geográfico, arquitetura, etc.. As revoltas nos estabelecimentos carcerários, as greves estudantis e os clamores de reforma nos hospitais psiquiátricos obrigam a reconhecer a importância plasmadora do ambiente na conduta dos que vivem engarrafados nessas instituições, geralmente não por eleição própria, o que não faz mais que aumentar o problema.” (p.117)

É fundamental ressaltar a importância que a Gestalt-terapia atribui à questão do “aqui e agora”, o momento atual, como o momento possível para a interferência terapêutica (PERLS, 1947; PERLS, 1969a; PERLS, 1969b; POLSTER, 1973). Aqui se aproxima da visão fenomenológica ao reconhecer que o passado e o futuro existem como eles se apresentam agora. Rompe com a noção de transferência da psicanálise e advoga o reconhecimento da existência da relação entre terapeuta e paciente.

Leonardo Van Acker, no prefácio para “O paciente psiquiátrico”, referindo-se ao método fenomenológico, afirma: “...consiste o método fenomenológico” (aplicado à psiquiatria) “em descrever o objeto, tal como se revela ser em si, dentro da perspectiva do sujeito consciente. Destarte, objeto e sujeito já não são dois absolutos essencialmente independentes, mas comparáveis - dois pólos necessariamente ligados em relação recíproca de cognoscibilidade.” (VAN ACKER, 1963, p.5)

SARTRE afirmava que “Subjetivismo quer dizer, por um lado, escolha do sujeito individual por si próprio; e por outro impossibilidade para o homem de superar a subjetividade humana. (...) Quando dizemos que o homem se escolhe a si, queremos dizer que cada um de nós se escolhe a si próprio; mas com isso queremos também dizer que, ao escolher-se a si próprio, ele escolhe todos os homens. Com efeito, não há dos nossos atos um sequer que ao criar o homem que desejamos ser, não crie ao mesmo tempo o valor do que escolhemos, porque nunca podemos escolher o mal o que escolhemos é sempre o bem, e nada pode ser bom para nós sem que o seja para todos.” (SARTRE & FERREIRA, 1964, p.218-219)

VAN DEN BERG diz que “a solidão é o fator essencial da psiquiatria. Se a solidão nunca ocorresse na existência humana, poder-se-ia admitir que os distúrbios psiquiátricos seriam desconhecidos, com exceção de algumas doenças causadas por defeitos anatômicos do

cérebro.” (VAN DEN BERG, 1963, p.104) O afastamento das pessoas, o fato de não poder ser compreendido, o mundo de percepções e idéias que não são compartilháveis, tudo isso é a própria doença mental. A ligação com o próprio corpo e com os objetos está ligada à relação com as outras pessoas. Na falta de relações, o paciente psiquiátrico cria seu próprio mundo - “Mesmo a pessoa mentalmente sã que fica completamente isolada, dentro de pouco começa a ter alucinações. Mais cedo ou mais tarde, a pessoa isolada tem seus próprios objetos.” (p.106) Essa afirmação de Van Den Berg encontra apoio nos estudos sobre privação sensorial (KAPLAN & SADOCK, 1973b; KOLB,1973b; MAYER-GROSS, 1972).

VAN DUSEN, num relato de terapia de um esquizofrênico, faz algumas observações bastante interessantes:

“Não existe algo como espontaneidade numa existência como essa. A espontaneidade sempre leva à experiência sensorial, que é uma derrota para o seu propósito geral.”

“Quando o ouvinte fica confuso, o rosto de Jack se ilumina. Ele ganhou um ponto...Repetidamente, tenho a impressão que ele derrotou a mãe, o pai e os irmãos tornando-se doente mental.”

“Uma das piadas mais engraçadas que existe entre nós consiste no seu viver às custas do estado.”

“Com o seu comportamento, ele passivamente derrota qualquer um (...) Por um lado, sente-se que Jack está numa armadilha. Por outro lado, sente-se que Jack projetou a armadilha e ela se fecha também sobre nós. Nós não ligamos pra ele?” (VAN DUSEN, 1961, pp.137 e 143)

JUNG (1907) , baseado em suas observações clínicas, afirma a existência de sentido e a possibilidade de compreensão do comportamento na demência precoce, contrariando a tendência predominante na psiquiatria da época. Percebe no comportamento do paciente um sentido dentro do seu referencial de realidade; afirma que o delírio tem um propósito - substituir a percepção habitual pela percepção de uma realidade mais prazerosa. Fala a respeito da diminuição da atenção na demência precoce, na mania e no devaneio, da qual “...decorrem, em princípio, a superficialidade das associações, os símbolos, estereotípias, perseverações, automatismo do comando, apatia, abulia, distúrbios na reprodução e negativismo...” (JUNG, 1907, p.13) Aponta a diferença entre os casos de demência precoce e outros de comprometimento orgânico comprovado: “O estado de um paciente que sofre de paralisia geral não melhora nem piora quando se lhe alteram as condições psicológicas. Em clínicas

mal administradas, esses casos tampouco sofrem um agravamento significativo. No entanto, os casos de demência precoce pioram sensivelmente quando as circunstâncias externas são desfavoráveis.” (JUNG, 1911, p.203)

Refere-se a uma experiência feita por Stransky com sujeitos normais (publicado no Wien. med. presse em 1905), na qual “...deviam falar sobre qualquer coisa, assim como lhes viesse à mente, durante um minuto diante de um fonógrafo. Para tanto, não deveriam prestar atenção no que era dito. Como ponto de partida lhes era dada uma palavra-estímulo. (Na maior parte das experiências provocava-se uma distração externa). Essas experiências forneceram resultados bem interessantes: as seqüências de frases e palavras lembraram imediatamente o discurso (e também os textos escritos) na demência precoce.” (JUNG, 1907, pp.16 - 17) Observa que o “eu normal” não desaparece; que em dados momentos de mudança e durante doenças corporais graves esses psicóticos “passam subitamente a reagir de modo normal.” (JUNG, 1907, p.79) Observa também que esses pacientes podem revelar ter a memória dos acontecimentos ocorridos à sua volta, o que demonstra ainda haver curiosidade e “...a razão propriamente dita ainda subsiste, embora arrastada para algum canto, quando a mente se vê ocupada com idéias patológicas.” (JUNG, 1908, p.156) Refere-se ainda à riqueza de atividade do pensamento dos psicóticos, dizendo que aí habitualmente percebemos apenas destruição devido ao fato de partirmos de um referencial de realidade diferente; mesmo em casos em que parece haver uma “demência total”, percebe traços de “...uma vida psíquica obscura, bem distante da pobreza mental admitida na concepção ainda hoje predominante na psiquiatria.” (JUNG, 1908, p.161)

Quanto à evolução dos casos, Jung comenta como esses pacientes reagem a mudanças e ao oferecimento de psicoterapia e terapia ocupacional. Por exemplo: “A maioria dos catatônicos totalmente degenerados desapareceu por completo apenas porque lhe foi dada uma ocupação.” (JUNG, 1939, p.231) “Em relação aos efeitos manifestamente destrutivos e degenerativos da demência precoce, devo salientar que os piores casos de catatonia e demência são, muitas vezes, produtos da própria clínica, provocados pela influência psicológica do meio e nem sempre por um processo destrutivo que independe das circunstâncias externas. É um fato conhecido que os piores casos de catatonia se acham nas clínicas mal organizadas e superlotadas. Sabemos também que a remoção para uma enfermagem mais barulhenta ou desfavorável exerce, muitas vezes, uma influência prejudicial. O mesmo pode-se dizer em relação às medidas coercitivas e à inatividade forçada. Todas as condições que deixariam uma pessoa normal desesperada provocam no doente um efeito igualmente devastador.”(JUNG,

1911, p.200) Questiona os prognósticos negativistas, comentando como esses, por sua vez, vão afetar os terapeutas no sentido de desanimá-los e levá-los a desistir; comenta os bons resultados obtidos por pessoas que se envolvem intensamente no trabalho com esses psicóticos, independente dos métodos ou teorias. Colocações feitas em 1958 mostram sua opinião sobre o distúrbio fundamental da esquizofrenia: “Como pude observar, o paciente esquizofrênico se comporta em relação ao tratamento da mesma maneira que um neurótico. Possui os mesmos complexos, os mesmos insights e necessidades, mas não tem a mesma solidez de estrutura. (...) Sente-se ameaçado por um caos incontrolável de acontecimentos casuais. Encontra-se num solo movediço e muitas vezes sabe disso. Os perigos de sua situação aparecem nos sonhos drásticos de grandes catástrofes e apocalipses, etc. Ou então, o solo em que se encontra começa a tremer, as paredes se deslocam e desmoronam, a terra firme se liquefaz, uma tempestade o arrasta pelos ares, todos os parentes morrem, etc. Essas imagens descrevem um distúrbio fundamental da relação, ou seja, do rapport entre o doente e o mundo que o cerca, mostrando o isolamento que o ameaça.” (JUNG, 1958, p.247) Comenta também a importância da subjetividade na compreensão dos casos; ser apenas “objetivo” corresponderia a pensar apenas em termos de causalidade, o que ignoraria metade da questão - “A psique a cada momento é, por um lado, o resultado e a culminância de tudo que foi - como se vê do ponto de vista causal - e , por outro, é expressão do que está por vir.” (JUNG, 1908, p.167)

Para MORENO (1959), criador do Psicodrama, “Quando o desejo é intenso e as possibilidades de realização são reduzidas, o fantasma pode tomar um caráter alucinatório.” (p.337) O mundo psicótico tem um sentido que se procura reproduzir na dramatização com a criação de um “mundo auxiliar” pelos egos auxiliares. Para Moreno, o envolvimento dos terapeutas no mundo do paciente é importante e desejável; acredita que a evitação desse envolvimento não se deve a uma necessidade de objetividade mas a “...medo do amor ou do ódio direto, medo de uma agressão violenta do doente, assim como de sua própria disposição emocional para com esse doente.”(p.329) Moreno põe em discussão o desejo de “curar” o paciente. A meta dos tratamentos habituais é o retorno do paciente “...à sua condição física e mental anterior à doença. Não confiamos em uma verdadeira ‘transformação’ da personalidade. (...) Mas o fato surpreendente é o seguinte: o doente não quer separar-se de sua psicose, que para ele se tornou normal. Ela é resultado de tantos anos de trabalho criador, que é muito preciosa para ser abandonada.” (p.352) Ele acredita que se deve tentar criar meios

para "...reintegrar na cultura o nosso doente e suas normas de comportamento aberrante, como se tudo fosse compreensível e natural; de dar-lhes a possibilidade de se revelar em todos os campos da atividade criadora. (...) É possível que nossa 'mania' de conformismo seja responsável pelo preço enorme que temos de pagar para sustentar asilos de alienados." (p.352)

Laing, em "O eu dividido", retoma na primeira parte o ponto de vista fenomenológico para sua aproximação à psicose. Questionando o ponto de vista da Psiquiatria e da Psicanálise, coloca: "A objeção mais séria ao vocabulário técnico habitualmente utilizado para descrever os pacientes em psiquiatria é a de consistir de palavras que dividem o homem verbalmente de uma forma análoga às divisões existenciais que descrevemos aqui. Mas não podemos proporcionar uma explicação adequada dessa divisão existencial a menos que possamos partir do conceito de um todo unitário, conceito esse que não existe, nem pode ser expresso dentro do sistema lingüístico habitual da psiquiatria e da psicanálise." (LAING, 1960, p.19) Afirma que "A conduta do paciente é, de certa forma, uma função do comportamento do psiquiatra, no mesmo campo do comportamento." (p.30) Para ilustrar, transcreve anotações feitas cinquenta anos antes por Kraepelin, sobre a fala de um paciente esquizofrênico quando interrogado no meio de um grupo de alunos. Pela descrição que o próprio Kraepelin faz, é possível perceber o paciente como revoltado e ansioso pela situação de exame no grupo. No entanto, Kraepelin considera que o paciente não forneceu qualquer informação útil, que seu discurso consistiu apenas de uma série de frases desconexas.

Apoiando-se em elementos da teoria da percepção da Psicologia da Gestalt (cf. KOFFKA, 1935), afirma que a maneira como percebemos uma pessoa vai determinar como nos relacionaremos com ela; se, ao nos aproximarmos de uma pessoa, a percebermos como um organismo, sem levar em conta sua personalidade, a relação será muito diferente do que se a considerarmos (LAING, 1960; LAING, 1961,1969). "O próximo como pessoa é visto por mim como responsável, capaz de escolha, em suma, como um agente independente." (LAING, 1960, p.23)

Afirma que, se nos aproximamos do esquizofrênico percebendo-o como um ser humano, nossa percepção será completamente diferente do que se nos aproximarmos em busca de sinais e sintomas. Para compreender o paciente é preciso tentar enxergar as coisas do ponto de vista dele, usando "nossas próprias possibilidades psicóticas", sem abandonar nossa sanidade. Afirma concordar com Frieda Fromm-Reichmann na crença de que é possível uma relação útil médico-paciente com o esquizofrênico e que, quando isso não acontece, se deve à

dificuldade do médico, não à patologia do paciente. “O agente principal que se emprega para unir o paciente, para permitir que as peças se ajustem e formem um bloco coeso, é o amor do médico, um amor que reconhece todo o ser do paciente, e o aceita, incondicionalmente.” (LAING, 1960, p.182)

Em “A política da experiência”, Laing fala de uma fenomenologia social que se ocuparia da interexperiência - “Refere-se ao seu comportamento e ao meu comportamento como eu o experiencio e ao seu comportamento e ao meu comportamento como você o experiencia.” (LAING, 1967a, p.15)

Os antipsiquiatras, de um modo geral, também consideram a possibilidade de haver “famílias esquizofrenogênicas”, onde o paciente seria a resultante das relações correntes (BOSSEUR, 1974; COOPER, 1967; LAING, 1960; LAING, 1967b; LAING, 1961,1969).

Laing fala de um “campo social” onde as relações acontecem, do qual o comportamento e a experiência são função (LAING, 1967).

Ele considera que as pessoas “normais” têm uma forma estatisticamente predominante de alienação - uma “fantasia social”. O doente mental teria uma forma de alienação estranha à da maioria. Questiona se uma adaptação “a uma sociedade disfuncional” pode ser positiva (LAING, 1967a; LAING, 1961,1969).

Mesmo se algum fator genético predispuer a algum sintoma esquizofrênico, o diagnóstico é “um fato social”, uma “ocorrência política”, com todas as suas consequências para a pessoa diagnosticada - esse diagnóstico implica uma perda de “status” existencial e legal. Esse diagnóstico tem a ver com a maneira “como as pessoas exercem controle e poder umas sobre as outras”. (LAING, 1967a, p.91)

Ele acha possível que determinadas percepções psicóticas sejam distorções de uma compreensão parcial do sistema de fantasias sociais em que está inserido. (LAING, 1961,1969) Faz referência a um trabalho de E.M.LEMERT, de 1967, que “descreve quase a única série de ilusões paranóicas onde ‘os outros’ verdadeiros foram estudados. É sua opinião que de fato existe, muito mais do que em geral se supõe, uma espécie de conspiração ao redor de pessoas que se sentem vítimas de um complot. As atribuições contraditórias que ecoam em tais circunstâncias são na verdade muito complexas...” (LAING, 1961,1969, p.127) As “atribuições contraditórias” levariam a uma posição insustentável em que a pessoa se expressaria na forma de psicose. “Não existem emoções, instintos, ou personalidade ‘básicas’ fora do relacionamento de uma pessoa com este ou aquele contexto social”. (LAING, 1967a, p.74)

A questão da invalidação do psicótico é apontada tanto por Laing (LAING, 1961,1969) como por Cooper (COOPER, 1967) - "...quase todo ato, declaração e experiência da pessoa rotulada é, sistematicamente, classificado como inválido." (COOPER, 1967, p.10)

COOPER vê os psicóticos como mais uma minoria oprimida, excluída. Questiona a dita violência do psicótico, contrapondo-a à violência da Psiquiatria. Em relação à violência nos manicômios, considera-a em grande parte como reativa. Traz assim também à questão da psicose a discussão sobre o poder e as relações de dominação. Coloca-se no ponto de vista dialético, vendo o ser humano numa "unidade sintética movente de totalização-destotalização." (p.22)

COOPER considera que o psicótico "interiorizou uma restrição peculiar do seu campo de possibilidades, em virtude do que estas respostas psicóticas podem ser as reações mais razoáveis possíveis, até que o campo social mude, seja através de uma mudança na família, possível de ser provocada por intervenção externa, ou por meio de remoção do paciente identificado a um grupo social onde a consciência metacomunicativa constitua parte de uso geral do grupo." (p.63) Essa "remoção" não poderia ser o manicômio, onde considera que continua a rede de relações invalidantes iniciadas na família. "Tratamento...se refere a ajudar as pessoas a recuperar sua integridade, quando, em medida variada, foram desfeitas em pedaços." (p.138)

Os antipsiquiatras, da mesma forma que os teóricos da comunicação WATSLAWICK, BEAVIN & JACKSON (1973), afirmam que o comportamento do psicótico pode ser compreendido dentro de um contexto. (BOSSEUR, 1976; COOPER, 1967; LAING, 1963) WATSLAWICK, BEAVIN & JACKSON (1973, p.18) afirmam que "...um fenômeno permanece inexplicável enquanto o âmbito de observação não for suficientemente amplo para incluir o contexto em que o fenômeno ocorre. Quando não se apercebe das complexidades das relações entre um evento e a matriz em que ele acontece, entre um organismo e o seu meio, o observador ou depara-se com algo 'misterioso' ou é induzido a atribuir ao seu objeto de estudo certas propriedades que o objeto não possui." Eles também enfatizam que todo o comportamento é comunicação, não só a linguagem - e assim, é impossível não se comunicar; mesmo o psicótico mais retraído está, com sua postura, a comunicar sua negação. O indivíduo "doente" existe num contexto familiar que se insere num contexto social, num dado momento histórico e é percebido e diagnosticado por um profissional que existe num contexto... Esses

contextos podem ser vistos como sistemas (CALIL, 1987; TELLEGEN, 1984) que se interrelacionam de forma complexa e em constante mudança. Daí, para os antipsiquiatras e para as teorias sistêmicas de famílias, o indivíduo “doente” não pode ser abordado isoladamente - ele existe num sistema familiar onde qualquer alteração no comportamento de cada um afeta inevitavelmente todos os outros (BOSSEUR, 1974; CALIL, 1987; COOPER, 1967; LAING, 1963).

Os antipsiquiatras e as teorias sistêmicas de famílias se referem aos estudos de Bateson e a suas teorias sobre comunicação. Bateson estudou famílias que possuíam um membro diagnosticado como esquizofrênico. Definiu uma modalidade de comunicação que denominou de “duplo vínculo” onde, dentro do contexto de um relacionamento significativo como o de mãe e filho, os níveis de comunicação eram contraditórios, levando a um impasse: qual a mensagem a ser respondida? “Fruto de um contexto relacional ameaçador, confuso e imobilizante, levando o indivíduo constantemente a confundir o literal e o metafórico.” (CALIL, 1987) WATZLAVICK, BEAVIN & JACKSON (1973), continuadores dos estudos iniciados por Bateson, apontam analogias entre as diferentes possíveis respostas de uma pessoa colocada numa dupla-vinculação e os diferentes tipos de esquizofrenia. Como Bateson, eles defendem que se passe de um conceito da “esquizofrenia como uma doença misteriosa da mente do indivíduo” para a “esquizofrenia como um padrão específico de comunicação.” (p.193) “...os termos ‘sanidade’ e ‘insanidade’ perdem, praticamente, todo o seu significado como atributo dos indivíduos. Analogamente, toda a noção de ‘anormalidade’ torna-se muito discutível, dado ser geralmente aceito, hoje em dia, que a condição do paciente não é estática mas varia com a situação interpessoal, assim como com as inclinações pessoais do observador.” (p.42) WATZLAVICK, BEAVIN & JACKSON identificam nas mensagens uma “troca de definições entre o eu e o tu”. Quando uma pessoa fala, junto ao conteúdo de sua mensagem vai uma afirmação de si mesmo. Existem três formas de resposta possíveis. Na primeira, aceito a mensagem ao nível do conteúdo e ao nível da relação - é uma resposta de confirmação. Equivale a dizer: “Aceito a tua verdade e percebo que é assim que você se vê.” Este “...é, provavelmente, o maior fator que por si só assegura o desenvolvimento e a estabilidade mentais que se destacou, até esse momento, do nosso estudo de comunicação.” Na segunda, rejeito o conteúdo mas aceito a posição existencial da pessoa - “Não aceito a tua verdade mas percebo que é assim que você se vê.” É uma resposta de rejeição. Na terceira, não aceito o conteúdo nem a posição do outro: faço uma desconfirmação: “Isto é como eu vejo o que você disse e assim é como eu te vejo no mundo.” Só é levada em conta a minha

posição existencial. DIAS (1979) usa esses conceitos para embasar seu trabalho psicoterápico com psicóticos em delírio produtivo, em que faz uso apenas de mensagens de confirmação ou de rejeição, nunca de desconfirmação, para obter resultados terapêuticos. Essa teoria sugere uma aproximação às teorizações de Laing sobre a “insegurança ontológica” do esquizofrênico (LAING, 1963).

Se “um contexto relacional ameaçador, confuso e imobilizante” e mensagens de desconfirmação tipo “Isto é como eu vejo o que você disse e assim é como eu te vejo no mundo” de fato estiverem associados à ocorrência de comportamento psicótico, a instituição psiquiátrica tradicional, ao invés de promover um movimento em direção à “cura”, contribui para a manutenção do quadro. A primeira modalidade aparece de forma gritante no manicômio. A segunda permeia, até hoje, em todos os níveis de hierarquização dos serviços, a relação entre os profissionais psi e os pacientes na maioria dos casos. Ela é inseparável da visão do paciente como “doente mental”; pois se a “mente”, onde cada ser sabe de si, segundo a visão cartesiana, está avariada, então o psicótico nada sabe de si mesmo. E a Psiquiatria (do grego psyche: mente e iatreia: cura) sabe, já que está aí para curá-lo.

Assim, além da violência concreta que ocorre dentro dos manicômios e da violência moral que representa a negação dos direitos civis e políticos aos psicóticos, existe essa violência mais sutil exercida pela família, pela comunidade e pela instituição psiquiátrica que é a desconfirmação do psicótico. “Não resta dúvida de que uma tal situação levaria a perda do ‘eu’, que nada mais é do que uma tradução do termo ‘alienação’.” (WATZLAVICK, BEAVIN & JACKSON, 1973) Isso leva a pensar que não basta promover um desospitalização. É preciso uma mudança mais radical no sistema ao qual pertence o psicótico.

SZASZ (1974) é de opinião que os problemas tratados pela psiquiatria e a psicanálise estão atrelados a um modelo médico tradicional e restrito ao indivíduo, modelo que não pode dar conta da compreensão desses casos e que ignora a dimensão social. “Essa visão é compatível com o uso atual da psicanálise e da psiquiatria dinâmica como meios para obscurecer e disfarçar conflitos políticos e morais como se fossem meros problemas pessoais.” (p.21) Lembra que há “regras sociais” associadas ao valor que se atribui a dados quadros e os leva a serem classificados como doença - e essas regras “...não são estabelecidas por Deus, nem acontecem ‘naturalmente’. Em consequência, se todos os sistemas de classificação são criados pelas pessoas, é necessário que se esteja a par de quem criou as regras e com que propósito.” (p.46) Afirma que as teorias psiquiátricas e psicanalíticas “...desprezam, e até

mesmo negam, explicações do comportamento humano em termos de liberdade, escolha e responsabilidade.” (p.20) Percebe nos pacientes a vontade de manter dados sintomas e diz que a psiquiatria nega neles a possibilidade de escolha e a capacidade de fazer “um jogo”. “De um modo geral, essas pessoas personificam os papéis de desamparados, desesperados, fracos, e freqüentemente de doentes mentais - quando na realidade seus verdadeiros papéis dizem respeito a frustrações, infelicidades e perplexidades causadas por conflitos interpessoais, éticos e sociais.” (p.216) Chama a atenção para a existência de tratamentos diferentes, encaminhamentos diferentes nos Estados Unidos, conforme a classe social e a possibilidade econômica do paciente: os ricos fazem mais psicoterapia, os pobres recebem mais tratamentos físicos. Acredita que o ser humano tem uma necessidade muito grande de ter regras, para seguir e para rejeitar; “...essa disposição antitética é um caso particular muito especial da ambivalência humana, sendo a expressão mais geral dessa ambivalência a necessidade simultânea de solidão e companhia.” (p.143) Por outro lado, há uma falsidade: há regras específicas, “oficiais”, mas há um comportamento social diferente. Existe então um “mito social” de que se vive dentro dessas crenças éticas. Os doentes mentais seriam as pessoas que não conseguem conciliar essa contradição; para que não se revele como tal essa contradição, eles não podem ser compreendidos, então são denominados doentes. “O papel de doente mental, portanto, é freqüentemente imposto às pessoas contra sua vontade. Em suma, o papel do doente em psiquiatria é tipicamente definido por outros.” (p.167)

Foucault e Castel referem que o louco, enquanto “alienado”, é produto de um processo de exclusão que se deve a fatores sociais, políticos e econômicos e que tem suas raízes históricas precedendo o surgimento da psiquiatria. (cf. capítulo anterior). Basaglia e Goffman também são dessa opinião (BASAGLIA, 1968; CASTEL, 1978; FOUCAULT, 1964; GOFFMAN, 1961).

PAGÈS introduz nessa análise mais uma dimensão: a afetiva. Ele considera que em toda relação, em todo fenômeno grupal, está presente a angústia de separação. O mecanismo de alienação (de sentimentos, idéias, pessoas, grupos) resultaria da interação da defesa contra a angústia de separação (exclui-se o diferente) e de fatores econômicos, políticos, culturais. “A separação do econômico e do institucional, de um lado, do psicológico do outro, é um dos preconceitos científicos contra os quais nos insurgimos. Segundo cremos, seria mais proveitoso aproximar do que opor uma e outra linguagem explicativa. (...) é preciso não

somente constatar mas explicar ou pelo menos elucidar o fato da afetividade coletiva. É o problema da origem dos afetos coletivos, a que estão ligados dois problemas principais, o da determinação histórica do comportamento coletivo e o do papel representado pela relação de autoridade na afetividade coletiva. (...) Os críticos sociológicos nos avisam que será preciso admitir, na nossa teoria, uma dimensão institucional e sócio-econômica, e que devemos nos inclinar para os relacionamentos entre sentimentos coletivos e estruturas sociais.” (PAGÈS, 1975, pp.278 - 279)

Ele se refere também ao conflito entre a necessidade de expressão individual e o desejo de que o grupo exista, o desejo de viver coletivamente. O “eu” se constitui nessa dinâmica, em relação. “...o ser humano está em face dos outros em estado permanente de não-indiferença, de disponibilidade ou de receptividade. A indiferença, a não-disponibilidade aparentes, são máscaras. Supõem uma não-indiferença mais profunda. Porquanto somos ‘indiferentes’ a alguém a quem a nossa indiferença visa, e a quem foi certamente necessário que estivéssemos sensíveis, para que nos pudéssemos definir como indiferentes relativamente a ele... A indiferença é segunda e remete a uma sensibilidade que, ela sim, é primeira.”..... “Diremos também que o comportamento humano é fundamentalmente expressivo. Nunca é falho de sentido. Isso significa igualmente que ele é por natureza e sob todas as formas, apesar das aparências, comunicação e diálogo.” (ps.299-301)

GOFFMAN, ao estudar os manicômios, considera como atitudes de isolamento, de negativismo, podem ser reativas à situação de internação. “O eu pode surgir contra alguma coisa.” (GOFFMAN, 1961, p.258) Ele observa que quadros inicialmente descritos como bastante diferentes assumem características semelhantes após um período longo de internação. Fala de pacientes doentes da instituição- são invalidados na medida em que todo comportamento é considerado sinal de doença, não expressão. Não se levam em conta sentimentos, é como se essas pessoas fossem objetos, não seres semelhantes a nós. A distância das trocas sociais traz um “desculturamento” - é o afastamento das obrigações, dos acontecimentos do mundo “de fora”, trazendo cada vez mais a sensação de ser “diferente”. Ao sair do hospital o psicótico tem também de lidar com o estigma da internação, que o define como alienado.

A periculosidade do louco é questionada por BASAGLIA (1968), CASTEL (1978), FOUCAULT (1964) e GOFFMAN(1961). A violência nos estabelecimentos psiquiátricos é caracterizada por eles como a violência das instituições. FOUCAULT procura as raízes históricas desse preconceito na associação da imagem do louco com a “maldade” e o “erro

ético”. (p.215) NICÁCIO conta como esse conceito foi sendo questionado pela população na experiência da abertura do hospício de Santos, na medida em que os loucos passaram a se integrar à comunidade (NICÁCIO, 1994).

A questão da recuperação da cidadania é básica para a reforma psiquiátrica italiana (BASAGLIA, 1968; BASAGLIA, 1979; KINOSHITA, 1987; NICÁCIO, 1989; NICÁCIO, 1994; ROTELLI et al., 1986). No Brasil, o louco não tem garantidos seus direitos civis (relativos à liberdade individual) e políticos. Até hoje não tem direito de voto. A legislação o considera incapaz para “os atos da vida civil” e passível de interdição jurídica, passando a ser representado por pais ou tutores; não pode ser testemunha; é inimputável. O código penal de 1940 incorpora o conceito de periculosidade do louco e prevê a reclusão nos manicômios, casas de custódia e colônias agrícolas dos indivíduos considerados perigosos. Tudo isso configura a situação do louco como irresponsável perante a sociedade (MARSIGLIA, 1987).

PAGÈS acredita que “...uma mudança do cliente só é efetiva quando as relações de poder se modificam no interior do grupo-cliente, entre o grupo-cliente e o psicossociólogo. Essas modificações são possíveis em nossa opinião, quando se estabelece entre o cliente e o psicossociólogo um diálogo verdadeiro a respeito do poder.” (PAGÈS, 1975, p.473)

BASAGLIA (1968 e 1979), CASTEL (1978), FOUCAULT (1964 e 1971-1978), GOFFMAN (1961) e ROTELLI (1986 e 1988) discutem a questão do poder na instituição psiquiátrica. Eles consideram que a destituição do poder faz parte da produção do alienado.

FOUCAULT diz que no surgimento da psiquiatria atribui-se ao médico o lugar do saber, o lugar que lhe dá a posse e a produção da verdade sobre o louco, enquanto este é destituído de todo o saber e ocupa o lugar do dominado. “Direito transcrito em termos de competência exercendo-se sobre uma ignorância, de bom senso no acesso à realidade corrigindo erros (ilusões, alucinações, fantasmas), de normalidade se impondo à desordem e ao desvio...” (FOUCAULT, 1971-1978, p.127) No manicômio o paciente se transforma em objeto - ele é o último na hierarquia de poder e só pode ascender à medida em que se submete (GOFFMAN, 1961).

FOUCAULT propõe examinar como o poder de “repressão ou exclusão” ocorre partindo “de baixo” - “da família, da vizinhança, das células ou níveis mais elementares da sociedade (...) os médicos (...) e como estes mecanismos de poder, em dado momento, em uma conjuntura precisa e por meio de um determinado número de transformações começaram a se tornar economicamente vantajosos e politicamente úteis...” (FOUCAULT, 1971-1978, p.185)

MINAYO lembra que “Desde o início deste século...sociólogos e antropólogos aportaram uma contribuição muito importante ao demonstrar, através de estudos empíricos, o fato de que a doença, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência ‘orgânica’, ‘natural’, ‘objetiva’, mas estavam intimamente relacionadas com as características de cada sociedade. Isto é, revelaram que a doença é uma realidade construída e que o doente é um personagem social.” (MINAYO, 1992, p.175)

O conceito de saúde-doença ainda dominante é centrado no indivíduo. “A chamada à mudança de paradigma inclui uma redefinição mais totalizante do processo que leve em conta todos os aspectos que concernem ao corpo, à mente e ao meio ambiente.” (MINAYO, 1992, p.192 - 193)

BASAGLIA afirma que “Mesmo no caso em que é possível colocar em relação mútua o ‘distúrbio’ do comportamento e uma lesão (“doença” cerebral), essa lesão não é mais que um ponto intermediário em uma série de eventos precedentes que concorreram para causá-la, e em uma cadeia de acontecimentos ulteriores que determinaram o modo de reagir do indivíduo à sua inferioridade. O que não é mais possível sustentar é o caráter “natural” da doença e a possibilidade de uma relação direta de causa e efeito entre a mais ou menos hipotética disfunção cerebral e o modo como o “doente” consegue (ou não consegue) viver em sociedade. Na maioria dos casos, entretanto, a hipótese de uma lesão cerebral parece infundada, artificiosa e irrelevante, porquanto o distúrbio interpessoal só adquire sentido no âmbito daquela dinâmica social que progressivamente lhe deu forma, criando o seu doente, e subtraindo-lhe gradativamente a possibilidade de manter relações sociais.” (BASAGLIA, 1968, p.262)

A reforma psiquiátrica italiana baseia-se numa mudança do paradigma psiquiátrico. “Os psiquiatras inovadores italianos (Em Gorizia, nos anos sessenta, e depois em Trieste, nos anos setenta e atualmente) trabalham com a hipótese de que o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença”. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto ‘existência doente’.”

(ROTELLI et al., 1986, pp.27-28) É preciso desmontar e re-montar os elementos desse sistema, inclusive os profissionais psi. Não se busca mais a “solução-cura”. Sem excluir a possibilidade de haver fatores orgânicos envolvidos, busca-se uma modificação das formas de existência que a loucura assumiu, considerar a complexidade do objeto que havia sido deixado de lado... “O problema se tornará não a cura, mas a emancipação”. (ROTELLI, 1988, p.91) Baseia-se na transformação da relação de poder entre os loucos e as instituições. É feita a abertura do manicômio e busca-se a restituição da cidadania dos pacientes, a reapropriação da sua história, do seu processo vital dentro da sociedade. Nesse processo são mobilizados os “atores sociais envolvidos”- além dos pacientes, os profissionais e a comunidade. É um “projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente”. A afetividade na relação terapêutica passa a ser considerada fator essencial (ROTELLI et al., 1986, p.30).

Finalizando, é importante lembrar Pagès, quando aconselha “...mobilizar, numa situação de encontro com o cliente, os sentimentos escondidos nos mecanismos institucionais, e dessa forma tornar a dar vida às instituições (o que significa dissolvê-las em parte), facilitar a evolução de uma solidariedade inconsciente e gregária para uma cooperação verdadeira.” (PAGÈS, 1975, p.412)

ALGUMAS EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES ATUAIS, SOB O ENFOQUE PSICOSSOCIAL

No mundo

Na França, a psiquiatria de setor afirmou-se durante os anos setenta, favorecendo o atendimento extra-hospitalar e avaliando-se que atualmente cerca de 60% dos doentes mentais nunca chega a ser internada. Os tratamentos predominantes são os da psiquiatria biológica, da terapia familiar sistêmica e das terapias cognitivas. Existem, no entanto, locais alternativos, como residências comunitárias, baseadas na versão antipsiquiátrica francesa (BLÉANDONU, 1995).

A Clínica La Borde, criada em 1953, situa-se a quinze quilômetros de Blois, no centro-sul da França. É um espaço aberto, sem muros. Aí se pratica a psicoterapia institucional e se considera "...a prática a instância terapêutica por excelência no interior das instituições psiquiátricas." (GOLDBERG, 1994, p.66) Trabalha-se enfatizando o coletivo, as atividades do dia-a-dia e o ambiente, surgindo da sociabilidade inerente o terapêutico. Os pensionistas participam dos grupos, reuniões, ateliês, tarefas de rotina e passeios e recebem medicação; têm consultas e sessões de análise. La Borde admite pensionistas e freqüentadores em regime de hospital-dia.

Em Portugal, o atendimento em Saúde Mental é feito por departamentos. O departamento de Setúbal, próximo a Lisboa, tem sua sede no Centro de Saúde Mental de Setúbal. O projeto para essa região se iniciou nos anos setenta. O atendimento começa na triagem, feita por médicos generalistas nos Centros de Atenção Primária à saúde; os pacientes são então atendidos por equipes especializadas que dão cobertura nos centros. Se necessária internação, é feita nos hospitais regionais gerais e o acompanhamento feito pelas equipes de saúde mental. Existe também um hospital-dia e uma Unidade de Doentes de Evolução Prolongada. A unidade é aberta e consta de dormitórios, oficinas, setor agro-pastoril. O atendimento segue as mesmas diretrizes da Clínica La Borde, de psicoterapia institucional. Os

pacientes realizam atividades e participam de reuniões, inclusive das que dizem respeito à administração do local (GOLDBERG, 1994).

Na Itália, a reforma psiquiátrica teve um marco na promulgação da lei 180, em 1978, que proibiu novas internações e criação de novos hospitais, determinou a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos existentes e a criação de serviços na comunidade que se responsabilizassem pelo atendimento aos doentes mentais; aboliu o estatuto de periculosidade do doente mental e a tutela jurídica (GOLDBERG, 1994).

No processo de desinstitucionalização italiana “O problema se tornará não a cura, mas a emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas; outros diriam, o processo de singularização e ressingularização. Se a loucura é freqüentemente a forma mais caricatural de nosso ser replicante, essa caricatura é a caricatura de uma repetição; outras vezes, término de repetição, total exaustão de qualquer possibilidade de repetição. Em todo caso, é necessário imaginar que a única coisa sensata, possível, é a desinstitucionalização daquela cena, a invenção de um outro modo e a criação de oportunidades e de probabilidades para o ‘paciente’.” (ROTELLI, 1988)

O serviço mais desenvolvido e conhecido é o da cidade de Trieste. Com cerca de 269.000 habitantes, está dividida em sete setores, cada um com um centro de saúde mental que se responsabiliza por todas as ações de saúde mental de seu setor. Os centros funcionam vinte e quatro horas por dia, com o trabalho conjunto de equipes especializadas e de voluntários. Possui seis leitos para casos que precisam de atenção mais intensiva ou não conseguem permanecer em casa. Familiares são contatados e orientados. Usuários são atendidos, recebem medicação, desenvolvem atividades e participam de reuniões. Há programações culturais, esportivas e recreativas. Ações junto à comunidade contribuem para a inserção social dos usuários. O Pronto-Socorro psiquiátrico, no Hospital Geral de Trieste, dá retaguarda aos centros. Os usuários também freqüentam ateliês que funcionam no antigo hospital psiquiátrico e participam das diferentes cooperativas de trabalho. Há grupos-apartamento para pacientes que não têm moradia (GOLDBERG, 1994).

Um trabalho publicado por MEZZINA & VIDONI (1995) relata o resultado de um acompanhamento de quatro anos de trinta e nove pacientes, com crises severas e agudas, em um dos centros comunitários de saúde mental de Trieste. Comentam que o sistema utilizado permite que os usuários “...pass through the crisis with his historical and existential continuity

intact.”³ A avaliação mostra: “1) A generally good outcome of the initial crisis; 2) a low relapse rate; 3) a tendency toward a favourable long-term outcomes. In terms of practice, voluntary and compulsory hospitalization were avoided in favor of short-term day and night support in the CMHC. There were no suicides, no crimes, no drop-outs. Social adjustment remained unchanged.”⁴

Na Inglaterra, um estudo feito por JACKSON & BIRCHWOOD (1996) aponta que não há, necessariamente, deterioração e cronicidade nos casos de esquizofrenia, mesmo antes da grande difusão das drogas neurolépticas. Essa deterioração irreversível, defendida por Kraepelin há um século, é ainda definida no DSM-III-R; segundo os autores, embora tenha sido omitida no DSM-IV, ainda é uma crença bastante difundida. Referem-se a um acompanhamento de pacientes atendidos em três hospitais britânicos em 1956, feito por John Wing durante um período de cinco anos; quase metade teve um bom prognóstico, requerendo pouca ou nenhuma atenção especializada, e dois terços estavam empregados até o final desse prazo. (Observam ser uma fase de facilidade de emprego na Grã-Bretanha) Outros estudos mostram um terço dos pacientes sem sintomas no seguimento e outro terço vivendo sem necessidade de acompanhamento intensivo. Também há referências que demonstram a associação de fatores do ambiente (familiar e extra-familiar) no destino dos pacientes quanto menor o número de contatos, pior o prognóstico. Concluem que é possível que “...the psychosocial adjustment process after the first episode may be a major factor in influencing long-term outcome and a favourable course. This is something which biological treatments alone have been unable to do.”⁵

Na Escócia, uma pesquisa feita em quatro hospitais de Glasgow avaliou com os psiquiatras responsáveis a estimativa de reabilitação dos pacientes internados há longo tempo. (LIVINGSTONE & BRYSON, 1989) Calculou-se que cerca de um terço teria condições de voltar à vida na comunidade se houvesse facilidades para isso. O principal fator associado à baixa probabilidade de reabilitação foi o tempo de internação.

³“passem pela crise com sua continuidade histórica e existencial intacta.”

⁴“1)Um resultado da crise inicial geralmente bom;2)uma baixa taxa de recaída;3)uma tendência a resultados favoráveis a longo prazo. Em termos práticos, hospitalização voluntária e compulsória foram evitadas em favor de suporte de curto prazo no CSMC. Não houve suicídios nem crimes nem desistências. O ajustamento social permaneceu inalterado.”

⁵“...o processo de ajustamento psicossocial depois do primeiro episódio pode ser um fator importante no sentido de influenciar resultado a longo prazo e um curso favorável. Isto é algo que tratamentos unicamente biológicos não têm sido capazes de fazer.”

SHEPHERD (1995) defende o recurso que chama de “ala-em-uma-casa” para doentes com grande dificuldade em se reintegrar na comunidade. Seria um local que unisse as funções de um hospital psiquiátrico com a forma de uma casa comum. Seu ponto de vista sobre essa dificuldade de colocação de determinados pacientes é de que “...their difficulties arise from an interaction between certain patient characteristics and characteristics of the service system and the local environment (e.g. levels of unemployment, poverty, available housing, etc.) Thus, the difficulties in providing care may reveal as much about inadequate services (or unfavorable social conditions) in a given location, as they do about the intrinsic difficulties of managing particular types of clinical problem.”⁶ Cita estudo em que se avaliou que apenas um terço dos pacientes de um hospital psiquiátrico necessitava continuar internado por período não definido. Acredita que a ênfase no atendimento deva ser menos nos sintomas e mais no funcionamento do paciente, através de tarefas práticas e no desenvolvimento de habilidades para viver o dia-a-dia. Refere-se também a pesquisas cujos resultados são sugestivos da grande importância da atitude (verdadeiramente interessada, calorosa, não-crítica) dos contatos familiares e não-familiares do paciente para sua reintegração.

LLANDRICH & OBIOLS (1988), após seis anos de experiência na subdivisão de Psiquiatria do Hospital Clínico de Barcelona, Espanha, comentam e argumentam a favor do uso de psicoterapia de grupo para psicóticos. Baseados no relato de estudos controlados e em sua própria experiência, afirmam que a combinação de terapêutica medicamentosa e psicoterápica é mais eficaz que qualquer uma delas aplicada isoladamente - “L’ecletisme thérapeutique s’impose”.⁷

Na Iugoslávia, OPALIC (1989) realizou um estudo avaliando mudanças em pacientes psicóticos e neuróticos submetidos a terapia de grupo, comparando-os a um igual número de pacientes-controle que freqüentaram consultas psiquiátricas durante o mesmo período. Analisando os resultados dos testes aplicados antes e após os procedimentos, encontrou diferenças estatisticamente significantes mostrando mudanças em categorias existenciais como “liberdade”, “sexo” e “amor” entre os psicóticos; no caso tanto de psicóticos como de

⁶“...suas dificuldades surgem de uma interação entre certas características dos pacientes e características do sistema de serviço e o ambiente próximo (por exemplo, níveis de desemprego, pobreza, disponibilidade de habitação, etc.) Assim, as dificuldades em fornecer atenção podem revelar tanto sobre serviços inadequados (ou condições sociais desfavoráveis) em um dada localidade, quanto sobre as dificuldades intrínsecas do manejo de tipos particulares de problema clínico.”

⁷“O ecletismo terapêutico se impõe.”

neuróticos, encontrou mudanças quanto a “entendimento entre pessoas”. Ficou também demonstrado o efeito preventivo quanto ao reaparecimento de sintomas psicopatológicos nos psicóticos.

Na Suécia, HANSSON (1989) estudou a utilização da internação psiquiátrica num setor de saúde, comparando dados levantados antes e após quatro anos da implantação do atendimento setorizado. Houve pequena redução no número total de pacientes internados, mas houve redução em 20% no total de admissões e de 40% no número de dias no hospital. A taxa de hospitalização entre esquizofrênicos diminuiu. A porcentagem de readmissões diminuiu significativamente. A duração de estadia no hospital apenas não foi reduzida entre pacientes com diagnóstico de neurose ou desordem de personalidade.

Na Finlândia, SALOKANGAS, PALO-OJA, OJANEN & JALO (1991) estudaram uma amostra de 177 pacientes psicóticos em tratamento extra-hospitalar e concluíram que havia uma necessidade significativamente maior de cuidados do que efetivamente recebiam, que geralmente consistia em consultas nos Centros Comunitários de Saúde Mental. Seria necessário para os psicóticos mais comprometidos uma utilização maior de formas alternativas como hospital-dia, casas de reabilitação, centros de atendimento diário, atividades sociais programadas, terapia ocupacional, treinamento em tarefas domésticas, aconselhamento para familiares e psicoterapia. Os pacientes considerados mais necessitados eram jovens, com história recente de doença, com empobrecimento funcional, sendo que muitos bebiam bastante ou utilizavam drogas e sua atitude em relação ao atendimento psiquiátrico era negativa.

No Canadá, TRAINOR, MORREL-BELLAI, BALLANTYNE & BOYDELL (1993) realizaram um estudo para avaliar a disponibilidade de recursos de suporte na comunidade para pacientes psicóticos. Referem que a tendência das últimas três décadas, de diminuição da institucionalização, não foi acompanhada por desenvolvimento adequado de recursos que os abrigue na comunidade. Detectam uma distância entre os recursos oferecidos e as necessidades identificadas pelos pacientes em sua maioria. Os pacientes estudados costumam preferir lares abrigados às pensões protegidas, por terem maior autonomia. A maioria dos programas refere que os pacientes se responsabilizam por cozinhar, fazer compras e realizar as tarefas de casa.

Ainda no Canadá, um estudo realizado por MERCIER & KING (1994) identificou uma associação significativa entre um grau maior de autonomia (vida independente, recursos

financeiros suficientes, atividade de lazer, bom nível funcional) e a percepção de uma melhor qualidade de vida; também houve tal associação entre maiores taxas indicadoras de qualidade de vida e maior permanência na comunidade. Foram surpreendidos por não encontrarem uma associação entre utilização dos serviços de saúde mental e qualidade de vida e por haver uma forte associação negativa entre utilização dos serviços e permanência na comunidade. Acreditam que em alguns casos os serviços de acompanhamento facilitam a vida na comunidade, mas que participar deles encurta o caminho para uma internação.

MACCAY, RYAN & AMEY (1996) discutem o atendimento em psicoterapia de grupo para psicóticos, à luz da literatura e de sua própria experiência. Referem-se a uma revisão de quarenta estudos controlados, onde a psicoterapia de grupo para esquizofrênicos foi considerada mais efetiva que tratamento sem psicoterapia de grupo em 70% dos estudos, tratando-se de pacientes internados e em 80% dos estudos, tratando-se de pacientes não internados. Também se identificou que os melhores resultados foram obtidos com o uso de técnicas orientadas para interação e apoio, com foco no “aqui-e-agora”. Colocam a importância de um espaço onde se possa trabalhar o significado que os pacientes passam a atribuir à experiência da doença. Observam como a percepção do problema costuma levar a uma baixa auto-estima, o que está ligado ao estigma e rejeição que psicóticos e familiares adquirem na comunidade. Isso por sua vez costuma levar a uma desmoralização progressiva e a uma vida cada vez mais restrita, em que se sente isolamento e vergonha. O receio do estigma pode resultar em demora na procura de tratamento. A centralidade que o papel desviante pode assumir para o psicótico é chamada de “engolfamento”. Altos níveis de engolfamento em esquizofrenia são associados com altos graus de desesperança, depressão, baixa auto-estima, falta de eficiência e menor grau de ajustamento social.

As abordagens em grupo têm sido bastante utilizadas no atendimento aos psicóticos nos Estados Unidos. COHN (1988) aponta a importância de se estabelecer um clima de confiança no grupo, a fim de que o psicótico se sinta seguro para começar a recuperar partes do ego que foram projetadas fora. Nos pacientes fora do hospital as defesas precisam ser maiores, devido ao medo da desorganização pelas novas experiências. A interpretação para os pacientes de suas resistências os leva a perceber sua própria força.

PROFITA, CARREY & KLEIN (1989) relatam o acompanhamento de doze psicóticos com alto risco de recaída e reinternação, por quarenta e quatro meses, num processo grupal que incluiu psicoterapia e medicação. Como resultado, nenhum dos pacientes

foi hospitalizado nesse período e o padrão de funcionamento e a qualidade de vida melhorou consideravelmente para a maioria. Revendo vários estudos de atendimento grupal (exclusivamente psicoterápico, exclusivamente medicamentoso ou combinado), concluem que a forma mais eficaz é aquela que combina a maior gama de abordagens. Afirmam a importância de se manter um terapeuta constante ao qual os pacientes possam se vincular. Comentam a facilidade de se detectar os primeiros sinais de possível recaída, permitindo uma intervenção precoce.

BRIX (1989), baseado em sua experiência e em revisão de literatura, considera importante por parte do terapeuta uma flexibilidade e tolerância nos critérios de inclusão, tolerância quanto ao comportamento psicótico, flexibilidade na forma de intervenções, atitude de respeito e franqueza. Observa que, nos grupos de psicóticos, geralmente há solidariedade, coesão de grupo, clima de tolerância. Percebe, mesmo nos pacientes mais comprometidos, um pouco de sanidade mental, o que chama de um “núcleo racional”. “It is crucial that the patient feel respected. It is said that the patient will forgive the therapist’s error of the mind but is less likely to forgive errors of the heart.”⁸ (p.26)

THORNICROFT & BREakey (1991) falam do programa COSTAR (Community Support Treatment and Rehabilitation) em Baltimore; doentes mentais crônicos, freqüentando por mais de um ano o programa, embora não tendo melhora significativa em sintomas e funções cognitivas, evoluíram em relação a funções sociais, passando a ter cuidados próprios e a estabelecer uma rede de contatos positivos.

TAKAHASHI & WASHINGTON (1991) também referem bons resultados com psicoterapia de grupo para psicóticos, que reforçaria suas capacidades egóicas. “By identifying, universalizing, and understanding affects, patients experience containment by the group and feel ‘safe’. This fundamental experience of basic trust in the group become the basis for patients to develop more mature object relations, more ballanced affect distribution, and less severe superegos.”⁹ (p.94) Relatam que os pacientes se ajudam e vão ficando menos dependentes do terapeuta. Consideram proveitosa a presença de pacientes em diferentes estágios de tratamento. Observam que, com esse acompanhamento, ocorrem menos recaídas e de menor duração.

⁸“É crucial que o paciente se sinta respeitado. Dizem que o paciente perdoará o erro da mente do terapeuta mas é menos predisposto a perdoar erros do coração.”

⁹“Identificando, universalizando e entendendo afetos, os pacientes experimentam continência pelo grupo e sentem-se ‘seguros’. Esta experiência fundamental de confiança básica no grupo se torna a base para os pacientes desenvolver relações de objeto mais maduras, distribuição de afeto mais balanceada, e superegos menos severos.”

FRANKEL (1993), trabalhando no treinamento de coordenadores de grupos de psicóticos, avalia : “Understanding and utilizing countertransference responses of the training leader illuminate the unconscious aims of chronic patients to perpetuate their internal and interpersonal lives by their effect on the group leaders who work with them and on each other.”¹⁰ (p.172) Frankel refere experimentar no seu trabalho “...helplessness, frustration, futility, rejection, and profound ambivalence over whether anything can change. I have fantasies of revenge. I feel devalued and worthless. I want to quit.”¹¹(p.158) Considera que, através do mecanismo de identificação projetiva, os pacientes envolveriam os que trabalham com eles, despertando seus sentimentos mais primitivos e levando-os a contribuir para a cronicidade. “Fearing the repetition of these primitive aspects of our own embryonic development history contributes to the rejection of chronic mental patients and the bias about their untreatability.”¹² (p.162)

Segundo TUETH (1995), a saída dos esquizofrênicos estáveis dos hospitais públicos para a comunidade nos Estados Unidos não teve um bom resultado: os avanços em termos de psicofarmacologia não foram acompanhados por uma política de saúde mental que proporcionasse locais com eficiente tratamento diário e terapias de ressocialização. Como resultado, psicóticos são vítimas de crimes, são explorados em seus recursos financeiros, usam drogas. Para ele, os esquizofrênicos não estão melhor hoje do que no início do século XIX, nos Estados Unidos: desabrigados ou nas cadeias. Outros autores, pelo contrário, avaliam de forma positiva a tendência atual de tratamento extra-hospitalar. OKIN (1995) descreve um estudo longitudinal que examinou vários aspectos das vidas dos psicóticos crônicos logo antes da saída do hospital e após vários anos de estadia em pensões protegidas; mostra que 57% permanece nesses locais, 28% passou a ter vida independente, 16% voltou ao hospital. Houve melhora significativa em funções sociais e cognitivas e 94% declararam preferir a vida na comunidade.

¹⁰”Entender e utilizar respostas contratransferenciais do coordenador em treinamento iluminam os desejos inconscientes dos pacientes crônicos de perpetuar suas vidas interna e interpessoal pelo efeito nos coordenadores de grupo que trabalham com eles e em cada um dos outros.”

¹¹”...desesperança, frustração, futilidade, rejeição, e profunda ambivalência com relação a se alguma coisa possa mudar. Tenho fantasias de vingança. Sinto-me desvalorizado e inútil. Quero desistir.”

¹²”Temer a repetição desses aspectos primitivos de nossa própria história de desenvolvimento embrionário contribui para a rejeição dos pacientes mentais crônicos e o preconceito sobre sua intratabilidade.”

No Brasil

Em Brasília, D.F., o Instituto de Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 1987, vem nestes anos desenvolvendo um trabalho baseado na luta antimanicomial. Em 1993 começou a ser ampliado, passando a compreender o Centro de Estudos de Saúde Mental, o Núcleo de Reinserção Social, a Cooperativa Beneficente e Social de Saúde Mental e o Conselho Comunitário do ISM. Em 1988 foi criada a Associação dos Amigos da Saúde Mental. O ISM incluía em 1996 um hospital-dia, um ambulatório e um núcleo de reinserção social, sendo que os dois últimos estavam se fundindo para a criação de um CAPS. “A busca de uma verdadeira vida em sociedade, pautada pela Psiquiatria Democrática, apresenta-se hoje como o principal alvo ideológico da proposta de assistência norteadora do ISM, ressaltando a premência em sensibilizar, envolver e comprometer usuários, familiares e a comunidade neste desafio.” (COSTA, COSTA & SAMPAIO, 1996)

Em Niterói, R.J., funciona desde 1990 o Núcleo de Atenção Psicossocial do Hospital de Jurujuba, que até 1992 funcionava como um hospital-dia, de segunda a sexta-feira, e que pertence à Secretaria Municipal de Saúde de Niterói (CAVALCANTI, 1992). Não foram encontrados dados publicados mais atuais.

Em Angra dos Reis, R.J., em 1991, foi criada uma equipe de saúde mental para reorganizar o pronto-socorro do Hospital Geral, porta de entrada do atendimento psiquiátrico, onde ocorria quase 100% de encaminhamentos para internação, efetuada em hospitais de cidades distantes, o que favorecia permanências longas. Organizado um ambulatório e atendimento por equipes mínimas nas unidades de saúde (psicólogo e assistente social), assim como visitas domiciliares, as internações caíram para 14%. Posteriormente foi criado um hospital-dia. Foi criado o projeto “De volta para casa”, visando trazer os pacientes cronicamente internados de volta à comunidade, junto à qual foi feita uma ampla discussão sobre a questão da loucura. “Pois, seja qual for a atenção, é evidente que a forma mais cruel e eficaz de promover a doença mental é a exclusão social, quer pela falta de visão em um futuro melhor causado pela desqualificação estigmatizada do sujeito e pela inércia atada à marca de uma improdutividade forçada, quer pela ausência do contato afetivo que se produz com o afastamento dos amigos e familiares.” (FERREIRA, 1996, p.82)

Em Juiz de Fora, M.G., a reformulação do atendimento em saúde mental nos últimos anos resultou numa grande redução do número de leitos psiquiátricos e do tempo médio de internação. Em 1993 começou a funcionar o CAPS Juiz de Fora. Destinado a princípio aos psicóticos, hoje se ocupa também de oligofrênicos, epiléticos e neuróticos graves. “Em pouco tempo observou-se que o denominador comum àqueles pacientes era de certa maneira algo da ordem do social, danos sociais, perdas de habilidades sociais que os colocavam de forma idêntica perante a questão da exclusão. Não é mais a abordagem de estruturas ou a visada psiquiátrica, que quase sempre reduz o sujeito a uma súmula psicopatológica, o que exclusivamente sustentará esta prática (...) A questão da Autonomia do sujeito ganha relevância e passa a ser para a equipe um operador tão importante quanto os diagnósticos clínicos, sejam estruturais ou fenomenológicos.” (MARQUES, 1996, p.108) O CAPS oferece atendimentos individuais psicoterápicos, médicos, de triagem, assembléias, grupo de final de semana, grupo de medicação, grupo de psicomotricidade, oficinas de pintura, tecelagem, teatro e cozinha, visitas domiciliares, grupos de famílias, suporte concreto em necessidades do dia-a-dia.

Em Pernambuco foi aprovada a lei 11064/94, do deputado Humberto Costa, que “dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por recursos alternativos e regulamenta a internação voluntária.” Hospitais antigos, com grande população de crônicos, vêm desenvolvendo programas buscando reinserir pacientes na comunidade. Em Recife, o atendimento em saúde mental foi descentralizado com a criação de uma rede de centros de saúde que oferece serviços de saúde mental : atendimento ambulatorial, oficinas terapêuticas, trabalhos preventivos, psicoterapia institucional. O Centro Médico Psicopedagógico Infantil promove atendimento intensivo a crianças autistas e psicóticas (COUTO et al., 1996).

No Ceará, em 1996, havia cinco centros de atenção psicossocial, nas cidades de Iguatu, Canindé, Quixadá, Icó e Cascavel. Fortaleza vinha evitando aderir à reforma psiquiátrica, sendo o local de maior concentração de hospitais psiquiátricos do estado. Os CAPS estão articulados com os outros aparelhos do SUS. Nas cidades onde se localizam são levadas discussões e acontecem movimentos sociais relacionados à luta antimanicomial, buscando mudanças na legislação relacionada à questão e nas representações que a população tem da loucura. Dados fornecidos pelo CAPS de Quixadá mostram que, após o início de seu funcionamento, o encaminhamento para internação foi reduzido de dois por mês para um a

cada oito meses; o fornecimento de medicação psicotrópica na farmácia da Secretaria da Saúde caiu de 4500 comprimidos por mês para 1500 por mês (SAMPAIO & SANTOS, 1996).

Em Ribeirão Preto, S.P., está em funcionamento desde 1995 o Núcleo de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde da cidade. Realiza suas atividades no período diurno, oferecendo tratamento medicamentoso, terapia ocupacional, trabalho corporal, terapia com familiares. Utilizam a sede própria e equipamentos da comunidade, como o Horto, o Teatro de Arena e a Casa da Cultura, além de utilizarem também programas sócio-culturais e esportivos da rede pública (CREMESP, 1996).

Em São Paulo, S.P., o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Cerqueira permanece em atividade desde 1987, em contínuo processo de discussão e transformação. Nele trabalham psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e auxiliares, monitores de atividades, pessoal administrativo e serventes. São utilizados medicação, espaços para atividades verbais e não-verbais, assembléias, trabalho com familiares, visitas domiciliares. Há oficinas de teatro, escultura, objetos, escrita. Há palestras, filmes, festas e reuniões dirigidas a pacientes, familiares e outras pessoas interessadas. Há o Projeto Trabalho, em que os pacientes desenvolvem atividades de culinária, marcenaria e serviço de fotocópias. O centro auxilia os usuários na procura de moradia, solicitação de direitos previdenciários, documentação. Recebe estagiários das diversas áreas profissionais envolvidas (GOLDBERG, 1994).

Em Santos, S.P., segundo KINOSHITA (1996), o sistema de saúde mental compreende atualmente cinco núcleos de apoio psicossocial (NAPS), uma Unidade de Reabilitação Psicossocial, um lar abrigado, o Centro de Convivência Tam-Tam, uma retaguarda psiquiátrica ao Pronto Socorro Central e um núcleo de atenção a toxicodependentes. Os NAPS se responsabilizam pela demanda de saúde mental de sua região, com prioridade para os casos mais graves. “O atendimento é integral, objetivando a autonomia e ampliação da rede social dos usuários através de diversas ações: hospitalidade integral, hospitalidade diurna ou noturna, atendimento às situações de crise, ambulatório, atendimentos domiciliares, atendimentos grupais, intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial.” (p.48) Os familiares são atendidos em grupos ou separadamente. Os NAPS têm seis leitos cada. Funcionam ininterruptamente. “A inscrição da cidadania da pessoa com

sofrimento psíquico não se limita a uma declaração de direitos mas se efetiva no trabalho cotidiano, gradual e artesanal, de tecer as condições que possibilitem o 'viver fora' das instituições totais e o 'reentrar no mundo'." (NICÁCIO & KINKER, 1996, p.122)

Em Campinas, S.P., estão em funcionamento, desde 1993, dois centros de atenção psico-social (CAPS). Contando com psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e pessoal auxiliar, atendem em período integral a psicóticos, neuróticos graves e seus familiares. Trabalham com psicoterapia grupal e individual, terapia ocupacional, grupos de medicação, orientação familiar, visitas domiciliares. Organizam passeios na comunidade e promovem oficinas de trabalho tais como a de lavagem de carros, reciclagem de latas, costura, cozinha.

No espaço do antigo Hospital Cândido Ferreira, no distrito de Souza, funcionam atualmente uma enfermaria para casos agudos, um hospital-dia e o Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT), com as oficinas: culinária, artesanato, agrícola, e de trabalho com vidro. Além de tratamento medicamentoso, psicoterápico e terapia ocupacional, os pacientes dispõem de ateliês coordenados por artistas plásticos, participam de reuniões, passeios, atividades esportivas e festas. Permanece no local uma parte da antiga população de crônicos; com exceção dos casos de demência e/ou invalidez, esses pacientes permanecem num regime aberto e participam de um processo de reintegração à comunidade, sendo que alguns já foram transferidos para três lares abrigados em Souza, outros para uma pensão protegida na cidade de Campinas. O Hospital aceita estagiários de diversas áreas ligadas à saúde mental, vindos da UNICAMP e da PUC de Campinas.¹³

Numa parte dos centros de saúde de Campinas foram colocadas equipes mínimas de saúde mental - psiquiatra e psicólogo. Em 1998, a maioria está desfalcada, na falta de psiquiatras. Em alguns raros casos, os centros contam com terapeuta ocupacional ou assistente social. Os psiquiatras e psicólogos atendem à variada demanda por saúde mental. Em raros locais há uma programação dirigida especificamente ao trabalho com psicóticos; entre esses locais está o Centro de Saúde Jardim Aurélia.

Observação: Segundo KINOSHITA (1996), existem atualmente no Brasil mais de cento e trinta serviços do tipo NAPS e CAPS, espalhados por todo o país, desde o sertão do Ceará até o Rio Grande do Sul.

¹³Dados obtidos em entrevista com o Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, presidente do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, em março de 1998.

RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Centro de Saúde Jardim Aurélia, Campinas, dezembro de 1990: oportunidade de experimentar um modo diferente de atendimento a psicóticos, que tinha a ver com o momento histórico e político, com o meu momento, com o encontro com uma psicóloga, companheira de equipe, que possuía um ponto de vista parecido.

Planejamos iniciar um atendimento em grupos coordenados pelas duas, onde os pacientes tivessem oportunidade de se expressar, auto-determinar e trocar apoio e experiências, trabalhando-se os conteúdos emergentes com o auxílio de psicoterapia, fornecendo-se as informações disponíveis quando solicitadas e prescrevendo-se a medicação necessária no final da sessão.

Ao iniciar o atendimento no centro de saúde, não foi difícil pedir para que se sentassem em círculo, sem a mesa no meio, e começar a ouvi-los; a vontade existia há muito tempo. Estranho foi começar a percebê-los sensíveis, afetuosos, solidários e...sensatos!

Aos poucos eles foram chegando. Formamos o grupo I, o grupo II, o grupo III, com treze participantes em cada um. As sessões eram quinzenais, de aproximadamente uma hora e meia cada uma. Os três grupos eram permeáveis: conforme pacientes, seus familiares ou as coordenadoras achassem necessário, os membros de cada grupo podiam freqüentar as sessões dos outros dois grupos. Após cada sessão, geralmente fazíamos uma discussão entre as duas coordenadoras sobre o que havíamos observado.

Nossas anotações dos primeiros tempos refletem nossos próprios sentimentos: ansiedade, angústia, cansaço, culpa, entusiasmo, criatividade, medo... À medida que procurávamos estar conscientes de nós mesmas e dos sentimentos deles, o contato foi se estabelecendo. Partimos do pressuposto que sua afetividade estava presente e, quando nos demos conta, ela era evidente. Escondidos atrás de posturas e fisionomias, muitas delas inexpressivas no início, estavam lá esses humanos que pareciam antes tão esquisitos - estavam lá, com desconfiança, raiva, dor, desesperança... principalmente com MEDO de psiquiatra, de psicólogo, de enfermeiro, de internação, de eletrochoque, de sossega-leão, de ambulância, de polícia, de pronto-socorro, de família, de apanhar, de ser amarrado, impregnado, trancado, humilhado, de ser rejeitado, de estar tomando remédio misturado na comida... Sentiam-se desvalorizados, impotentes e sozinhos.

Fomos consolidando um vínculo. No começo, uma demanda por informações: remédio, eletrochoque, lobotomia, psicologia, luta antimanicomial... Discriminou-se loucura de violência. Afirmou-se o direito dos loucos e estabeleceu-se o limite entre esse direito e o direito dos “normais”. A questão do saber foi a mais difícil: qual era o nosso saber enquanto profissionais? - o dos livros; qual o deles? - o proveniente de serem os protagonistas da loucura...tivemos de compartilhar para poder avançar.

Outros funcionários do centro de saúde, assustados a princípio (“Ele saiu pra fumar e levou a pasta dele! Será que vai rasgar?”) começaram a se aproximar também. Nas reuniões, discutiram, participaram de trabalhos que objetivavam esclarecer questões ligadas à loucura; na cozinha, trocaram historinhas de loucos agressivos e assassinos, depois perguntas, depois descobertas. Assim, os loucos começaram a ser “do posto”, não só “da Mental”, a procurar funcionários e a circular pelo centro de saúde quando ansiosos.

As famílias também vieram, receosas a princípio, para se queixar. Depois algumas perceberam melhoras e isso nos estimulou. Nas reuniões de famílias trocaram experiências, questionaram atitudes suas e dos parentes, se modificaram. Organizamos sessões de cinema na sala de reuniões; loucos e familiares assistiram e discutiram, juntos, “filmes de louco.”

Estimulados pela psicóloga, começaram a fazer uma horta nos fundos do centro de saúde. A partir dessa experiência, reivindicaram terapia ocupacional. Em resposta a essa mobilização, a administração cedeu uma terapeuta ocupacional em tempo parcial (oito horas por semana).

Os psicóticos continuavam a chegar, em número menor. A administração concordou com a vinda de mais uma psiquiatra que logo formou o grupo IV.

A terapia ocupacional, carente de material, foi crescendo com a criatividade geral: atividades em conjunto, passeios, bazar de roupas e objetos usados, oficina de culinária, festas. As internações foram ficando cada vez mais raras: em setembro de 1993 computamos que no último ano não houvera nenhuma no grupo I, houvera uma no grupo II e duas no grupo III. Os loucos produziram, dançaram, riram, pintaram, tocaram, poetaram, filosofaram, confraternizaram, amaram... e alucinaram, deliraram, falaram sozinhos, quebraram um vaso de flor e um cesto de lixo. Nós os vimos pedir atenção, exprimir vivências delirantes e contar suas alucinações, brigar por seu direito a ter “visões” e a se sentirem importantes por isso - e nos assustamos, nos irritamos, sentimos inveja, admiração... no contato, a percepção limitada aos quadros clínicos foi abrindo espaço para a percepção de pessoas com comportamentos compreensíveis, dotados de intencionalidade e emoção. Essa percepção mostrou mais

elementos, possibilitou uma ampliação da fronteira de contato com os já conhecidos e também com os que começavam a ser atendidos. Daí surgiu a idéia de que um estudo que descrevesse esse contato e o que nele se percebia pudesse contribuir em alguma medida para a compreensão da psicose.

*“Às vezes, sonhando, percebo que a
realidade existe.”(I.G.,psicótica)*

OBJETIVOS

1- Estudar as vivências prevalentes em três grupos de psicóticos em processo de psicoterapia grupal no Centro de Saúde Jardim Aurélia de Campinas.

2- Procurar discutir as categorias estabelecidas a partir desse estudo (sexualidade, solidão, “vozes”, sentimento de desvalorização, internação, trabalho, “loucura”, atendimento à doença mental, uso de medicação, religião, dependência e liberdade, contato), levando em conta os contextos social e institucional da loucura.*

* conforme o delineado nas referências da introdução desta tese.

MÉTODO

A ESCOLHA DO MÉTODO

A escolha do método acompanha principalmente a eleição dos objetivos. Ele é próprio das Ciências Humanas, é chamado de método qualitativo e, mais especificamente, se conforma ao que Arruda e Carvalho referem como “método clínico” - origina-se na prática clínica; nela ocorre; seus procedimentos “são ditados pelas próprias atividades clínico-assistenciais e pelas bases teóricas fundamentadoras e decorrentes desta prática”; busca “compreensão, conexão de sentidos e elaboração de conhecimentos” (ARRUDA, 1991); permite uma aproximação maior à subjetividade das interrelações humanas (CARVALHO, 1992).

Respeitando-se o ponto de vista sistêmico, explicitado na Introdução, optou-se por um trabalho focalizado na fronteira construída entre o psíquico e o social, como um recorte metodológico. Assim, nesta pesquisa, o método clínico veio a se aproximar ao que Pagès refere como a metodologia de pesquisa da psicologia social, no prefácio para “A vida afetiva dos grupos”: “Que espécie de ‘pesquisa’ é essa, que não é nem uma observação, já que o pesquisador provoca a mudança do objeto que estuda, nem tampouco uma experimentação, pois a mudança visada e os meios empregados para atingi-la não são previamente definidos num plano experimental rigoroso? Que espécie de ‘pesquisador’ é esse, que se empenha numa ação de mudança, pondo profundamente em jogo seus valores e fins pessoais, interrogando a realidade social com todo seu ser, tentando modificá-la, debatendo-se com os ‘sujeitos’ da sua pesquisa, numa ação freqüentemente improvisada, para esclarecer confusas emoções individuais e coletivas, entre as quais se inserem as suas? Ou, então, será realmente possível basear uma metodologia de pesquisa no envolvimento pessoal do pesquisador, na cooperação com “o” ou “os” grupos que constituem o objeto de pesquisa, na experiência dos sentimentos e emoções, vividas pelo pesquisador? (...) esses métodos tendem para uma teoria e uma metodologia unificadas de mudança social, que rompem as antigas compartimentações entre as disciplinas, principalmente entre a psicologia e a sociologia, mas também a separação entre a pesquisa e a prática, bem como entre diferentes setores da prática, entre a psicoterapia, a

sensibilização, a mudança organizacional e, amanhã, talvez, a mudança política”. (PAGÈS, 1975, pp.13 - 14)

MINAYO (1992) afirma que o objeto da pesquisa social, mais especificamente no campo da Saúde, “...se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que cobra de forma imediata o problema da intervenção. Neste sentido, ele requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense constantemente.” (p.13)

MARTINS & BICUDO (1989) apontam que sempre haverá transformação do objeto quando se trata de observar “conceituações e emoções humanas”. Eles comparam as aproximações da Psicologia às da Física Moderna - trabalha-se “com a incerteza”- “Na física atômica, as observações não podem mais ser objetivadas de uma maneira tão simples; isto é, não é possível referi-las a algo que se verifica objetivamente ou de modo descritível no espaço e tempo. Resta acrescentar que a ciência da natureza não lida com a própria natureza, mas de fato com a ciência da natureza, tal como o homem a considera e descreve.”(HEISEMBERG et al., 1969) Em Psicologia é impossível se identificar um objeto “puro”, pré-observacional, na medida em que se trabalha com sistemas vivos, em constante movimento e transformação. Nas ciências humanas, também a percepção do observado é especialmente influenciada por sua pré-conceituação a respeito do que vai ser estudado. As características que vão ser observadas “estão relacionadas ao local, momento, ao modo e ao por que foram medidas. A medida obtida depende, em grande parte, dos valores daquele que mede.” (MARTINS & BICUDO, 1989)

A questão dos valores do observador como inerentes à escolha do objeto e do método de pesquisa é também apontada por MINAYO (1992), por SEVERINO (1986), por SELTIZ et al. (1975), por PAM (1990). Em relação à percepção do doente mental fora do contexto de pesquisa essa questão é referida por BASAGLIA (1968), LAING (1960), COOPER (1967), ROTELLI & DE RISIO (1967). Em relação à percepção do comportamento humano sob qualquer perspectiva, é apontada por SARTRE (1964) e por KOFFKA (1935). SELTIZ et al. (1975) assinalam a importância desse reconhecimento e de que o pesquisador possa estar atento ao onde e ao como os valores estão participando.

Segundo SEVERINO, “ a escolha do tema da pesquisa é um ato político.” (SEVERINO, 1986, p.187) ECO (1977) coloca como uma das regras para a escolha do tema de uma tese que ele “responda aos interesses do candidato (ligado tanto ao tipo de exame quanto às suas leituras, sua atitude política, cultural ou religiosa)”. É um ato político também no sentido de ser determinado por um leque de possibilidades atual - “Todo conhecimento, seja

ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios do saber (...) Não há saber neutro. Todo saber é político (...) porque todo saber tem sua gênese em relações de poder.” (MACHADO, 1984, p.XXI)

GILLI é de opinião que “...a própria pesquisa, qualquer pesquisa é uma expressão de poder...” O próprio papel do sociólogo é dado numa sociedade. O próprio sociólogo precisa se negar enquanto tal. “Para desvincular, como esperamos, pesquisa de poder, é preciso desenvolver pesquisas.” (GILLI, 1968, pp. 301 e 303)

Regina Carvalho cita BORDA que “sugere que se examine a Ciência Dominante e a Ciência Emergente, sendo Dominante aquela que é monopolizada pelos cientistas oficiais.” (CARVALHO, 1992) Borda considera que “...esta comunidade científica ocidental exerce uma nítida influência sobre a manutenção do status quo político e econômico que cerca o sistema industrial e capitalista dominante. (...) preferem lidar com objetos, dados e fatos congruentes com os objetivos do sistema capitalista, suprimindo ou eliminando outros objetivos, que, se se tornassem relevantes, ou mesmo se fossem repensados, mostrariam alternativas contraditórias, inconsistências e fraquezas inerentes ao sistema. Esses dados e objetos incongruentes do sistema apresentam, como outros, sua própria estrutura cognitiva, e podem possuir uma linguagem e sintaxe de expressão própria. (...) Como responde a outros interesses, esse conhecimento incongruente converge para um nível diferente de desenvolvimento e comunicação que identificaremos agora como a ciência ou a cultura ‘emergente’ ou ‘subversiva’.” (BORDA, 1985, pp.44-45)

Minayo, baseando-se em DEMO (1981), refere que, na pesquisa social, o objeto é histórico, possui consciência histórica e é essencialmente qualitativo ; há uma identidade entre o sujeito e o objeto; ela é “intrínseca e extrinsecamente ideológica (...) veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas e se submete e resiste aos limites dados pelos esquemas de dominação vigentes.” (MINAYO, 1992, p.20)

PAGÈS afirma que a crença de que possa existir uma separação entre a observação do psicossocial e a relação humana observador-pesquisados apóia-se “numa compartimentação psicológica interna do observador. Separação entre as motivações do homem particular, do cidadão e do pesquisador. Dissociação, como já vimos, da relação com o outro num conflito de dominação-submissão não reconhecido. Recusa das emoções e dos sentimentos próprios,

vividos no ato da pesquisa, a que se nega valor científico, e privilégio de uma observação comportamental objetiva, de que todo sentimento pessoal terá sido banido.” (p.440)

Dessa forma, num sentido geral, nenhuma observação deixa de ser participante. Mas, nas Ciências Humanas, na pesquisa qualitativa, a observação participante passa a ser uma escolha, na medida em que ela é considerada um lugar privilegiado para a compreensão dos fenômenos estudados, devido à possibilidade de se vivenciar aspectos da cultura estudada, ter um acesso maior às informações, participar da transformação em curso. É uma participação ativa, embora o pesquisador tenha seu papel diferenciado do grupo estudado, especialmente no caso do método clínico (ARRUDA, 1991; CARVALHO, 1992; FRAZÃO, 1983; MINAYO, 1992; SELTIZ et al., 1960).

SCHWARTZ & SCHWARTZ (1955) definem observação participante “...as a process in which the observer’s presence in a social situation is maintained for the purpose of scientific investigation. The observer is in a face-to-face relationship with the observed, and, by participating with them in their natural life setting, he gathers data. Thus, the observer is part of the context being observed, and he both modifies and is influenced by this context.”¹⁴

Na coleta dos dados para este trabalho, na observação participante, optou-se por realizar durante as sessões as anotações, seguindo a orientação de Seltiz et al. “Indiscutivelmente, o melhor momento para registro se localiza na duração do acontecimento. Disso resulta um mínimo de viés seletivo e de deformação pela memória.” (SELTIZ et al., 1960)

Optou-se por que uma das coordenadoras dos grupos fizesse as anotações e não se introduzisse outro observador, em respeito à situação terapêutica já em curso e no sentido de introduzir o mínimo de elementos novos. Os dados usados para contextualizar as falas (obtidos com as famílias e nos prontuários do Centro de Saúde) acompanharam a realidade vivida pelas coordenadoras na compreensão dos grupos.

O método qualitativo veio ao encontro da necessidade de compreensão dos psicóticos. Ele é o método mais indicado para estudar significados, relações interpessoais, emoções, e leva em conta a complexidade do objeto. De acordo com KOFFKA (1935), MARTINS & BICUDO (1989) e MINAYO (1992), a ciência tradicional, de orientação positivista, se baseia no método experimental e nas análises quantitativas e busca a generalização dos seus resultados. Foi nesses moldes que a ciência primeiramente foi fundada.

¹⁴ “...como um processo no qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto em observação, e ao mesmo tempo modifica e é influenciado por este contexto.”

Diferente em relação a esse modelo, a pesquisa qualitativa é questionada pelos positivistas. Mas a pesquisa não se pode restringir ao que é quantificável ou passível de experimentação, sob risco de se reduzir também a concepção da realidade. MANNHEIM afirma que: “Para Trabalhar nas Ciências Sociais é preciso participar do processo social, mas esta participação na luta do inconsciente coletivo de forma alguma significa que as pessoas dela participantes falsificam os fatos ou os vêem incorretamente. Na verdade, pelo contrário, a participação do contexto da vida social é um pressuposto para a compreensão da natureza interna deste contexto de vida. O tipo de participação do pensador determina como este irá formular seus problemas. A não - consideração dos elementos qualitativos e da contenção total da vontade não constitui objetividade, mas, ao invés disso, é a negação da qualidade essencial do objeto.”(MANNHEIM, 1960, p.73)

REZENDE (1987) faz uma discussão bastante interessante quanto à metodologia própria das ciências humanas. Ele esclarece porque ela é necessariamente diferente. “A cultura é negação da natureza em vista da humanização. É por isso que as ciências humanas significam um corte epistemológico em relação às ciências naturais. As ciências humanas não são naturais. Elas dizem “não” à natureza para introduzirem a cultura e a linguagem. Isto é para introduzirem o simbólico como lugar do homem.” REZENDE considera que o critério de cientificidade próprio das ciências humanas é a criticidade, porque “o fenômeno humano é polissêmico”. Assim, é um critério que depende do olhar do outro, do conflito das interpretações. No confronto, busca-se o consenso.

“Uma das implicações mais importantes dessa postura é que todo esforço para entender ou explicar sistematicamente algum fenômeno torna-se apreensível como um projeto que busca levar adiante o acesso perspectival do fenômeno.” (MARTINS & BICUDO, 1989)

Dentro do método escolhido, definiu-se um tipo de estudo que se aproxima ao que MARTINS & BICUDO chamam de “análise do fenômeno situado.” Ele tem seu ponto de partida na descrição dos fenômenos do ponto de vista dos sujeitos estudados, no caso, os psicóticos. Depois se procura trabalhar a essência do fenômeno individual através das descrições obtidas. Assim, abstém-se de delinear objetivos muito específicos - interroga-se o fenômeno (MARTINS & BICUDO, 1989). E, da mesma forma, embora parta de interrogações mais gerais, delineadas na Introdução e implícitas nos Objetivos, esta tese abstém-se de fazer hipóteses “a priori”. De acordo com Seltiz et al., um estudo que termina com hipóteses é tão científico quanto aquele que começa com hipóteses (SELTIZ et al., 1960),

Finalmente, em relação à possibilidade de representatividade dos resultados obtidos através dessa metodologia, buscaram-se as colocações de Minayo, que considera que, por serem todos os membros do mesmo grupo ou classe produtos de condições objetivas idênticas, pode-se, na análise da prática social, se efetuar uma universalização e, ao mesmo tempo, uma particularização, na medida em que eles se homogeneizam, distinguindo-se dos outros (MINAYO, 1992).

“É a constelação das diferentes informações individuais vivenciadas em comum por um grupo, que permite compor o quadro global das estruturas e das relações, onde o mais importante não é a soma dos elementos, mas a compreensão dos modelos culturais e da particularidade das determinações.” (MINAYO, 1992, p.113)

POPULAÇÃO ESTUDADA

Os psicóticos do estudo são usuários do Centro de Saúde Jardim Aurélia. Foram estudados três grupos de psicóticos, com treze pacientes cada um. O primeiro grupo começou a se formar em dezembro de 1990 e os outros dois foram formados durante o ano de 1991. Durante algum tempo eles compreenderam todos os psicóticos em atendimento no centro de saúde, com exceção daqueles com deficiência mental associada. Quando foram iniciadas as transições das sessões, havia começado a ser atendido o grupo IV, por outra psiquiatra. O espaço do grupo se propunha a servir para troca de apoio e experiências, para fornecer informações e para trabalhar os conteúdos emergentes com o uso de psicoterapia. No final da sessão eram fornecidas receitas das medicações necessárias, que geralmente eram retiradas na farmácia do próprio centro de saúde. As sessões eram realizadas quinzenalmente para cada grupo, podendo os pacientes participar de sessões dos outros grupos quando necessário. Eventualmente, durante o período estudado, participaram alguns psicóticos do grupo IV. As sessões eram coordenadas pela psicóloga do centro de saúde e pela autora. Os participantes tinham à sua disposição a terapia ocupacional, que incluía atividades ligadas principalmente a um bazar de roupas e objetos usados, e à oficina de culinária; além disso eram promovidos passeios e festas. Mensalmente havia sessões de filmes com temas relacionados à loucura, freqüentadas pelos psicóticos, familiares e amigos, com discussão posterior. Os familiares eram atendidos em reuniões quinzenais. Os pacientes freqüentavam os outros serviços do centro de saúde: clínica médica, ginecologia, odontologia.

Os três grupos eram formados por psicóticos crônicos, com um mínimo de cinco anos de história psiquiátrica, quase todos com diagnóstico de Esquizofrenia, dois com diagnóstico de Psicose maníaco-depressiva, um com Epilepsia associada a episódios psicóticos. Os pacientes chegavam encaminhados com diagnósticos, que foram revistos e confirmados em quase totalidade pela psiquiatra do centro de saúde. Todos usavam um ou mais tipos de medicação psicotrópica. Todos haviam sido internados pelo menos uma vez; a maioria havia tido diversas internações em hospital psiquiátrico. Apenas dois possuíam acesso a outro tipo de serviço de saúde (convênio médico). A grande maioria estava sendo acompanhada no Ambulatório de Saúde Mental de Campinas que foi fechado no final de 1990. Vinte eram aposentados por invalidez; um estava em licença pelo INSS; nove eram donas de casa (uma recebia pensão do ex-marido); três trabalhavam sem vínculo empregatício (uma doméstica, um técnico em eletrodomésticos, um pintor); um estava desempregado; cinco eram inativos e dependentes dos familiares. Dezesete eram do sexo masculino, vinte e dois do sexo feminino. Vinte e sete eram solteiros, cinco casados, cinco separados, dois viúvos. Todos eram alfabetizados, vários tinham feito o curso primário, poucos o curso colegial. Trinta e cinco eram da área de cobertura, quatro do Jardim Eulina. Cerca de 2/3 pareciam pertencer a uma classe média baixa, o restante à classe pobre. Sete eram evangélicos, uma era testemunha de Jeová, um era agnóstico, os outros eram católicos. As idades variavam entre vinte e um e sessenta e nove anos, sendo que havia uma concentração de 74,3% na faixa entre trinta e um e quarenta e nove anos. Cláudia (grupo I), Joana (grupo II) e Márcio (grupo II) eram irmãos; Emerson (grupo I) e Ângelo (grupo II) também.

O Centro de Saúde Jardim Aurélia se localiza na região sudoeste do município de Campinas, a cinco quilômetros do centro da cidade, na Vila Proost Souza.

A área de cobertura compreende: Jardim Aurélia, Vila Proost Souza, Jardim Magnólia, Chácara do Vovô, Jardim Pacaembu, Jardim São Bento, Jardim Miranda, Parque Beariz, Vila Aurocan, Vila Teixeira (parte), Vila IAPI, Bairro do Bonfim, Bairro do Castelo (parte), Jardim IV Centenário (parte), Jardim Bandeirantes, Vila Itália, Jardim Santa Vitória, Chácara Cneo, Vila Dias, Vila Ângela, Vila Manoel Ferreira, Jardim Licínia. (No atendimento à área de Saúde Mental foi incluído o Jardim Eulina, devido ao fato de seu centro de saúde não contar com equipe de saúde mental). A área de de cobertura é residencial e comercial. Há vários edifícios de médio porte. O comércio predomina no Bonfim e Vila Teixeira.

A estimativa de população da área de cobertura, baseada em dados de 1982, é de 45022 habitantes.

Agrupamentos habitacionais específicos: não existem favelas na área, havendo apenas três cortiços conhecidos. Há dois grandes conjuntos habitacionais.

Inserção da população economicamente ativa no mercado de trabalho: A população economicamente ativa desenvolve variadas atividades. São comerciários, professores, operários da indústria e construção civil, técnicos especializados, bancários, funcionários públicos, pequenos proprietários, notando-se uma composição social equivalente à classe média.

Não há processo migratório importante nessa área de cobertura, pois é um bairro de classe média com moradores antigos.

Saneamento básico: Toda a área de cobertura é servida por rede de água e esgotos e coleta de lixo, com exceção de um loteamento do Jardim São Bento e da Colônia do Targino na Vila Proost Souza.

Serviços de Saúde: Além de consultórios médicos e odontológicos particulares, só há o centro de saúde para arrendimento público.

Escolas: Há quatro de primeiro grau, duas de primeiro e segundo grau, cinco escolas de educação infantil, todas públicas.

Perfil do usuário:

Salário (em salários mínimos)

de 0 a 2	12,58%
de 3 a 4	32,45%
de 5 a 6	23,84%
de 7 a 8	11,25%
mais de 8	15,89%
ignora	3,97%

Escolaridade

Analfabetos	5,96%
Primeiro grau incompleto	68,21%
Primeiro grau completo	9,27%
Segundo grau incompleto	6,62%
Segundo grau completo	7,28%
Universitário	2,64%

Inserção no mercado de trabalho:

Operários	13,3%
Técnicos	6,6%
Domésticas	5,3%
Costureiras	2,6%
Secretários	2,0%
Auxiliar de enfermagem	2,0%
Professores	1,3%
Comerciários	0,7%
Aposentados	6,0%
Não inseridos	59,4%
Desempregados	0,7%

Situação Previdenciária:

INAMPS	67,10%
UNIMED	11,18%
IAMSPE	2,63%
Outros	11,84%
Não previdenciário	7,23%

Problemas da saúde mais comuns atendidos no Centro de Saúde (adultos): tabagismo, "neuroses", alcoolismo, lombalgias, epigastralgias.

Observação: Os dados acima foram retirados de documentos pertencentes ao Centro de Saúde Jardim Aurélia, fornecidos pela coordenação em dezembro de 1995 (CENTRO DE SAÚDE JARDIM AURÉLIA, 1989; CENTRO DE SAÚDE JARDIM AURÉLIA, 1995).

PROCEDIMENTOS

Foram utilizadas, para este trabalho, as transcrições das sessões dos três grupos, feitas sistematicamente durante o prazo de um ano, de julho de 1992 a julho de 1993. As transcrições foram feitas pela autora, na condição de observadora participante. Posteriormente foram recolhidos os dados de identificação e todos aqueles referentes ao atendimento na Saúde Mental que constavam no prontuário de atendimento dos pacientes no Centro de Saúde, desde sua matrícula. Foram também recolhidas anotações feitas pela autora e pela psicóloga nas reuniões de família, desde seu início até julho de 1993.

A seguir, procedeu-se à descrição e à análise das sessões em seu conteúdo, seguindo os objetivos e de acordo com o ponto de vista teórico delineado na introdução. Alguns dados constantes de prontuário ou recolhidos nas sessões de famílias foram utilizados na análise, na tentativa de se considerar o contexto dos pacientes.

Após as primeiras leituras do material, foram definidas categorias para análise, usando-se como critérios a maior frequência com que determinados temas eram abordados pelos grupos e, em dois aspectos, a identificação de elementos considerados relevantes de acordo com a experiência da autora no decorrer do atendimento aos grupos em questão.

Além da análise por categorias, foram analisadas em profundidade algumas sessões inteiras, escolhidas como mais significantes do ponto de vista da dinâmica ou do conteúdo.

RESULTADOS

Foram obtidas transcrições de sessenta sessões no período de um ano, o que corresponde a todas as sessões realizadas, com exceção das correspondentes às férias da observadora.

Foram estabelecidas as seguintes categorias que orientaram a análise:

Sexualidade

Solidão

“Vozes”

Sentimento de desvalorização

Internação

Trabalho

“Loucura”

Atendimento à doença mental

Uso de medicação

Religião

Dependência e liberdade

Contato

As dez primeiras correspondem aos temas abordados com maior frequência no decorrer desse ano. As duas últimas se referem a aspectos que esta autora considerou de importância durante sua experiência como terapeuta desses grupos.

Foram também consideradas como especialmente significativas e analisadas em sua totalidade as sessões transcritas a seguir.

Nas transcrições, os nomes verdadeiros dos pacientes foram substituídos. Os nomes das terapeutas, esta autora e a psicóloga do centro de saúde, Góia Coelho, foram substituídos, respectivamente, por T1 e T2 para facilitar a leitura.

Transcrição e análise da sessão de 23/07/1992- Grupo III

Presentes: José, Ilca, Tânia, Marilda, Irma, Renata, Rosa Maria e Ana Maria.

Marilda- “Faz frio, né?”

Ilca- “Estou tomando o Tryptanol, seis por dia, e não reajo. Não dá certo.”

T1- “O que vai mal?”

Ilca- “É a minha tia. Diz que quer morrer. Grita. Se faz de vítima.”

José- “O Tryptanol dá ânimo. Mas a farmácia não tem. O Ludiomil é fraco e caro. Imipramina pelo menos é mais barato e tem no posto.”

T1- “Por que será que o Tryptanol não faz efeito?”

Ilca- “Na outra vez o Tryptanol deu um empurrão.”

Rosa Maria- “Acho que deve fazer forçado.”

T1- “Você acha que ela deve usar a força dela?”

Rosa Maria- “É. Nenhum remédio ajuda a fazer serviço. Eu também não tenho vontade. Faço forçado.”

Ilca- “Eu tinha disposição, tinha ânimo. Agora estou numa fase difícil, delicada. Tem fofocas, ódio. Ouvi minha tia falar que eu era ‘ruim’ para outra pessoa.”

T1- “Você coloca tudo ‘fora’: no remédio e nas fofocas, coloca a força e a falta de força.”

Ilca- “Eu estou sem capacidade de reagir, de enfrentar a vida.”

T1- “Teve uma época em que tinha autoconfiança?”

Ilca- “Quando eu trabalhava. Fofocas tinha mas eu esquecia de tudo. Agora eu fico muito tempo dentro de casa. Venho aqui no posto em busca de um apoio. Fora isso, saio com dificuldade.”

Rosa Maria- “E pra passear? Não tem vontade?”

Ilca- “Não.”

Rosa Maria- “Saio forçado. Saio à noite, das seis e meia às nove.”

Tânia- “Vai para a igreja?”

Rosa Maria- “Vou. Vou quase toda noite.”

T1- “Que aconteceu no grupo que o grupo deprimiu?”

Renata- “Marilda não queria vir.”

Marilda- “Achava que você tinha me dado férias.”

T1- “Combinamos férias só da TO.”

Marilda- “Estou boa. Tenho disposição, tenho força, me dou bem com minha irmã. Venho e quero participar e quero falar mas explicar bem, como Ilca, José, discernir as palavras. Queria ser como a senhora.”

T1- “Você não valoriza muito o seu jeito.”

Marilda- “É. Há uns dez anos eu tinha sabedoria, tinha entendimento.”

Rosa Maria- “É o seu jeito.”

Marilda- “Precisa saber como agradar. Eu não quero ofender.”

T1- “Você acha que iria ofender...”

Marilda- “Tem uma coisa presa. A gente deve aproveitar o tempo aqui para falar. Hoje olhei meio brava pra Renata e a Ilca porque estava passando roupa quando elas chegaram lá. Quero me desculpar.”

Ilca- “Não percebi nada.”

Rosa Maria- “Você mora perto dela?”

Marilda (para Ilca) - “Vai lá em casa, tomar uma água, um café, um vinho...”

Tânia (brincando) - “Ilca está precisando de um vinho...”

Marilda- “Eu ia à congregação e parei. Cortei o cabelo porque estava ralo, caindo.”

Rosa Maria- “Você é batizada?”

Marilda- “Sou. (comenta que o pastor morreu) Uma vez quebrei o braço lá. Escorreguei na escada. (José fala com Ilca; T1 pede para ouvirem) Tenho medo de cortar o gesso. Quebrei a perna também. Estou contando isso só pra você.” (T1)

(T1 aponta que é para o grupo, todos estão ouvindo)

Hermenegilda- “Cortei o cabelo pra ver se dá força. Não saio de casa.”

T1- “As pessoas aqui, na maioria, não saem de casa.”

Marilda- “Eu andava bastante. Nunca tive namorado. Nunca saio sozinha. Namorava por carta, quando mocinha. Cortei o cabelo, é pecado.”

Rosa Maria- “Ela cortou o cabelo, está preocupada. Ela devia congrega.”

Marilda- “Minha irmã não deixa sair sozinha. Eu olhava só pra frente, não olhava pra lado nenhum. Não sei porque minha irmã não deixa. Minha irmã é viva; eu gosto dela; ela sabe discernir as palavras.”

T1- “Você está preocupada em não errar.”

Marilda- “É. A Rosa Maria também acha errado.”

Rosa Maria- “É errado cortar o cabelo. Está na Bíblia.”

T1- “E os outros, o que acham?”

(Ana Maria, Tânia e Ilca se entreolham. T1 insiste em que falem o que pensam).

Ilca- “Acho absurdo não cortar o cabelo. É de outra religião, eu respeito mas acho isso errado.”

Marilda- “Eu também respeito o católico.”

Rosa Maria- “O cabelo é o véu. É honroso. Não se pode pedir com a cabeça descoberta.”

Marilda- “Deus há de saber que não foi por maldade. A solução foi essa, o cabelo estava caindo.”

Ana Maria- “Acho que é uma Bíblia só. Mesmo eu sendo de outra religião uso a mesma Bíblia e acho que devia cortar mesmo.”

Marilda- “Gosto muito de bastante cabelo. É pecado ter inveja mas gostaria de ter bastante cabelo.”

T1- “É pecado ter inveja?”

Rosa Maria- “Mas nem foi inveja isso.”

T1- “O grupo não pode falar de inveja?”

(Silêncio)

Rosa Maria- “Está faltando aquela escurinha, é engraçada. (Explica quem é...é a Flávia do II). E o Ricardo não veio, ele distrai a gente. A hora não passa...”

T1- “Vocês reclamam porque o Ricardo fala mas agora querem que ele esteja aqui. Por que as pessoas não estão falando?”

Marilda- “Alguma coisa está impedindo.”

T1- “O que você acha que está impedindo?”

Marilda- “Às vezes tem algum sentimento.”

Rosa Maria- “A Ilca falou... está corada , a Ilca!”

Ilca- “É blush.”

T1- “E aí? Tem alguma coisa impedindo?”

José- “O Tryptanol está bom pra mim. Cortei a hera da casa...Minha ex-namorada vem hoje à tarde. Mas estou impotente. Ela dorme junto em casa porque tem pouca coberta. Aí fico sem tomar o remédio para ter relação mas é difícil, fico nervoso. Quero pôr no jornal um anúncio de eletricitista mas não tenho coragem.”

Rosa Maria- “Vai trabalhar registrado?”

José- “Não, sem registro. Esqueci como mexe com lâmpada, estou com medo de altura... Quando trabalho, ontem, por exemplo, foi com vontade. Mas falta Tryptanol na praça.”

T1- “Imipramina tem no posto.”

José- “Não tenho condição de comprar. Quando paro o remédio tenho condições de ter relação. E também, na verdade, não tenho mais aquele apetite. Tenho apetite pra comer. Imipramina dá gosto ruim na boca e o pé fica frio. Não tenho saído, respondendo à pergunta de antes.”

T1- “As pessoas aqui quase não saem de casa. Como está o contato de vocês com as pessoas?”

Rosa Maria- “É bom.” (expressão pouco convincente)

T1- “Tem um incômodo no encontrar pessoas?”

Ilca- “Existe sim.”

T1- “Tem um nome para esse incômodo?”

Ilca- “É insegurança. Pessoas que deixam de cumprimentar, por exemplo. A tia dizia coisas de mim pras pessoas.”

José- “A tia vem nas reuniões de família?”

Ilca- “Não, é difícil.”

José- “Vem de táxi.”

Ilca- “Vamos ver na próxima.”

José- “Se ela viesse, falaria mal de você e nós não íamos mais gostar de você?”

Ilca- “Tenho esse medo sim.”

(T1 fala do vínculo que Ilca tem com terapeutas e grupo e da insegurança que ela tem da força desse vínculo).

José- “Você se preocupa dela morrer?”

Ilca- “Insegurança de ficar só? Não, estou preparada. São as fofocas. Uma amiga minha se suicidou por causa de fofoca. Eu até queria um canto só meu.”

T1- “Você se suicidaria por fofoca?”

Ilca- “Sim. Eu tenho medo de viver. Estou frágil.”

T1- “Você sabe porque está frágil?”

Ilca- “Por causa dos acontecimentos, da minha tia.”

T1- “Não; acho que é porque você põe tudo fora, o que é seu. Você sentiria mais força se percebesse que você é muito exigente, muito cobradora, mesmo com você. Você vê muito as exigências dos outros e ainda põe neles as suas.”

(Uma funcionária interrompe a sessão perguntando a que horas vai terminar).

Rosa Maria- “A Júlia é a mais apressada para ir embora. Hoje ela não está aqui.”

T1- “Você quer ir embora?”

(Rosa Maria ri; T1 volta à Ilca)

T1- “Acho importante você assumir essa parte sua.”

José- “Só sem medicamento vou trabalhar...quando terminar o tratamento.”

T1- “Você pode começar antes de tirar os medicamentos?”

(Vou fazendo as receitas. José pergunta na saída se o tratamento dele vai demorar longo prazo, digo que sim. Diz que virá ao grupo da próxima quarta também. Aumento a medicação antidepressiva da Ilca. Ela diz que tem vontade de morrer. Arranjo um horário individual na segunda-feira e oriento a procurar PS no final da semana se tiver idéias de se matar mesmo. Marilda se despede com efusividade; parece preocupada em assegurar que gosta de mim. Ana Maria tem medicação modificada (retiro o Lítio), sendo explicado que não pode mantê-lo sem termos condição de controlar a dosagem no sangue. Faltaram: Ricardo - mãe veio pegar remédio; Nilsa; Abraão; Ronaldo; Júlia)

Ilca se queixa de que o antidepressivo não está ajudando. Está chateada por causa da tia doente que a aborrece; José e ela falam de efeitos da medicação. Rosa Maria não acredita que remédio ajude a fazer serviço. Ela “faz forçado”.

Aponto a tendência a colocar “fora” o poder.

O grupo troca idéias sobre o efeito do trabalho e dos passeios. (T1-“Teve uma época em que tinha auto-confiança?” Ilca- “Quando eu trabalhava...” Rosa Maria trabalha forçado e vai à igreja.)

Marilda não queria vir, Renata conta. Marilda quer “se explicar bem”. Se compara com outras pessoas e com ela mesma como era em outras épocas. (O valor está “fora”.) Fala de sua braveza e se desculpa. Passa a falar de religião e de culpa por ter transgredido: cortou o cabelo. Rosa Maria concorda que é pecado. Marilda valoriza sua irmã, que “sabe discernir as palavras”.

Outras pessoas do grupo procuram redimensionar a questão do corte do cabelo.

Marilda coloca a palavra “inveja”. (“É pecado ter inveja”) O grupo evita discutir a inveja. Marilda e eu tentamos retomar, o grupo novamente evita.

José fala de suas dificuldades, de medo, da medicação. (Prós e contras) Conta que não sai de casa.

Assinalo que quase ninguém no grupo “está saindo” e pergunto como está o contato. Falam de insegurança, de fofocas (gente que “fala mal”), de suicídio. Ilca, preocupada com “os

outros”, se impede e os responsabiliza por sua insegurança. Fala de seu medo de viver, de sua “fragilidade”.

Interpreto que a fragilidade tem a ver com esse mecanismo de colocar “fora”, Rosa Maria parece incomodada. É hora de terminar. Ofereço uma retaguarda para Ilca- uma sessão individual e aumento da medicação antidepressiva.

Como acontece freqüentemente, a tendência predominante entre os membros do grupo é colocar “fora” de si a responsabilidade pelo que se faz ou deixa de fazer, e negar seus sentimentos. A medicação (ou a falta dela) é responsabilizada e procurada como solução, o que coincide com o que, de acordo com sua história, lhes veio sendo oferecido pela instituição psiquiátrica: a medicalização dos conflitos. SZASZ (1974) discorre sobre isso, mostrando a associação com a ausência de liberdade, escolha e responsabilidade.

Fora do grupo, há referências a evitar contato com outras pessoas. No grupo, percebemos que se evita entrar em contato com determinados sentimentos - no caso, a inveja, a raiva... Fala-se em religião- há uma preocupação em “não pecar”- não transgredir, em se conformar com os preceitos da moral religiosa. Mesmo os que não concordam, pelo menos explicitamente, se baseiam em outra leitura da mesma bíblia (cf. fala da Ana Maria).

A própria formação religiosa exige dessas pessoas que se alienem de sua vontade, de seus impulsos. Não temos elementos para saber até que ponto essas pessoas procuram religiões que reforcem e justifiquem sua tendência a essa repressão, o que também é possível.

Alguns não podem “sair de casa”, embora o grupo valorize os “passeios”. Mas também existe, conforme sabemos pelas reuniões de famílias, que vários desses pacientes são proibidos ou desestimulados de sair desacompanhados. Considerando que “sair de casa” significa também entrar em contato, muitos parecem não consegui-lo porque teriam de “sair” de um modo que não permite que sejam “eles mesmos”. Têm de se conformar a uma imagem idealizada numa norma ou colocada em outra pessoa, objeto de inveja. A única saída é a transgressão, mas o medo e a culpa a acompanham.

O trabalho é valorizado por Ilca como propiciador de “segurança”- mas Ilca é aposentada por invalidez. Ela trabalha em casa, mas seu contato fica restrito àquele com a tia, descrita como velha, doente e dependente. A preocupação com as “fófocas”- em Ilca, a questão da tia que “fala que ela é ruim” - reflete a preocupação dela por se sentir fora do “modelo” de “ser boa”. É sempre uma vivência de “ser para os outros”.

Transcrição e análise da sessão de 02/09/1992- Grupo II

Joana pede atestado para revisão dos aposentados. José carlos pede atestado para o pai receber o pagamento. O filho da Olga aparece falando que a mãe está ouvindo vozes.

T1 pede uma rodada de nomes.

T2 comenta a questão dos atestados para revisão de aposentadoria.

Joana- “Meu cunhado foi lá e marcaram.” (Conta o que é preciso levar)

(T2 explica ao grupo a questão da revisão das aposentadorias)

Marta- “Meu marido tem sessenta anos, então não é chamado. É aposentado por invalidez.”

(Joana fala sobre idades)

Marta- “Até cinqüenta e cinco é que vai cair na pele. Se não tiver nada, vai tudo trabalhar. Tá tudo doente, como vai trabalhar?”

Sandra- “Tem gente mais doente que trabalha. Tem gente que está melhor e não trabalha.”

Vilmar- “Tem gente doente que trabalha.”

Joana- “Eu já vi.”

Sandra- “Tenho dois parentes, um casal, aposentados- estão melhor que eu.”

Nilsa- “Como é esse negócio de aposentar? A gente vivia doente e não podia trabalhar. Eu posso aposentar por invalidez?”

Laurice- “Pode.”

Nilsa- “Tenho doze anos de comércio e um pouco mais. Não consigo trabalhar de cabelereira. Tenho de dar andamento.”

Joana- “Tem de levar um atestado, carteira profissional, identidade, carnê... e marcar uma perícia.”

Nilsa- “Vou atrás. Trabalhar não dá.”

T1- “Não consegue trabalhar?”

Nilsa- “Quando não durmo dá tremedeira, não consigo cortar cabelo.”

T1- “Mas isso não é sempre.”

Nilsa- “Dá aquele nervoso por dentro.”

T1- “Perdeu a autoconfiança?”

Nilsa- “Tenho medo. Medo de errar.”

Olga- “Estou ouvindo muitas vozes.”

Joana- “Eu estou impaciente. Vozes não tenho. O Márcio não deixa cuidar dele. Fugiu, acharam lá perto da rodoviária. Alberto chamou, ele acompanhou. Estou sem sossego. Não durmo direito.”

Nilsa- “Não durmo bem. Acordo duas horas.”

Joana- “Estou preocupada com ele.”

Nilsa- “Vem tudo à noite.”

Joana- “Florinda fala que se o Márcio sair de casa não volta mais. Deu um nervoso. Fui ao estudo da Bíblia e não...”

Olga- “Aqui fico pior, inquieta.”

T1- “O que acontece?”

Olga- “Um pouco do Haldol e um pouco.....Está me castigando. Ouço cachorro falar.”

(Riem. Perguntam o que cachorro fala)

Olga- “Por trás da voz da pessoa parece que conversa com a gente.”

Nilsa- “Parece que ouço outras pessoas. Perco o sono porque durmo na hora da novela.”

T1- “Parece que todo mundo está mal; ninguém está bem?”

(Laura, Laurice, Sandra dizem que estão bem)

Joana- “Tenho confusão mental às vezes. Estes dias não consegui. Sinto medo por causa do Márcio. Dá aquele soco na cama. Começo a gritar de noite, variar, quero sair andando pela rua.”

T2- “O que você pede no grito?”

Joana- “Não lembro, a família é que conta.”

T1- “O que você acha que grita?”

Joana- “Dá aquele nervoso.”

(Confusão)

T2- “Se pudesse, o que faria?”

T1- “A gente está pipocando. Vamos avançar mais, um de cada vez.”

T2- “Um de cada vez.”

Joana- “Meu cunhado falou comigo. Eu salguei o arroz. Está começando a dar crise. Teve um ano.”

(Chega Glória)

Nilsa- “Acho que é o tempo.”

Marta- “É a lua.”

Joana- “É a doença.”

T1- “Tem uma angústia aí. O que está preso?”

Joana- “Queria chegar pra Jeová, na morte. A gente não tem possibilidade de chegar onde a gente quer, começar e terminar uma coisa. A doença não deixa. Queria gritar.”

Olga- “Eu estou igual.”

Joana- “A gente é barrado. A doença e a noite são do diabo. Faz uma ação, vem aquela perturbação.”

T2- “O que as vozes falam?”

Joana- “Começo a chorar. O mundo vai ficar assim. Dá aquele abafamento. Começo a coçar o ouvido. Não termino a oração. Aí acabou a noite.”

T2- “Não vai ter saída?”

Joana- “Fico desinquieta. Roupa pra lavar, Márcio pra cuidar. Comida pra fazer. Tenho de largar tudo, tomar banho de água gelada.”

T2- “Você fala que é doença mas quando você conta tudo que tem de fazer qualquer pessoa tem vontade de dar um grito. Deu vontade de representar isso.”

Olga- “Deu vontade de quebrar um prato. Ouvi xingar: “cadela, puta”. Isso machuca.”

Nilsa- “Eu também.”

Glória- “Não adianta. Essa noite não dormi quase nada. Parece que eu subi e voltei na cama. Fico quietinha. Estou meio aérea.”

Marta- “Acabou de escangalhar tudo. Todo mundo!”

Nilsa- “Parece que não deixa.”

Olga- “Às vezes é coisa boa. São pessoas ajudando a fazer as coisas. Lavar roupas, cozinhar. Deus orientando. Leva pro sucesso. O lado que amargura também orienta mas xinga junto. Isso machuca, dói. Às vezes fala: ‘Bem feito! ninguém mandou.’ ”

T1- “Você se lembra de antigamente, da infância?”

Olga- “Lembro de um pé de jabuticaba, com a barriga abaulada de jabuticaba.”

T2- “Tinha alguma coisa que dizia?”

Olga- “Eu chupava com gula. A primeira vez que ouvi vozes foi Deus que falou que ia me dar um filho- daí a três meses fiquei grávida. É uma voz com um pensamento.”

Nilsa- “Parece espírito.”

Joana- “Um pouco da mente.”

Nilsa- “Abro os olhos, daí a gente não dorme mais.”

Glória- “Parece que eu vi alguma coisa na minha frente. Não sei o quê. Parece que a perna espichou, encolheu. A mulher que dorme comigo disse que eu falei dormindo. Não sei se a pressão abaixou. Parece que o corpo está meio formigando.”

Olga- “Também tenho isso.”

Glória- “Parece que o corpo está formigando.”

Olga- “Tinha vozes a Glória.”

Glória- “Esta noite não aconteceu, mas eu tinha vozes.”

Nilsa- “Não bate claridade de sol, é tudo escuro. Queria que batesse o sol.”

Márcio- “A gente mofa.”

Joana- “Fala pra ele cortar a unha. Ele não deixa.”

T2- “Você também sente falta de mais luz?”

T1- “O que você quer, quando sai?”

Márcio- “Conversa.”

T1- “Você pensa que o Márcio também tem muita coisa guardada.”

T2- “ ‘Se eu falasse o que eu quero eu saía e conversava, raspava o cabelo...’ em casa os outros falam por você.”

T1- “O que você quer? Fazer de conta que é o filhinho da Joana pro resto da vida? Você entende?”

Márcio- “Entendo. Toma remedinho...”

T1- “Remédio não vai resolver.”

Marta- “É que nem criança.”

T2- “Ele não é uma criança. Parece mas não é.”

Márcio- “Tomo remedinho.”

T2- “Só o remedinho não vai adiantar. Que nem a Glória falou: “Eu me abraço.” Tem de se cuidar, fazer outras coisas.”

Glória- “Sai, conversa com os outros. Os outros dão orientação, conversam?”

Márcio- “Conversam. Toma um banhozinho?”

Glória- “Quando você sai tem colegas que conversam? O que falam?”

Márcio- “Muitas coisas.”

Glória- “Dão orientação?”

Nilsa- “Tem algum colega?”

Joana- “Em casa fica parado, não faz nada. Fuma...”

T1- “A situação está sufocando os dois.”

Joana- “Eu fico é preocupada.”

T2- “Nenhum dos dois está querendo essa vida.”

Márcio- “Eu tomo remédio.”

T2- “Só tomar remédio não adianta. O remédio não vai te tirar. Às vezes, Joana, parece que você acha que não muda. Eu estou vendo uma grande mudança. Todo mundo está acostumado a perguntar pra Joana. Está acostumado. Mas ele está mostrando que ele tem voz.”

Sandra- “Podem sair até juntos. Deixa o serviço. Serviço nunca se acaba.”

(Olga pergunta pra Joana se ele se alimenta.)

T1- “Fala pra ele.”

(Olga pergunta)

(Márcio ri e diz que sim, “a mãe cuida bem”. T2 e T1 falam que ele vê Joana como mãe mas ela também o vê como filho. Joana ri e fica muito vermelha.)

T1- “Filho também cresce...”

(Nilsa fala do seu filho, que reclama: “Já cresci”.)

Sandra- “Meu filho não me acompanha mais na igreja. (Márcio pega um cigarro da sacola da Joana e acende) Eu vou segurar ele?”

Joana- “Você não aconselha?”

Sandra- “Ele cresceu na Bíblia. Eu vou segurar ele? Eu não quero que ele fique triste. Vou segurar ele, amarrar ele? Ele fica triste.”

T2- “Se ele fica, fica uma vozinha nele...será que a festa está boa?”

Sandra- “Eu fico com ciúme mas eu deixo.”

Laura- “Minha filha sai. Não dá pra segurar.”

Sandra- “Não dá pra segurar- duas horas da manhã?”

T1- “Será que o Márcio volta? Você volta, Márcio?”

Márcio- “Eu não tenho um tostão.”

Nilsa- “Você já deu dinheiro?”

Joana- “Ele guarda. Outro dia ele foi ao bar e comprou um guaraná. Não sabe comprar.”

T1- “Mais alguma coisa?”

Nilsa- “Num ouvido sinto que nem um bichinho, no outro lado coça. Num é um gelado.”

Olga- “Eu também tenho.”

T1- “Enquanto as vozes estão aí, vamos aumentar o remédio.”

Flávia- “Quero aumentar a dose do Neozine. Deu tremedeira, azia, fiquei meio esquisita. Fiquei com medo porque estava assim, depois parou.”

T1- “Medo de ter recaída?”

Glória- “Quando a gente diminui dá mesmo isso, uma reação. Depois acostuma. Não tem problema.”

T2- “Um jeito melhor de lidar com o medo.”

(Glória insiste na saída no Neozine de 100. Acabo dando dois de 25)

Comparecem: Glória, Vilmar, Joana, Márcio, José Carlos, Romeu, Laura, Ângelo, Flávia, Sandra, Laurice, Marta; Olga(I), Nilsa(III). Faltam: Sônia.

No início, Joana e José Carlos pedem atestado de doença e tratamento. Joana vai levar para revisão das aposentadorias que o INSS está fazendo e José Carlos para que o pai possa receber o pagamento. O filho da Olga aparece falando que a mãe está ouvindo vozes.

É introduzida a questão da incapacidade e da dependência. Joana quer continuar dependente do INSS, José Carlos dependente do pai e o filho da Olga acha necessário falar pela mãe - trazer ele o assunto das vozes para a terapia dela.

Góia procura explicar para o grupo toda a questão da revisão das aposentadorias.

Joana conta que o cunhado foi marcar sua revisão e a do irmão.

O grupo começa a discutir doença e invalidez - são correspondentes?

Quem não está aposentado quer estar. Joana dá informações.

Márcio tenta ser independente - foge. Joana se queixa por cuidar dele mas não confia que possa ser independente.

Olga traz a questão das vozes, repetidamente - se queixa, é doente... Nilsa se identifica. Se colocam como sofredores, doentes dependentes.

Confiro como está o grupo - alguns “estão bem”.

Joana tem medo da liberdade de Márcio. Joana “se solta” - “grita, varia”, sai andando pela rua. Quando ela se solta, também se amedronta. O grupo começa a misturar os assuntos. Góia e eu tentamos manter o foco. Joana retoma.

O grupo tenta rotular, explicar com coisas “de fora”. Eu tento retomar.

Joana coloca que a doença não a deixa livre. Olga se identifica.

Joana se obriga - toma banho de água gelada para tentar acabar com a “inquietação”.

Góia procura dar um significado para a vivência de Joana. Outros do grupo começam a se identificar com a vontade de se exprimir livremente.

Olga traz um conflito - na dependência recebe também “coisas boas”. Ela só recebe, só incorpora? Busco uma ligação com a sua história. Olga traz um episódio “de gula” e associa com a voz de Deus avisando que ia ficar grávida.

O grupo se identifica com o sentimento de que há coisas que não deixam dormir. Há coisas que precisam da luz do sol, precisam sair. Márcio: “A gente mofa”. Ele se rebela. Ele quer conversa.

Góia o reconhece. Aponto o papel que ele ocupa. Márcio se torna “obediente” e dependente: “Toma remedinho”...

Afirmamos que é um nó de dependência dos dois, Joana e Márcio. Apontamos a possibilidade de mudança - “Filho também cresce”.

O grupo fala de medo pelos dependentes, de ciúme que faz prender. Márcio fala da dependência financeira. Joana procura justificar.

No fechamento da sessão, queixas. Entro com remédio. (Medo meu?) Flávia se apega ao remédio; tem medo de ficar menos dependente do remédio.

Glória dá depoimento - tranquiliza. Góia reafirma. Faço um acordo com a dependência e medo da Flávia (E com o meu receio?) - dou uma dose intermediária entre a demanda e o que eu acho necessário.

Por toda a sessão parece perpassar o conflito entre liberdade, independência, “sair”, de um lado, e dependência e incorporar por outro lado. O grupo vai e vem nesse movimento. Ele vai se evidenciando nos relatos e na percepção do movimento familiar (filho da Olga que vai falar por ela), dos próprios membros do grupo (maneira como Joana cuida do Márcio, relatos de como foi difícil “soltar” filhos, maneira como Márcio se comporta com Joana e se refere a ela), das próprias terapeutas (explicação da revisão de aposentadoria pela Góia, oferecimento de medicação de minha parte). O medo de uma mudança no sentido de maior liberdade é perceptível nos dependentes e nos protetores. Parece haver algum avanço, reconhecível no acordo quanto à medicação da Flávia ocorrido no final da sessão.

A questão da dependência é ligada à do dinheiro sob diversas formas. José Carlos e Márcio são tutelados pela família. Os pais de José Carlos administram o dinheiro de sua aposentadoria, a família do Márcio, o seu; mesmo Joana o controla. Márcio foge, é

encontrado, os familiares têm medo de que não volte. Eu pergunto: “Será que o Márcio volta? Você volta, Márcio?” Márcio-“Eu não tenho um tostão”. Joana se queixa de que “ele não sabe comprar”- mas sabemos que há muitos anos ele não lida com dinheiro nenhum e a família não acredita que ele possa ser capaz; qualquer tentativa frustrada já serve para reforçar sua teoria de que ele é incapaz. Márcio começou a frequentar a TO e aí começou a fazer tarefas, a família não o trouxe mais. Joana se queixa mas parece precisar, para se sentir válida, da dependência do irmão. A relação de dependência se mantém com a participação de ambas as partes.

A aposentadoria por invalidez parece ser um faca de dois gumes: por um lado, supre algumas necessidades básicas, concretamente. Por outro, parece contribuir para o sentimento de incapacidade e uma acomodação na dependência, na medida em que é um atestado da sociedade de uma incapacidade total e definitiva do psicótico. Em muitas situações, os psicóticos evidenciam ter medo de perder esse pequeno ganho caso retomem algum tipo de atividade remunerada.

Aparece ainda a contradição das duas terapeutas: Góia fornecendo as explicações, eu oferecendo os remédios, ao mesmo tempo que procuramos questionar sua dependência e mostrar a possibilidade de independência. Nessa fase de transição de um tratamento psiquiátrico tradicional, centrado no manicômio, existe, concomitantemente ao desejo de mudança, a dúvida e o medo quanto à independência dos pacientes. Isso faz persistir a necessidade das terapeutas de protegê-los e poupá-los.

Transcrição e análise da sessão de 09/09/1992 - Grupo I

Presentes: Olga, Sônia, Cláudia, Lauro, Airton, Roberto, Ezequiel e Osvaldo. Sônia é do grupo II.

Osvaldo se desculpa por ter faltado. T1 dá avisos, inclusive sobre o início da oficina de cozinha, coordenada pela terapeuta ocupacional. T2 explica com detalhes.

Ezequiel- “E o bazar? Vai paralisar o bazar.”

T2- “Reveza o bazar com a cozinha.”

Olga- “E os utensílios pra cozinha?”

T2- “A gente arranja doações. Por exemplo, pro bazar a gente arranjou agora os cabides, tem muita coisa. O essencial pra começar já tem. As pessoas vão discutir como vão fazer no primeiro dia. Mais tarde vai dar até pra fazer outras oficinas.”

Ezequiel- “Uma coisa de cada lado.”

T2- “Pra todos os gostos.”

Olga- “Pra criança tem alguma coisa no posto?”

T2- “Aqui no posto tem trabalho com crianças também. A T1 atende os pais.”

Ezequiel- “E aí, vamos tirar o Collor de lá?”

Cláudia- “Coitado, não queria que ele saísse. Gosto dele.”

T2- “E por você, Ezequiel?”

Ezequiel- “Se ele controlasse um pouco, emprestasse mais dinheiro para controlar a fome... Tão todos contra ele. Mas quem vai ficar no lugar dele?”

Roberto- “Tem o vice.”

Ezequiel- “É pior... Ele tem de administrar melhor. Ele prometeu e não fez.”

T2- “Vestir os descamisados...”

Ezequiel- “O Brasil inteiro vai eleger prefeito.”

? - “Inteiro?”

Osvaldo- “Inteiro.”

Ezequiel- “Está faltando açúcar nele. Tem de ser mais amoroso. Tirou dinheiro dos aposentados, virou cruzado em cruzeiro. Pilotava avião, no começo todo mundo aplaudia, agora todos estão revoltados. Antes tinha controle no salário mínimo, subia salário. Agora congela salário.”

Olga- “Que adianta subir salário, se sobe mais os preços?”

Ezequiel- “Ele tem ministro pra fiscalizar. Que o ministro da economia não faz?”

Olga- “Sobe tudo. Cada um põe o preço que quer.”

Ezequiel- “Antes falsificavam o rótulo para subir o preço. Fazem agora o mesmo. Coloriu mesmo o Brasil.”

Olga- “Devia balancear o bom e o ruim.”

Ezequiel- “Agora todos revoltaram, no começo era melhor. É impeachment que fala?”

Oswaldo- “Impeachment.”

Olga- “Não sei porque não tem voz ativa. O congresso não controla.”

Cláudia- “Se não sai, matam ele.”

Ezequiel- “Aqui não matam não.”

Cláudia- “Já mataram.”

Ezequiel- “Isso muitos anos atrás.”

Olga- “Se a assembléia aprovar, deviam tirar uma idéia junto. A união faz a força.”

Ezequiel- “O diretor do DER dizia que pra normalizar o Brasil tem de começar do alicerce, das classes baixas, dar salário melhor. Pro leite e o pão. 520 não dá pra nada. Um pai de família como faz?”

?- “É. As coisas sobem dobrado.”

Ezequiel- “É. Tem ministro que administra a agricultura que dá arroz, batata. Eu me lembro do anúncio: ‘Plante que o governo garante.’ ”

Oswaldo, Olga- “O Sarney.”

Oswaldo- “O governo tem estoque de alimento.”

Ezequiel- “Tem tempo que jogavam cebola, alho, fora. Queimavam. Eu ia lá e pegava o que estava melhor. Só pra não dar pros pobres! Então vende mais barato! Faz como a gente aqui, vende roupa usada. O governo devia começar desse jeito, um ajuda o outro. A mulher dele também não fala nada...”

Oswaldo- “Ela está envolvida com a LBA.”

Ezequiel- “Gosto do Maluf. A mulher dele ajuda.”

Olga- “Deviam plantar mais.”

Ezequiel- “Tem terra pra plantar. O Brasil é imenso. Falar nisso, a gente tem uma hortinha...” T2- “Por que será que a gente não aproveita o espaço?”

Olga- “A gente compra rúcula, é fácil. É uma maravilha tão grande. Uma semente de laranja dá uma árvore. Uma árvore dá muitas sementes. Quando um pobre pode comprar isso?”

Ezequiel- “É, porque não dá o dinheiro pra um pai de família.”

T2- “Olga, Sônia e Oswaldo são pais. Como é?”

Osvaldo- “Lá em casa meu pai ajuda, minha irmã...Não estou trabalhando.”

Cláudia- “Ernestina não veio hoje.”

Olga- “Quem não come não trabalha direito. A cesta básica não dá. Não tem móveis, remédio, roupa... Só o preço do remédio... O serviço pesado requer energias. Com o estômago vazio, a pessoa fica tonta.”

Osvaldo- “Alimentação tem. Eles não vendem, não tem dinheiro pra comprar, eles jogam.”

Ezequiel- “Quem plantou tem direito a lucrar. Em casa tem abacate e manga. O moço que morava lá vendia pipoca e amendoim, vivia cheio do dinheiro. Plantava verdura, chicória. Fiz um canteirinho, a terra fracassa um pouco. Andei vendendo uns maços de almeirão.”

T2- “Por que não faz aqui?”

Ezequiel- “O rapaz do lado ficou com ciúme. ‘Por que não faz aqui?’ ele disse. Aí plantei lá, deu pra mim, deu pra ele...”

Olga- “Por que não faz? Não tem pessoas pra trabalhar, adquirir o alimento e vender?”

T2- “A idéia era isso. (fala das pessoas que vinham) Daí, pra uma vez por semana, não deu conta. O mato foi crescendo. A idéia era ter uma pessoa que cuidasse, como no NOT.”

T1- “Nas férias da T2 as pessoas abandonaram. Lá no NOT são os pacientes que trabalham...”

Ezequiel- “Tadeu está lá.”

T2- “Aqui pode vender também.”

Ezequiel- “E aquele senhor que você tinha falado?”

Olga- “Uma dona de casa não poderia. Teria de ser um homem?”

T1- “Acho que tem de ser decidido pelo grupo. Pode ser um coordenador de vocês mesmo que mude todo mês. Decide quem vem, quantas vezes . Depois o grupo decide o que fazer com o produto.”

T2- “Dizem que tinha uma fonte lá no fundo onde era a horta.”

Roberto- “Aqui onde é o posto tinha um terreno, eu vinha andar por aqui.”

T1- “Olha, esse lugar tem bons ares...”

(T2 conta do seu Durval, que antigamente fazia uma horta nos fundos. “Ele plantava e as coisas davam...”)

Ezequiel- “Lá em Souzas não tem uma pessoa? Aqui devia ter.”

T1,T2- “Devia mas não tem, eles não pagam.”

T2- “Os postos são diferentes. Em Souzas o povo ajuda muito também.”

Ezequiel- “Aí fica difícil. Mas basta a gente ter força de vontade. Me dá dó ver o que a gente tem aqui.”

Olga- “Eu tenho vontade mas penso- será que eu sou capaz? É falta de segurança. Precisa de uma pessoa que está disposta.”

T2- “O que a gente fala aqui é que vocês têm problema de ficar doente, internado. As pessoas acham que não dão conta mas conforme vai saindo vai voltando de novo. Vai investindo e dá certo: horta, brechó...quando vamos começar dá uma aflição mesmo. Por exemplo, quando começou o bazar era mais difícil, agora é mais fácil. Só começando pra ver do que é capaz. É um grupo. Dia que não está muito legal, o outro pega.”

Olga- “Eu mesma tive de tomar remédio porque estava pior.”

T2- “Te acho melhor.”

T1- “Eu também.”

Ezequiel- “Eu também acho. A Cláudia também está melhor.”

T2- “A Cláudia também.”

Olga- “Vou falar com meu filho. Eu posso entrar também. Estou estranhando me acharem melhor.”

T1- “Pra mim está melhor.”

T2- “Pra mim também.”

Cláudia- “Pra mim também. Já esteve internada?”

Olga- “Oito vezes.”

T2- “Se alguém está a fim, a gente pode encaminhar por um tempo pro NOT. (cita o caso de Valter) Se alguém fosse lá, ficava um mês, aprendia, vinha ensinar aqui. Lá ganha um pouco.”

(T1 explica como é o NOT)

Ezequiel- “Eu estive internado lá. Não tem mais hospital?”

(T2 e T1 citam os que existem na cidade)

Ezequiel- “Fiquei na Barão de Itapura e no Bierrembach. Não é que eu gostei mas quando estava acostumando, gordo... me deram alta.”

T1- “Acostuma, agora é mais difícil... trabalhar.”

Ezequiel- “É, mas tem o desemprego. Não sei como as pessoas estão vivendo.”

T1- “Se você for conhecer o NOT e estiver a fim, a gente encaminha.”

Ezequiel- “Tem dois de minha vila lá. E estão melhorando.”

T2- “Fazer coisas é bom demais...”

Olga- “Ontem não consegui cortar um vestido.”

(T2 dá idéia dela vir ao posto, com outras que sabem costurar) - “Isso é TO, é ir recuperando. Se não der, eu dou um jeito de sair dessa. Quando a gente está inseguro, a gente recupera.”

(T1 sugere que venha e traga seu material)

Olga- “De manhã tenho as compras, depois o almoço...”

T2- “Vem na quinta à tarde. Cada um sabe um pouco, dá uma força.”

Ezequiel- “Airton está rindo mas também costura.”

Airton- “Minha mãe sabe, eu não. O que eu fiz não saiu bom.”

Olga- “Na primeira vez que fui escrever na lousa saiu tudo torto... E como fica o problema das vozes? Meu filho fala que é invenção. Mas eu tento parar e não consigo. Sem eu perceber já estou fazendo de novo. Minha cunhada fala que é preocupação, esgotamento, minha irmã também. É teimosia? Como vou participar se essas vozes aparecem?”

T1- “Mas você não pode fazer nada?”

Olga- “Posso, mas quando elas me castigam não sai nada. Não consigo fazer a refeição.”

T2- “Justo o que alimenta.”

Olga- “As vozes falam...”

T1- “O que você acha que fez para merecer castigo?”

Olga- “Estou há vinte anos procurando mas não acho. Meu filho falou que não fiz nada de ruim. Queria me livrar delas.”

T1- “E você acha que alguém errou com você?”

Olga- “Tem hora que eu acho que sim, outras não. Tem mas não queria falar nisso.”

T1- “Será que não ajudava falar o que fizeram?”

Olga- “Foi um menino que me obrigou a ter relação sexual pra não botar meu pai fora da fazenda. Eu tinha seis-sete anos. Como me culpar? Eu era pequena.”

T1- “Ele era grande?”

Olga- “Ele era maior. (ela chora) Como ia por meu pai fora? Ele era filho do dono...”

T1- “Você deve ter ficado com muita raiva.”

Olga- “Como posso estar melhor se estou chorando?”

T2- “Não quer dizer que está pior.”

Olga- “Não me sinto com força. Se essas vozes fossem só acusação, jogava fora. Mas tem coisas boas, por exemplo, quando dizem: “Tenha calma.” Se eu rejeitar, estou vendida. Se fosse só coisa ruim... O que você acha?”

T1- “Eu acho que as vozes são suas.”

(Olga fica pensativa)

Cláudia- “Eu estou preocupada com uma zoada no ouvido. Às vezes até incomodam pra dormir.”

T1- “Quando você toma o remédio melhora, precisa tomar o remédio pra diminuir?”

Cláudia- “Não, às vezes as vozes vêm assim mesmo. Não é perigoso ficar louca, assim?”

(todos riem)

Cláudia- “Tem hora que não me conformo.”

Olga- “Eu também tenho. A gente não sabe se é da gente ou se vem de fora.”

Cláudia- “É eu mesmo, os outros de casa não ouvem.”

Olga- “Como posso abrir mão de ouvir: ‘Tenha calma!’ ”

T1- “Eu digo pra mim mesma: ‘Tenha calma.’ Você não pode dizer pra você?”

Olga- “Posso.”

(Cláudia e Lauro lembram de pedir atestados pro INPS)

T2- “Olga, às vezes uma criança precisa de companhia, ela cria uma companhia. Ela cria um personagem. Às vezes dá a sensação de que é uma coisa criada, amigo ou inimigo. Parece que quando você ficou doente isso servia... agora está servindo? Talvez você não precise mais dessas vozes.”

T1- “E agora você tem o grupo e a gente para falar.”

Ezequiel- “Eu também já ouvi vozes.”

T2- “Chega um momento em que não precisa mais.”

Ezequiel- “É uma força enorme delas.”

Olga- “É, uma força muito grande.”

T1- “Essa força é de vocês mesmos, vocês podem recuperar.”

Ezequiel- “A gente fica solitário. Se a gente fica sozinho fica só pondo minhoca na cabeça. Vejo gente perdido, conversando sozinho na rua. A gente não está assim mas vocês já viram. Que vocês acham que tem dentro deles?”

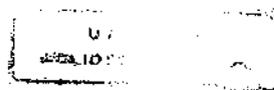
Olga- “Falando com eles mesmos.”

Ezequiel- “Chega até a atacar os outros.”

Osvaldo- “É verdade.”

Ezequiel- “Outro dia fui dar uma esmola para uma mulher, o cara achou ruim. Às vezes nem

é bom dar uma esmola. É melhor repartir o pão como fazemos aqui.”



Lauro- “Tem muita malandragem.”

A possibilidade da oficina de cozinha, coordenada pela TO, no contexto maior das atividades do posto de saúde destinadas aos psicóticos, é trazida pelas coordenadoras. Surge o medo: Ezequiel- “Vai paralisar o bazar?” Olga- “E os utensílios?” (mas nós temos recursos?) Góia fala em recursos - do contato com os “de fora”, doações da comunidade- e deles: vão discutir no primeiro dia e desse contato vão surgir idéias.

Ezequiel traz o assunto da mídia no momento: a perspectiva do “impeachment” do presidente. Vários se manifestam em relação ao tema, informados em maior ou menor grau; trocam informações e manifestam revolta pela situação econômica desfavorável e pelas promessas não cumpridas, pelos enganos, pela omissão - há um desejo de ação por parte do ministro, do congresso... Há o desejo de “jogar fora” o presidente, a possibilidade de destruir (Cláudia- “Se não sair, matam ele”) e a de modificação (Ezequiel- Se ele controlasse um pouco... Ele tem de administrar melhor...) Olga abre uma possibilidade de poder: “A união faz a força.” Ezequiel traz a idéia de começar pelos alicerces - “as classes baixas” às quais todos eles pertencem. E traz a idéia de que o governo proporcione subsídios para que eles mesmos possam plantar - o grupo percebe que há recursos e há desperdício - porque o lucro de alguns está sendo levado em conta e a necessidade das classes baixas não... Ezequiel apresenta alternativas nessa direção. O grupo está entusiasmado. Surge a crítica ao assistencialismo (Osvaldo: “Ela está envolvida com a LBA”). Falam como eles aproveitam o que tem de valor (mostrando com isso a sua capacidade de produzir, vender, trocar- o seu valor.) Quando Osvaldo responde à indagação da terapeuta sobre o dinheiro para a manutenção dos filhos (“não estou trabalhando, meu pai e minha irmã ajudam”) aparece uma fala evitadora de Cláudia (que também não está trabalhando e também se “encosta” bastante nas irmãs).

Aqui surge um comentário: Góia e eu conhecemos alguns familiares de Osvaldo e Cláudia e percebemos que, a par do “encostar” de Osvaldo e Cláudia, há figuras que, ao mesmo tempo que criticam a “preguiça” deles, fazem questão de tomar a si todos os encargos e se sentirem importantes e sobrecarregados.

Olga retoma o tema e parece tentar explicar o “não trabalhar” : falta de comida (não é o caso de Osvaldo e Cláudia). Osvaldo traz outra informação - fala do governo (“não vendem

porque não tem dinheiro pra comprar, eles jogam”) - aponta um círculo vicioso de desperdício. Ezequiel confirma a necessidade de receber pelo que se faz.

Góia introduz a imagem de um responsável por organizar; coloco a expectativa de que a responsabilidade possa ser dividida por todos. Góia, eu, Ezequiel e Roberto resgatamos um pouco da história da horta que ajuda a preparar a possibilidade (futuro) de uma nova horta.

Na falta do responsável “de fora” volta a discussão da responsabilidade ficar com eles. Surge a vontade e o medo (Olga: Tenho vontade mas penso: será que eu sou capaz?) Góia afirma a crença nessa capacidade que não é negada pelos momentos de incapacidade e aponta a força do grupo. Terapeutas, Ezequiel e Cláudia falamos de melhoras; Olga e Airton falam de dificuldades, (medo?) Olga traz a questão das vozes que interferem, castigam; fala em culpa, acaba com uma acusação, trazendo um episódio da sua história : “Como posso estar melhor, se estou chorando?”- choro é doença, é loucura? Resgatando a história de Olga no grupo, recordo uma sessão em que reclamaram, Olga inclusive, que qualquer atitude do psicótico, por ser psicótico, era invalidada pela família e pela comunidade, interpretada como sinal de “doença mental”. Olga também faz isso com ela mesma. Cabe colocar aqui a questão de que o preconceito quanto à falta de capacidade produtiva do psicótico que percebemos (e eles percebem) na comunidade, aparece nessa sessão também - como era de se esperar, está também neles mesmos , como membros que são dessa mesma comunidade. Na troca de idéias entre os indivíduos do grupo vai surgindo a possibilidade, atuada na atividade do bazar de coisas usadas, da revalorização dos psicóticos por eles mesmos e pelos membros da comunidade que os observam - familiares, conhecidos, funcionários e usuários do posto de saúde.

Olga fala que “não se sente com força”. Dúvida. Se apega às vozes (sinal da loucura com a qual justifica sua não-ação) e quer jogá-las fora. Cláudia também tem “vozes” e explicita, na brincadeira, a consciência de que é um “sinal de loucura” - todos compartilham rindo. Expressam o incômodo mas... “Como posso abrir mão de ouvir: tenha calma!” Insisto na possibilidade de que ela se responsabilize pela fala das “vozes”. Quando Olga fala: “posso”, Cláudia e Lauro interferem: querem atestados pro INPS (pra manter aposentadoria por invalidez...)

A par da insegurança, associada ao preconceito contra o psicótico quanto à sua incapacidade produtiva, existe uma situação econômica desfavorável. Cláudia e Lauro pertencem às “classes baixas” a que se referiu Ezequiel. Na doença encontram o auxílio por invalidez . Se deixam de ser (ou parecer) inválidos, perdem esse mínimo.

Apontamos questão da solidão e o elemento atual de contato, o grupo.

Olga e Ezequiel falam da força das vozes. Insisto na responsabilidade pelas vozes que, reintegradas, tornam essa força disponível. No final Ezequiel valoriza o contato do grupo e a troca em relação à dependência - “ Às vezes nem é bom dar uma esmola. É melhor repartir o pão como fazemos aqui.” E Lauro desmascara a dependência: “ Tem muita malandragem.”

Nos diversos níveis (paciente, grupo, país) aludidos nas falas, a temática discutida me parece ser a questão do encontro da força e da possibilidade de sua transformação em ação voltada para as necessidades. Durante a sessão percebo um movimento de vai e vem nessa direção. O grupo “vai” quando fala em união (e “vai” quando se une trabalhando o tema que é de interesse comum); o psicótico, saindo de sua solidão e discutindo com outras pessoas em situação semelhante, passa de uma perspectiva de onde percebe seu problema apenas como individual para outra onde esse problema pode ser observado e questionado em sua dimensão social.

A primeira fonte de força a ser descoberta é a da própria presença, que permite experimentar a troca de afeto e idéias, veiculadas pelas “vozes” do grupo. Surge a percepção de que “jogar fora” é desunir, é desperdiçar e as necessidades continuam insatisfeitas. Na sua análise da questão do “impeachment” do Collor, Ezequiel e Olga colocam sua percepção de que a questão não se resolve com a saída do presidente, é preciso uma transformação que envolve uma ação de controle por parte de outras instâncias - congresso, ministros, com mudança de enfoque nas ações e mudanças de atitude da população. O grupo “vai” quando sugere que se venda produtos que estão caros por preço acessível, atendendo à necessidade do comprador e possibilitando que o vendedor receba algo em troca de seu trabalho. O grupo “vem” quando quer jogar fora as “vozes”. Mas “é uma força enorme delas” (Olga e Ezequiel) e as “vozes” falam coisas boas, também. A própria Olga dizia no início da sessão que “É preciso balancear o bom e o ruim.”

O que transforma Olga em alienada não é a alucinação ou pseudoalucinação auditiva - é a tentativa que Olga (e a sociedade, através do manicômio) faz de alienar a ocorrência das vozes (diferente do “normal”) de sua existência e o seu conteúdo do seu “eu”. Quando Olga demonstra ressentimento ao invés de culpa e se emociona, abre caminho para perceber como ela mesma se apegue às vozes. Porque às vezes a história a qual Olga atribui um motivo é também um pretexto para sua não-ação, para que não se responsabilize. PERLS (1969a) fala que “...a palavra responsabilidade pode ser também habilidade de responder (response-

ability), de ter pensamentos, reações, emoções, numa determinada situação. Agora, esta responsabilidade, essa habilidade de ser o que é, se expressa através da palavra 'eu'."

Ao mesmo tempo, esse é um grupo de pessoas desperdiçadas. Elas foram "jogadas fora", de certo modo, na instituição psiquiátrica. Pertencendo às "classes baixas", desenvolveram uma força de trabalho pouco especializada, em sobra no mercado e tendo de enfrentar uma maior competição. Limitados em sua atividade em algum momento da vida, por menos produtivos foram considerados não produtivos. As dificuldades econômicas das famílias de origem provavelmente contribuíram para as internações, caminho mais curto para economizar com a ausência do "improdutivo". Dentro dos valores predominantes em nossa sociedade, têm valor apenas enquanto força produtiva; na medida em que não produzem, não têm valor. São inválidos.

Nessa sessão, o grupo afirma sua necessidade de troca, não de esmola. De ajuda, subsídios, não de assistencialismo. Afirma sua capacidade e a necessidade de receber em troca de sua produção (Ezequiel- "Quem plantou tem direito a lucrar") - paga que confirma a valorização pelo outro. E pede atestado - para continuar recebendo aposentadoria "por invalidez"...

O psicótico é invalidado também quando a comunidade passa a perceber todos os seus atos como destituídos de significado e a considerá-los como sinais de doença. Sem significados seus, perde o valor como pessoa e é considerado objeto, podendo ser manipulado para experiências ou usado para lotar leitos em hospitais privados.

Para as teorias sistêmicas de famílias, essa invalidação é necessária à manutenção do sistema em dado equilíbrio (CALIL, 1987). Para Cooper (COOPER, 1967) "...quase todo ato, declaração e experiência da pessoa rotulada é, sistematicamente, classificado como inválido, de acordo com certas regras do jogo estabelecidas por sua família e, mais tarde, por outros, nos seus esforços para produzir o vitalmente necessitado inválido-paciente."

Procurando transpor para outro nível a questão trabalhada pelo grupo, as indagações que ocorrem ao começar a ouvir os psicóticos são: até que ponto não está sendo "jogado fora" um saber que precisa ser integrado à própria sociedade? Até que ponto a sociedade perde a força ao tentar isolar a loucura no manicômio? A série de questões sociais que pode ser levantada a partir de uma única sessão sugere que está sendo alienada e invalidada uma "voz" que possui um saber com que trocar.

Transcrição e análise da sessão de 09/12/1992- Grupo II

Vilmar- “E a T2?”

(T1 explica a ausência da T2. Fala sobre a reunião de famílias.)

Flávia- “Minha mãe não pode vir.”

(T1 fala da festa do sábado e pede pro Valter explicar).

(Valter fala da festa e distribui convites)- “Quem puder traz um refrigerante; mulher traz salgadinho, o que puder trazer. Vai ter arrasta-pé também.”

Laura- “Não tenho certeza se venho. (Pra Marta) A senhora vem?”

(Marta diz que não sabe)

Laura (brincando)- “É muito longe. Só se a senhora for buscar. (Riem) O pessoal não gosta de festa?”

Vilmar- “Eu não gosto. Não venho.”

Flávia- “Será que vem décimo-terceiro?”

Valter- “Não.”

Marta- “Vão cortar dos aposentados. Até o presidente vai ter de passar na perícia.”

Flávia- “Tão bom fazer higiene mental. Andei, passei na feira...”

Valter- “Doutora Maria Helena vai ter grupo na semana que vem?”

Vilmar- “Às vezes não consigo dormir de noite. Aí tomo um haldol a mais.”

Marta- “E aquela mulher que dava tremor nas mãos?”

T1- “Não sei.”

Vilmar- “E aquela que machucou o dedo no hospital?”

T1- “É a Laurice. Ela tem vindo.”

(Laurice chega)

(Vilmar pede Haldol a mais)

T1- “Como é a falta de sono, Vilmar?”

Vilmar- “É uma vez por semana ou cada duas semanas.”

Flávia- “Quero voltar ao remédio verde.”

Vilmar- “Não tenho tomado mais café.”

T1- “O que está acontecendo?”

Vilmar- “Dizem que uma insônia por mês é normal, mas eu tenho mais que isso.”

Laura- “Eu tomo café, em meia hora estou dormindo.”

Laurice- “Eu também tomo café e durmo.”

(Chega Sônia)

T2- (Pro Vilmar) “Fica com a gente o ano inteiro. Na hora da festa não vem?”

Laura- “Não é que você fica pensando no café?”

Vilmar- “As pessoas têm organismo diferente.”

T1- “Desde quando começou a insônia?”

Vilmar- “Tirei o Semap mas acho que não é por isso.”

T1- “O que passa na sua cabeça?”

Vilmar- “Não é nada. Não sei se é porque fico mais agitado.”

T1- “Tirando a coisa do sono, tem mais alguma coisa?”

Vilmar- “Quando tomo o Akineton, me sinto meio atordoado. Quando passa o efeito colateral fico bom.”

Marta- “Tomo direto, não sinto nada.”

Laurice- “Pra mim também. Café não dá nada.”

Ângelo- “A injeção faz dormir legal.”

Marta- “Garapa de capim santo faz dormir.”

Vilmar- “Quero mais Haldol.”

Ângelo- “Punham Haldol na comida. Aí o pescoço entortava e me levavam pro Mário Gatti.”

Vilmar- “Começa a repuxar. Uma vez tive isso. Os músculos das costas começaram a repuxar. Os músculos da altura da boca repuxam. As juntas não dobravam. Também tomei Neozine e álcool. Neozine de cem - forte pra caramba.”

(Chegam Joana e Márcio)

T1- “O que o Vilmar pensa a respeito de não tomar o Semap?”

Vilmar- “Tudo que eu fazia era empurrado. Ia deitar o dia inteiro. Fiquei melhor.”

T1- “Tem hora em que fica com um pouco de medo de ter tirado o Semap?”

Vilmar- “Não tenho mais confusão mental.” (Conta de onde esteve internado)

Márcio- “Coitadinho. Toma um banhinho.”

T1- “Será que não é normal ter insônia?”

Vilmar- “É normal ter uma vez por mês.”

T1- “Algum motivo você tem. Quais os motivos possíveis?”

Emerson- “Preocupação.”

Joana- “Ele está pensativo por algum motivo. Eu sou assim.”

Vilmar- “Às vezes é que eu passo da hora de dormir. Fico acordado porque minha mãe não desliga a televisão. Às vezes ela não desliga. Não é sempre.”

T2- “Como é a casa?”

Marta- “Ele é pra frente, né?”

Vilmar- “Eu ligo o rádio pra abafar o som da televisão. Não gosto de ficar escutando barulho. Não é alto mas me atrapalha. Pessoa conversando também me atrapalha.”

T1- “Mesmo que seja baixinho?”

Vilmar- “Qualquer barulhinho me incomoda. Fico com todas as luzes apagadas, só o barulho do vento.”

T1- “Como está seu relacionamento com a sua mãe?”

Vilmar- “Às vezes a gente discute mas geralmente é bom. (Conta) Às vezes tem algum atrito de família. As crianças às vezes enchem o saco. Moram na frente. Deixam bicicleta no caminho. Tenho uns bichos, eu cuido. Às vezes eles me deixam atordoado. Não sei se é isso, também.”

T1- “Você não é fácil de conviver. Se irrita com movimento: em casa, no grupo, em festa.”

(Chega Glória)

Laura- “Passa o Fenegan pra ele.”

T1- “Vocês querem resolver tudo com remédio. E a vida das pessoas?”

Márcio- “Toma remedinho.”

T2- “Se só remédio fosse bom, tava bom pra todo mundo, não tinha nada.”

Joana- “Ando meio revoltada.”

Laurice- “Rosa, minha cunhada, também não tá dormindo.”

T2- “Parece que tem mais coisa atrás, do lado do remédio.”

T1- “De verdade, quem aqui quer levar uma vida normal?”

(Laurice, Emerson e Ângelo dizem que querem)

Glória- “Eu tomo remédio mas levo.”

Vilmar- “A não ser o remédio...”

Flávia- “Quero sair mais cedo, fazer as coisas.”

(T1 propõe ao grupo fazer a receita da Flávia para ela sair. Eles topam e Flávia sai.)

Glória- “Só falam de remédio aqui.”

(T2 pontua)

Vilmar - “A gente não se sente bem mas qualquer coisa irrita a gente.”

Glória- “Isso ninguém é perfeito. Uma dor de dente... Se a gente não vem tratar, a gente vai enfraquecendo. Todo mundo tem uma coisinha.”

T2- “O que a gente fala é que uma coisa pra encarar é que - será que a melhor forma é dar mais um haldol? Um jeito é o ‘agora fiz alguma coisa e eu durmo.’ Um outro jeito é eu tentar entender.”

Márcio- “Tô com dó dele.”

T1- “Você também perde o sono?”

Glória- “Você dorme a noite toda?”

Márcio- “Durmo.”

Glória- “Fica pensando em alguma coisa?”

Vilmar- “Não durmo muito.”

Ângelo- “A injeção faz efeito. Durmo até as nove horas.”

Glória- “Se a gente pensa muito, perde o sono.”

T2- “Às vezes não é só isso.”

Joana- “Às vezes tem de tomar o remédio mais forte.”

T2- “Às vezes é alguma coisa que tá faltando fazer.”

Glória- “Será, alguma coisa que não dá certo. A gente perde o sono.”

Vilmar- “Se eu não dormisse e ficasse tudo bem... se não durmo, no dia seguinte fico mal.”

T1- “A gente arranja um remédio mas tem de ver qual é o motivo.”

Glória- “Não é só preocupação mas não é só quem é doente. Até gente rica se preocupa, quem dirá a gente que já teve num sanatório. Aí a gente põe aquilo na cabeça, só pensa bobagem... tive quatro vezes em sanatório...”

Vilmar- “Também já estive quatro vezes.”

Glória- “Eu penso no que é bom. Não deve pensar o que já passou. Cê é um moço forte.”

Vilmar- “Acho difícil ficar sem tomar nada.”

Glória- “Tomo metadinha de um só.”

(Flávia vem, levanta a saia.Riem dela.)

Flávia- “Do que riem?”

T2- “Riem de você ter levantado a saia.”

(T1 pede pra fechar a porta)

Flávia- “Ah!”

(Valter fecha)

Glória- “Às vezes tomo de dia. Aí o mundo rola, desrola...”

(A porta abre, T2 fecha)

Marta- “Que assombração é essa?” (ri)

Vilmar- “Tomo uma pinga.”

(Glória comenta sobre bebida com Vilmar)

T2- “Uma coisa que embala é a gente saber o que está acontecendo. Aí a gente fala: ah, era isso!”

(Flávia fala e sai)

(Márcio resmunga)

Joana- “Márcio fala assim o dia inteirinho.”

(Flávia sai de vez. Marta fecha a porta)

T2- “Tem alguma coisa aqui, continua um entra e sai.”

Vilmar- “Um bicho carpinteiro.”

T2- “Que será?”

Ângelo- “Quero sair mais cedo.”

T1- “Está quase acabando. Vilmar, o que será que é o seu bicho carpinteiro que não deixa dormir?”

Vilmar- “Às vezes tem preocupação mesmo, às vezes não.”

T1- “Qual é a maior preocupação?”

Vilmar- “Mais é dinheiro. Tenho de ir pra São Paulo pra comprar coisas. (Fala o preço da passagem) Tenho de devolver um relógio prum amigo de São Paulo e não tenho grana pra ir pra lá.”

T1- “Grana é o que incomoda mais.”

Vilmar- “Às vezes é isso. Mas não é sempre. E a gente não dorme tem de pensar em alguma coisa. Eu durmo na sala.”

Glória- “É isso. Eu durmo na casa dos outros. Não posso ligar o radinho.”

Vilmar- “Não tem fone de ouvido? Compra.”

Glória- “Não. Eu tenho de pousar na casa dos outros. Não posso sair todo dia. Às oito e meia eles desligam a televisão. Não tenho natureza pra dormir cedo.”

Márcio- “Tenho um dó...”

T2- “Então você fala do fone de ouvido. Você tem soluções práticas. Então, de onde que vem isso? Tem preocupação com grana mas tem mais.”

Vilmar- “É só isso. O resto é tudo normal. Tenho fone de ouvido mas também não gosto de escutar música.”

(Flávia entra)

Flávia- “O coração manda ir embora. A mente manda ficar. A receita caiu no banheiro. Queria outra.”

(Comentam sobre a Flávia)

T1- “Essa história do coração prum lado e a mente pro outro pega muita gente aqui.”

Vilmar- “A gente vai levar quanto tempo no tratamento?”

T1- “A gente não tem certeza. A gente luta pra que todos consigam mas tem dois caminhos: o remédio e a análise do que não tá bom, o que tá dividido.”

Glória- “Enquanto estiver lá nessa casa, eu vou precisar. Não tenho sossego.”

(Márcio tira a camisa. Joana dá bronca)

(Glória comenta mais da casa)- “Se eu for trabalhar em outro serviço, aí quero ver se não preciso tomar mais remédio. Em outros lugares fico tranquila.”

T2- “Eu queria falar da Joana.”

Joana- “Tem dia que tô boa. Trabalho, vou ao grupo de oração. Tem dia que volto pra trás. Tem hora que tô alegre. Tem hora que converso. Tem hora que não tenho conversa. Às vezes dá dor de cabeça. Tô descontrolada. Tem hora que tenho nervoso. Mas a vida é assim mesmo.”

T1- “Era isso que eu ia dizer. (Coloca que as terapeutas também têm altos e baixos) Se o radinho altera, tá com defeito. Gente não.”

Glória- “Foi o que eu quis dizer. (Dá exemplos) Não é só quem foi no sanatório.”

Joana- “Angústia, aflição, não é doença?”

T2- “Não.”

T1- “Não. Quem tá vivo tem.”

Glória- “Tem solidão. (Fala mais sobre o sanatório) Conta das coisas do tempo do hospital.”

T2- “Ó gente, queria dar uns avisos. Essas coisas de angústia, de falta de sono, não vai esgotar hoje. Vilmar, você fica muito tempo dando força e sem falar de si. Fico pensando se isso é porque você acha que diante do que você vê dos outros você acha que não atrapalha tanto. Se vai uma hora parar de vir é outra coisa, mas é pra melhorar a vida de todo mundo. Angústia, aflição, vamos sentir sempre. Quanto mais equilibrado é melhor. Vir aqui e conversar vai ajudando. Vamos dar uns avisos.”

(T1 fala da reunião de famílias)

(T2 reforça)

(T1 fala da festa)

(Valter dá convites para quem atrasou. Joana e Laurice recusam)

T2- “Dá pro Márcio e manda um pra Cláudia.”

Sônia- “Lá em casa tem uma briga...Não sei se vou levar.”

(T2 comenta da festa)

Comparecem: Joana, Márcio, Ângelo, Vilmar, Marta, Glória, Laurice, Laura, Flávia, Valter(IV), Emerson(I), Sônia. Faltam: Sandra, Romeu, José Carlos.

Perguntam sobre a ausência da Góia. Dou explicações, falo da reunião de famílias, da festa no próximo sábado. Valter fala da festa e distribui convites. Flávia fala da ausência da mãe na reunião de famílias. Conversam sobre presença ou ausência na festa. Duas pessoas perguntam sobre ausentes. Uma pessoa ausente é Glória, que chega logo em seguida. Vilmar volta a falar de medicação - não está dormindo bem. Procuo explorar a “falta de sono” do Vilmar. Ele associa ao uso de café, outras pessoas o contradizem. Góia questiona a ausência de Vilmar na festa; Laura volta a questioná-lo sobre a insônia, ele insiste no café. Procuo associações de Vilmar para a insônia; ele coloca a medicação (ou falta dela) como causadora. Outros do grupo voltam a questioná-lo. Marta sugere “garapa de capim santo”. Vilmar volta a pedir mais Haldol, Ângelo fala de impregnação. Vilmar conta que já teve impregnação e fala sobre Neozine. (Chegam Joana e Márcio.). Procuo verificar com Vilmar se está preocupado por haver retirado o Semap. Ele acha bom ter retirado o Semap, refere estar melhor e conta de épocas piores, quando estava internado.

Sugiro que a insônia possa ser “normal”. O grupo sugere “motivos” pra insônia. Vilmar começa a fazer outras associações, com situações do dia-a-dia. Parece difícil dividir seu espaço com outras pessoas - as pessoas da família. Assinalo essa dificuldade de convivência. De novo membros do grupo entram com sugestões de medicação. Góia e eu apontamos que querem resolver tudo com remédio - será que dá?

Joana e Laurice colocam que há mais problemas: Joana anda revoltada, a cunhada de Laurice, paciente de outro grupo, não está dormindo. Pergunto quem quer levar uma vida “normal”. Alguns dizem que querem, outros que já levam uma vida normal. (Flávia resolve

sair) Glória aponta que “só falam de remédio aqui”. Comenta que sempre há algum problema, acha que ficar pensando neles tira o sono. Góia tenta abrir mais- “coisas que não foram feitas”. Há interferências sugerindo medicação. Vilmar insiste - se não dorme, no dia seguinte fica mal. Coloco que o remédio pode ajudar mas o que está levando à insônia precisa ser compreendido. Glória coloca que todos se preocupam mas que o passado de internações dos membros do grupo tem um peso adicional. Vilmar não acredita que possa ficar sem medicação, Glória conta que toma muito pouco. Conta que medicação ajuda, bebida ajuda... (Flávia entra, fazendo palhaçada)

Góia insiste em que tomem contato com o que acontece. (Flávia sai, Márcio resmungo) Góia assinala as interrupções, o “entra-e-sai”. Vilmar fala num bicho-carpinteiro. Góia e eu tentamos voltar ao bicho-carpinteiro que impede de dormir. Vilmar fala de preocupações com dinheiro. Ele e Glória reclamam do espaço onde dormem. Márcio interfere: “Tenho um dó...”

Góia pesquisa se “tem mais”.

Flávia entra, falando de sua ambivalência: quer ir e quer ficar. O grupo comenta sobre Flávia e eu afirmo que essa ambivalência mobiliza muitos.

Vilmar quer saber quanto dura o tratamento. Respondo que não sabemos e que há dois caminhos: remédio e análise do que está “dividido”.

Glória afirma que vai precisar de tratamento enquanto não mudar de casa. (Márcio tira a camisa e é repreendido)

Góia pergunta sobre Joana. Joana diz que às vezes está boa, às vezes está mal, “mas a vida é assim mesmo”. Eu pontuo isso- “altos e baixos” são normais. Glória reforça. Joana indaga: “Angústia, aflição, não é doença?” Góia, eu e Glória confirmamos que não de alguma forma.

Góia vai fechando - fala que Vilmar subestima seus problemas, reafirma que angústia e aflição são “normais” e insiste para que os problemas sejam discutidos no grupo.

A maior parte da sessão gira em torno da questão do “remédio” para solucionar a insônia do Vilmar. Pelas diversas colocações, a história de doença mental e internações leva à atribuição do conceito de “doença” e limitação da atribuição de significados possíveis a situações normais de vida, que são consideradas “sintomas” e retiradas do contexto: “Angústia, aflição, não é doença?” Talvez a instituição psiquiátrica tenha contribuído para isso. De qualquer maneira, a insistência na medicalização, pelo Vilmar e outros do grupo, pode refletir sua dificuldade em entrar em contato com a ansiedade, que poderia levar a mudanças

em relação ao meio. Só que, no caso, sua própria história torna difícil essa modificação do meio, pela dependência emocional e financeira que mantem junto com familiares e contexto social. O grupo quer e não quer avançar em relação a esse contato com o que não está bom, quer e não quer tampar o conflito com a medicação. Esse conflito - participar do trabalho do grupo versus vir só para buscar medicação - é evidenciado na figura da Flávia (“O coração manda ir embora. A mente manda ficar.”)

O contato com outras pessoas é complicado: Vilmar “não gosta de festas”, não gosta de barulho, não gosta de bicicletas no caminho. Será difícil “ser ele” e se manter em contato?

Ângelo menciona o fato de ter sido impregnado porque “punham Haldol na comida.” Isso evoca um acontecimento relativamente freqüente no trabalho com a psicose: paciente diagnosticado como esquizofrênico se julga perseguido; acredita que põem veneno em sua comida. Na realidade (nossa) ficamos sabendo por seus familiares que, devido à recusa do paciente em tomar medicação, eles desmancham comprimidos e misturam na bebida ou bebida que lhe oferecem. O paciente sofre os efeitos colaterais; percebe seu corpo diferente; está sedado ou impregnado. O “delírio” continua : agora ele “tem certeza” de que foi envenenado. Pode-se pensar que os familiares reagiram à atitude do psicótico, o que veio primeiro foi o quadro delirante, eles só querem o bem do seu ente querido. Mas pode-se também supor que as pessoas que se dispõem a enganar o paciente, violentando sua vontade e alterando suas sensações corporais às escondidas, ao mesmo tempo que declaram seu afeto e preocupação por ele, tenham apresentado ao longo dos anos esse padrão habitual de comportamento, ao qual podemos dar o nome de “dupla mensagem” e que coloca os dois membros num “duplo vínculo”, nos termos usados por Bateson. (WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 1967)

Os grupos estão caminhando para um contato maior, procurando nas festas uma confraternização, preocupando-se com as ausências. (Há ansiedade pela possibilidade de sofrimento numa separação?) Mas há também um movimento de evitação. O contato parece atrair e incomodar.

Transcrição e análise da sessão de 27/01/1993- Grupo I

Comparecem: Ezequiel, Gerson, Lauro, Everaldo, Emerson, Olga, Neiva, Roberto. Mais: Romeu(II) e José (III). Faltam: Cláudia, Ernestina, Alzira, Airton, Osvaldo.

Gerson- “Você está gripada?” (para T1)

T1- -----.

(Gerson pergunta se atrapalha o sono)

(T1 propõe uma rodada de nomes)

(Romeu comenta que T1 pediu para ele vir a essa sessão do outro grupo.)

(T1 dá avisos)

T2- “Tem reunião de família na próxima segunda.”

T1- “Vou passar remédio pra seis semanas.” (Explica sobre a quarta feira de cinzas e fala das suas férias. Oferece a possibilidade de virem também ao grupo IV, conduzido por outra psiquiatra)

(T2 reexplica a divisão dos grupos)

Ezequiel- “Acho que a TO está muito fraca. A Elaine quer voltar a fazer a horta. Não falei pra ela mas achei que está faltando pessoal.”

T2- “Tem pouca gente, isso desanima.”

Ezequiel- “Às vezes vem pouco. Ontem o Lauro não veio porque não se sentia bem. Do grupo I só nós.”

Neiva- “Eu venho, sim.”

Ezequiel- “Renata parou. Compramos butijão de gás. Vamos fazer salgadinhos. Queremos vender empanadas. Ontem o Vilmar veio e trouxe a receita. Falta a assadeira. E vamos tocar o bazar. Sexta-feira, antes do grupo de diabéticos. Que horas?”

Neiva- “Das nove às onze.”

Ezequiel- “Vai vir eu e o Lauro sexta-feira.”

T2- “Faz o convite.”

Ezequiel- “Valter vendeu mais de 50000 no grupo de diabéticos. É lucro, né?”

(T2 concorda)

Ezequiel- “Ela quer fazer uma barraca. Como chama a chefona aqui?” (ri)

T2- “A Carmem.”

Ezequiel- “Vender refrigerante, salgadinho...”

Gerson- “Sorvete...”

Ezequiel- “Futuramente. Se alguém se interessar por isso... O posto vai ganhar e nós também vamos ganhar um dinheirinho.”

Romeu- “Bacana. A gente vem, pode tomar um cafezinho.”

T1- “Vai ser bom pra esperar consulta.”

(T2 reforça)

(Brincam: Vão engordar)

Ezequiel- “A idéia é da Elaine mas eu já tinha pensado.”

T2- “Um grupo maior anima mais.”

Gerson- “É uma cantina.”

Ezequiel- “Cigarros também.”

T2 e T1- “Na verdade, é proibido fumar aqui.”

T2- “Cigarro não poderia. Mas salgadinho, refrigerante...”

Ezequiel- “Tá precisando uma geladeira. Mas Elaine diz que tem um isopor.”

(T1 conta da barraca do Cândido Ferreira)

T2- “Lá eles ganharam a barraca.”

(Conto da feirinha de Joaquim Egídio)

T2- “Comida é mais fácil.”

Ezequiel- “Pode deixar armada, não roubam.”

T1 e T2- “Roubam sim.”

T2- “Pouca gente desanima sim.”

Ezequiel- “Precisa colocar nos grupos.”

T2- “Nós colocamos. Mas as pessoas não vêm. Alguns vêm e somem.”

Roberto- “Quem vem?”

T2- “Ezequiel, Neiva, Lauro.”

Gerson- “Everaldo vem.”

?- “Qual Everaldo?”

(Mostram)

T2- “Mas o Vilmar, o Ângelo...”

Roberto- “E o horário?”

T1- “Às 10 horas, na terça feira.”

Ezequiel- “A Elaine vai aumentar o horário aqui. Saiu da policlínica.”

(Perguntam sobre a policlínica)

(T2 explica onde é a policlínica)

T2- “Dá um dinheirinho. Cozinha vai dar mais.”

Ezequiel- “Dá uns 25 - 30000. Às vezes ajudava. Eu estava sem um tostão no bolso. Por isso eu ajudo. Ela me ajudava.”

T2- “Não é que ajudava. Ela rachava o que vocês trabalhavam.”

Ezequiel- “Mas isso é trabalho. Cria um amor.”

T2- “E o Emerson, que só coça a barba?”

Emerson- “Não tenho ânimo, não.”

Ezequiel- “T1 fez três perguntas, T2 não tava. Não sei se lembra. Ela perguntou o que a gente queria de 93. Nem tinha o plebiscito. Que vai ser de bom esse ano?”

T1- “Em que sentido?”

Ezequiel- “Você falou.Eu falei da casa.”

Everaldo- “Quer casar.”

Ezequiel- “Não falei.”

(T1 fala sobre “começar pequeno”)- “Ganhar pouco é um trampolim para coisas maiores.”

Ezequiel- “Venho sempre que posso. Venho com o VLT, é de graça. É difícil vir todo dia. Mas se eu venho - como o Valter, vem de terça e quinta. Esses dias que não vim ao brechó deu uma recaída. Tem duas terças que o bazar não abre. Se não abrir, ninguém compra.”

Gerson- “Lá fora vende mais?”

Ezequiel- “Lá fora se mudar o tempo tem de sair correndo. Só se puder pôr uma cobertura. Boa idéia.”

Gerson- “Como na feira hippie. Roupa compra.”

Roberto- “Aproveita a guarita.” (ri)

T2- “Aí vem o fiscal.”

Lauro- “Dá licença, vou explicar o problema. Não estou legal. Era pra vir ontem.”

T1- “O que é?”

Lauro- “É pensamento negativo. Uma voz baixinha no ouvido, tipo um inimigo. Num ouvido só que eu ouço.”

T2- “Que tipo de coisa?”

Lauro- “Pode ser um pensamento bom. Se é pensamento ruim, ele se alegra.”

T1- “Conta como é.”

Lauro- “Ele quer vencer eu.”

T1- “E ele vence?”

Lauro- “Não...”(expressão de dúvida)

Gerson- “Então vence.”

Ezequiel- “É voz de homem ou de mulher?”

Lauro- “Não dá pra perceber. É baixinha, chatinha.”

T2- “Dá um exemplo.”

Lauro- “Fala assim: ‘Se fodeu!’ É quando estou bem animado.”

T1- “E o que você responde?”

Lauro- “Não guerreio contra ela.”

T1- “Por que não? Vamos dar mais vida aqui.”

(T2 concorda)

Lauro- “E deixar o medo?”

T1- “Ou ir com o medo mesmo e enfrentar.”

T2- “Não é medo?”

Lauro- “Porque sei que é um barulho.”

T2- “Como é?”

Lauro- “É perturbado.”

T2- “Então. Vamos ver mais.”

T1- “Como um segundo passo.”

Gerson- “Você esteve tanto tempo bom. E agora?”

Lauro - “Faz tempo que eu estou escutando. Mas agora perturba mais.”

Ezequiel- “É do lado direito?”

Lauro- “Às vezes dá um chiado e passa pra outro ouvido.”

Ezequiel- “Também passei por isso e superei. Na reunião aqui...”

T2- “Mas não tinha o grupo.”

Ezequiel- Então, aqui no grupo...As vozes que eu ouvia eram do lado direito. E falava alto, não falava baixo. Xingava eu de todo nome.”

T1- “Quando a gente tem vontade de se xingar?”

Ezequiel- “O que sai da boca vem do coração. Mas o que vem de fora... Como o Lauro falou aqui... É mais fácil falar pela boca que falar pelo pensamento.”

T2- “Às vezes vocês falam pelo pensamento e dá impressão que vem de fora.”

Ezequiel- “Nós tem dois lados. Mas se for olhar pros dois lados a gente afunda. Tem de andar pelo lado reto. Tem lado esquerdo e direito.”

T1- “Será que afunda?”

Lauro- “Afunda.”

Ezequiel- “Afunda.”

T2- “Que coisa ruim é?”

Lauro- “É um...(abaixa a cabeça) É melhor não falar.”

T2- “É difícil.”

T1- “Qual foi o sentimento agora?”

Lauro- “Que a gente pensa nos inimigos.”

T1- “Qual o sentimento? Raiva, medo?”

Lauro- “Luto pra não ter raiva. Se eu tenho raiva ataca a doença.”

T1- “Você acha que existe alguém que nunca sente raiva?”

Lauro- “Quando sinto isso fico mais nervoso. Depois me arrependo.”

T1- “Quando você sente, dá pra controlar?”

Lauro- “Dá...”

T2- “Quando você sente, como faz?”

Lauro- “Penso em Deus e no amor, não no ódio.”

T2- “Abaixa com o sentimento de amor. Onde fica a raiva?”

Lauro- “Deve ficar dentro de mim. Não sai.” (ri)

T2- “Em algum lugar fica. Aí controla - quatro, cinco, seis, sete vezes. Que acontece?”

Lauro- “Se eu deixar levar pela raiva, os pensamentos atrapalham de uma vez. Por isso eu não deixo levar.”

T2- “Que você acha que vai acontecer?”

Lauro- “Sinto que eu não deixo ficar com raiva. Sinto culpado.”

T2- “Por isso se arrepende.”

T1- “Não tem nenhum jeito de sair a raiva?”

T2- “Acha que vai sair pra todo lado, vai sobrar pra todo mundo.”

T1- “E falar, pode?”

(T1 coloca T2 e ela mesma como exemplos- ficou com raiva do atraso de T2)

Lauro- “Acho que é pecado.”

T2- “Quem nunca teve raiva, que atire a primeira pedra!”

Neiva- “Eu também sinto.”

Ezequiel- “Tá na Bíblia.”

Gerson- “Eu também sinto.”

T2- “E o Romeu?”

Romeu- “Sim.”

Emerson- “Sim. Popular.”

José- “Já senti.”

T2- “Então todo mundo é pecador?”

Lauro- “É que a gente arrependeu no passado.”

A pergunta se estou gripada e se preocupa comigo. Peço que se apresentem, Romeu conta que veio porque pedi. Damos avisos e conto das minhas próximas férias e as providências quanto à medicação e cobertura de grupo.

Ezequiel se queixa da TO e menciona que Lauro não estava bem na véspera. Comenta da oficina de culinária, do bazar, dos lucros, dos planos. O grupo se anima. Ezequiel volta a se queixar, desta vez da falta dos colegas na TO. Gerson e Roberto dão sugestões.

Lauro interrompe. Não está legal: “Pensamento negativo”, “uma voz tipo um inimigo”... “que se alegra com pensamento ruim...” A voz “quer vencê-lo”. (Lauro se identifica só com os pensamentos “bons”) Não a combate porque tem medo. (Tem medo de seus próprios pensamentos) Outros do grupo fazem perguntas, procuram apoiá-lo de alguma forma e Ezequiel se identifica. Ezequiel fala do medo de entrar em contato “com os dois lados”. Lauro também tem medo. Procuro ver quais são os sentimentos que amedrontam. Lauro assume a raiva - “Luto para não ter raiva. Se eu tenho raiva ataca a doença.” Conta que tenta se contrapor aos sentimentos de raiva “pensando em Deus e no amor, não no ódio” (moral religiosa).

Góia verifica com ele - pra onde vai a raiva quando é segura - Lauro: “Deve ficar dentro de mim. Não sai.” (ri) Lauro sente culpa pela raiva. Góia aponta o receio (vontade) de que, se sair, “vai sair pra todo lado, vai sobrar pra todo mundo”.

Proponho ao grupo falar sobre a raiva. As pessoas do grupo vão se colocando - quanto à raiva, quanto a ouvir vozes. Lauro fala do medo de ser punido - condenado a não ir para o céu.

Procuro identificar as raivas que rolam no grupo. Góia reforça. Gerson nega - a luta é “contra o pecado e as vozes” (implícito: não há conflitos internos no grupo). Ezequiel quer nossa opinião sobre as vozes . Góia fala que a tentativa de negar um dos lados volta em forma de “encucação”.

As pessoas colocam suas explicações das “vozes”. Ezequiel e Romeu falam de “espíritos andarilhos”. Falam em sofrimento, pobreza e marginalidade. Gerson havia falado que o padre

atribuía ao subconsciente. Ezequiel fala de tentações e diz que nós achamos que deve “alimentar”. (Seríamos “vozes que atentam”?)

Respondemos que não é alimentar, é entrar em contato. Isso pode fortalecê-los. Ezequiel diz que ouviu nossa voz também. Afirmamos que é seu próprio pensamento.

Gerson coloca sua explicação: é telepatia.

Góia e eu colocamos que os conceitos são diferentes mas o importante é ver como Lauro pode lidar com o incômodo das vozes, seja qual for a explicação, o que parece aliviar Lauro, que relaxa visivelmente.

Ezequiel acha que é com a medicação - “pegar o que há de bom”. (Deixar de lado o conflito e cooperar?)

Góia insiste em que Lauro traga o assunto da raiva no grupo. Lauro diz que “piora” e acha que pode prejudicar os outros. Gerson nos ajuda a insistir.

Ao terminar a sessão Lauro menciona o problema da perna.

Há questões no grupo que estão emperrando as atividades de TO, as quais envolvem maior contato e pragmatismo. O emergente é Lauro, que se coloca: está se sentindo mal - há um lado que quer progredir, outro é negativo e se opõe. Entre grupo e terapeutas pode haver outra oposição - há explicações diferentes para o fenômeno das “vozes” que Lauro relata e o restante do grupo também já experimentou ouvir. O reconhecimento de que existem diversas explicações e a proposta de que, ao invés de disputar a autoridade do saber se cuide do objetivo - ajudar Lauro a lidar com o incômodo - parece aliviar a tensão e reintroduz a cooperação nesse sentido. Persiste o medo de Lauro de encarar “o outro lado” (a raiva?) mas aparece também a fala encorajadora do Gerson e a colocação do Lauro de seu sentimento em relação ao seu problema físico.

Há no grupo uma necessidade de rejeitar os sentimentos “negativos” - raiva, vontade de brigar. Isso vem associado a falas da moral religiosa - é proibido, é pecado e passível de castigo; é danoso para si e para os outros. A vontade do grupo de negar esse lado negativo, “escuro”, também implica negar que existe mais de um lado. Alguns demonstram uma necessidade de explicar as “vozes”, numa procura ativa dessa explicação. A busca se dirige à religião, à medicina, à psicologia. É interessante que as pessoas que se manifestam assumem suas crenças, por diferentes que sejam: é importante colocar e defender sua opinião. Lauro, problema-sofrimento a ser cuidado, deixa de ser o foco das atenções, tal e qual os “andarrilhos sofredores” ficam à margem da estrada. Lauro relaxa quando se propõe uma cooperação -

quando o grupo se junta afirma que não está em jogo quem está com a razão (não é preciso competir, existem várias explicações possíveis, existe mais de um lado) mas descobrir as possibilidades de ajudar Lauro.

Lauro tenta alienar sua raiva - deixá-la “marginal”- mas ela retorna nas suas “vozes”. O teor emocional das vozes o faz sentir medo e ficar ansioso - ele sente que não pode ir à TO - ele exclui a si mesmo. Coloca na sessão que acha que pode fazer mal às pessoas falando nisso. A associação raiva-pecado-culpa e as tentativas de controle de Lauro se associam à moral religiosa no qual todos do grupo estão inseridos.

Transcrição e análise da sessão de 27/05/1993- Grupo III

Comparecem: Ilca, Irma, Abraão, José, Tânia, Nilsa, Júlia e Renata. Mais: Ângelo(II).
Faltam: Marilda, Rosa Maria, Ronaldo, Ricardo, Ana Maria.

Ângelo- “A T2 não vem?”

T1- “Vem.”

Abraão- “Às vezes uma vem , outra não.”

Nilsa- “Não estou dormindo bem. Tem uma coisinha no ouvido, que nem tentação (riem) .
Coisas ruins...Acho que os fracos matam por causa disso.”

(Chega Renata)

T1- “Como é?”

Nilsa- “Fala: ‘Faz, vai fazer, pega...’ ”

T1- “Fazer o quê? Pegar quem?”

Nilsa- “Por exemplo, faca. ‘Pega, pega...’ ”

T1- “E fazer o quê com a faca?”

Nilsa- “Qualquer coisa... é horrível. Quero que você dobre o remédio para eu dormir.”

T1- “Tem de ver como são esses impulsos. Será que ninguém aqui já teve vontade de
pegar uma faca?”

(Tânia diz que sim)

Nilsa- “Manda matar! Fala: ‘Será que ela não sabe?’ Quando digo que não vou fazer isso
fala: ‘Fim.’ Estes dias está assim.”

T1- “Será que os outros nunca sentiram isso? (Ilca chega)- Com licença. (Bate a porta;
parece embriagada).”

(José conta que tem tentação. Vozes não, só um pensamento)

Nilsa- “Pensamento negativo.”

José- “Vem em forma de pensamento. De pegar o revólver, dar um tiro na cabeça. Já
guardei até o revólver. Já pensei em suicídio, já tentei quase.”

(José, Abraão e Nilsa riem)

Nilsa- “Já escondi até a faca de ponta.”

(José conta que arredondava a ponta das facas porque tinha um irmão que tinha problema e morreu)

Ângelo- “Vai ter filme essa semana?”

T1- “Parece que precisa distrair do assunto... mas é importante ver.”

Nilsa- “Eu acho. Peço a Deus proteção, ajuda.”

Ilca- “Ajuda, sim. Hoje estou muito pesada... A pessoa que mais amei na vida foi minha mãe... mais que qualquer namorado, qualquer pessoa. Levantava à noite pra ver se estava respirando. Mas agora, parece um paradoxo.”

Nilsa- “Agora tem sentimento de culpa.”

Ilca- “Tenho. Fui dura.”

Nilsa- “São vozes?”

Ilca- “Não sei se são vozes... ou se é real. Fui a uma oficina perto de casa e falei de um por um. Agora tem minha tia. Ouvi um homem falando: tá vendo, foi ela que deixou ele assim. Fui lá: ‘Se vocês têm alguma coisa contra mim, vamos à justiça.’ ”

José- “Cuidado, Ilca, a doutora vai aumentar o seu Haldol.”

(Riem)

Ilca- “Eu não tenho medo da justiça. Tenho medo de gente.”

T1- “De nós?”

Ilca- “Não. Aqui, não.”

T2- “E da sua justiça? Parece que dentro de você...”

Ilca- “Não tenho. Amo minha mãe. Tenho saudades dela.”

Ângelo- “Reza pra ela.”

Ilca- “Não tenho complexo de culpa.”

Nilsa- “Procura fazer tudo de bom pra sua tia. É como se fizesse pra sua mãe.”

Ilca- “Eu faço. Ela é ranheta e eu faço, eu engulo tudo. Eu tinha falhas com minha mãe. Eu amava minha mãe. Minha tia não é má.”

T1- “E você, é má?”

Ilca- “Eu não acho.”

T1- “E por que você deveria ser castigada?”

Ilca- “Não sei.”

T1- “Por que o José falou aquilo?”

(Ilca repete)

(José fala que eu vou impregná-la e aí, como vai cuidar da tia... está piorando...)

T1- “Por que eu deveria impregná-la?”

José- “Está piorando, está soltando as coisas.”

(Abraão, Nilsa, Ângelo tentam consolar)

Ilca- “Meu pai foi ruim.”

(Abraão pergunta se ele já morreu)

(Ilca conta como amava a mãe)

(Ângelo conta como faz coisas boas para a mãe)

(T2 dá um lenço para Ilca)

(Góia pergunta para Abraão da Ilca, se pegou alguma coisa dela)

Abraão- “Não estou entendendo porque está chorando.”

Ilca- “Estou desabafando. Fui agressiva com minha mãe porque não estava boa.”

T2- “O que o Abraão quer entender...”

Abraão- “Algum juiz está contra ela?”

T2- “O Abraão parece querer saber se alguém está contra ela ou é ela mesma.”

Ilca- “Meu pai foi ruim. Sou culpada.”

T1- “Você quer culpar seu pai?”

Ilca- “Eu quero. Ele foi ruim comigo, não podia ter amizades. Com minha mãe também. Foi ruim comigo, mas ele morreu.”

T1- “Mas a raiva ainda está aí.”

Ilca- “Ele foi ruim com minha irmã. Me desrespeitou, desrespeitou minha irmã.”

T1- “O que ele fez?”

Ilca- “Ele punha revistas pornográficas dentro de casa.”

Nilsa- “Ele fez alguma coisa?”

Ilca- “Não. Eu fechava a porta do quarto e punha um móvel na porta. Ele desrespeitou minha irmã. Me olhava, podia fazer alguma coisa comigo também.....”

José- “Naquele tempo não tinha revista pornô. Só importada.”

Ilca- “Ele dizia que eu não era feminina. Dizia pros vizinhos. Eu sou muito feminina. Eu nunca tive atração pelo sexo oposto... quer dizer... estou confusa... eu tive namorados... mas sempre atraí gente errada.”

T1- “Você acha errado uma pessoa ter atração pelo mesmo sexo?”

Ilca- “Acho. Eu sou muito feminina. E ele achava que eu não era feminina.”

Nilsa- “Ele morreu de quê?”

Ilca- “Teve problemas com os pulmões. (Conta da doença do pai) Eu não quis vir pra Campinas. Sentia-me bem em São Paulo. Mas tive pena dele. Saí de casa, fui morar com uma conhecida minha... Um vizinho não me respeita... dei uma chinelada no seu rosto... peguei minhas coisas e fui embora. Fui morar com uma conhecida. Ele teve enfisema pulmonar. Voltei pra casa de pena. Eu não sou santa mas também não sou desumana. Voltei... sempre foi o desejo dele... ‘O senhor quer morar em Campinas?’ falei. ‘Eu vou com o senhor...’ ”

(T1 fala das polaridades. Da vontade de matar e viver. Da sexualidade - feminilidade versus atração pelo mesmo sexo)

Ilca- “Sou tímida. Eu não consigo demonstrar. Eu tinha vergonha de demonstrar o meu afeto. Ele vai morrer de rir se souber que eu gosto dele... eu tinha complexo...não tenho mais... ninguém é melhor, ninguém é pior... mas antigamente eu era complexada.”

T1- “Quem está te cobrando de ter um homem?”

Ilca- “Existe sim. Todo mundo cobra. ‘Você não é um lixo, não é burra, não é imprestável.’ ”

T1- “Quem cobra?”

José- “Eu cobro. Você é bonita. Não é velha...”

T1- “Quem mais?”

Abraão- “Eu cobro. Acho que você não deveria ficar com a tia...”

Ângelo- “Eu não cobro. Cada um vive como quer.”

Ilca- “Tá vendo... A Nilsa...”

Nilsa- “Eu cobro. Devia ser feliz...”

Ilca- “E a Tânia?”

Tânia- “Eu cobro também.”

Ilca- “Renata?”

Renata- “Eu cobro.”

Ilca- “Irmã?”

Irma- “Cubro...”

T1- “Por quê?”

(Ela enrosca)

Abraão- “Ela não tá prestando atenção.”

T1- “Não?”

Irma- “Não.”

Ilca- “Está vendo? Eu não tenho vontade. Quero viver sozinha. Não tô mais a fim.”

Nilsa- “Vai em baile.”

Ilca- “Não quero.”

Nilsa- “Meu marido me anima.”

Ilca- “Eu tenho parentes que me animam. Não tenho vontade mesmo. Quero ter meus colegas, femininos e masculinos. Tenho facilidade de fazer amizades quando eu quero. Mas eu não tenho vontade nenhuma de viver com um homem ou mulher. Sou uma pessoa assexuada. O sexo sempre me assustou. Já tive experiência sim. Me assustou, me deixou apavorada... não tenho vontade, neste ponto da minha idade... sexo normal, bem dito. E não tive qualquer atração pelo sexo mas... feminino. Também é uma cobrança que me fazem.”

(Ângelo sai, Júlia entra e sai)

Ilca- “Meus ídolos foram Marlon Brando. Eu era adolescente... namorava o Marlon Brando...(Tânia vai ver as horas) Era um tipo muito machão... agora vejo numa posição diferente.”

T1- “Vamos tentar ficar com isso. A tensão está crescendo. A Ilca precisa disso.”

Ilca- “Não tenho atração por mulher. Minha sexualidade foi estraçalhada pelo meu pai.”

T1- “Por isso você tem raiva dele.”

Ilca- “É. Minha irmã também. Ele me olhava de um jeito diferente. Comecei a perceber... isso me assustou, me recuou... namorei bastante... os homens não gostava, gostava dos cafajestes... eram mesmo... aquele bebia demais... sempre fui muito racional ... aquele não serve...”

T1- “E hoje, o que você quer? em relação à sexualidade?”

Ilca- “Nada. Sou assexuada. Não tenho interesse nenhum por sexo.”

Ângelo- “Você não pode perder essa vontade por causa da sua mãe e seu pai. Reza, põe na mão de Deus e leva uma vida normal.”

Ilca- “Não quero. Minhas duas experiências foram um desastre. Sempre me mantive... De catorze anos em diante...”

Ângelo- “Não pode perder essa vontade de viver por problemas passados.”

Ilca- “Profissionalmente sempre fui muito bem, tenho curso de secretariado.”

Júlia- “A senhora pegou o meu? Vou querer o remédio, viu?”

Ilca- “Não tenho vontade.”

Ângelo- “Você deve levar sua vida como quiser. Pensando em Deus...”

Ilca- “Eu creio em Deus. Queria voltar a trabalhar.”

Ângelo- “Eu também.”

Ilca- “Nem que fosse pra ser voluntária.” (Conta a idade)

Ângelo- “Da idade da minha mãe.”

Ilca- “Gosto da minha idade. Estou aqui pra aprender... se sou errada.”

T1- “Tem jeito certo de viver?”

Ilca- “Não.”

T1- “Então?”

Ilca- “Mas tem essa cobrança do grupo, você viu?”

T1- “E daí?”

T2- “Os outros cobram porque pra eles é importante... mas e aí?”

Ilca- “Eu entendo. Eu não sou burra...”

T2- “Eu tenho impressão de que você entende as pessoas mas não tem entendimento de você... do que gostou... das suas vontades. Todo mundo tem dois lados. Quem não tem dois lados? Quem não temos?”

Ilca- “É verdade.”

T2- “É. Mas tem hora que está em crise. A sociedade pode esperar... você tem razão... podem falar... não deu conta, deve ter isso, ou aquilo... tem um lado assim, um lado assado... nesse momento parece que tem um tirano aí... você vai tirar satisfação com o outro... mas é você...”

Ilca- “Viver não é fácil.”

T2- “Também acho.”

Ilca- “Viver não é fácil quando a sensibilidade é muito grande.”

Júlia- “É...”

Ilca- “É. Senão, a gente não estava aqui também. Tem gente que não tem um mínimo de sensibilidade. Essas é que nos cobram... por que olhou, por que não casou, por que elogiou uma moça bonita... Eu nem liguei... eu estava boa... Vinha muita gente bonita e sou muito ligada. Signo de libra é assim. Que moça bonita... que rapaz bonito também... já sentia ali uma ponta de maldade. “

Nilsa- “Eu sou sincera. Se a pessoa não é bonita eu não falo.”

Ilca- “Eu também.”

Nilsa- “Se eu vejo que não me agrada, eu fico quieta...”

Ilca- “Eu sou sensível. A gente tem uma noção de estética. Eu gosto de coisas bonitas. Tem alguém de libra?”

Nilsa- “Eu sou touro.”

Ilca- “Eu não quero mudar.”

T1- “Você não quer mudar.”

Ilca- “Eu quero ser o que eu sou. Eu creio em Deus. Deus não ia criar um ser tão insignificante. Se existir outra vida... Deus não ia criar assim.”

Ângelo- “Também acho.”

Ilca- “Creio em outra existência. Acredito. Eu creio numa existência melhor. A gente tá aqui de passagem, aprendendo, passando uma provação.”

Ângelo- “Também acredito.”

Ilca- “Eu creio numa outra existência.”

Júlia- “Cê tá muito emocionada, né?”

Ilca- “Tô.”

Abraão- “Outra existência, como? No céu?”

Ilca- “Não posso entrar em detalhes, não sou especialista. Sou católica, catolicismo nem acredita nisso. Nossa vida é muito mais importante. Existe uma balança de justiça: o que fizemos de bom, de ruim, o que fiz mais ou menos... Vamos voltar a viver, encarnar... acredito um pouco de cada religião... porque vem crianças já paráliticas, com câncer, com AIDS... coisa errada do passado, é a única resposta que obtive pra dar.”

Ângelo- “Compara.”

Ilca- “Acredito nisso, como acredito.”

Abraão- “Acredita que vai ter outra vida?”

Ilca- “Sim.”

Nilsa- “Eu também acredito.”

Ângelo- “Todo sofrimento é alegria.”

Ilca- “Não desejar o mal. Nem em pensamento. Tem gente que pensa mal. O pessoal lá dá risada de mim. Dou pão prum menino todo dia. Dão risada de mim. Ele diz que não trabalha porque não tem primeiro grau. Se vem pedir é porque tá com fome. Dão risada porque dentro.....”

Abraão- “Posso falar? Se eu não agüentei duas pessoas - meu pai, minha madrasta, sete anos? Sendo eu como eu queria? Como você vai agüentar a sociedade? Meu pai e minha madrasta me levavam à internação. Você vai acabar no hospital.”

Ilca- “Não vou.”

Abraão- “Não vai... Você não é Jesus. A gente não tá naquela geração.”

(T1 interrompe. Não concorda que vá internar.)- “Concordo que um haldol vai bem, pra ajudar a separar o que é seu e dos outros, por uns dias.” (riem) Mas não é pra impregnar, é pra tomar cuidado pra não impregnar. Vem no grupo de quarta de novo.”

T2- “Concordo. Não é pra impregnar. É pra aliviar. E precisa expressar. A crise pode ser ruim mas também pode ser bom pra fazer uma faxina nas idéias.” (Dá um aviso de reunião para preparar a festa junina).

Inicia-se a sessão com comentários sobre a ausência das terapeutas.

· Nilsa fala sobre vozes que ordenam ações agressivas e sobre medo. Procuo identificações no grupo. José se identifica, Ângelo tenta mudar o assunto, aponto a evitação. Ilca se identifica pela culpa. Ouve vozes que a acusam. Sente medo. Procuo relacionar sentimentos com a situação no grupo, Góia procura que ela se responsabilize pela acusação. Ilca nega. O grupo age como que percebendo que é ela que se acusa. Volto a tentar ver como ela se percebe em relação à acusação - nada. José acha que vou impregná-la porque “está piorando...está soltando as coisas.” (“soltar” é sinal de piora?) O grupo tenta consolá-la. Ilca fala do amor pela mãe. Ilca começa a colocar que foi agressiva com a mãe porque não estava boa. Abraão ainda vê a acusação “de fora”. Ilca se acusa. Procuo fazer com que se coloque no papel de acusadora, ela acusa o pai, acusações relacionadas à sexualidade dela. Estimulada, ela vai falando de seus bloqueios em relação à sexualidade. Sente uma cobrança das pessoas para que tenha um homem. Procuo conferir com o grupo e ... surpresa! A maioria expressa claramente que cobra mesmo isso dela. Aí Ilca enfrenta - não quer mais saber de sexo, experimentou e não gostou. (Aparece sempre algo de homossexualidade nas entrelinhas quando ela fala de sexo) Ângelo e Júlia saem e voltam. Aponto que a tensão está crescendo e que seria importante deixar acontecer. Ilca volta a acusar o pai e assume sua raiva. Ângelo diz que deve esquecer e assumir uma vida “normal”. (Existe uma norma sexual que o grupo cobra dela, existe também uma acusação externa pelo não cumprimento da norma.) Ilca se interessa agora é por trabalho. Recoloco a questão do “certo”, da “norma”, reconheço a cobrança e coloco a possibilidade de escolha dela - corresponder ou não à cobrança. Góia explicita o conflito. Ilca fala da dificuldade e da raiva que acompanham o conflito em relação às pessoas. - “Eu quero ser o que sou”... Apela para a religião e coloca sua fé “numa outra existência” onde possa ter a sua existência. (Sem conflitos?) Procura um sentido para seu sofrimento e o grupo

se identifica com ela. Abraão se identifica também na queixa contra a sociedade. Foi internado, Ilca vai ser internada, acha.

É hora de encerrar a sessão. Rejeito essa hipótese de internação. A de medicação, do José, aceito mas não “para impregnar”- para ajudá-la a discriminar melhor. Proponho mais uma sessão para Ilca trabalhar mais sua questão. Góia concorda - o remédio é para aliviar a tensão. Reforça a importância da expressão dos sentimentos e da própria crise.

As “vozes” da Nilsa parecem ter a ver com seus próprios impulsos reprimidos-agressivos. Ela não se identifica com esse impulso agressivo. José assume suas fantasias de suicídio. As “vozes” da Ilca são acusatórias, a culpam - de quê, exatamente, ela não diz. Ela própria se culpa em relação à tia, à mãe (ao pai?). Solicitada a inverter o “culpar”, ela acusa o pai de haver “estraçalhado sua sexualidade”. Os lapsos de linguagem de Ilca e sua declarada paixão pela mãe sugerem fantasias homossexuais. Relata como traumáticas suas experiências com homens. Fantasia ou lembrança de fato real, a imagem da “porta fechada para o pai” confere com sua atitude frente aos homens no aspecto sexual. Mas sua sexualidade não pode ser vivida com as mulheres - ela coloca uma cobrança das pessoas. No grupo, a cobrança aparece na fala de “uma vida normal” - a cobrança é pela norma, que ela tenha uma vida sexual e que seja com um homem. Os outros membros cobram dela. Ela se posiciona contra eles e defende uma vida “assexuada”. O grupo sugere “impregná-la” e “interná-la”, habituados ao uso da internação para o comportamento desviante. Pensamos que a repressão da agressividade a impede de reagir, mas quando a cobrança é explicitada, no grupo, ela reage. Fica a dúvida: até onde a evitação do confronto era da Ilca? Não era um confronto que ela procurava, indo à oficina dizer: “Se vocês têm algo contra mim.....”? E fico com a percepção de que, embora nós, as terapeutas, acreditássemos estar isentas de preconceito contra a possível homossexualidade da Ilca, não a confrontamos com seus atos falhos. Também ficou evidente o quanto o grupo ficou tenso durante essa sessão.

Ilca e Abraão colocam como sua “sensibilidade” os deixa impotentes frente à sociedade e os leva ao manicômio. Por outro lado, paradoxalmente, repetem a repressão e a pressão social contra si mesmos e contra os membros do grupo. Ilca quer “uma outra existência” onde “Deus a coloque”, ou seja, onde ela tenha permissão para ser ela mesma, na medida em que parece não achar possível transgredir.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL POR CATEGORIAS

SEXUALIDADE

O tema foi abordado em um terço das sessões, vinte sessões. Dessas, duas do grupo I, cinco do grupo II, doze do grupo III. No grupo III, o assunto, na grande maioria das vezes, foi trazido pela mesma pessoa, o José. No grupo II, a Laura trouxe o assunto na maioria das vezes. No grupo I, uma das vezes o assunto foi trazido pelo José, que participava excepcionalmente desse grupo. Dos trinta e nove pacientes, catorze, nesse intervalo de um ano e sessenta sessões, falaram algo relacionado à sexualidade. Dos trinta e nove pacientes, cinco eram casados, cinco separados e dois viúvos. Os outros eram solteiros. Entre os sozinhos, diversos, como Abraão, Ezequiel, Ricardo, Tânia, Neiva, Glória, afirmaram a vontade de encontrar um parceiro e relataram tentativas nesse sentido. Ezequiel e Valter namoraram, cada um por algum tempo, uma paciente não psicótica que freqüentava com eles as atividades de TO. Ricardo fez propostas de namoro à Tânia durante sessões de grupo e foi recusado; Tânia, além de não estar interessada, deixou claro seu ponto de vista: queria um namorado “normal”, para poder “cuidar dela”.

A atividade sexual com alguém do sexo oposto foi mencionada como algo desejável na maioria das vezes e estimulada pelos participantes que se manifestaram, exceto por Ernestina, que considerava isso “pecado” e foi compreendida por Ezequiel como buscando sua forma de “alcançar a salvação”. (Laura - “Tomo remédio mas não tô morta...”) Quando referida como extra-conjugal, mesmo em se tratando de um beijo, foi considerada pecado. Entre os casados, uma (Laura) sempre se referiu a sexo com prazer, duas referiram dificuldades, uma nunca tocou no assunto, o único homem fez afirmações delirantes em uma sessão, referindo estar sendo considerado “veado” por outras pessoas do grupo.

Os homens colocaram sua dificuldade em termos de medo de doença no caso de freqüentar prostitutas e da dificuldade financeira que os limitava em relação à procura de uma parceira fixa, dificuldade financeira que relacionavam à situação de aposentados por invalidez ou afastados pela previdência. A impotência de um deles e a frigidez de uma paciente foram repetidamente atribuídos à medicação em uso mas parece haver muitos fatores envolvidos - problemas no relacionamento, insegurança...

Glória pergunta se o remédio não tira a vontade “dessas coisas”; fala de uma moça do outro grupo que uma vez tinha vindo nesse e comentou com ela que não tinha mais vontade, a Rosa Maria.

Laurice comenta que Rosa Maria é cunhada dela.

Glória continua; diz que Rosa Maria comentou que o marido estava até falando em deixá-la...

Laurice diz que “imagine, o irmão não vai deixar a cunhada nada, isso é só jeito de falar...”

T1 pergunta se é o remédio mesmo ou se há outras coisas nisso; Glória, por exemplo, perdeu a vontade? Glória diz que “não, mas toma pouco remédio.”

Sandra diz que tem uma irmã que nunca sentiu nada e não era doente nem tomava remédio. “Isso é psicológico!” Diz que o marido acabou deixando dela mas ela mesma compreendeu, nem ficou brava com o marido.

A homossexualidade, quando mencionada, foi sempre criticada.

Noto que, nos relatos das experiências mais atuais, na introdução, apenas um se refere a “sexo”, como uma das categorias existenciais onde houve mudanças dos psicóticos após freqüentarem psicoterapia de grupo. (OPALIC, 1989); no mesmo estudo, houve referência a mudanças quanto a “liberdade”, “amor” e “entendimento entre pessoas.”

A sexualidade, embora apareça como desejável, é por vezes proibida por uma questão moral religiosa - a mesma que, segundo CASTEL (1978) e FOUCAULT (1964), leva a atribuir à exclusão dos portadores de doença venérea no século XVII uma conotação de castigo. E é no partilhar dessa exclusão, na proximidade, que esses autores consideram que é atribuído ao louco um erro moral. E os próprios loucos, neste estudo, vêm na sexualidade, em alguns casos, um erro moral. Entre os nossos pacientes, os mais comprometidos em relação ao contato nunca tiveram, pelo que sabemos, um relacionamento sexual. São os que têm menos “liberdade” e “entendimento entre as pessoas” e onde o “amor” de casal não existe. É o caso de Márcio, José Carlos, Irma, Everaldo, Airton, Ernestina.

Vários exercem sua sexualidade (a maioria não, pelo menos atualmente, pelo que se sabe), alguns com prazer, outros com dificuldade, que buscam superar. No caso da homossexualidade, é apenas criticada, ninguém a defende.

No caso do Romeu e da Ilca, em cuja fala transparecem conflitos em relação à homossexualidade, relatam também delírios de auto-referência e persecutórios; remetemo-nos a Freud que, na análise do caso Schreber, coloca a hipótese da transformação, através de mecanismos de deslocamento e projeção, de um conflito homossexual num delírio persecutório (FREUD, 1910)

Pode-se pensar que a própria falta de liberdade, a exclusão que todos eles sofreram por diversas ocasiões, vieram a contribuir para a repressão da sexualidade? A época de início mais freqüente para os quadros esquizofrênicos é referida de modo geral como compreendendo o final da adolescência e o começo da idade adulta, época mais favorável em nossa cultura para o início da atividade sexual. Por um lado, é razoável supor que uma incapacidade de resolver o conflito entre o impulso sexual (heterossexual ou homossexual) e uma repressão excessiva, ao mesmo tempo que ocorre uma maior demanda social para que essa sexualidade se exprima dentro de determinadas normas, possa levar a um ensimesmamento e ao surgimento de um delírio. De outro, é inegável que o destino daqueles diagnosticados como psicóticos, especialmente como esquizofrênicos, interferirá bastante no curso da sexualidade dessas pessoas.

Em primeiro lugar, é obstaculizada pela internação em hospitais psiquiátricos, onde a norma corrente é a proibição do sexo. Aqueles que já trabalharam nessas instituições tomaram conhecimento, freqüentemente, de pacientes que driblam ou tentam driblar essa norma, sendo, por vezes, punidos com medicações ou eletrochoques, sob o pretexto de tratar a expressão de sua sexualidade como sintoma de doença. Profissionais psi e auxiliares são colocados num dilema, na medida em que familiares e comunidade (à qual eles pertencem) cobram das instituições essa “assexualidade”. No hospital, o psicótico de fato não é dono de seu próprio corpo (Não pode usá-lo para o prazer sexual; pode ser manipulado e limitado por meios químicos e físicos. É colocado para dormir e sacudido se não se levanta à hora esperada.); o que ele afirma em seus delírios, que tomaram posse de seu corpo, é então verdade? Se o é, será que também já não o era antes da internação, de uma forma simbólica?

Nos relatos de COOPER (1967) entra-se em contato com sua experiência de abordagem alternativa num pavilhão de um grande hospital psiquiátrico, onde os pacientes eram todos homens, com idade variando entre quinze e trinta anos, mais de dois terços com diagnóstico de esquizofrenia, os restantes com “crise emocional da adolescência” ou “desordem da personalidade”. “Em certo estágio, o que, de fato, constituía um tema, assiduamente repetido, a opinião expressa nas reuniões comunitárias era a de que a diferença

principal entre funcionários e pacientes consistia em que os funcionários estavam habilitados a deixar a unidade ao término de seu período de serviço e ir para casa encontrar-se com suas mulheres ou namoradas e ter relações sexuais; os pacientes, por outro lado, nunca deixavam a unidade, exceto, em alguns casos, quando passavam fim de semana em casa com seus pais, e viviam numa situação de total frustração sexual, excetuando a masturbação ocasional no banheiro. No entanto, para além do aspecto literal desta ‘conversa sobre sexo’, havia uma noção mais básica de fracasso. A palavra ‘foda’ significa, para o pessoal da unidade, nem mais nem menos do que contato real entre pessoas.” (p.131)

Em segundo lugar, há a questão econômica. Em uma reunião de familiares de psicóticos no Centro de Saúde Jardim Aurélia, um casal de pais contou como obrigou o filho, no início da vida adulta, a terminar o noivado após o primeiro surto esquizofrênico. Alegaram não estarem dispostos a sustentar os possíveis filhos dessa união caso ele se tornasse incapaz de trabalhar, o que de fato se deu e que, do ponto de vista do casal, mostrou a justeza de sua atitude. Nunca colocaram em questão se esses próprios fatos - a submissão ao desejo dos pais e a negação dos seus, a abolição da expressão de sua sexualidade e de seu potencial para procriar poderiam ter contribuído para a falta de pragmatismo do paciente.

Em relação ao cuidado dos filhos de psicóticos, uma pesquisa relatada por DARVEZ-BORNOZ et al. (1995) traz colocações e resultados interessantes. Os autores apontam que o processo de desinstitucionalização, nos últimos vinte anos, favoreceu aos psicóticos ter vida sexual e acasalar-se. Decidiram estudar mulheres psicóticas (de idade entre dezoito e quarenta e cinco anos), comparando esquizofrênicas e mulheres com distúrbio afetivo bipolar, em relação à sexualidade, maternidade e vida de casal. Verificaram que a maioria das esquizofrênicas tinha vida sexual ativa e filhos. Os dados indicaram uma dificuldade para as esquizofrênicas em assumir o papel de mãe: 60% das crianças foram criadas por outras pessoas, 40% precisaram renunciar a criá-las antes dos três anos de idade. Essa quebra de vínculo, para os autores, poderia propiciar terreno favorável para o surgimento de patologias entre os filhos. Embora não se aprofundem nos aspectos envolvidos na “dificuldade de assumir o papel de mãe” em sua pesquisa, os autores se remetem a outros trabalhos que falam do caráter patológico das interações visuais, corporais, vocais e afetivas entre essas mães e seus bebês, e do hiato entre o apego que elas manifestam pela criança e a dificuldade em cuidar delas nas tarefas mais simples. As pacientes do meu estudo não se referiram a dificuldades dessa ordem no cuidado com os filhos, nem o fizeram seus familiares. Também não há nenhuma referência a patologias psiquiátricas entre seus filhos, assim como nada foi

percebido naqueles que foram sendo conhecidos no decorrer dos anos de trabalho no centro de saúde. É simplista querer atribuir “apenas” aos fatores relativos às próprias mães esquizofrênicas da pesquisa citada (sintomas, inabilidade, medicação, internações, problemas financeiros) sua dificuldade em assumir as crianças. Na prática estamos sempre nos confrontando com o preconceito e a invalidação do psicótico; é difícil supor que isso não apareça também em relação a sua capacidade de criar seus filhos, influenciando no destino dessa relação e, “preventivamente”, na limitação de sua sexualidade.

SOLIDÃO

A impressão geral das terapeutas sempre foi de que a maioria dos participantes era muito solitária. Lendo as transcrições das sessões, verifico que o tema é abordado em nove das sessenta sessões. Nove pessoas se manifestam a respeito.

Em todas as falas sobre o tema, a solidão adquire uma conotação negativa, associada a sofrimento.

Glória: “Solidão é a gente não conversar. Os outros medindo a gente de cima em baixo, o desprezo... Solidão é os outros não vir e conversar com a gente.”

Abraão: “Acho que é a solidão. Isso atrapalha.”

Ezequiel: “Solidão é triste.”

Ilca: “Não tenho com quem trocar idéia do meu problema.”

Vilmar: “Passa o tempo e eu fico muito sem ninguém.”

À solidão é atribuída a causa do desânimo em cumprir obrigações, o medo de enfrentar situações novas que envolvam relacionamento com pessoas desconhecidas, sintomas físicos, dificuldade de contato, tristeza. Pode-se questionar essa atribuição de causalidade mas está sendo apontada uma correlação. Percebe-se que todas as variáveis pertencem ao mesmo círculo vicioso que se apresenta comumente no mundo do psicótico.

“Sair de casa para passear” e “Vir ao grupo e à TO” aparecem como sugestões. O grupo é valorizado como local de encontro onde as pessoas sentem que podem trocar idéias e sair confortadas. Assim, o grupo de terapia parece representar uma possibilidade de ruptura desse círculo vicioso da solidão.

A internação tanto é considerada como fator que colaborou para o afastamento das pessoas como uma equivocada tentativa de solução para lidar com sentimentos-sofrimentos que depois percebem que podem ser aliviados e modificados no contato com as pessoas. A internação vem interromper vínculos com familiares e outras pessoas do convívio habitual, na medida em que é muitas vezes bastante prolongada, além de imprimir no paciente o estigma da

loucura que leva as pessoas a evitá-los ou tratá-los de maneira diferente quando procuram se readaptar à comunidade.

Alguns referem um sentimento de rejeição por parte das pessoas, pelo fato de serem psicóticos. Isso aparece com clareza na fala da Elza:

T1-Você era sozinho?

José Carlos- Tinha muitos colegas.

T1- E hoje?

José Carlos-Fiquei esquizofrênico, fiquei sozinho.

Elza- As pessoas não entendem a gente.

(José Carlos repete)

Elza- As pessoas não gostam da gente. Dão risada. Se compreendessem...

Outros, às vezes, procuram a solidão:

(Olga se queixa. Não tem ânimo pro serviço. Atribui aos calmantes. “Só quero cama.” Mal-estar físico. Sentimentos de remorso (ou medo?) , pensamentos negativos. “Até de dar um telefonema eu acabo fugindo.”)

T2- “Então, o que te empurra pra cama é o medo, não o remédio.”

(T1 fala sobre a questão dos remédios; é importante ver os sentimentos.)

(Olga conta que ficou longe das pessoas, internada. “Fujo demais...” E volta a falar que é o remédio. Não cumprimenta mais as pessoas... “Faz vinte anos que estou batendo nessas teclas.”... “Abrir o bazar me gela, me assusta. Deve ser porque fico sozinha. Não tenho amizade. Agora fico sem jeito. É medo, insegurança. Tenho um vestido lá e não corto. Não consigo, não consigo. E junta o remédio que tomba.”

Pela observação das terapeutas, pelos relatos de pacientes e familiares, a maioria dos pacientes é muito solitária. Isso vai ao encontro das afirmações de VAN DEN BERG (1963), que afirma que “O paciente psiquiátrico está isolado...A solidão é a essência de sua doença, seja qual for o diagnóstico.” VAN DEN BERG coloca que a ligação com o próprio corpo e também com os objetos é feita através do contato com o outro. “A outra pessoa desempenha um papel nas relações que temos com o nosso próprio corpo; pode tornar essas relações mais íntimas, como também pode aumentar esa distância.”(p.70) “Num só relance vejo seu corpo,

aprecio seu olhar, seu sorriso, suas mãos. Demonstro o apreço que lhe tenho, embora expressando-o vagamente. Meu apreço dá-lhe a liberdade de me falar como me fala, de me olhar como me olha e de mover-se como está se movendo. Minha presença não é uma crítica das suas expressões, mas uma apreciação. No meu olhar, sente-se ele como deseja ser. O fato de eu falar, ouvir e ver como ele, provoca a adesão entre ele e o seu corpo.” (p.73) Esse ponto de vista de VAN DEN BERG faz sentido quando se observa que a maioria dos pacientes não está vivendo sua sexualidade ou está apresentando algum tipo de dificuldade nessa área; os mais isolados têm também uma vida pouco produtiva e mais voltada à atividade de fantasia. Vai ao encontro das pesquisas mencionadas por SHEPHERD (1995) a respeito da importância da atitude, interessada e não-crítica, das pessoas que se relacionam com os psicóticos, para sua recuperação. Aqui, também, quando se leva em conta o observado nas sessões quanto à atitude dos pacientes em relação uns aos outros, em geral bastante solidária, se percebe a importância de reuni-los nos grupos; aproximados pelas experiências comuns, eles se habilitam a uma troca afetiva que parece bastante compensadora. É importante referir também os relatos de MASSARO (1990), que reporta bons resultados em psicoterapia com grupos que reúnem psicóticos e não psicóticos.

Na análise das sessões se vê que, algumas vezes, a solidão é atribuída a rejeição pelos outros mas outras vezes há uma rejeição dos outros pelo psicótico. Por que se isolam? Olga diz que “foge”, “tem medo”, “se assusta” com o contato. JUNG (1958) comenta o isolamento do paciente esquizofrênico, o “distúrbio fundamental da relação” e que tem a ver com um déficit na solidez da estrutura - o paciente esquizofrênico costuma se sentir ameaçado no contato com as pessoas. LAING (1960) também vê na procura de isolamento uma defesa do psicótico contra o risco que pressente, de ser anulado de alguma forma na presença do outro. Revendo WATSLAVICK, BEAVIN & JACKSON (1967), dir-se-ia que o paciente foge da possibilidade de ser desconfirmado pelo outro. Os “normais” excluem o louco, por sua vez. O lugar que o louco costuma ocupar é o dos excluídos, seja concretamente, no manicômio, seja no dia-a-dia, na comunidade. Por quê? Acredito que, primeiramente, pelo fato da instituição existir simbolicamente, como analisam os reformadores da Psiquiatria na Itália (ROTELLI, 1988; ROTELLI et al., 1986). Isso faz o psicótico levar consigo, onde vá, o pressuposto de que possui características negativas, de periculosidade, de menos-valia, de erro moral, que gera aversão e completa o círculo de exclusão. Num nível afetivo mais profundo, pensa-se com PAGÈS (1975) que a exclusão dos diferentes pode estar a serviço da defesa contra angústias primitivas.

“VOZES”

O assunto aparece em vinte e oito das sessões. Quatro pessoas, em ocasiões diferentes, aparentam ou afirmam estar tendo alucinações do tipo auditivo durante a sessão: Neiva do grupo I, José Carlos e Romeu do grupo II, Renata do grupo III. No grupo I, nove mencionam ouvir ou ter ouvido vozes; em anotações dos prontuários há referências dos pacientes ou familiares dos outros quatro também. No grupo II, oito mencionam ouvir ou ter ouvido “vozes”; um afirma nunca ter ouvido; segundo anotações de prontuário, mais três também já ouviram; nada consta a esse respeito em relação a um dos pacientes. No grupo III apenas três mencionam ouvir ou ter ouvido “vozes”; de quatro há referências nos prontuários; seis referem ou consta nas anotações de seus prontuários que nunca tiveram essa experiência. Dos trinta e um dos quais se têm informações que ouvem “vozes”, dezessete mencionam o fato durante as sessões, três falam sozinhos. Duas pessoas se contradizem - em uma sessão falam que nunca “ouviram vozes”, em outra contam que ouviram e dão detalhes; dados de prontuário referem que, no passado, tiveram alucinações auditivas.

Às vezes os pacientes referem-se a episódios em que tinham alucinações auditivas como episódios em que “falavam sozinhos”. Tais episódios são considerados como um fator que caracteriza “crise”, “estar mal”. Em uma das sessões o grupo se preocupa em discutir e discriminar esse tipo de “falar sozinho” do falar sozinho “normal”. No primeiro tipo, a vivência da pessoa não é de “falar sozinho”, mas de falar com as “vozes”, embora pareça falar sozinho do ponto de vista do observador. No segundo, a pessoa vivencia e intenta fazer algum comentário ou exprimir algum pensamento em voz alta para si mesmo, o que reconhecem como “normal”.

Apenas quatro pessoas, Ângelo, Laura, Ezequiel e Olga referem ter “visões” além das “vozes”. As visões são em menor frequência, de acordo com o que se observa habitualmente em psicopatologia.

Entre os onze que explicitam a reação afetiva que lhes despertam as “vozes”, sete referem reação de desagrado e lhes atribuem uma conotação negativa. Exemplo:

Lauro- “É pensamento negativo. Uma voz baixinha no ouvido... tipo um inimigo. Num ouvido só que eu ouço.”

T2 - “Que tipo de coisa?”

Lauro- “Pode ser um pensamento bom ; se é um pensamento ruim ele se alegra.....Ele quer vencer eu.”

T1- “Ele vence?”

Lauro- “Não...” (com expressão de dúvida)

Gerson- “Então vence.”

Ezequiel- “É de homem ou de mulher?”

Lauro- “Não dá pra perceber. É baixinha, chatinha.”

T2- “Dá um exemplo.”

Lauro- “Fala assim: ‘Se fodeu!’ É quando estou bem animado.”

Dois pacientes parecem valorizar as “vozes”. Exemplo:

Emerson- “Comecei a ouvir vozes, desde oitenta.”

T1- “E o que elas dizem?”

Emerson- “É pra educar.”

T1- “Mas o que elas dizem?”

Emerson- “Isso pode; isso não pode. Tem proibições. Elas regulamentam a vida. Acredito que seja o caso de todos.”

Dois pacientes têm uma relação ambivalente com as “vozes”, explicitando reação positiva ou negativa de acordo com o conteúdo variável do que é ouvido. Exemplo:

Olga- “Às vezes é coisa boa. São pessoas ajudando a fazer as coisas: lavar roupa, cozinhar. Ou é Deus orientando. Leva pro sucesso. O lado que amargura também orienta mas xinga junto. Isso machuca, dói. Às vezes fala: ‘Bem feito! Ninguém mandou.’ ”

Pelo que observei no decorrer do tempo, a tendência é colocar na sessão a questão das “vozes” quando as coisas não vão bem, quando há sofrimento; de tal maneira, também não se pode afirmar que aqueles que colocam como negativa a existência das “vozes” não tenham, em outros momentos, uma reação positiva.

Lauro e Nílsa apontam que há fases em que as alucinações auditivas estão presentes mas não perturbam - o que faz pensar que podem se sentir bem e aparentarem estar fora de quadro produtivo quando na verdade as alucinações persistem, talvez com menor frequência, talvez com uma tonalidade afetiva ou intensidade que lhes permite incorporá-las harmoniosamente no seu dia-a-dia. Exemplos:

Nilsa- “Tomo só um remédio por noite. Escuto só um zum-zum mas me domino, não faz efeito. Tenho mais segurança.”

Lauro “não está legal”. Vai descrevendo para o grupo, ajudado por perguntas, um “...pensamento negativo. Uma voz baixinha no ouvido... tipo um inimigo.”..... “É perturbado.”

Gerson- “Você esteve tanto tempo bom. E agora?”

Lauro- “Faz tempo que eu estou escutando. Mas agora perturba mais.”

Lauro e Nilsa apontam que há fases em que as “vozes” estão presentes mas não perturbam. É o caso de se pensar se, muitas vezes, indivíduos dados como “assintomáticos” não continuam tendo alucinações, mas com uma frequência ou característica que as torna “funcionais”, não interferindo de maneira a prejudicar o dia-a-dia do indivíduo.

Os grupos parecem se sentir à vontade para discutir a ocorrência das “vozes”. Existe com frequência um movimento dos que se manifestam em indagar dos outros se também ouvem. Existe também uma ansiedade e uma busca ativa no sentido de definir a origem das “vozes”, a respeito das quais todos que se manifestam têm a consciência de não serem “normais”. Aparentemente, na maior parte das vezes, está claro para os pacientes que elas não vêm das pessoas que estão próximas no momento. Em apenas duas situações referidas, duas das pacientes, que habitualmente reconhecem o caráter anormal das vozes, atribuem as falas a pessoas da vizinhança. Exemplo:

Elza- “Podem ser os vizinhos também.”

Ilca- “Não sei se são vozes...ou se é real. Fui a uma oficina perto de casa e falei de um por um. Agora tem minha tia. Ouvi um homem falando: ‘Tá vendo, foi ela que deixou ele assim.’ Fui lá: ‘Se vocês têm alguma coisa contra mim...vamos à justiça.’ ”

(Em ambos os casos não é possível afirmar que se trata de alucinações ou se trechos de conversa de pessoas próximas foram ouvidos e interpretados como referentes às pacientes.)

Em alguns casos as “vozes” são percebidas dentro da cabeça, em outras “pelo ouvido”.

As explicações referidas são variadas e nenhuma parece predominar. As “vozes” são atribuídas a “vizinhos”, a “telepatia”, a “Deus”, a “espíritos”, a “macumba”, a “fraqueza da cabeça”, a “causas psicológicas”, ao “subconsciente”. Entre os que se manifestam, nenhum chega a causar uma impressão de irredutibilidade em suas teorias.

Apenas uma parte dos pacientes refere algum conteúdo da fala das “vozes”. Nos que o fazem, são sempre conteúdos compreensíveis de acordo com a dinâmica do paciente. São exemplos:

Joana- “Estou lá, as vozes dizem: ‘Sai! Vai trabalhar! Vai passear! Vai viajar!’ ”

(As “vozes” de Joana, aqui, exprimem seu conflito atual - Ela está sempre se debatendo entre seus desejos, quase nunca satisfeitos, e o dever, que geralmente assume, mantendo a aparência da “irmã dedicada e trabalhadeira”; além disso, tem medo de se expressar de outra maneira e ser rejeitada - sente que depende da irmã e do cunhado para ter onde morar e para ser cuidada quando entra em crise)

Ilca- “As vozes eram só acusações. Tenho muito sentimento de culpa. Não fui boa filha pra minha mãe”. Em outra sessão: “Ouvi um homem falando: tá vendo, foi ela que deixou ele assim.”

(As “vozes” acusatórias, críticas, refletem os próprios sentimentos de culpa, que são explicitados nas sessões e a excessiva auto-crítica da qual vai aos poucos se apropriando no decorrer do processo)

Romeu- “Uma tal de Escarlina diz que quer ser eu.” Em outro momento da mesma sessão: “Estava conversando. Saiu até tiro no consultório. Como pode ser eu? Eu não sou ela. Ela quer tomar minha personalidade. Deixo na mão da polícia.” Em outro momento da mesma sessão: “Uma tal de Maria Antonia queria ser eu.”

(As “vozes”, femininas, ameaçam tomar a identidade de Romeu. Sugerem um conflito em relação à homossexualidade, esboçado também em momentos em que Romeu fala de maneira afeminada e em momentos de outra sessão em que ele se irrita acreditando perceber nos olhares de pessoas do grupo que o estão considerando “veado”)

Observação- Esta é a única ocasião em que algum dos pacientes explicita se tratar de “vozes” femininas ou masculinas.

É interessante o relato do caráter evolutivo das “vozes” no decorrer das sessões, relatado por Ezequiel:

Ezequiel- “No começo as vozes me xingavam. Agora são vozes de colegas, de pessoas que são do grupo. É como se fosse um choque... Não incomoda, não. Queria saber o que é isso.”

T2- “Mas o que elas dizem?”

Ezequiel- “Alenta. Às vezes tem um pensamento ruim, está demorando pra dormir, falta oxigênio na mente, a voz parece que abre a mente...”

A medicação geralmente é percebida como capaz de reduzir a frequência ou eliminar a ocorrência das vozes. Às vezes, a par do desejo de um dia se libertarem dos remédios, manifestam o medo disso proporcionar a volta das “vozes”. Em uma situação, um paciente atribui ao uso do Diazepan a ocorrência das “vozes”.

Em todas as colocações parece que a relação do paciente com as “vozes” é de inferioridade, de dominado para dominador. Nas “vozes” estão o poder e a sabedoria. Isso faz com que se sintam impotentes em relação a elas. É uma relação em que se sentem dominados, inferiorizados, seja quando se sentem ajudados, seja quando se sentem prejudicados. Essa relação é semelhante à que existe com a sociedade. Cabe lembrar o estudo da família de um esquizofrênico por COOPER (1967) : “As ‘vozes’ não identificadas, que dizia ter ‘ouvido’, acusando-o de egoísmo, constituíam uma série de interiorizações de declarações, realmente proferidas por seu pai e registradas por nós nas interações familiares.” (p.93)

Chama a atenção o fato de às vezes afirmarem que ouvem vozes, outras negarem o fato. Talvez isso tenha a ver com o que se observa habitualmente, que poderia se chamar a “criminalização” do louco. Ele costuma ser questionado, interrogado, como se tivesse culpa de alguma coisa. Quando se diz, num exame psiquiátrico, que ele “dissimula”, fica implícito que achamos que ele tem a obrigação de responder. (Vide FOUCAULT, 1964 e a história da exclusão do louco)

Percebe-se que discutir esse assunto é importante para os pacientes, motivador. Interessa a muitos. Parece importante poderem se identificar com os outros. Querem discutir o significado, a origem das “vozes”. Todos mostram saber que não é um fenômeno considerado normal. O delírio secundário aparece sempre como uma tentativa de explicação; é fruto de uma

elaboração, uma busca ativa de significado. Entre os que se manifestam, nenhum chega a causar a impressão de irredutibilidade em suas teorias. Naturalmente a motivação vai exercer um papel importante no apego ao delírio e às alucinações. Se alguém, basicamente inseguro, se sente acompanhado e orientado, não vai desejar abrir mão desse universo mais fácil e compensador, como também já observaram MORENO (1959) e JUNG (1939). Neste estudo, o conteúdo das “vozes” é sempre compreensível de acordo com a dinâmica do paciente e mutável de acordo com as novas experiências: Ezequiel mostra como o conteúdo passa a incorporar vozes e falas de pessoas do grupo, mais compreensivas.

SENTIMENTO DE DESVALORIZAÇÃO

O tema foi abordado em oito das sessenta sessões. As falas sugerem que “loucura” e “doença mental” têm uma conotação negativa, atribuída pelas outras pessoas e por eles mesmos.

Ezequiel- “Assim eles não se interessam por nós. Eles falam: doentes mentais. A Carmem sentiu pela foto*... que não deviam ter posto isso...mas como a coordenadora também saiu na foto, tampou um furo...O nome dela...”

T1- “E é vergonha, ter doença mental?”

Ezequiel- “Não. É como outras doenças. Mas justo onde vai pegar... fica um bloqueio... a gente quer ter uma atividade melhor, subir de vida, ter um carro, ter uma casa... com esse problema tem uma coisa que abafa...”

(* foto no jornal da cidade, com uma legenda que fala dos “doentes mentais” em visita ao parque do Lago do Café)

Sentem-se incomodados em serem chamados “loucos” e rejeitam essa designação, procurando atribuí-la a outros.

Olga- “Nesse caso se elimina a loucura. Por exemplo, dizem: ‘Fulano pirou.’ - então aquele que fala é que é louco.”

Nílsa- “Pra ele falar isso aí então ele tem uma parte disso também.”

Olga- “Então não é loucura também. O louco é aquele que mata os outros, não aquele que beija a planta.” (Loucura é a violência)

Alguns afirmam não serem loucos já que apresentam algum tipo de capacidade (Louco é incapaz). Exemplos:

Olga conta que suas plantas “ficam lindas” e depois lê uma poesia sua para o grupo. Anoto um verso: “Às vezes, sonhando, percebo que a realidade existe...”

T1- “Bonito!”

Valter- “Eu faço tabuada.”

Nilsa- “Uma coisa puxa a outra. Pensei em voltar a cuidar de planta. Um ajuda o outro.”

Valter- “Uma vez me chamaram de louco na escola. A professora disse que eu não era porque eu fazia tabuada. Louco é quem não tem amor às coisas.”

Alguns afirmam se sentirem valorizados no grupo de terapia - fora, sentem-se desvalorizados.

Valter- “Às vezes me sinto jogado num canto.”

A valorização é esperada de fora, das pessoas “normais”, seja através de remuneração por trabalho, seja através de algum outro tipo de reconhecimento. A dificuldade financeira, por sua vez, parece contribuir para o sentimento de desvalorização. A desvalorização é vivenciada como sentimento de insegurança frente a ações necessárias no dia-a-dia e como mágoa em relação aos “normais”. Exemplo:

Ilca- “ É muita rotina. Sempre a mesma coisa, sempre a mesma coisa, sempre a mesma coisa. Ninguém dá valor, ninguém dá valor, ninguém dá valor. É chato. Eu fazia isso antes (serviço de casa) com facilidade. O que aconteceu que eu mudei tanto? Eu fazia com tanto amor... fazia tudo, via tudo cheirosinho... Fecho a porta quando vem visita pra não ver a bagunça. Sou medrosa, covarde, insegura...”

T1- “Insegurança do que?”

Ilca- “Das pessoas, da sociedade. Fui muito reprimida... Meu pai foi um rolo compressor- ‘Cala a boca que cê não é ninguém!’ Ouvir isso é duro.”

Nas falas surge também uma desvalorização específica das mulheres. É quando Inês diz, em relação à escolha de alguém para coordenar as atividades da horta no centro de saúde:

Olga- “Uma dona de casa não poderia. Teria de ser um homem?”

Olga- “Eu tenho vontade mas penso: Será que eu sou capaz? É falta de segurança. Precisa de uma pessoa que está disposta.”

A discriminação aparece também quando Ricardo afirma que “Algumas pessoas aqui ainda têm chance de vencer na vida, outras não. Que nem eu, o Zèzinho e aquele que não veio...” Ele se queixa de não ser valorizado, mas desvaloriza a maioria das pessoas do grupo, entre elas, todas as mulheres.

“Louco” é um termo depreciativo, “doente mental” é um termo depreciativo. Note-se que, no primeiro trecho de sessão citado, Ezequiel não se refere a nenhuma crítica adicional, apenas isto: a identificação deles como “doentes mentais” na legendas da foto no jornal. Neste e em outros trechos evidencia-se o incômodo, o sofrimento de se perceber nesse papel do menos valorizado. Essa desvalorização é compartilhada pelos familiares, como os pacientes referem e verificamos nas reuniões com suas famílias; é compartilhada pela comunidade, como os pacientes referem no seu dia-a-dia; é compartilhada pelos profissionais que trabalham com esses pacientes; é compartilhada pelos próprios pacientes que têm internalizada essa menos-valia na forma de insegurança quanto a suas próprias capacidades para viver na sociedade. Estamos todos de tal forma acostumados a perceber esses diferentes como “menos” que tomamos essa atribuição de valor por uma verdade evidente por si mesma. FOUCAULT (1964) e CASTEL (1978), recuperando a história da loucura, apontam como, em finais do século XVIII, há uma medicalização do louco que transforma sua diferença em uma entidade subordinada à instituição psiquiátrica, atendendo a uma necessidade social de exclusão daqueles que diferiam da norma. O louco foi colocado a partir daí num estado de minoridade social, inclusive do ponto de vista jurídico. COOPER (1967) aponta como, ao excluir qualquer minoria, a consciência pública precisa de justificativas; no caso, a justificativa seria a invalidação do louco pela ciência médica. A psiquiatria representa os interesses dos sadios, afirma COOPER, indo ao encontro das afirmações de CASTEL e FOUCAULT. Como essa invalidação se reproduziu e continua se reproduzindo? Num primeiro momento, ao atribuir-lhes o status de doente mental e segregá-los no asilo; como aponta CASTEL, as nosografias demonstram desde o início uma “percepção globalmente pejorativa” da loucura: “agitação, exagero, arrebatamento, imoderação, desregramento, impulsividade, imprevisibilidade, periculosidade.” (CASTEL, 1978, p.111)

FOUCAULT (1964 e 1971-1978), CASTEL (1978), GOFFMAN (1961), BASAGLIA (1968a, 1968b e 1979), ROTELLI et al. (1986) enfatizam a questão do poder na desvalorização do louco. Com a instituição psiquiátrica, este é submetido completamente ao saber e à verdade do médico, numa relação de soberania (CASTEL, 1978); no hospital, há uma hierarquia de poder onde o louco ocupa sempre o último lugar (GOFFMAN, 1961). Lá ele é despojado da liberdade, de seus objetos, do controle de seu tempo e de seu corpo, das informações sobre o que concerne ao seu destino, de suas relações na comunidade; seus atos e seu ponto de vista são invalidados, despojados de sentido; suas afirmações sobre sua identidade são desconsideradas. Saindo da internação, enfrenta, segundo GOFFMAN, primeiramente o que ele chama de “destreinamento”: o tempo passado fora da comunidade o afastou das atividades habituais e das mudanças que ocorreram no meio social, tornando-o temporariamente deficiente para reassumir um lugar no seu ambiente anterior; isso leva a uma percepção de inferioridade pelos outros e por si mesmo. Segundo, enfrenta o estigma que predetermina sua recepção pela sociedade - não é bem recebido para relacionamentos em geral, é dificultado seu acesso ao trabalho, espera-se que seja incapaz, perigoso e tolo.

Como aponta FOUCAULT (1971-1978), essa relação em que o louco é dominado vai se efetivar ali onde ele está, em cada relação concreta no seu meio microsocial, principalmente a família; assim também colocam os antipsiquiatras (COOPER, 1967; LAING, 1961,1969) que, em sua experiência, verificam que é no contexto onde vive o psicótico, geralmente no meio familiar, que os dados passam a ser socialmente inteligíveis.

CASTEL (1978, p.212) observa que “numa sociedade fundada no contrato, o alienado é aquele que escapa a qualquer tipo de relação contratual”. KINOSHITA (1996b), falando da contratualidade, considera como valores necessários para as trocas: bens, mensagens, afetos; nesse ponto de vista se apóia para desenvolver um trabalho de reabilitação social dos psicóticos em Santos, S.P. - um trabalho que proporciona oportunidades para que tomem posse desses valores. Outros trabalhos sob enfoque psicossocial, citados na introdução, também seguem essa linha. O trabalho no Centro de Saúde Jardim Aurélia se apóia em premissas semelhantes, oferecendo os espaços descritos anteriormente e discutindo a questão sempre que oportuno, com os pacientes, familiares e comunidade; com o decorrer do tempo, tivemos a oportunidade de observar mudanças no sentido de uma maior auto-estima dos pacientes e maior respeito por eles da parte dos que com eles conviviam.

INTERNAÇÃO

O tema é mencionado em vinte e oito das sessenta sessões, de maneira extensiva. Pelas colocações em sessões e os dados de prontuário sabe-se que todos já passaram por internações psiquiátricas; a maioria deles, por diversas vezes.

De um modo geral, a internação é encarada aversivamente. Referem, sem entrar em detalhes, ter sofrido muito nessas situações. Brigam, batem, apanham, são judiados, amarrados, levam choque, tomam sossega-leão...Exemplos:

Ernestina- “Onde eu estava internada, queriam me enforcar. Deram sossega-leão pra mim.”

Ricardo- “No Bierrembach tinha corrupto. Judiaram de mim. O hospital fechou. Estamos pra ser curados, não pra ser judiados. Os médicos dão risada por detrás. Não tomam providências.”

Vários explicitam o medo de serem internados novamente. No decorrer das sessões fica evidente a importância, para que se tranquilizem, da explicitação de uma proposta que privilegie outras alternativas de tratamento.

Airton- “Estou bem. Passei mal... Fiquei andando...”

T1- “Disseram que você vomitou.”

Airton- “Tenho medo de internar.”

Ezequiel- “E se eu falar as coisas que não devia? Ser cortado do grupo, ser internado de novo.”

Essa fala de Ezequiel leva a pensar numa desconfiança em relação às profissionais, que detêm, de fato, o poder de encaminhá-lo para internação. Isso remete a uma fala de Laura:

Laura- “Ele ouve vozes. Já fiquei assim. Algumas coisas entendia, outras não. Falei pro doutor, ele me internou. Se soubesse, não tinha falado.”

Numa sessão em que as terapeutas indagam quais as expectativas para o ano novo, quase todos colocam, em primeiro lugar, “passar o ano sem internar.”

Em algumas ocasiões, pacientes que em outros momentos se queixam, referem vantagens na internação. Essas vantagens têm a ver com a acomodação numa situação de pouca ou nenhuma responsabilidade. Segue aqui um trecho de uma sessão:

Oswaldo- “Pra mim o que falta é um emprego. Tem uma hora que a gente tá legal. Mas não arrumo um serviço. Ainda bem que eu faço uma comida em casa. Antes ficasse no hospital, pelo menos não faz nada. Só come e dorme.”

Ezequiel- “Saí mais gordo do hospital. Comida, o remedinho vinha na boca, arrumei até namorada. Quando percebi, tava de alta, tive de ir trabalhar de novo.”

Laurice- “Eu também. Não tenho pai, mãe...será que me aceitam pra morar no hospital?”

T2- “Acho que não. Está mais parecido com um hotel. Quer dizer que não tem dinheiro pro hotel, dá uma pirada...”

T1- “T2, quando é suas férias? Vai... tem uma piscina...”

Lauro- “Acho diferente. Não é como em casa.”

T2- “Não é colônia de férias.”

Laurice- “Não precisa nem arrumar cama...”

T1- “Tem um lado aqui de querer descansar...”

Emerson- “Tem também todo mundo. Uns três dias... um pai pegando no pé... lá ninguém se incomodava com nada. Quando abre as portas...”

T2- “Tem de cair na vida.”

Por outro lado, ajudar de alguma forma dentro do hospital é atividade referida aparentemente com orgulho. O assunto leva às vezes a troca de impressões e avaliações dos hospitais psiquiátricos da cidade e região. Discutem comida, diversões, atividades religiosas. A comida costuma ser considerada ruim mas “engordar” é sinal de internação recente; atribuem a engorda a um aumento de apetite despertado pelos remédios. Referem e aprovam atividades como baile, bocha, piscina, cinema, esporte, futebol. Alguns usam esse espaço para namoros. Cultos e benzimentos são referidos e considerados “chatos”.

Referem-se sempre às internações como tendo sido providenciadas pelos familiares, contra sua própria vontade, o que geralmente vivenciam com sentimento de revolta em relação aos mesmos e, em alguns casos, com a reflexão de que a família tinha razão em interná-los. Exemplo:

Abraão- “Falei ‘tá bom’, me troquei, peguei minha bíblia... orava seis vezes, não deu mais vontade... me troquei, fui em paz, fui no opala, a cento e vinte por hora. Pra vir, vem de ônibus, por que não vão buscar de opala...”

T1- “Por quê? Você tem a resposta.”

Abraão- “Sabem que eu tô ruim. Tem de levar rápido antes que quebre tudo em casa, fazer besteira. Não vão me visitar...”

Quando procuram ver as coisas do ponto de vista dos familiares, a internação parece se justificar, para alguns. É o caso de uma sessão em que se discute sobre o Márcio, porque a irmã, Joana, que também é paciente, se queixou de que está muito cansada de cuidar dele.

Ezequiel- “Ontem a Joana falou em internar o Márcio. O que o grupo acha?”

Gerson- “Ele não está tão ruim.”

(Ernestina interfere. Peço pra ela ouvir a pergunta. Ela “não ouviu”. Ezequiel repete a pergunta.)

Ezequiel- “Em casa dá alteração. Aqui não, não dá vexame.”

Ernestina- “No hospital fica acostumado. Tem de sofrer em casa.”

Cláudia- “No hospital só sofre, apanha.”

Emerson- “Depende do hospital.”

Ezequiel- “É. Depende do hospital.”

Ernestina- “Tem de carregar a cruz.”

Ezequiel- “É, mas Jesus teve ajuda pra carregar a cruz.”

Em todos os episódios relatados, aparentemente as internações são devidas à dificuldade das famílias em conviver com determinados comportamentos dos pacientes. Do ponto de vista dos pacientes, excetuando-se o caso em que alguns se preocupam com Joana enquanto irmã de paciente, o que predomina é a opinião de que a internação não é a melhor

alternativa para tratamento. É a mais conhecida. Os que são favoráveis às internações parecem acreditar que apenas no hospital pode ser oferecido um tratamento eficaz numa crise.

Rosa Maria- “Queria ser internada, pra ver se o sono volta.”

T1- “Internação dá sono?”

Rosa Maria- “Queria tomar uma injeção para dormir três dias. Pra ver se volta o sono.”

Laurice- “Se piorar, tem de internar. Lá dão injeções...”

(Marta concorda)

Joana- “Se internar resolvesse, eu tava boa.”

Ezequiel- “Geralmente quando as pessoas estão internadas...antes de vir pra cá fui na PUC pedindo pra internar...cheguei calmo... cheguei lá e disse que queria ser internado. Dr. Pedro perguntou por quê e disse que eu estava bem. Eu disse que não estava sentindo bem... Fui embora pra cá e não precisei ser internado... a gente pensa que precisa de uma coisa... vem uma pessoa e dá uma empurradinha e não precisa mais... uma sugestão, uma conversa sadia...”

Tanto pelo presente trabalho como por outros mencionados na introdução, verifica-se que o número de internações pode ser bastante reduzido, até mesmo abolido, como é o caso de Trieste e de Santos, desde que se invista no atendimento extra-hospitalar (BLÉANDONU, 1995; GOLDBERG, 1994; HANSSON, 1989; KINOSHITA, 1996; LIVINGSTONE & BRYSON, 1989; MEZZINA & VIDONI, 1995; OKIN,1995; ROTELLI,1988; SHEPHERD, 1995). Por outro lado, além de todas as questões negativas sabidamente associadas à internação, parece que pouco benefício se obtém disso para o paciente, além da internação contribuir para sua estigmatização. A violência dentro das instituições é referida tanto pelos pacientes quanto pelos familiares. Fica claro que prevalece um sentimento de MEDO da internação.

Aparece a desconfiança quanto aos profissionais. Na fala do Ricardo: “Os médicos dão risada por detrás.” Sentem-se desrespeitados. O médico tem o poder de dar medicações sedativas - o “sossega-leão” que os deixa provisoriamente incapazes - e de promover sua internação. A desconfiança, geralmente não explicitada (nem demonstrada) no grupo, aparece na fala do Ezequiel - fica com medo de “falar as coisas que não devia” e “ser cortado do

grupo, ser internado de novo.” Percebe como perigoso falar o que realmente sente. Isso leva também a um questionamento: Por que uma pessoa que se percebe com alucinações ou se sente em dúvida quanto à sua noção de realidade não pode tranquilamente procurar um psiquiatra como procuraria um especialista por sintomas cardíacos, respiratórios, etc.? Porque muitas vezes esse pode ser o caminho mais curto para a desagradável internação - lembrar a pesquisa de MERCIER & KING (1994) referida no capítulo “Algumas Experiências”. Com o advento das drogas neurolépticas, a maioria dos casos vem obtendo um maior controle dos sintomas e isso deve ter contribuído para a desospitalização. O domínio da sociedade sobre o doente mental, tornando-o “sem voz”, permitiu, mesmo assim, um incremento dos hospitais psiquiátricos no Brasil na década de setenta, por interesse dos investidores na área hospitalar. (CESARINO, 1989)

É interessante ver como as “vantagens” que às vezes os psicóticos atribuem à internação têm a ver com a menor responsabilidade; por esse lado, no hospital a vida é mais fácil. Parecem ter medo da responsabilidade. No hospital não enfrentam a competição pelo mercado de trabalho e têm seu sustento garantido. A internação reforça o sentimento de dependência, de ser pequeno, de ser criança. Para quem já tende a colocar a responsabilidade nas “vozes”, isso vem a calhar.

Mesmo os pacientes (cf. fala do Abraão) acreditam importante internar em casos em que estão violentos, destrutivos. Do ponto de vista dos familiares, “é um descanso”. Os psicóticos dão trabalho em casa. No caso do Márcio, por exemplo, acostumaram-se a dar-lhe banho, comida, não lhe atribuir nenhuma responsabilidade ou ocupação, não o deixar sair sozinho. Num dado momento se percebem sobrecarregados, não agüentam mais. Às vezes, mesmo pacientes acham que qualquer “crise” se trata em hospital; foi isso que aprenderam. Mas predomina a opinião de que a internação não é a melhor alternativa, é a mais conhecida. Concordam que é importante haver outras opções. Havendo experimentado o atendimento no centro de saúde, durante período de crise, preferem ficar em casa e dispensar a internação.

TRABALHO

O tema aparece em cinqüenta e uma das sessenta sessões, de maneira bastante extensiva.

O trabalho, remunerado ou não (atividades úteis em casa), é valorizado na maior parte das falas. É valorizado por seus produtos concretos, como indutor de bem-estar, como meio de se obter dinheiro. Parece implicar sentimento de auto-estima da pessoa que o realiza. Inversamente, a inatividade é associada com sentimentos de insegurança, de nervosismo, inquietação, falta de autoconfiança, medo de não ter capacidade, percepção de aumento excessivo de peso corporal, problemas para arranjar companheira no caso dos homens, devido à dificuldade financeira decorrente.

“T1- Teve uma época em que tinha autoconfiança?”

Iica- Quando eu trabalhava. Fofocas tinha mas eu esquecia de tudo. Agora eu fico muito tempo dentro de casa.”

“Valter- Melhorou 100%. Eu não fazia nada. Dava um nervosismo. Agora faço cadeirinhas. É fascinante, ocupa a mais.”

Ezequiel- “...Eu saio daqui e não faço quase nada. Sebastiana é aposentada e trabalha por fora. É uma terapia. No hospital também tem. Eu ia no hospital. Tinha baile... O tempo passa, a gente não vê. Deu alta, fui trabalhar, não deixei a peteca cair. Tento voltar à atividade de antes, só estudar não voltei.”

Em raras ocasiões ocorre o inverso: é explicitado o desejo de não trabalhar, um movimento de permanecer numa posição mais dependente, acomodada.

Lauro- “Eu gosto de ficar parado. Tem o problema da perna.”

Abraão- “Faz igual eu. Eu vivo à custa do meu pai, ele que se vire.”

Vários recordam trabalhos que faziam na mocidade, empregos que tiveram. O trabalho é associado a “tempos felizes” por alguns, outros se sentiam sobrecarregados por

trabalhar. No presente, alguns fazem “bicos” , vários trabalham em casa (principalmente as mulheres), um deles tem profissão como autônomo (conserta eletrodomésticos), uma trabalha regularmente como empregada doméstica; Abraão e Fernando reclamam porque fazem “serviço de mulher “ em casa. Fica evidente que vários conseguem trabalhar em casa e a dificuldade surge quando se pensa em trabalhar para fora, com remuneração.

Nilsa refere fazer o trabalho de casa mas tem medo de cortar cabelo como cabeleireira que era. José consegue trabalhar em sua casa - faz jardinagem, serviços domésticos, consertos; não consegue trabalhar para fora (era eletricista e encanador). Aparentemente sua dificuldade é no contato com as pessoas; o mais difícil é o momento de cobrar. Em muitas de suas falas, José associa sua impotência sexual à dificuldade de trabalhar.

Laurice- “Na casa da gente a gente pára quando quer. Na casa dos outros tem de obedecer o patrão.”

José- “Quero voltar a trabalhar mas acho que não tenho capacidade. Estou com impotência por causa dos neurolépticos. Acho que não sei mais do jeito que é... não consigo trabalhar. Tenho dormido bastante. Semap me deixa calmo.”

T1- “A minha impressão é que está melhor. Como é a depressão, o que sente?”

José- “Como posso sustentar uma mulher? Ganho pouco.”

Os fatores mencionados como impeditivos do trabalho são: medo de errar, medo do contato, medo de não agüentar, tremores, sono, desânimo, tensão, insegurança, “vozes” que interferem.

Nilsa- “Quando não durmo dá uma tremedeira, não consigo cortar cabelo.”

T1- “Mas isso não é sempre.”

Nilsa- “Dá aquele nervoso por dentro.”

T1- “Perdeu a autoconfiança?”

Nilsa- “Tenho medo, medo de errar.”

Ângelo- “É arranjar trabalho. É fácil pra mim. Mas minha mãe acha que não devo perder a aposentadoria porque não agüento.”

T1- “Você tem dúvida.”

Ângelo- “Eu tenho.”

Olga- “É uma moleza. Não consigo fazer as obrigações.”

T1- “Tem coisas que você quer fazer e não são obrigações.”

Olga- “Não tenho interesse. Ando sem vontade. Serviço eu preocupo porque senão depois fica pior. A cabeça não escolhe nada.”

T2- O Ronaldo diz: Quero voltar a fazer tudo mas o corpo não acompanha.

Ronaldo- “É o nervoso que não deixa. Tudo cai. Dá um tremor.”

A medicação é algumas vezes responsabilizada como impedimento. O tratamento é usado como justificativa para não trabalhar. Em algumas falas, pelo contrário, afirmam que o remédio e a terapia ajudam nesse sentido.

Abraão- “Eu não posso (trabalhar) porque tenho muito sono. Se fosse levantar às seis da manhã... É dos remédios que eu tomo.”

Joana- “Tá trabalhando?”

Flávia- “Não...A minha idade...”

T1 e T2- Mas sua mãe trabalha.”

Flávia- “Mas eu tomo remédio”.

Fernando- “Ontem não podia trabalhar, ajudar, com o remédio. Gosto de trabalhar. Estava com tontura, pela reação.”

Olga- “Vai acumulando o serviço, como vou dar conta? Não consigo fazer as atividades, só quero cama. Dou pra trás. Se o calmante tomba demais... não tenho outra pessoa que faça. Sinto os nervos duros, atados.”

Neiva- “Agora deu um embalo, mas eu quero fazer. Nem olho pra cama mais. Estou crochutando, lidando na casa, corto, alinhavo... só não passo na máquina porque não tenho. Graças a Deus e ao tratamento. Pra mim o remédio nunca fez mal.”

Alguns se mostram desejosos de ter um emprego, contam de uma procura ativa mas referem encontrar dificuldades externas.

T1- “É difícil recomeçar o que a gente parou?”

Ezequiel- “É.”

T1- “Impossível?”

Ezequiel- “Não. Eu vejo o Correio Popular no domingo. Eu vejo os anúncios. Faço ficha.”

Oswaldo- “Estou bem. Fiquei sem remédio. Estou bem, fiquei sem remédio mas fiquei bem. Estou sem trabalho.”

T1- “Oswaldo, e a questão do trabalho?”

Oswaldo- “Faço ficha; não acho.”

T1- “Tem hora que você desanima.”

Oswaldo- “Não desanimo. Mas meu pai e minha irmã cobram. Faço bico mas não resolve. Acaba o dinheiro num instante.”

Laura- “Arranjei um emprego, o marido não deixou. Um milhão e meio. Ficou macho. Briguei com ele. Ele disse que não precisa. Aí fico dormindo, a menina fazendo. Queria sair da dormição.”

A questão da aposentadoria parece bastante complexa. A maioria dos pacientes é aposentada por invalidez. Alguns, que não são, trabalham em casa e evidentemente têm condições de assumir trabalho remunerado, querem procurar se aposentar de alguma forma para receber o dinheiro. Outros, aposentados, gostariam de sair da aposentadoria e trabalhar. Outros, recebendo aposentadoria ou benefício, fazem “bicos” para complementar a renda. Alguns parecem acomodados a essa situação de dependência. As opiniões divergem quanto a se pessoas “doentes” podem trabalhar ou não. Alguns denunciam pessoas aposentadas por invalidez que têm também empregos remunerados. Outros, aposentados, comentam que, se voltassem a trabalhar, ganhariam a mesma coisa, então não vêem vantagem em sair. A maioria, aposentados ou não, reclama da situação financeira. Todos demonstram consciência da necessidade de dinheiro e os mais desfavorecidos se queixam das dificuldades decorrentes. Alguns referem queixas dos familiares por sua inatividade.

Sandra- “Tem gente mais doente que trabalha. Tem gente que está melhor e não trabalha.”

Vilmar- “Tem gente doente que trabalha.”

Joana- “Eu já vi.”

Sandra- “Tenho dois parentes, um casal, aposentados. Estão melhor que eu.”

Ângelo- “Quando me aposentaram, meu pai foi lá. Eu nem fui.”

T1- “Como foi isso pra você?”

Ângelo- “Eu não queria. Queria trabalhar.”

Laura- “Será que tem jeito de eu me aposentar?”

T1- “Não sei, o que você acha?”

Laura- “Não tenho registro. Queria me aposentar e ganhar um dinheirinho a mais.”

Abraão- “É que aí, se eu trabalhar, a gente que está encostado no INPS...”

T1- “É, como vai ser desencostar?”

(Abraão comenta: ganhará igual se trabalhar.)

Neiva- “Essa coisa da questão financeira...há dez anos estou sem trabalhar... Meus filhos desempregados... Não tenho aposentadoria... Vou a pé... Não sei se vou dar uma força falar nisso... Minha esperança é trabalhar.”

O grupo parece estimular o trabalho, seja doméstico, seja o serviço remunerado.

Emerson (para Olga)- “Não consegue fazer alguma coisa? Comida? Tem de bater várias vezes o que consegue, vai afastando o medo. Tem de bater mais nessa tecla. Você só vê o que não consegue, aí dá força pra esse lado que não consegue.”

Iica- “Ele (Ricardo) devia ter uma ocupação. A gente, mulher, faz as coisas em casa. É importante ter alguma coisa pra fazer. O José cuida da horta. Faz alguma coisa dirigida pro trabalho ou frequenta aqui a TO. Você tem mania de perseguição - é mãe, é irmão, é não sei quem. Eu também já tive mania de perseguição. Numa casa sempre tem o que fazer.”

Ângelo (mostra um radinho)- “Trouxe o radinho pro Vilmar arrumar.”

Verifica-se o quanto é importante o trabalho para os pacientes. É ligado à auto-estima, de acordo com a valorização social, calcada na produtividade e na ostentação de bens materiais. Encontram com frequência dificuldades, pelo quadro delirante-alucinatório, pelo receio do contato ou pelo preconceito que enfrentam, ao procurar trabalho, em relação à sua capacidade e que eles mesmos compartilham, sentindo-se incapazes ou menos capazes. A dificuldade ainda é maior considerando-se a alta competitividade do mercado em relação à mão-de-obra pouco especializada, caso dos pacientes deste estudo. O trabalho desejado é muitas vezes temido. A falta de trabalho contribui para a dificuldade financeira que irá acentuar a insegurança e a ansiedade; também levará o paciente a ser mais “pesado” para os familiares, o que pode favorecer internações dos pacientes das classes econômicas menos favorecidas, que no hospital serão sustentados pelo estado. Lembro aqui a reportagem de MORAIS (1976) que conta como as famílias dos pacientes internados por longo tempo se dispuseram a recebê-los de volta quando começaram a receber pelo trabalho produtivo que executassem no hospital. No caso dos homens, dos quais culturalmente ainda se espera com frequência que seja o provedor, o problema financeiro dificultará a constituição de família, diminuindo a oportunidade de exercer sua sexualidade.

O trabalho também é valorizado como uma ocupação da atenção, como espaço de contato; a atividade substitui a ansiedade. (Será que é bem assim? Alguns lembram que se sentiam sobrecarregados quando trabalhavam.) O inverso, a dependência, a vontade de ser só cuidado e sustentado, também aparece, mas é mais raro. Na realidade, a maioria trabalha. Sem remuneração, executam serviços domésticos. Alguns “fazem bicos” ou trabalham por conta própria. Assim, não estão na verdade “incapazes” mas realizam o que lhes é permitido e num ambiente onde não tenham de enfrentar uma exigência maior - têm medo de não corresponder às exigências. O reverso - o cobrar pelos seus serviços - às vezes aparece também como dificuldade. O remédio, em alguns casos, serve como pretexto para não encarar o problema com o trabalho; em outros, parece que as reações de alguns remédios realmente os atrapalham.

A aposentadoria por invalidez, por pouco que seja, ajuda concretamente na sua sobrevivência. Mas depois, quando se sentem em condições, não voltam ao trabalho, porque temem perder essa aposentadoria. Se, por um lado, têm mais dificuldades - limitações pessoais

ou colocadas pelos possíveis empregadores - e precisam de uma ajuda financeira, parece que esta não é adequadamente proporcionada pela via existente - a aposentadoria por invalidez, além do estigma que atribui, traz a conotação de uma situação definitiva. Na prática, essa aposentadoria pode ser revertida por um pedido do interessado, mas eles sempre têm o receio de voltar ao trabalho com vínculo empregatício e não agüentarem. Na experiência de Trieste, os psicóticos recebem um auxílio para ter o “mínimo de capacidade contratual” dentro da sociedade. (GOLDBERG, 1994) As palavras diferentes, o ponto de vista e a intenção diferentes vão mobilizar sentimentos diferentes, muito provavelmente mais apropriados no trato com as pessoas que já trazem um sentimento de menos-valia.

“LOUCURA”

É mencionada em sete das sessões, em uma se fala de “crise nervosa”. Os pacientes, explicitamente ou de maneira indireta, demonstram todos estar conscientes de que têm um problema, algo que os diferencia da maioria e que é nomeado como “loucura”, “crise nervosa”, “doença mental”, “esquizofrenia”... Assim, também parecem estar todos cientes e responsáveis por estar em tratamento nos grupos e tomando medicação.

T1 comenta que Neiva está falando sozinha nesse dia. Neiva parece ficar incomodada. Diz que está igual, sempre falou sozinha. T1 diz que é a primeira vez que a vê falar sozinha na sessão. Neiva faz ar de desafio e pergunta se T1 a está achando diferente. T1 diz que “sim, está um pouco...” Neiva- “Louca?” T1- “É. Louca.” T1 diz que parece que Neiva ficou incomodada porque chamou a atenção do grupo sobre ela. Neiva diz que “ não, imagine, estava só brincando”. A partir daí, procura se ligar ao máximo em todas as falas.

Quando Neiva é chamada e se aponta que “fala sozinha”, consegue ter uma força de atenção e permanecer em contato com o grupo. Nessa situação parece que a solicitação de atenção pelo grupo, por intermédio da terapeuta, compete com a solicitação das “vozes”. Não é um campo impenetrável, esse da sua interiorização.

A palavra “loucura” é encarada sempre como possuindo uma conotação negativa, como associada a desvalor, a algo criticável. Parecem sentir a necessidade de rebater o termo, se valorizando com a menção de suas capacidades ou criticando os “normais”.

Ricardo- “Sou louco. Até minha mãe me chama de louco. Eu não sou louco.”

Olga- “T1 me chamou de louca. Eu faço comida, posso ser louca?”

T1- “O que vocês acham?”

Ilca- “Acho que sim.”

Ronaldo- “Acho que não.”

Nilsa- “É duvidoso.”

Olga- “É só meio louco.”(ri)

T1- “De médico e louco todo mundo tem um pouco.”

T2- “Não é ser louco em tudo.”

Valter- “Não davam valor.”

Olga- “Então não existe louco?”

T2- “Existe. T1 fala que ‘louco is beautiful’, quer dizer que louco é bonito. Tem uma música do Caetano que fala que ‘de perto ninguém é normal’. Ser louco não significa que não presta pra nada.” (Fala de Van Gogh; fala que tem cantores, compositores, escritores loucos).

Ronaldo- “Deus deu aquele dom.”

Olga- “Então não é loucura também. O louco é aquele que mata os outros, não aquele que beija a planta.”

Valter- “Uma vez me chamaram de louco na escola. A professora disse que eu não era porque eu fazia tabuada. Louco é quem não tem amor às coisas.”

A loucura é descrita como a ocasião de se “falar sozinho”, ter “pensamentos bobos”, “se entregar para o desejo”, “desligar a mente”. É algo a se evitar; estando fora de um quadro agudo, é vivenciado o medo de recaída.

T2- “(A loucura) Tem o lado ruim e o que atrai.”

Ezequiel- “Mas é ruim, a mente desliga.”

Olga- “É assim. A mente desliga em tudo.”

Lauro- “Cinco anos, trabalhei cinco anos. Me deu uma crise nervosa e me aposentei.”

Ezequiel- “Então vou voltar pra loucura!”

T1- “O que é atraente na loucura?”

Ezequiel- “Voltar pro passado. Eu ia a festas, bailes, mas agora fiquei mais preso. Pelo tratamento que eu faço e pela igreja. Sou mais reprimido.”

T2- “Se entregar pro desejo é loucura?”

Ezequiel- “É.”

Marta- “Eu tenho medo de ficar sem remédio e ficar louca de novo.” (faz um gesto de girar o dedo perto da cabeça e ri)

O conceito de loucura é por vezes associado ao de violência.

Glória- “.....Mas Elza, você conhece a Ana do seu Zequinha, você conhece sim. Aquela lá é assim, bateu nela, ela bate neles.”

Elza- “Eu não...”

Glória- “Você não faz.”

Elza- “Porque eu tenho medo do meu pai.”

T2- “Você tem vontade.”

Glória- “Aquela é doida mesmo, varrida.”

Elza-

(Flávia tenta interromper. T2 aponta: é o assunto da doida varrida)

T1- “O que é ‘doida varrida’ ?”

Elza- “Pior que a gente.”

Glória- “Falar nos pais que é ruim, mas bater nos pais...”

T1- “Doido varrido é quem bate no pai e na mãe?”

Glória- “É.”

T1- “E vontade de bater, é doido varrido?”

Glória- “Eu acho.”

(Gerson comenta de um professor da Unicamp que matou a mãe e a irmã.)

Ezequiel- “Médico?”

Gerson- “Não. Professor.”

T2- “Professor de sociologia.”

Gerson- “Deve usar droga.”

Emerson- “É louco!”(ri)

T2- “Então. Um é professor, o Collor não é louco... e então? Vocês não vieram ver ‘O alienista’. O filme mostra isso. Quem é o louco?”

Emerson- “Dá pra conversar muito sobre isso.”

(Alzira conta um caso de assassinato.) - “Ele foi pra Franco da Rocha. Era doente mental.”

Alzira- “Não podia nem ver o médico na frente por causa do eletrochoque, queria matar ele!”

Emerson- “Aí era louca!” (riem)

Aparece várias vezes a tentativa de definir, de achar causas, explicações para a loucura.

Glória fala que após ficar doente pela primeira vez a patroa dela na ocasião comentou que ela ficou doente por amor, porque um namoro não tinha dado certo. Ela não sabe se foi por isso mas tinha sofrido muito.

Joana- “Meu cunhado falou comigo, eu salguei o arroz. Está começando a dar crise. Teve um ano.

Niisa- “Acho que é o tempo.”

Marta- “É a lua.”

Joana- “É a doença.”

(As pessoas do grupo comentam dos tratamentos: métodos de lidar com a loucura antes... Olga quer saber donde vem “isso”).

Gerson- “É macumba.”

(Ezequiel concorda, mas diz que, segundo a Bíblia, é feitiço.)

Roberto- “Eu também achava. Hoje acho que é doença.”

Aparentemente todos têm noção de ter algum problema que os diferencia do “normal”. “Loucura”, “doença mental”, “crise nervosa”, seja qual for o termo, ele parece

evocar sempre algo que os desvaloriza. Está relacionado a incapacitação, a violência, a desamor, é algo a se evitar, é temido, é criticável. É a perda do controle. É “se entregar para o desejo”. Aparece repetidas vezes a tentativa de se achar uma explicação para o fato; “fato” que, para os pacientes deste estudo, claramente já não é um “acontecimento” mas uma maneira de ser na vida, devido ao modo como toda uma rede de relações foi sendo estabelecida ao longo do tempo, numa dialética entre o que aparecia de novo neles e à expectativa a priori da comunidade e deles mesmos com respeito ao que significava “ser louco” - havia um “lugar”- um manicômio concreto ou virtual para recebê-los a partir do momento em que foram definidos como “loucos”, “psicóticos”, “doentes mentais”, “esquizofrênicos”, “PMDs”. Esse lugar evidentemente atribui um estigma do qual é muito difícil sair. Durante o acompanhamento dessas pessoas no centro de saúde, a maior parte do tempo as terapeutas sentiam que trabalhavam com o estigma, mais que com uma problemática individual desses pacientes. Isso leva a considerar a importância de um trabalho que possibilite interferir também no pensamento da comunidade.

PELBART (1989) estabelece uma distinção entre o louco e a loucura: “Por louco entendo esse personagem social discriminado, excluído e recluso. Por loucura, que para facilitar chamarei aqui de desrazão, entendo uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além”..... “Eu diria então, com um certo esquematismo, que o louco, esse tipo social criado a partir do século XVII e sobre quem depois se construiu um saber médico e psicológico, recebeu a “incumbência” de levar em seu próprio corpo uma dimensão desarrazoada que o precedeu de muito. A desrazão não nasceu com o louco nem coincide com ele.”(p.133-134)

Aquilo que PELBART acaba por apontar é que existe também um “manicômio mental” no qual a sociedade se esforça por isolar não só os loucos mas também a própria possibilidade de entrar em contato com “a estranheza, a alteridade radical, a transgressão absoluta, a disrupção do humano - tudo isso que por uma série de razões históricas tem sido o encargo simbólico dos loucos”. (p.134)

A discussão sobre a loucura e a normalidade não pertence exclusivamente aos profissionais da saúde mental, ela interessa e envolve toda a sociedade. Uma das obras mais significativas em relação a isso, ao meu modo de ver, é do escritor MACHADO DE ASSIS (1882). Em “O alienista” ele conta a história de um médico estudioso e dedicado, de formação européia, com preocupação científica e assistencial, que decide se encarregar dos loucos da

sua vila, “descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal.” Num primeiro momento, recolhe ao asilo recém-criado todos os loucos identificados da região. No segundo momento, ao perceber que muitos dos que ficaram de fora também apresentam atitudes absurdas e disfuncionais, passa a recolher outros, verificando após algum tempo que não há espaço possível para tanta gente, quatro quintos da população. Reflete então que se enganara: anormal era o perfeito equilíbrio mental. Liberta todos os enclausurados, recolhe os equilibrados e os trata até que comecem a apresentar também atitudes desequilibradas. Ele se angustia: se esse desequilíbrio já existia em estado latente, se era possível recuperá-lo, onde estaria então o verdadeiro anormal? Finalmente, chega à conclusão de que, de todos os analisados, ele é o único que de forma absurda se comporta, pelo fato de ser perfeito. Para agir coerentemente, liberta a todos e recolhe a si mesmo ao asilo.

ATENDIMENTO À DOENÇA MENTAL

Excluiu-se desta categoria o que se refere especificamente a medicação e internação que, devido à grande extensão dos dados obtidos, mereceu estudo em categorias separadas.

Em diversos momentos (em trinta e oito das sessões) são feitos comentários que, de alguma forma, avaliam o atendimento à doença mental - o tratamento em curso, aqueles pelos quais os pacientes passaram em outra ocasião ou dos quais tiveram conhecimento.

Quanto às sessões em grupo, elogios e queixas tiveram lugar. Os principais pontos positivos apontados foram: a possibilidade de perceber que outras pessoas têm problemas semelhantes; maior segurança, relativamente ao atendimento ambulatorial habitual, quanto à avaliação de seu quadro e medicação, devido à frequência com que as sessões ocorriam (Quinzenalmente, com opção de comparecimento até duas vezes por semana); percepção de resultados de mudanças em si e nos outros; percepção de terem atenção das terapeutas; percepção de que a fala dos outros pacientes influencia em seus próprios sentimentos; alívio da solidão.

Vilmar percebe que “depois que começou a freqüentar o grupo parou de ter ‘confusão mental’ que sempre tinha e perdeu o costume de falar rápido demais.” Acha também que “vindo cada quinze dias dá para o psiquiatra acomodar melhor o paciente, ver logo quando tem uma piora e tratar.”

Valter, Nilsa e Ilca “gostam do grupo.” Se identificam- “Vejo que os colegas também têm problemas.”

Valter- “Com a família, ninguém ouve.”

Nilsa- “Vim triste mas fiquei alegre aqui.”

Ilca- “Eu também. Sinto o apoio delas e de todos. Estou aprendendo bastante.” (Elogia o grupo)

Emerson- “Por isso que eu venho toda quarta, por causa desse barulhinho aqui.”

Olga- “Preenche um pouco. É bom o grupo, falar. Não sinto muito aquele vazio da solidão.”

José- “Agora percebo. Você e T2 me interpretam. Como quando você falou que eu falava demais, fez assim com a mão, que ela também queria falar. Aquilo entrou, se tornou consciente, passei a falar só dez por cento.”

Ezequiel- “É só ter pensamento positivo. Uma vez dei um furo aqui. Por isso tem de ter o grupo. Aproveita o que o outro está falando. Se o que eu falar não servir pra mim, serve pro outro - pro Lauro, a Laurice, a outra...”

As principais queixas foram: sentimento de que as sessões de grupo trazem piora; descrença de que a terapia possa ajudar; dificuldade em vir ao centro de saúde.

Olga- “Quando as pessoas falam não dá pra acompanhar tudo. É a audição? Às vezes um paciente caminhou mais que o outro. Às vezes tem de falar o positivo e o negativo. Cada vez que venho aqui fico mais doente.”

Romeu- “Depois que comecei a freqüentar o grupo estou passando mal.”

Rosa Maria- “Meu marido está esperando. Pediu pra ir embora logo.”

T1- “Pra você é a mesma coisa, só o remédio sem conversar?”

Rosa Maria- “Pra mim é a mesma coisa.”

Laurice- “Pra mim também.”

Laura- “É muito ruim vir aqui. Tenho de atravessar duas pistas. Tenho medo de atravessar. A linha de trem, é difícil atravessar. Antes de vir aqui penso bobagem.”

Ernestina- “Ela está boa!”

Laura- “Fico pensando de atravessar a linha e me pegar, toda ensangüentada.”

As reuniões com os familiares foram poucas vezes mencionadas, sendo aparentemente valorizadas.

Laurice pergunta se teve reunião de famílias ontem, T1 diz que sim. Pergunta se sua irmã veio- “Não veio.” Faz cara decepcionada; diz que “É assim mesmo.”

Com relação à terapia ocupacional do centro de saúde (sessões de terapia ocupacional, bazar brechó, oficina de cozinha, horta), a maioria das referências foi positiva; no entanto, dos trinta e nove pacientes dos três grupos, apenas dezesseis chegaram a participar por algum tempo, regularmente ou não. Os outros foram apenas uma vez ou nunca freqüentaram. As atividades de brechó e culinária aproximavam os pacientes dos funcionários e usuários do centro de saúde no momento das vendas. Há algumas referências ao NOT (Núcleo de Oficinas de Trabalho) do Sanatório Cândido Ferreira, trazidas pelo Valter do grupo IV, que freqüentava também reuniões dos outros grupos. As atividades eram valorizadas em si mesmas ou por trazer algum ganho financeiro. Nas referências transparece, às vezes, a responsabilidade que os pacientes assumiam na criação e administração das diversas atividades.

Valter- “Eu ficava em casa parado, na mordomia, só TO duas vezes por semana. Cheguei aqui, me mandaram pro NOT, eu procurei.”

Ricardo- “Que motivo trouxe isso pra você?”

Valter- “Trouxe felicidade.”

José- “Que é o NOT?”

(T2 explica sobre as oficinas do NOT e pede pro Valter explicar mais)

(Valter conta que tem cozinha, artesanato e horta. Lá ganha dinheiro. Ganha pouco mas passa seu tempo. Não quer ficar parado.)

Zacarias- “Valdir vendeu mais de cinquenta mil no grupo de diabéticos. É lucro, né? (T2 concorda) Ela quer fazer uma barraca. Como chama a chefona aqui?” (ri)

T2- “A Carmem.”

Ezequiel- “Vender refrigerante, salgadinho.”

Gerson- “Sorvete...”

Ezequiel- “Futuramente. Se alguém se interessar por isso... O posto vai ganhar e nós também vamos ganhar um dinheirinho.”

Romeu- “Bacana. A gente vem, pode tomar um cafézinho.”

Atividades esporádicas oferecidas (festas, passeios, filmes) eram aproveitadas com participação de alguns familiares e incluíam pacientes que não participavam habitualmente das atividades de terapia ocupacional. Com relação às festas, bastante freqüentadas, diversas falas as rejeitavam, geralmente com justificativa religiosa, às vezes explicitando dificuldade de

acomodação a esse tipo de situação. Passeios, filmes, quando comentados, o eram sempre num sentido positivo.

Nilsa- “A festa não é dia doze?”

(T2 fala sobre a festa. Distribui os convites. Abraão recusa os convites)

T2- “Por quê?”

Abraão- “Minha religião não permite.”

José- “Não vou vir.”

Abraão- “Se for ter suco eu vinha.”

T2- “Vai ter suco de frutas.”

Ilca- “Vai ter música! Só de ouvir também é bom.”

T1 fala do filme que vão passar no vídeo.

Valter (alegre)- “É este mês.”

T2- “Este mês, não; na primeira quinta feira de fevereiro. Ontem o Ângelo cobrou. Vai começar. Tem uns filmes já gravados: Este mundo é dos loucos, tem Crazy People.”

Ilca e Valter- “Passou na televisão.”

T2- “Passou com legendas. Agora vai ser dublado. Foi um filme que deu IBOPE. É pra gente assistir junto e discutir. O outro é Henrique IV, também gravado. Outra opção é darem outra dica.”

Ilca- “Gosto do ‘Estranho no ninho’ mas me deprimiu.”

T2- “Às vezes é filme que mexe mesmo. Aí na outra vez a gente troca.”

T1- “Acaba sendo útil.”

Ilca- “Foi uma crítica ao trabalho do médico nos Estados Unidos.”

Ezequiel- “T2, aquele negócio de ver os quadros...”

(T2 fala da exposição)

Ezequiel- “Acho que essa incentivação de ver exposição, ir ao Lago do Café... isso faz parte do tratamento... dá mais atividade pra ter reação... está sendo bom pra mim... queria que todos participassem... repartir minha alegria.”

T1- “Quem foi?”

Ezequiel- “O Lauro...”

Lauro- “Eu gostei também.”

Gerson- “Eu vi o Márcio na televisão, comendo e bebendo.”

Com relação ao atendimento à doença mental, de um modo geral, além de aparecerem críticas em relação a modalidades de tratamento ou locais de prestação de serviço, surgem também elogios a psiquiatras depositários de fantasias amorosas. Há também falas que refletem revolta e desconfiança em relação a psiquiatras e desânimo frente à longa história de tratamento, sem que obtenha uma “cura”. Nessas falas o atendimento é referido como centrado no médico psiquiatra.

Nilsa- “T1, você viu aquela mulher que matou o psiquiatra? Que será? Estava gostando?”

Valter- “Não foi a psiquiatra que matou o paciente?”

Ilca- “Não, já falei aqui.”

Nilsa- “Eles dão muito apoio, têm paciência.”

Ilca- “Isso aconteceu com um psiquiatra. Nunca contei nada, sentia vergonha. Ela foi além - matou por amor. Acho que se sentiu traída.”

Tânia- “Quem ama não mata, não é?”

Ilca- “Depende da pessoa.”

Valter- “Acho que ficou com ciúme. E ela era bonita.”

Ilca- “Pensei no meu caso. Mas nunca me ocorreu matar.”

Nilsa- “Tem psiquiatra que chega até a tirar a cadeira pra gente. Diferente do marido.” (risos)

Ilca- “A gente é carente.”

Nilsa- “Ele levanta, fecha janela. Tive um psiquiatra. Ele era muito, demais, precisei parar.”

Alzira- “Não queria tomar banho. Porque eu tomei choque. Debaixo do chuveiro eu via direitinho o médico ali com os ferrinhos. Fiquei com trauma. Tomei seis choques. Parece que a gente morre. Dorme gostoso, depois acorda, não é nada disso.”

.....
Alzira- “Não podia nem ver o médico na frente, queria matar ele.”

T1- “Só eu aqui tenho a chave, as setas?”

Olga- “Não. No meu caso, por exemplo. O Haldol dá efeito colateral e os médicos não resolvem isso. Então fica nas mãos dos pacientes.”

T2- “Você está revoltada porque não tem solução do problema - pensa: ‘Não vou sair dessa não?’ ”

Olga- “Vinte anos! A Medicina não deu jeito nisso?”

T2- “A chave está com a médica, você diz. A gente acha que cada pessoa aqui quando conversa está trabalhando a seu favor. Trocando idéias. Foi se vendo que só a Medicina não ajudava ninguém. Tem outras formas - grupo, TO, filmes...”

Olga- “Estou reclamando.”

A valorização do esquema de atendimento no centro de saúde parece estar demonstrada na grande freqüência e no alto grau de participação, verificado principalmente nas sessões de grupo. Pelo que explicitam verbalmente, essa valorização é não apenas em relação à percepção de um melhor controle da sintomatologia e à evitação das internações mas, com tanta ou maior importância, em relação ao encontro dos outros, membros do grupo e terapeutas, a um contato que alivia o sentimento de solidão, dá prazer e promove mudanças. E o medo desse contato que também aparece - o “atravessar a linha” da Laura, que poderia significar? As falas da Olga e do Romeu parecem refletir o medo de serem prejudicados no relacionamento dentro do grupo como se o perigo estivesse fora, e eles, vitimados.

A menor freqüência em reuniões de familiares, comparativamente à das sessões de pacientes pode refletir: primeiro, uma não valorização desse tipo de atendimento por se acreditar que o problema esteja unicamente no paciente e que suas relações não tenham importância; segundo, um desinteresse na pessoa do paciente e no que lhe diz respeito.

Em relação à terapia ocupacional, o que se verificou foi interesse, responsabilidade. A maioria dos que não a freqüentavam tinha trabalho a fazer - responsabilidades domésticas ou remuneradas. O trabalho desenvolvido na terapia ocupacional e suas oficinas, assim como no NOT, no qual trabalhou Valter, parece ter contribuído para a auto-estima e valorização dos pacientes pelos “outros”- família e comunidade. Nas oficinas do bazar brechó e de culinária, onde pacientes faziam as vendas dentro do centro de saúde, podia-se perceber como os usuários a princípio se surpreendiam com a capacidade (não esperada) dos doentes mentais e logo incorporavam essa nova informação. O dinheiro que recebiam, embora pouco, aparentemente contribuía de maneira concreta para vários deles. A maior contribuição da T.O. parece ter sido a de reinseri-los nesse universo das trocas concretas dentro da comunidade.

Nas atividades de lazer, bastante freqüentadas (passeios, festas, filmes) percebia-se que importava o fato de serem gratuitas ou demandarem pequeno investimento; mas a companhia dos outros pacientes também influenciava e favorecia essa participação. É de se ressaltar que trabalho e lazer, quando oferecidos, foram aceitos e incorporados na sua rotina, havia receptividade para isso.

Quanto à religiosidade, interferiu unicamente no sentido do lazer. É interessante perceber quantas atividades relacionadas ao prazer eram impedidas pelas diretrizes da religião evangélica.

Com relação às críticas feitas aos tratamentos e serviços em geral pelos quais passaram em outras ocasiões, o que parece pesar muito é o fato de não se haver obtido uma “cura”. O que seria essa cura? Para a antipsiquiatria, a instituição psiquiátrica define a priori o esquizofrênico como incurável e assim sela o seu destino. Os antipsiquiatras buscam a possibilidade de que o esquizofrênico possa “reencontrar seu lugar na cidade, como qualquer outro homem. Pois cumpre assinalar que, lamentavelmente, os preconceitos do grande público a respeito da loucura são amiúde compartilhados e homologados pelos psiquiatras.” (BOSSEUR, 1974) Na reforma psiquiátrica italiana “não se persegue a solução-cura” (ROTELLI et al., 1986) mas também se busca um lugar para o louco que não seja o do excluído - construir, inventar junto uma reinserção que o respeite no que apresentar de diferente. Assim, o que a instituição psiquiátrica parece buscar como “cura” é uma “normalização” do louco. Estes, no nosso estudo, parecem ressentir-se muito mais da estigmatização e da exclusão com suas conseqüências do que dos sintomas alucinatórios, por exemplo. O desejo de ser “igual aos outros” está mais relacionado com o anseio por oportunidades e valorização. A “normalidade” cobra às vezes a proibição do prazer, como nos casos da rejeição da homossexualidade, por exemplo.

A figura do psiquiatra é central nos depoimentos e ilustra a história do atendimento à loucura até poucos anos atrás. A violência e a sedução estão colocadas nessa supervalorizada figura na qual são depositados o poder e a força. São muito interessantes nesse sentido as falas de Nilsa e Valter:

Nilsa- “T1, você viu aquela mulher que matou o psiquiatra? Que será? Estava gostando?”

Valter- “Não foi a psiquiatra que matou o paciente?”

Em várias falas é relatada a violência a que são submetidos, principalmente por não lhes ser dado o direito de optar: talvez seja essa a maior violência, a que lhes tira a autonomia e a responsabilidade. Sua opinião não tem valor. Nos grupos o sentimento de revolta tem oportunidade de ser verbalizado, além de não haver restrições à liberdade; talvez por isso não costume haver episódios de violência dentro do centro de saúde. Em três anos de sessões dos grupos e inúmeras outras situações (T.O., filmes, festas, frequência aos outros atendimentos no centro de saúde) - mais de cinquenta psicóticos alternando fases sintomáticas e assintomáticas - houve apenas um episódio violento: uma paciente derrubou as cadeiras da sala de reuniões, arremessou ao chão um vaso de flores e um cesto de lixo.

USO DE MEDICAÇÃO

O tema é abordado em cinquenta e sete das sessenta sessões e é, de longe, o que ocupa maior extensão das falas, embora sempre fique explicitado que as receitas são dadas no final e que a proposta principal é falar sobre a vida e os sentimentos dos pacientes.

Os pacientes, de um modo geral, se empenham na busca dos remédios e se responsabilizam por tomá-los. Há sempre a preocupação em obter sua receita no final da sessão e em retirá-lo, em seguida, na farmácia do centro de saúde. Pedem esclarecimentos sobre os efeitos dos remédios, discutem suas próprias reações a eles, querem obter informações. Vários reclamam da necessidade de tomar medicação e/ou explicitam a esperança de um dia poder parar - também aparece o medo de uma recaída caso isso aconteça.

Marta- “Eu tenho medo de ficar sem remédio e ficar louca de novo.” (faz um gesto de girar o dedo perto da cabeça e ri).

José- “Queria outro remédio, mesmo que tivesse que comprar. Sinto depressão, preocupação - o que vai ser com o futuro? Um remédio que me deixasse alegre. O Semap... a impotência é com os neurolépticos; não quero Haldol. Eu me preocupo.”

Abraão- “Acho que você deveria dar um tempo... ficar encostado no INPS até o dia que tirar o seu remédio...”

José- “Nunca vão tirar o meu remédio.”

Abraão- “Minha terceira mãe diz que vão tirar o meu remédio. Eu digo: só quando vou ficar velhinho.”

Os efeitos mencionados como desejáveis foram: ânimo, controle das “vozes”, alegria, calma, combate à insônia, lucidez, exuberância, controle da agressão.

Sandra- “Eu fui parando (com o remédio) só um pouquinho. Aí voltaram as vozes, é falta de remédio. Aí voltaram a tratar; começou tudo de novo. Tomava cinco remédios, agora só tomo um. Não pode parar.”

Marilda- “O remédio está bem para mim. Tenho disposição. A Renata também, Nilsa também, Ernestina também. Não estou mentindo.”

José- “O Anatensol me deixa alegre como uma pinguinha.”

T1- “Você sabe que tem gente que toma o Anatensol e fica triste?”

José- “O Anatensol me deixa três horas mais alegre.”

Olga- “O Haldol me deixa alegre.”

Joana- “Já tentei, já larguei (o remédio). Fiquei ruim. Vem aquele falatório. Não conseguia nem comer, internei, fiquei quatro meses tomando choque.”

Sandra- “Deixar de uma vez não pode. Tem de tomar menos, aí vai vendo. De repente, é um choque.”

Joana- “Sem remédio vou perdendo a paciência. Aí não vem sono, não vem apetite...”

Ezequiel- “Sou contra a morte... os pensamentos negativos... Eu tenho sonhos... não é por causa do remédio... é um calmante pra não agredir; porque dá vontade de agredir, principalmente os vizinhos. Põem pra quebrar. É difícil arranjar um vizinho bom. O remédio já ajuda a controlar essa agressão. Esse vizinho também toma o remédio que eu tomo.”

Por outro lado, inúmeros efeitos indesejáveis foram também relatados. Como disse Glória, “O remédio cura mas também judia.” Os efeitos indesejáveis atribuídos à medicação foram: sono, preguiça, falta de disposição para trabalhar; impregnação; idéia de suicídio; problema de estômago; tontura; febre; dor no peito; falta de apetite; aumento de apetite; dificuldade de entendimento; agressividade; boca seca; dor de cabeça; vômito; impotência; diminuição da libido; foi dito que medicamento “engorda”, “prende”, “endurece”, “segura”, “embaralha a vista”, faz “doer a vista”, “tira a visibilidade das coisas”, traz “visões” e “vozes”, dá “fantasia na cabeça”. As reclamações mais freqüentes foram: sono e impregnação. Algumas vezes houve queixas de que os remédios “não estavam adiantando”. Ao mesmo tempo que

valorizam e se apegam aos remédios, explicitam percepções de efeitos indesejados ou desconfiança em relação aos mesmos.

José-..... “Agora não tenho mais relações porque estou com impotência. Acho que é por causa do neuroléptico. Antes tinha cinquenta, sessenta por cento de ereção. E outra que camisinha pode estourar.”

Nilsa- “Eu também acho que o remédio causa impotência sexual.”

Olga- “Mas e os efeitos colaterais? Beto chega em casa, quer comida. Dr. Igor falou que passando a crise tira, senão, derruba demais. Tem tempo que não agüento nada. Não paro de pé. Meu corpo só pede cama. Relaxa tudo. Fica difícil pensar, o pensamento é vagaroso.”

Ângelo- “Punham Haldol na comida. Aí o pescoço entortava e me levavam pro Mário Gatti.”

Vilmar- “Começa a repuxar. Uma vez tive isso, os músculos das costas começaram a repuxar. Os músculos da altura da boca repuxavam. As juntas não dobravam. Também tomei Neozine e álcool. Neozine de cem - forte pra caramba.”

Ezequiel- “Uma pessoa tomou comprimidos e entrou uma porção de demônios...”

Gerson- “Você não falou disso uma vez?”

Ezequiel- “Não tô lembrado. Foram orar, não sei quantos demônios tinha no comprimido.”

Aparentemente, muitos dos pacientes não tomam os remédios da maneira prescrita. Catorze dos trinta e nove pacientes chegam a verbalizar espontaneamente que modificaram a medicação por conta própria: interromperam, acrescentaram algum outro psicofármaco, diminuíram ou aumentaram algo do prescrito.

Cláudia- “Estou tomando dois comprimidos de haldol. Com três me deu uma tremedeira.”

Vilmar- “Às vezes não consigo dormir de noite. Aí tomo um haldol a mais.”

Maria Elena- “Estou dormindo mas estou tomando Valium 10 que comprei na farmácia. Minha mãe me ensinou a bater maçã no liquidificador e às vezes não tomo nem o Valium. Parei com a clorpromazina.”

O remédio aparece como elemento essencial na vida dos pacientes. Ele permeia todas as discussões, em maior ou menor grau. É referido como presente há muitos anos e como previsto para continuar por muito tempo, talvez para toda a vida. Os medicamentos referidos são, em sua quase totalidade: neurolépticos, antiparkinsonianos, antidepressivos, tranqüilizantes, anticonvulsivantes. Embora prevaleça a atribuição de significado negativo à necessidade de remédios, eles são aceitos e utilizados voluntariamente por todos na maior parte do tempo. Baseando-se na longa experiência desse uso e em informações que foram recolhendo durante o correr dos anos, os pacientes parecem procurar explicar sensações, sentimentos e comportamentos como efeitos da medicação. Diversas vezes, mesmo para as profissionais, ficava difícil discriminar o que era atribuível ou não à medicação, devido à multiplicidade de efeitos, desejáveis e indesejáveis, que era possível. Em outras, era evidente que elementos com significado existencial eram rotulados como reação aos remédios. A medicação também era procurada como a solução para diversas situações do dia-a-dia.

(José conta que não consegue trabalhar mais com gosto. Tem medo de falhar)

T1- O que interfere?

José- “É o calmante. Mas fiquei um dia sem calmante e deu um medo, preocupação com o futuro, com velhice... a namorada não é mais preocupação. Ela me largou há um mês e meio. Mas se todo mundo pensasse assim o mundo não ia... acho que é o remédio... o remédio é um freio... eu fazia tudo direito... tomava umas... trabalhava meio ligado e tomava rivotril. O que me segura é o remédio mas não tô bom pra deixar o remédio. Sem ele, dá um medo de perder minhas irmãs. O semap - não sei se a doutora podia aumentar o semap... não estou impregnando nem nada.”

Abraão- “Amplictil dá ânimo, não dá?”

Ica- “Eu tomei mas não me lembro.”

José- “Amplictil me deixa triste, com vontade de suicidar.”

Rosa Maria - “Akineton dá vontade de passear.”

Abraão- “Meu pai pode chegar e brigar porque não fiz as coisas de casa. Hoje acordei e às nove horas fui levantar. Domingo nem levantei pra tomar café. Durmo muito mas se diminui a medicação não durmo. Meu pai não gostou que diminuísse. Cada médico fala uma coisa, aí nunca vou melhorar mesmo; é pra deixar assim mesmo, com o tempo vou diminuindo. Hoje ele mesmo foi comprar o pão e o leite.”

Ricardo- “Hoje estou disposto, tenho vontade de pegar nas coisas. O remédio tira a visibilidade das coisas.”

T2- “Quanta coisa esse remédio faz...”

A medicação parece estar integrada definitivamente à vida desses pacientes. E, de uma maneira tal, que tudo parece girar em torno dela. A possibilidade dos medicamentos psicotrópicos terem efeito sobre as emoções e comportamentos tira os parâmetros que permitem atribuir a estes um significado dentro do contexto a que os pacientes pertencem. Assim, a par dos seus efeitos desejáveis, os remédios contribuem para um certo grau de alienação que foi necessário trabalhar nas sessões. A discussão sobre o quanto, o quando e o como medicar se configura, mostrando impossível uma total objetividade e envolvendo o aspecto ideológico, os valores éticos de médicos e pacientes, a subjetividade de todos os envolvidos.

A medicalização dos conflitos - pessoais e sociais - é apontada por diversos autores, que chamam a atenção para a escolha do médico (psiquiatra ou não), para sua responsabilidade; não há uma escolha puramente técnica, mas política, na prescrição dos remédios. (BASAGLIA, 1968b; BASAGLIA, 1979; BERLINGER, 1973; BOSSEUR, 1974; COOPER, 1967; LAING, 1960; MINAYO, 1992; PAM, 1990; ROTELLI et al., 1986; SZASZ, 1974). BERLINGER (1973) aponta inclusive que o tratamento é diferente conforme o nível sócio-econômico do paciente, que existe uma medicina para os ricos, uma outra medicina para os pobres; SZASZ (1974) faz as mesmas observações em relação ao caso específico dos problemas mentais e refere que, nos Estados Unidos, os pacientes mais ricos são tratados com maior frequência através de psicoterapia, e os pobres, através de medicamentos.

O uso do medicamento envolve uma escolha por parte não só do médico mas também do paciente, como ficou evidenciado nesse estudo - nas falas, revelam que os remédios utilizados fogem completamente ao controle da prescrição; há, na verdade, um acordo entre a autoridade do psiquiatra e a decisão de pacientes e/ou familiares. Mesmo nas instituições

fechadas, é sabido que, muitas vezes, o uso da medicação via oral é driblado pelos pacientes que fingem ingeri-la; assim como se sabe que, naquelas mal administradas, pessoal auxiliar, com pouca ou nenhuma formação, assume condutas por conta própria.

É razoável supor que, com o decorrer do tempo, nos casos em que há um melhor contato entre terapeutas, pacientes e familiares, mais fielmente é seguida a prescrição; e que esse contato tem a ver não só com a qualidade afetiva mas também com a frequência com que são vistos os pacientes e reavaliada a prescrição. Com a possibilidade de efeitos colaterais bastante desagradáveis, parece desejável que a medicação e seus efeitos seja sempre discutida com o interessado para se esclarecer o que pode acontecer e avaliar prós e contras do momento.

Imagina-se que a sabida precariedade do acompanhamento ambulatorial (consultas pouco frequentes e de curta duração) a que estiveram sujeitos durante muitos anos contribuiu para o hábito de fazerem eles mesmos as adaptações necessárias às mudanças do quadro. De qualquer modo, essa iniciativa de modificar a prescrição mostra também uma responsabilidade do psicótico em relação a si mesmo, uma elaboração de sua experiência de doença, e o fato de explicitar a “transgressão” revela o uso de sua liberdade e a confiança na situação de tratamento em curso.

Fica claro, finalmente, que, no final do século XX, é impossível encontrar o psicótico crônico “em estado puro”; a medicação faz parte dele, orgânica e psiquicamente, e é um dos fatores mais importantes do seu dia-a-dia.

RELIGIÃO

O tema aparece em vinte e duas das sessenta sessões, geralmente ocupando um tempo considerável. A maioria das falas é de pacientes evangélicos.

Enfatizam bastante as proibições e os castigos. É citado como “erro”, “pecado”: ouvir rádio, assistir televisão, ir à praia, usar maquiagem, jogar bola, usar determinadas roupas, álcool, drogas, cortar cabelo, assistir filmes, ler livros (apenas livros religiosos são permitidos), cantar (apenas hinos religiosos são permitidos), dançar, sentir inveja, sentir raiva, sentir vaidade, sentir vontade de morrer, “seguir a vontade da carne”. Geralmente referem culpa quando transgridem e medo de serem castigados.

Ernestina critica a ida de Laura ao forró. Fala de religião, do demônio.

T1- “Ernestina diz que a religião fala que não pode.”

Laura- “Na minha pode.”

Laurice- “Na congregação tem culto, diz que é proibido, tem cânticos três vezes por semana. Dançar é proibido. Não entra no céu.”

Abraão- “Os crentes me criticam. Eu não posso usar bermuda. Eu acho que é pecado meu pai ser paquerador. Esses conselhos me amarram.”

T2- “A religião te amarra.”

Abraão- “Eu gostaria de ter mais amizade com o pessoal da igreja.”

T1- “Você tem alguma amizade?”

Abraão- “Não. Eu jogo bola com os moleques. Com os irmãos da igreja não dá porque eu não tenho terno. Não acho que eles pensem igual eu.”

T1- “O que eles pensam diferente?”

Abraão- “Por exemplo, eu tenho meus defeitos na religião. Aí eles podem falar: eu vi você jogando bola.”

Laurice- “Não tenho esperança de sarar. Eu era magrinha, namorava um e outro... mesmo católico... transgredia, aí Deus me castigou. Peço tanto, tô purificando.”

Em outros momentos, sentimentos são negados como pertencentes à pessoa e atribuídos ao Diabo. Proibição, culpa e castigo não são restritos a determinados atos mas também a sentimentos. Na impossibilidade de controlá-los, às vezes tentam negá-los e colocá-los “fora”. Compartilhar esses sentimentos também se torna difícil.

Marilda- “Gosto muito de bastante cabelo. É pecado ter inveja mas gostaria de ter bastante cabelo.”

T1- “É pecado ter inveja?”

Rosa Maria - “Mas nem foi inveja isso.”

T1- “O grupo não pode falar de inveja?”

(Silêncio)

Mudam de assunto.

T1- “O que é? Ezequiel ficou com bronca?”

Ezequiel- “Só na hora.”

T2- “De onde você acha que vem a bronca?”

Ezequiel- “Vem do Diabo. Se a gente não lutar...Deus é amor, Deus é perfeito.”

O que é proibido pela religião é atribuído a Satanás. De Deus vem tudo que consideram positivo. Há falas que contrapõem nitidamente ‘parte boa’ e ‘parte ruim’, ‘a luz’ e ‘as trevas’. Os mais rigorosos são os evangélicos; os que acham absurdas algumas proibições não pertencem a essa religião. Atribuem à Bíblia a determinação das proibições e castigos. A fala dos evangélicos costuma ser entremeada de frases bíblicas, sendo que várias vezes o conhecimento literal da Bíblia vira tema de disputa. Os católicos falam bastante de Deus, com menos citações, e se irritam quando o assunto religioso toma muito espaço.

Ezequiel- “Deus deixou isso: ou você segue a luz ou as trevas.”

Joana- “Tenho pensamento ruim... Quando chegar a ressurreição e levantar dos mortos o que estou preparada para ajudar? Pego a Bíblia, lá fala que originamos de Deus mas tem o poder do iníquo.....Não é só eu que tem parte boa e ruim?”

T2- “Quando fala de religião, só Ezequiel fala. E vocês?”

Osvaldo- “Sou católico não praticante. Crentes são muito fanáticos, falam só de religião. Não tem esportes, livros, só religião. Só isso não traz futuro. Por isso que eu nem discuto.”

Alzira- “Eu também. Ninguém entende, por isso eu nem discuto.”

Ezequiel- “Tem de achar a certa.”

Alzira- “Eu achei a minha, a católica.”

Romeu- “Religião, eu estou por fora.”

Lauro- “Sou católico. Acho que a gente tem de respeitar a religião. A gente acha boa a dos outros também. Fico calado porque falar demais vai complicar mais.”

T2- “Incomoda?”

Lauro- “Pode incomodar a gente e os outros.”

Romeu- “Sai até guerra. Um pensa de um jeito, outro do outro...”

A religião parece atuar de uma maneira positiva sob alguns aspectos. Primeiro, as igrejas servem como um grupo de socialização e continência.

Rosa Maria conta que só sai forçado, à noite, das seis e meia às nove horas.

Tânia- “Vai pra igreja?”

Rosa Maria- “Vou. Vou quase toda noite.”

Joana conta que tentou suicídio.”Só contei pro padre, não contei na congregação. O padre deu um bofetão que doeu dois dias. Ninguém em casa quer conversar de religião. Se eu separar consigo fazer tudo o que eu quero. Trabalhando. A congregação vai ajudar.”

Em determinados momentos a religião serve de apoio e consolo. Os sofrimentos atuais são suportados pela crença numa vida futura melhor, após a morte, que justificaria a repressão atual.

Olga- “A minha preocupação (com sua doença mental) foi resolvida porque pedi paciência pra Deus. Espero que a química resolva, aguardo. Vou tomando os remédios e Deus sabe quando isso vai ser resolvido.”

T1- “E até o ano 2000, Laurice? Como vai ser a vida?”

Laurice- “Mas Deus vai chegar... se eu não morrer, tô viva (todos riem). Deus vai arrebatá.”

T1- “Como vai ser sua vida até lá?”

Laurice- “A mesma coisa. Congregando, trabalhando... a mesma coisa.”

T1- “Você não quer mudança nenhuma?”

Laurice- “Queria ficar rica.” (ri)

Laura- “Diz que é errado.”

Ernestina- “Diz que é mais fácil um pobre entrar no reino do céu.”

Em alguns momentos os desejos “da carne” - proibidos - são assumidos. “Carne” e “sangue” se opõem a “espírito”. Mas até o desejo de morrer para ser recompensado da obediência é proibido. Para diversos, principalmente os evangélicos, parece não haver liberdade para nenhum desejo ligado às sensações. Embora haja algumas referências a um Deus bondoso (Ernestina- “Deus perdoa uma ovelha...O Senhor é manso e bom”), nas falas relativas a religião o que predomina é a vivência de um deus proibidor e sempre pronto a punir.

Romeu- “Diz que o céu é bonito...”

Laurice- “Tudo de ouro... Mas vai só o espírito. Eu queria ir com o sangue.”

Ernestina- “Jesus foi em carne.”

Laurice- “E em sangue.”

Ernestina- “Que ele disse? Seja santo. Te gerou salvo.”

T1- “Pra que foi feita a carne então?”

Laura- “Pra gente fazer a vontade da carne.” (riem)

Vilmar- “Pra lapidar o espírito. O espírito fica cativo na carne.”

Laura- “E quem faz a gente conversar? O espírito. Quando a gente dorme o espírito acalma. Por isso é bom morrer?”

Laurice- “Quero morrer.”

Laura- “É pecado!”

Rosa Maria- “É pecado!”

Deus e “espíritos” são considerados protagonistas de algumas alucinações. (cf. “VOZES”) Seguir uma religião significa para alguns um meio de acesso ao poder; ao mesmo tempo, pobreza de poder pessoal e a participação num poder maior, da igreja ou de Deus. Em

diversas ocasiões aparece uma disputa pelo conhecimento de frases bíblicas. Ernestina e Olga afirmam que Deus falou com elas, o que parece fazê-las se sentirem importantes. Em relação ao tratamento, diversas falas o subordinam ao poder divino, que parece dar-lhes segurança para aceitação das condutas.

Ernestina- “O médico tem seu estudo e eu oro. O médico tem o dom, estudou. Eu não sei se eu posso me ajudar, se o médico pode me ajudar. A Bíblia diz que costela com costela não podem se ajuntar. O médico faz a parte dele, eu faço a minha parte. Não pode falar em se ajudar... todos nós tinha caído junto... e quando o médico tá ajudando Ele tá vendo ele... a gente também.”

Olga- “Por exemplo, quem pode fazer uma sementinha de laranja? A humanidade nem entende. Abaixo de Deus estão os médicos. Ele disse que ‘Eu sou acima dos médicos.’ O médico é obrigado a seguir o paciente... o paciente é importante.”

Chama a atenção a quantidade de proibições atribuídas à religião e o fato de sentimentos também serem proibidos. O que fazer quando algo sobre o qual não se tem nenhum controle é proibido e ameaçado com pesados castigos? A saída poderia ser reprimir, negar, deslocar, projetar... quanto mais rígidas as proibições, maior a possibilidade de conflitos internos e mais restritas as relações com outras pessoas. Quanto maior o número de frustrações, maior a necessidade de uma compensação fantasiosa. Da religião vem uma divisão entre bom e “ruim”, este devendo ser excluído. A religião prega a exclusão sob a ameaça de castigo- também um castigo de exclusão do “céu”, da bem-aventurança ou da comunidade religiosa. Para não serem excluídos precisam excluir aspectos seus, o que está associado à psicose que, por sua vez, os leva a serem excluídos do convívio social. SZASZ (1974) pensa que “A existência e a perenidade das regras sociais, independentemente das fontes às quais o homem as atribui, é uma evidência de como é forte a necessidade humana de obedecer a regras. De fato, a necessidade que o homem tem de regras e sua propensão a segui-las só se equipara a seu desejo de rejeitá-las e ver-se livre delas.....essa disposição antitética é um caso particular muito especial da ambivalência humana, sendo a expressão mais geral dessa ambivalência a necessidade simultânea de solidão e companhia.”

O que diferenciaria os psicóticos de outras pessoas associadas aos mesmos grupos religiosos? Uma incapacidade de seguir o “jogo” dos normais? Voltando a SZASZ (p.166) : “Quanto maior for a discrepância existente entre as regras oficiais de comportamento e o

verdadeiro comportamento social, maior será a necessidade de bodes expiatórios que sejam sacrificados como um meio de manter o mito social de que o homem vive de acordo com suas crenças éticas oficialmente declaradas.”

O “apoio e consolo” dado pela religião atua como uma faca de dois gumes: ao mesmo tempo que alivia as frustrações, acomoda na repressão - promete uma vida melhor “após a morte” - uma fantasia a mais. Também a impotência frente à vida é compensada com a ilusão de participação num poder maior, divino.

DEPENDÊNCIA E LIBERDADE

Um ou outro desses temas foram abordados em catorze das sessenta sessões. Os temas foram escolhidos por parecerem relevantes de acordo com alguns aspectos apresentados na introdução, não aparecendo com tanta frequência como os outros. Eles são analisados com mais clareza no contexto da sessão de 2/9/92 do grupo II.

A dependência atribuída à doença é vivenciada em relação à medicação e aos familiares. A dependência econômica tolhe a liberdade. A dificuldade em conseguir trabalho remunerado e/ou o recebimento de pequenas quantias de aposentadoria ou benefício, como consequência do problema mental, levam à dependência econômica - submetem-se a morar com outras pessoas quando nem sempre seria essa sua escolha. Em alguns casos, o comportamento alterado crônica ou esporadicamente leva a uma tutela por parte dos familiares, que administram o dinheiro dos pacientes e controlam sua vida. A tutela pelos familiares, mencionada nas sessões, nos grupos de família e observada nas situações que aconteciam no centro de saúde era, em alguns casos, exagerada e, do ponto de vista das terapeutas, sem necessidade. Dos pacientes que participam das sessões estudadas, três, no início, saíam apenas acompanhados de familiares. No final desse ano, um deles andava sozinho (José Carlos, II) embora os pais controlassem suas saídas e não lhe dessem a chave da casa; outro continuava completamente controlado pela família (Márcio,II); o outro havia mudado para outro bairro e deixado de frequentar o centro de saúde (Everaldo,I). Os dois primeiros também não portavam dinheiro, embora recebessem aposentadoria por invalidez. No final desse ano, José Carlos portava pequenas quantias, Márcio não. Os familiares cuidavam da higiene desses pacientes, controlavam sua medicação e determinavam tudo que “podiam” ou não “podiam” fazer, inclusive comer e fumar. Nos três casos, havia uma espécie de acordo entre os familiares para que o paciente fosse tratado dessa maneira. A mudança em relação ao Luís Carlos, na avaliação das terapeutas, deveu-se não só ao trabalho com ele, mas ao trabalho feito com o pai e a mãe, que frequentavam com regularidade o grupo de familiares. Nos três casos, tendo tido oportunidade de ter algum tipo de contato com familiares, percebia-se que essa tutela exagerada tinha mais a ver com a sua problemática que com a dos pacientes, e ia muito além do compreensível devido ao medo, também presente, de que o paciente se prejudicasse. Na opinião das terapeutas, suas atitudes pareciam tão ou mais desarrazoadas que

a dos psicóticos identificados; o caráter com o qual esses atos se apresentavam, de forma intuitiva, para as terapeutas, era de uma extrema violência, e percebido com naturalidade e justiça pelos familiares. Da parte desses pacientes, embora houvesse raros momentos de tentativa de confronto, parecia haver uma acomodação na dependência devido ao medo da responsabilidade e à falta de obrigações. Os outros, mesmo quando em crises com delírios e alucinações, andavam sozinhos, vinham às atividades do centro de saúde, usavam dinheiro, cuidavam-se, muitas vezes administravam eles mesmos sua medicação, apresentando prejuízo, em grau variável, apenas em relação ao trabalho. Márcio e José Carlos apresentaram menos mudanças no decorrer do tempo em relação aos mais independentes. Sabemos que, sempre que houve algum tipo de enfrentamento com os familiares e tentativas de se impor mais ativamente, foram violentamente reprimidos.

(Vilmar diz que uma vez falou com um psiquiatra em São Paulo que queria parar com o remédio; o psiquiatra lhe disse que ia ter de tomar remédio “enquanto viver”; ele percebe que depois que começou a freqüentar o grupo parou de ter “confusão mental”.)

(Joana está mal.)

Glória- “Ela mora com a família, está dependendo. Fica sem liberdade e os outros falam, vão machucando. Fica com medo de ter de sair. Dependendo dos outros tem de ter um saco desse tamanho... Pra ter liberdade, Laurice falou: tem de ter seu cantinho pra fazer o que a gente quer. Eu trabalho, ganho dinheiro, faço o que eu quero.”

(Joana comenta sobre Márcio, que “fugiu”, não o deixam sair sozinho.)

T1- “Será que o Márcio volta? Você volta, Márcio?”

Márcio- “Eu não tenho um tostão.”

Ezequiel- “A pessoa que é paciente e faz tratamento é voluntário. Vem porque sabe vir sozinho. Alguns vem com parente... a pessoa tá presa ainda, tá na dependência... não é como a gente...”

Joana- “Se eu separar (da irmã e do cunhado) consigo fazer tudo o que eu quero. Trabalhando. A congregação vai ajudar. Tô cansada. Meu cunhado, tudo pra ele não é

certo. Tudo embaixo de ordem dele e dela. O dinheiro da aposentadoria vai pra mão deles. Porque quando eu estou doente dou tudo.”

A doença, por si só, é vivida como limitante de suas capacidades, como falta de liberdade.

Joana- “Queria chegar pra Jeová, na morte. A gente não tem possibilidade de chegar onde a gente quer, começar e terminar uma coisa. A doença não deixa. Queria gritar.”

Olga- “Eu estou igual.”

Joana- “A gente é barrado. A doença e a noite são do diabo. Faz uma ação, vem aquela perturbação.”

T2- “O que as vozes falam?”

Joana- “Começo a chorar. O mundo vai ficar assim. Dá aquele abafamento. Começo a coçar o ouvido. Não termino a oração. Aí acabou a noite.”

Olga- “A memória fica meio atada. Tem alguma coisa que ata, prende, ata a memória.”

Em alguns casos, a internação pode ser vista como favorecendo a dependência, na medida em que, embora privando a liberdade, parece isentar os pacientes de responsabilidade e dar uma sensação de proteção.

Ezequiel- “Saí mais gordo do hospital. Comida, o remedinho vinha na boca, arrumei até namorada. Quando percebi, tava de alta, tive de ir trabalhar de novo.”

Laurice- “Eu também. Não tenho pai, mãe... será que me aceitam pra morar no hospital?”

O problema às vezes é associado a uma impressão de ser criança, a um papel aparentemente desejado, de filho pequeno. É comentada a dificuldade dos pais de deixar os filhos crescer.

(Olga pergunta pra Joana se Márcio se alimenta.)

T1- “Pergunta pra ele.”

(Olga pergunta)

(Márcio ri e diz que sim, “a mãe cuida bem.”)

(T1 e T2 falam que ele vê Joana como mãe mas ela também o vê como filho. Joana ri e fica muito vermelha.)

T1- “Filho também cresce.”

(Nilsa fala do seu filho, que reclama: “Já cresci.”)

Sandra- “Meu filho não me acompanha mais na igreja. (Márcio pega um cigarro na sacola da Joana e acende.) Eu vou segurar ele?”

Abraão- “Mas tá falando. Tão querendo que eu vá pra cozinha, ir pra TO.”

Vilmar- “Oficina de cozinha.”

Abraão- “Pra quê? Não preciso de mais dinheiro.”

T2- “Tem quem faça, né?”

Abraão- “Tem quem faz.”

T2- “Vai ter a vida inteira?”

Abraão- “Deus recolhe.”

T2- “Mas Laurice não tem pai e mãe e não recolheu.”

Abraão- “Não tá na graça.”

Laurice- “Eu tô.”

Abraão- “Não sei se é verdade.”

T1- “Quanta coisa pra dizer que quer ser carregado.”

Abraão- “Eu sou um bebê de um ano. Quem mandou ela querer casar com meu pai?”

Em algumas ocasiões, a religião evangélica é citada como impedindo a liberdade devido às proibições.

Ezequiel- “A religião diz pra não usar isso, aquilo.”

Alzira- “Católico pode.”

Ezequiel- “Católico tem liberdade.”

Algumas vezes o grupo é associado com experiência de liberdade.

Lauro- “Faz mal.” (cerveja e ponche sem álcool)

Vilmar- “Não faz mal porque não tem álcool.”

(T1 fala do filme que vão assistir no vídeo e comenta a sugestão que deram no grupo - “Deu a louca no mundo”) - “O grupo hoje parece que tá a fim de se divertir.”

(Sorriem)

Ezequiel- “Parece que desamarrou quem tava preso.”

A tutela exagerada por parte dos familiares, reforçando e sendo retro-alimentada, às vezes, por um excessivo desejo de dependência dos pacientes, leva a ressaltar a importância de um trabalho paralelo com os familiares, com os quais existe uma relação disfuncional. Pacientes e familiares, a par de suas características de personalidade e conflitos pessoais, estão inseridos numa cultura que vem apregoando que o psicótico é incapaz de se autodeterminar, o que culmina na longa tradição da internação compulsória. Uma dimensão mais abrangente deveria compreender a sociedade como um todo, nos espaços possíveis de discussão. Percebe-se que as opiniões começam a mudar na medida em que se passa a privilegiar a atenção extra-hospitalar e a proximidade dos loucos com os “normais”. O desconhecimento e o mito da periculosidade do louco podem assim ser confrontados com a experiência da realidade do convívio. Nesse ponto, o centro de saúde foi um lugar privilegiado por abrigar loucos e normais no dia-a-dia em seu espaço físico, nos atendimentos gerais e específicos de Saúde mental.

A dependência econômica apresenta-se como um incômodo para quase todos, pacientes e familiares. Na sua maioria vivendo em condições modestas ou mesmo desfavoráveis, a renda pequena ou inexistente dos psicóticos assume grande importância e claramente interfere na sua valorização pelos outros e por si mesmo.

Quanto à liberdade, percebe-se que mesmo os mais acomodados em uma situação de dependência a valorizam e ambicionam. Aí, mais uma vez, a questão econômica é sentida como um fator de tolhimento - têm de dar satisfações à família por serem dependentes. Seu problema mental também é referido como limitante; vivenciam um bloqueio. O limite, nesse caso, embora seu próprio, é vivenciado como algo “de fora”, não se responsabilizando o paciente por esses aspectos que se opõem aos seus desejos conscientes. Nesse caso, poder-se-ia dizer que a exclusão desses aspectos seus poderia estar associada ao sentimento de falta de liberdade. Responsabilidade parece ser algo que assusta muitos deles. A impressão é de que alguns acreditam mesmo na possibilidade de uma liberdade sem ter responsabilidade. Na prática, devido às barreiras que encontram socialmente, a liberdade e suas responsabilidades

são especialmente difíceis, o que talvez contribua às vezes para a valorização da dependência, o desejo de permanecer criança. A insegurança poderia ser compensada em religiões extremamente exigentes, como a evangélica, que cercearia sua liberdade com inúmeras proibições, mas daria as diretrizes e continência para que o psicótico não precisasse escolher. Na crença na exterioridade das suas “vozes” o mecanismo poderia ser parecido - a possibilidade da dependência - remédio para a insegurança e o medo de se responsabilizar por suas escolhas, ao preço da limitação da liberdade. Pode-se supor também que o psicótico desconheça a possibilidade de ser livre e assumir suas responsabilidades, mesmo que sejam difíceis, na medida em que vem de uma história pessoal e coletiva de ser dominado. Assim, a promoção da experiência de liberdade, com uma tutela relativa apenas, se e enquanto necessário, poderia interferir nesse círculo vicioso e trazer percepções novas aos pacientes e à sua rede de relações, levando a uma transformação. Foi o que pareceu acontecer neste estudo: a liberdade e a responsabilidade dos psicóticos pela comunicação, por comparecer e pela medicação, foi claramente aceita e valorizada pelos próprios pacientes e pela maioria dos familiares; o trabalho psicoterapêutico contribuiu para um sentimento de liberdade. Recordo o estudo citado de OPALIC (1989) que, na avaliação de pacientes antes e após terapia de grupo, encontrou diferenças significativas em categorias existenciais como “liberdade”, “sexo” e “amor” entre os psicóticos. Lembro também o estudo de MERCIER & KING (1994) que identificou associação significativa entre um grau maior de autonomia e a percepção de uma maior qualidade de vida.

CONTATO

Nas sessões dos grupos, de um modo geral, o que prevalece é um bom contato afetivo, uma fácil abordabilidade. A grande maioria dos pacientes parece estar bastante envolvida, atenta e mostrando empatia com o que ocorre nas sessões, através da fala ou da mímica e gesticulação. Em diversos momentos surgem competições, mas o que aparece com mais frequência é uma atitude de solidariedade. Existe consciência de grupo e uma troca efetiva entre os participantes (pacientes e terapeutas) de afeto, vivências, opiniões e informações. O contato físico permanece dentro do habitualmente encontrado no tipo de situação - apertos de mão, toques no ombro, beijos no rosto quando participantes se encontram em alguma festa fora da rotina das sessões.

Há três pacientes que mostram contato mais pobre: José Carlos (grupo II), Irma (grupo III) e Márcio (grupo II).

Em todas as sessões registradas, Irma fala apenas quando solicitada, de forma lacônica e mostrando pouca atenção ao responder, embora seu olhar pareça atento aos movimentos do grupo; em apenas uma ocasião vem, na saída, espontaneamente me apertar a mão com toque e expressão facial carinhosos. A irmã afirma que a estimula para independência e atividade, mas ela não corresponde.

Márcio tem um contato estranho. Na maioria das vezes em que se expressa, o faz após solicitação. Às vezes se levanta sem motivo aparente; fala de um modo que dificulta o entendimento e usa poucas palavras, mas essa fala sempre tem sentido dentro do contexto da sessão. Pelo que sabemos da relação com a família e o que podemos observar (duas irmãs também são pacientes; uma delas pertence ao mesmo grupo), ele é tratado sempre ou quase sempre como alguém praticamente sem entendimento. No meio familiar é extremamente protegido e desconsiderado enquanto sujeito de suas ações; uma das irmãs cuida de sua higiene e nunca lhe é permitido sair sozinho. É dito em uma sessão que a família gostaria que ele ficasse dormindo de dia. No grupo, as terapeutas e os pacientes se dirigem a ele de uma outra forma e ele corresponde. Nas poucas vezes em que conseguimos que fosse trazido à T.O., ele executou tarefas úteis que lhe foram pedidas, como pregar enfeites na parede para uma festa, por exemplo, de maneira normal. A irmã se mostra surpreendida quando ele demonstra entendimento.

Sandra- “Márcio dá mais trabalho que um nenê. (para o Márcio:) Você dá trabalho pra Joana?”

Márcio- “Coitada!”

Sandra- “Coitada dela. E de você?”

(Márcio sorri)

Sandra- “Ele fala bem baixinho.”

T1- “Fala alto.”

Márcio- “A gente conversa. Eu tomo remedinho. Coitado!”

Sandra- “Está com dó? Por que não ajuda?”

Márcio- “Eu ajudo. “

T1- “Você ajuda?”

Márcio- “Eu tomo banho.”

.....

Neiva- “Ele toma o remédio?”

Márcio- “Toma o remedinho? Coitado! Tem dó!”

Neiva- “Ele está falando mais.”

(Glória chega, tenta trazer uma cadeira. Márcio levanta e vem dar a mão. Permanece de pé.)

Marta- “Você é lindo! Tem os olhos bonitos! Esforça pra sarar.”

Márcio- “Tenho dó de mim.”

Joana- “Márcio arrancou todos os dentes. Não precisou anestesia geral. Ele respondia todas as perguntas, sentou na cadeira...”

José Carlos geralmente fala pouco, na maioria das vezes após ser solicitado. Articula mal as palavras. Com freqüência ri sem motivo aparente, às vezes tampa os ouvidos. Em alguns momentos surpreende, tomando iniciativas em fala ou ação. É bastante protegido no meio familiar e no início do acompanhamento no centro de saúde não andava sozinho; com o decorrer do tempo, após muitas conversas com os pais no grupo de famílias, ele passou a andar sozinho e a carregar um pouco de dinheiro.

De modo diferente, Ricardo muitas vezes tem contato difícil: ele não ouve, apenas quer ser visto e ouvido. É parecido com o Fernando (grupo IV), que às vezes freqüenta um dos três grupos, que também dificilmente ouve o que é dito.

Na maioria das vezes em que se fala algo a respeito, os pacientes se dizem desejosos de manter contato com outras pessoas; algumas vezes contam episódios em que evitam contato com outras pessoas por insegurança. O grupo é valorizado como um local onde se pode ter amigos, contar com as pessoas; as maiores dificuldades parecem estar no contato com os “normais”, no qual referem tanto fatores próprios (tais como desconfiança, sentimento de inferioridade, de ser diferente) quanto percepção de serem tratados de uma maneira que lhes dificulta a relação.

T1- “As pessoas aqui quase não saem de casa. Como está o contato de vocês com as pessoas?”

Rosa Maria- “É bom.”

Ilca- “É bom.” (expressão pouco convincente)

T1- “Tem um incômodo no encontrar as pessoas?”

Ilca- “Existe sim.”

T1- “Tem um nome pra esse incômodo?”

Ilca- “É insegurança. Tem pessoas que deixam de cumprimentar, por exemplo. A minha tia dizia coisas de mim pras pessoas.”

Ezequiel- “Eles acham que eu não devia participar da reunião, falam isso e aquilo. Quero descobrir uma coisa, como conversar por pensamento e telepatia, eu não sabia. Isso deixou eu com a cabeça virada. Eu não gosto de conversar por telepatia; é melhor conversar na reunião, como eu falei pro Emerson.”

(T1 fala na possibilidade dele escolher como conversar)

Emerson- “Devia ter mais reunião.”

(T1 enumera as reuniões disponíveis)

Ezequiel- “É bom vir.”

Ilca- “Preciso de ânimo, apoio.”

T2- “Você sente isso aqui?”

Ilca- “Um pouco.”

Nilsa- “Queria ter uma companheira perto. Uma dá força pra outra.”

(Ilca concorda, sorri.)

Valter- “Uma amizade dá apoio - é aconchegante.”

Ilca- “É mesmo. A gente põe as fofocas em dia.”

(T1 propõe que as pessoas troquem olhares entre si e procurem verificar com quem se sente apoiado e quem se sente apoiando. Todos trocam olhares.)

Vanda- “Depois daqui ninguém dá apoio.”

Ricardo- “Pode falar?”

T1- “Pode.”

(Ricardo não fala)

Nilsa- “Gosto do sorriso dela (Lúcia,IV). Sempre sorrindo. E dele.(Valter,IV) E pra conversar, a Ilca.”

T2- “Quem mais sentiu?”

Ilca- “Não é pra retribuir, mas também tenho muita afinidade com a Nilsa. Renata também, apesar de falar pouco.”

Renata- “Eu também.”

Ilca- “E do Valter, sempre alegre e muito coerente. Sinto afinidade. Só um dia não tava bom.”

Nilsa- “Perto de casa as pessoas são muito metidas. Queria ir embora dali.”

.....
Nilsa- “Os vizinhos aparecem na frente, eu entro.”

Ilca- “Eu também.”

Vanda- “É uma insegurança. Segura a gente.”

Valter- “Eu comecei a vir aqui, comecei a conhecer gente.”

Abraão- “Meus amigos são aqui. Tenho vergonha de morar em casa alugada, isso me segura.”

Olga- “Posso fazer uma pergunta? Aquele rapaz me hipnotizou (um terapeuta seu, anos antes). Será que a minha cabeça volta outra vez?”

T1- “Acho que sim.”

Olga- “A gente pega do outro como se fosse da gente. Queria ter só meu pensamento.”

(T1 fala sobre uma escolha entre o isolamento/loucura e o contato)

Emerson-“Isso acontece. Me isolei por dez anos. Antes eu ia a baile.....Por isso que eu venho toda quarta, por causa desse barulhinho aqui.”

Elza- “Outro dia, todo mundo falava...uma é separada, outro tem filhos...todo mundo tem um passado triste...e eu não tinha o que dizer.”

As “vozes” são associadas por Olga ao menor contato com a realidade:

Olga- “Será que é telepatia? eu estou um pouco na realidade, um pouco nas ‘vozes’.”

.....
Olga- “Treme o corpo e foge a força para lavar roupa. Isso é das ‘vozes’.”

T1- “As ‘vozes’ dizem isso?”

Olga- “Às vezes dizem. Mas não sei se é delas.”

T2- “Quando falta a sensação no braço é no período das ‘vozes’.”

Olga- “É. Quando na realidade, eu tenho força. Quando não estou na realidade, me falta a força dos braços.”

T1- “É um mundo mais fácil. Aí se evitam coisas, sentimentos, movimentos.”

Olga- “Por que às vezes a gente volta pra realidade?”

Abraão- “Não é porque a gente pára de pensar? Quando a gente sonha, eu era o super-homem. Quando raia o dia a gente volta pra realidade.”

Nas sessões analisadas, José Carlos é o único que “ri sozinho”, sem motivo aparente. Em uma das sessões uma outra paciente começa a “falar sozinha”, o que acaba por levar a uma série de comentários sobre o “falar sozinho”.

(Neiva está ao lado da Glória. T1 percebe que está “desligada” e murmurando sozinha, disfarçadamente. A sessão prossegue. José Carlos está excepcionalmente comunicativo; conta sobre sua ida ao dentista: arrancou dentes, vai colocar ponte embaixo e dentadura em cima, vai melhorar a aparência.)

T1- “Quer ficar mais bonito?”

(José Carlos sorri)

Vilmar, com ar brincalhão, diz que o José Carlos precisa arrancar os dentes para rir mais à vontade, “Afim, ele ri sozinho tantas vezes...”

(José Carlos ri)

(T1 pergunta se ele não vai nunca contar do que ri.)

José Carlos- “O jeito de curar uma dor é sorrir.”

(E faz de novo sua expressão “desligada”.)

(Laura comenta que já “falou sozinha”.)

(T1 comenta que Neiva está falando sozinha neste dia. Neiva parece ficar incomodada. Diz que está igual, sempre falou sozinha. T1 diz que é a primeira vez que a vê falar sozinha na sessão. Neiva faz expressão de desafio e pergunta se a está achando diferente. T1 diz que “sim, está um pouco...”)

Neiva- “Louca?”

T1- “É, louca.” (Diz que parece que Neiva ficou incomodada porque T1 chamou a atenção do grupo pra ela. Neiva diz que “não, imagine, estava só brincando.” A partir daí, procura se ligar ao máximo em todas as falas.)

Marta- “Eu falava sozinha quando estava ruim.”.....

(Glória e Vilmar comentam que às vezes falam sozinhos mas “normal”- quando estão preocupados com alguma coisa, pra descarregar. Vilmar diz que quando está nervoso prefere fazer comentários com ele mesmo para não desabafar com a mãe; a mãe é diferente, tudo que a preocupa vem descarregar falando com ele e ele não quer ficar igual a ela.)

Aqui, aparentemente Neiva tem um controle, uma escolha, entre estar em contato com o grupo e estar em contato com suas “vozes”. Os pacientes mostram ter consciência de que o solilóquio está relacionado à crise psicótica. Também têm clara a diferenciação entre esse solilóquio psicótico e o “normal”, em que a pessoa se expressa em voz alta dirigindo-se a si mesma. Fica implícito que, no solilóquio psicótico, de seu ponto de vista, o paciente não está falando consigo mesmo mas dirige-se às “vozes”, que conscientemente são atribuídas a outro(s); quando opta pelo delírio de contato com “outro”, afasta-se do contato com os “outros” reais. Poder-se-ia dizer que ele está em contato consigo mesmo, do ponto de vista do observador; mas se o paciente não vivencia estar em contato consigo mesmo nesse momento, seu contato consigo mesmo também está prejudicado.

Nos episódios relacionados ao Márcio e à Neiva, evidencia-se como seu contato melhora sensivelmente quando chamados a isso. Vendo cada grupo como um todo, o contato é sempre muito bom. Isso leva a questionar a observação, bastante comum, do mau contato do psicótico, da sua tendência ao isolamento e ao autismo. Nas falas aparece como a dificuldade maior é em relação aos “normais”- num ambiente onde se identificam com os outros e são aceitos, expressam-se com facilidade, o que está de acordo com as teorias de campo

psicológico (KOFFKA, 1935; LAING, 1960) e da comunicação (WATSLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 1967). As experiências atuais através de todo o mundo (cf. cap. “Algumas experiências...”) comprovam que o contato afetivo dos psicóticos aparece sempre que é dada oportunidade para isso; assim, o isolamento não é necessariamente consequência direta da psicose. A partir dessas observações, se pensa em como seria prioritário o contato entre os psicóticos, por favorecer, pela identificação, os primeiros passos para sua ressocialização e por proporcionar o ambiente facilitado para expor sua problemática com mais segurança.

Foi referido em alguns casos a opção por se isolar em determinadas situações. No caso da Neiva aparece como, mesmo num quadro alucinatório, pode haver um controle quanto à instância à qual será dada atenção. Isso leva a pensar no grau de autonomia que persiste nos surtos esquizofrênicos e percebe-se o sentido das teorias de LAING (1960), em que o isolamento é visto como defesa frente ao medo de desintegração no contato - como foi visto, não em qualquer contato; a evitação pode ser seletiva. Talvez essa “desintegração” tenha a ver não só com as dificuldades do psicótico em se colocar mas também, num segundo momento, à invalidação habitual exercida pelos “normais”. Também se concorda com os antipsiquiatras quando afirmam que a maneira como se vê o psicótico vai definir o contato do profissional com este e favorecer o contato deste com o profissional (LAING, 1960; BOSSEUR, 1974). A abertura do profissional para o contato e a disponibilidade maior de tempo se mostra como possibilitando perceber “sintomas” como comportamentos dotados de sentido e intenção, o que reforça essa perspectiva e abre possibilidade para o novo. Para essa mudança de perspectiva, é preciso estar disposto a tentar olhar do ponto de vista do outro, e isso implica uma escolha ideológica por parte do profissional. Qualquer mudança no “lugar” do louco implicará numa mudança no “lugar” do psiquiatra e dos outros profissionais ligados, até então, à instituição psiquiátrica; haverá, necessariamente, uma redistribuição de poder nessa relação de domínio. Esses movimentos fazem parte do processo de desinstitucionalização descrito por Rotelli (ROTELLI, 1988; ROTELLI et al., 1986).

Quanto à falta de contato com partes de si mesmos, que são projetadas “fora”, pode-se dizer que há uma falha de integração do “eu”, falta de responsabilidade por si mesmo. Na verdade, esses mecanismos podem ser utilizados por qualquer pessoa. (SEGAL, 1964) No caso dos psicóticos, essa característica pode ser reforçada pela instituição psiquiátrica, enquanto esta destituir de sentido o comportamento psicótico; procurando enquadrar todas as psicoses dentro de um enfoque puramente biológico, ela reduz o objeto, fazendo crer que ele

independe de uma rede de relações e esquecendo que elas estão sempre presentes, ainda que de modo virtual.

Quando excluem partes suas, o fazem por serem “proibidas”, o que os sujeitaria ao castigo - ao castigo da exclusão do lugar da bem-aventurança. Estamos num mundo de valores, ao qual pertencem todos, psicóticos e profissionais que deles cuidam. Sem uma consciência clara disso, continua-se o processo de exclusão, colocando no manicômio aqueles que fogem à “norma” ideal construída. Esse mecanismo parece equivalente ao dos psicóticos; da mesma forma que não se responsabilizam pelo conteúdo de suas “vozes”, a sociedade não se responsabiliza pelos psicóticos. É cobrado deles - e eles parecem se cobrar - a semelhança a um “modelo” ao qual não podem se conformar. Sobra-lhes o impasse - e esse parece ser o duplo-vínculo

(WATSLAVIK, BEAVIN & JACKSON, 1967) que a sociedade lhes impõe - de apenas lhes ser permitido ser como não são. É ser-para-os outros, afastados de suas próprias necessidades, como falava Marx. (FROMM, 1961)

DISCUSSÃO GERAL

Identifico informações, perguntas, dúvidas e sentimentos. Percebo, ao visualizar como um todo este trabalho, que aquilo que serviu para estabelecer as categorias de análise consistiu de coisas que foram sendo ressignificadas pelos pacientes concretamente, não só verbalmente; foram vividas, experimentadas, dentro do espaço do atendimento: os grupos, mistos, e as festas, danças e atividades que puseram em cheque a solidão e abriram para a sexualidade; as “vozes” que puderam começar a incorporar vozes das pessoas do grupo; a revalorização através da possibilidade de falar e ser ouvido com interesse, da atribuição de responsabilidade, da remuneração pelo trabalho executado nas oficinas; o espaço de independência e liberdade; as oportunidades de contato; o convívio de “loucos” e “normais” no centro de saúde. Palavras, apenas, não seriam talvez suficientes; é preciso experimentar formas diferentes de relação para poder sentir mudanças.

Onde fica exatamente a linha divisória entre a psicose e a sanidade mental, ou entre a loucura e a normalidade? Esta é a interrogação do alienista da obra de MACHADO DE ASSIS (1882). Será que isso importa, dentro desse novo paradigma que se propõe a desinstitucionalizar a loucura e a acompanhar o paciente passo a passo em suas necessidades? A que serviria essa busca de diferenças absolutas, senão à continuidade da exclusão? Durante o processo de elaboração desta tese, dei-me conta de que o conceito de psicose, ou de “loucura”, malgrado todos os livros, foi se embaçando cada vez mais. Ao mesmo tempo, foi ficando cada vez mais nítido quem eram os loucos: eram estes que se manifestam através destas transcrições de trechos de nossos encontros, que são descritos nestas páginas e que despertaram em nós, que convivemos com eles no centro de saúde, os sentimentos relatados; eram estes pacientes semelhantes entre si pelas vivências, pela história em comum e pela mesma falta de perspectiva.

Não se sabe ainda ao certo até que ponto alterações orgânicas estão contribuindo para algumas experiências desses psicóticos - alucinações, delírios... O que não é mais possível é deixar de perceber o quanto variáveis psicodinâmicas e sociais estão envolvidas nas suas experiências, como se evidenciou neste trabalho.

Desde o primeiro contato com psicóticos, o que me chamou a atenção foi a sensatez, uma espécie de lógica que demonstravam nas entrevistas no Hospital dos Insanos. No centro

de saúde, não se evidenciaram como demenciados e pareciam estar constantemente em busca de novos significados. Pareciam ter os mesmos sentimentos, as mesmas inquietações, os mesmos desejos que a maioria das pessoas. Já em 1907, JUNG questionava a demência dos “dementes precoces” que observava internados. Na época atual, JACKSON & BIRCHWOOD (1996) concluem em seus estudos que não há, necessariamente, deterioração irreversível nem cronicidade, e que o destino do paciente depende menos do acompanhamento medicamentoso e mais do processo de reinserção psicossocial pelo qual passou após o primeiro surto. Os psicóticos me parecem diferentes, hoje, das descrições clássicas dos livros de psiquiatria. Sabe-se que atualmente estão em uso novos medicamentos que controlam ou reduzem aspectos do quadro difíceis de manejar, ao mesmo tempo que interferem de maneira direta ou indireta nas vivências dos pacientes (cf. “Uso de medicação”). Cada vez mais as internações vêm sendo questionadas e, como aponta LAING (1967b), a maioria dos estudos sobre esquizofrenia foi feita com pessoas em cativeiro. Mas há mais: há o ponto de vista sob o qual se coloca o observador. Se, como profissional de saúde mental, parto de um ponto de vista que me abre para tentar compreender o psicótico, se me importo com ele de verdade, se mostro minha estima ou minha raiva, isso implica que o estou considerando como pessoa, vai fazer parte da maneira como ele me parece ser e influir na maneira como se mostrará para mim. É curioso como Laing pôde perceber de maneira tão diferente da de Kraepelin o discurso de um paciente com demência precoce anotado por este em 1905 (LAING, 1960). Mesmo JUNG (1907), contemporâneo de Kraepelin, via sentido e compreensibilidade nas manifestações dos pacientes diagnosticados como dementes precoces.

Quando iniciamos o atendimento no centro de saúde, o fato que mais me chamou a atenção em todas as comunicações dos pacientes não foi a diferença de suas experiências, as alucinações e as internações psiquiátricas, por exemplo. Pelo contrário, o que mais me surpreendeu foi a semelhança de todas as outras suas vivências com as dos “normais.” Onde aprendi que os psicóticos eram tão diferentes? Como disse antes, meu primeiro contato mais aproximado com os psicóticos me surpreendeu por percebê-los sensatos - eu os esperava insensatos. Na infância, os mais velhos diziam que eu devia evitar os loucos, ter medo deles - devia julgá-los perigosos. Na residência médica me ensinaram a levantar a hipótese de esquizofrenia quando percebesse no paciente contato e abordabilidade difíceis - esperá-los ensimesmados, avessos ao contato. E, de uma forma natural, de um momento para outro, como residente de psiquiatria me vi dotada do poder de decidir pelo aprisionamento e soltura de psicóticos, de abrir portas que eles não podiam abrir dentro do hospital psiquiátrico, de

mandá-los tomar medicações que os alterava do ponto de vista físico e do comportamento, de usar de técnicas que os fazia ter convulsões, perder a consciência e se arriscar a danos físicos e até à morte; isso tudo sem necessidade de consultá-los ou sequer de comunicar-lhes o que os esperava (devia considerá-los completamente incapazes e dependentes); em contrapartida, era levada a me sentir com poder e superioridade sobre esse “outro”-objeto. Esse ponto de vista era o “normal” e o “adequado” dentro do contexto da época. Como dizia LAING (1969, p.37) “A situação normal consiste em estar tão imerso na própria imersão nos sistemas de fantasia social que se chega a considerá-los reais.”

Revido o papel que desempenhava nessa época (final da década de setenta), reconheço-me como psiquiatra do manicômio nas colocações de FOUCAULT (1971-1978, p.127): “Ora, aquilo que estava logo de início implicado nestas relações de poder, era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência exercendo-se sobre uma ignorância, de bom senso no acesso à realidade corrigindo erros (ilusões,alucinações,fantasmas), de normalidade se impondo à desordem e ao desvio. É este triplo poder que constituirá a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constituirá como doença, no exato momento em que o ‘sujeito’ que dela sofre encontrava-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença.”

Voltemos à época deste trabalho. Nos grupos os psicóticos se mostram, são percebidos, diferentes do esperado. Mudaram os psicóticos? Mudei eu? Mudou o contexto? Não se deve esquecer que começamos esse atendimento seguindo as diretrizes gerais da administração num determinado momento histórico e político, emergindo não apenas de nossas experiências pessoais, mas também de uma história coletiva de mais de uma década de discussões e reflexões dos profissionais de saúde mental (cf. “Um pouco de história”). Na experiência estudada houve uma redistribuição de poder? Em parte, sim. Se decidimos abrir mão de parte de nosso poder em favor dos pacientes, está claro que os profissionais ainda ditam as regras. Houve também uma redistribuição de poder entre os profissionais na medida em que o louco, historicamente objeto da psiquiatria, passou a sê-lo da saúde mental. Os trabalhos mais recentes com psicóticos (cf. “Algumas experiências...”) sob enfoque psicossocial envolvem sempre profissionais de diversas formações, não apenas psiquiatras. Para se trabalhar com a loucura vai ficando claro que é preciso recorrer ao conhecimento da psiquiatria, da psicologia, da sociologia, das teorias da comunicação, da filosofia, da arte... Neste trabalho, a psicóloga e a terapeuta ocupacional dividem o espaço com as psiquiatras;

mas também os outros profissionais do centro de saúde passam a perceber os loucos. Os usuários “normais” passam a percebê-los. Os loucos se percebem uns aos outros, percebem os “normais” e se percebem sendo percebidos. Inúmeros pontos de vista vão sendo comunicados formal e informalmente. A possibilidade de formação de novas concepções aumenta consideravelmente. Verifica-se que a transformação inclui, inevitavelmente, psicóticos e “normais”. Quando a equipe se abre para a experiência de uma redistribuição de poder, atua ao nível local (entre si, com os psicóticos, com os familiares), que é onde esse desnível se mantém e se reproduz, de acordo com os interesses particulares, no microssocial, como analisa FOUCAULT (1971-1978).

Historicamente submetidos, nesse princípio os psicóticos só podiam ocupar o lugar que lhes era outorgado. O lugar era esse: um espaço concreto e também a concretude de não haver o limite de portas fechadas e das quais só eles não tinham as chaves. Era também a concretude da presença das pessoas, além deles, que ocupavam esse espaço, era a concretude de serem atendidos no mesmo espaço físico e pelas mesmas pessoas que os “normais”, mesmo que alguns dos atendimentos lhes fosse especificamente reservado. Era também a concretude dos remédios disponíveis mas não impostos à força: prescritos, discutidos, explicados, às vezes insistidos ou negociados de uma ou outra parte. Mas era mais que concretude esse lugar; paralelamente existia um lugar virtual, que se procurava construir diferente do manicômio, onde estavam as idéias, os afetos, os significados, as trocas de mensagens que aconteciam através das coisas concretas existentes e ausentes e da atitude das pessoas. Algumas das mensagens que queríamos passar eram: de que eram livres, de que esperávamos que fossem responsáveis por eles mesmos, de que os respeitávamos e os considerávamos capazes e produtivos; as mesmas mensagens que, segundo NICÁCIO (1994), o psiquiatra Tikanori resumiria em três palavras no início da reforma psiquiátrica de Santos: “poder, afeto e liberdade”.

A atribuição de um diagnóstico de psicose tende à destituição do poder daquele que o recebe. O “normal” produz explicações; o louco produz idéias deliróides quando procura explicar. Os “normais” podem acreditar em coisas absurdas; o psicótico é considerado como tal por acreditar em coisas absurdas, mas de uma maneira solitária, a sua maneira. Ele defende a sua verdade, parece defender o seu “eu”. Quando se trabalha com um grupo de psicóticos começa-se a redimensionar as coisas. Ali, a minoria somos nós, “normais”, as coordenadoras. Na nossa vida, acostumamo-nos a acreditar naquilo que nos é permitido acreditar. Geralmente temos uma atitude de respeito, sincera ou fingida, em relação a crenças religiosas diferentes, a

pontos de vista diferentes sobre política e outros assuntos, às vezes brigamos e competimos, a ver quem tem razão. Em relação aos loucos, com o aval social, sentimo-nos com o direito de dominá-los e de tentar dobrar, subjugar a diferença. COOPER (1967) vê os psicóticos como mais uma minoria oprimida; no caso dessa minoria específica, uma característica importante veio se destacando: é a solidão de cada um deles, “base de toda psicopatologia” (VAN DEN BERG, 1963); algo atrapalha o contato e dificulta que se agrupem. A diferença, isolada, tende a se cristalizar. Vimos neste estudo como a grande maioria dos pacientes busca e aprecia o contato dentro dos grupos, ao mesmo tempo que muitos contam de sua dificuldade em entrar em contato com os “normais”. É possível que, entre semelhantes, o psicótico possa experimentar a sensação confortadora de ser igual, de ser “normal”, de estar “incluído”.

O atendimento em grupo demonstrou criar uma continência muito grande para todos. Com experiências parecidas entre eles e diferentes em relação aos “normais”, como ouvir “vozes” e ter tido internações psiquiátricas, criaram um espaço de acolhimento solidário e não preconceituoso, que propiciou verbalizar essas experiências e ressignificá-las. Como em grupos de outros tipos de pacientes, a própria consciência de não ser único e diferente, de não ser “errado”, diminuiu a ansiedade e foi terapêutica. Conseguimos, todos, criar vínculos e trocar afeto. Essas observações vão ao encontro das de BRIX (1989), de TAKAHASHI & WASHINGTON (1991), citados anteriormente, e das de LANCETTI (1993, pp.156-157): “Estar louco com outros, relatar um fato de maneira desagregada, persecutória, etc. entre outros sujeitos que já passaram por situações consideradas anormais, vivenciar angústias intensas, ouvir vozes aterrorizantes, sentir-se confuso, estar com outras pessoas sem que se responda a essas expressões de modo preconceituoso ou defensivo, proporciona um estado de acolhimento incomum.” No mesmo artigo Lancetti também ressalta a importância da afetividade dos terapeutas e dos membros do grupo para esse acolhimento. A questão da afetividade também foi abordada por LAING (1960), que aponta a importância “do amor e do ódio” do terapeuta. JUNG (1958, p.253) menciona casos de enfermeiros e mesmo leigos que, “cheios de compreensão (...) restabeleceram o rapport com o doente, graças, única e exclusivamente, à coragem pessoal e à dedicação paciente, conseguindo curas espantosas.”

Com relação à liberdade, os argumentos mais fortes que vêm sendo usados para o aprisionamento dos loucos se referem à sua periculosidade e descontrole. No início do atendimento no centro de saúde havia o receio de que não fosse dar certo, devido a esses preconceitos. Com o tempo foi-se verificando que as atitudes desses pacientes eram, em geral, bastante diferentes daquelas observadas em locais reservados exclusivamente aos doentes

mentais, principalmente hospitais psiquiátricos; se conduziam com responsabilidade, respeito em relação às outras pessoas e adequação à situação. É importante frisar que houve um único episódio de violência por parte de um deles, após o período de registro das sessões. Componentes da equipe que permanecem trabalhando no local reportam que até o momento atual (julho de 1998) não ocorreu mais nenhum. Isso leva a se concordar, com BASAGLIA (1968b e 1979), COOPER (1967), GOFFMAN (1961) e ROTELLI (1988), que a violência é característica das instituições fechadas, é lá exercida primeiramente sobre o psicótico e não é parte integrante do quadro do paciente, mas maneira de se situar dentro desse dado contexto.

Na sessão de 27/05/93, quando Ilca fala que “as pessoas cobram”, “a sociedade cobra”, acaba por se verificar que no próprio grupo muitas pessoas cobram mesmo. Assim, o que a princípio se pode pensar como uma “projeção” da Ilca acaba se vendo que é uma percepção da realidade. Na amostra de sociedade que está ali, é confirmada a percepção da Ilca que pode, então, nesse espaço privilegiado, enfrentar e se contrapor à expectativa externa. Lembro as observações de LAING(1961,1969) que mencionei na introdução, sobre um estudo de Lemertz que analisou os “outros” verdadeiros dos pacientes e chegou à conclusão de que “existe, muito mais do que em geral se supõe, uma espécie de conspiração ao redor de pessoas que se sentem vítimas de um complot.” Nos grupos, apenas em relação a um paciente percebemos episódios que nos pareceram delírios paranóides: foi quando Romeu afirmou que as pessoas do grupo pensavam que ele era “veado” e manifestou indignação e medo de ter seu corpo dominado(cf. p.112). Quanto aos episódios do Romeu, penso hoje que poderíamos ter alguma surpresa se houvéssimos confrontado sua percepção com a dos outros pacientes; o fato de, durante todo esse tempo, não havermos detectado mais delírios com características de controle ou persecutoriedade nesse espaço que identificamos como solidário e continente, leva a refletir sobre o quanto o quadro psicótico se modifica conforme o ambiente. Recordo também a fala de Ezequiel na página 112, quando conta que as “vozes” que costumava ouvir em casa vinham sendo substituídas por vozes das pessoas do seu grupo. Também é importante lembrar que classificamos como patológica a percepção do psicótico de que está sendo dominado por forças estranhas que o obrigam a fazer o que não deseja; mas sabemos que, muitas vezes, os pacientes são levados a espaços religiosos para “retirar influências estranhas”. O paciente psicótico acredita em poderes sobrenaturais; os “normais” usam fitinhas do Nosso Senhor do Bonfim amarradas no pulso para conseguir a realização de desejos, raminhos de arruda para afastar mau-olhado,etc.. Outros rezam para imagens de santos, mas procuram internar com presteza seu familiar que se considera milagroso ou afirma ser a nova encarnação

do Cristo prevista na Bíblia que lhe deram para ler. Os familiares não percebem as próprias contradições ou o psicótico falha em relação à expectativa deles de que ele também viva contraditoriamente, ambivalentemente, como quem acredita e não acredita? Considera-se que idéias aparentemente absurdas para o observador não constituem delírio enquanto compreensíveis dentro do meio cultural do paciente. Na prática, fica difícil hoje em dia dizer o que está fora do universo cultural do paciente. De qualquer modo, ele parece ser ou estar diferente das pessoas que o cercam e ter pontos de vista que parecem absurdos para todas elas, ele está também sozinho, como observa VAN DEN BERG (1963). O isolamento impede o confronto com a realidade ou o imaginário compartilhados, acentuando a diferença e completando o círculo vicioso da exclusão, dado que, como louco, será quase sempre tratado de maneira diferente pelas outras pessoas. Quando tenta “passar por normal”, é comum, conforme verificamos nos contatos com os familiares, que estes, pressurosamente, “alertem” os novos conhecidos para a “loucura” do paciente. Observo também aqui como percebemos em muitas falas nos grupos a associação de religião com diversos tipos de exclusão: de sentimentos, comportamentos, da pessoa em relação à comunidade religiosa ou a uma futura bem aventurança.

Deste estudo se depreende a necessidade de trabalhar com o estigma da loucura, não só com o próprio paciente mas também com seus familiares e a comunidade. Em relação às famílias, esta experiência apontou uma adesão razoável às sessões que lhes eram reservadas e mudanças significativas nas atitudes em relação a seus parentes psicóticos; em alguns casos, verificamos a necessidade de um trabalho mais aprofundado e intensivo, sem possibilidade de ser realizado devido ao tamanho reduzido da equipe frente à demanda por atendimento em saúde mental. Um aspecto importante que pôde ser trabalhado foi a possibilidade de manter o parente psicótico em casa mesmo em períodos de agudização do quadro. Quanto à comunidade, pareceu-me que é a distância que reforça os preconceitos. As atitudes dos funcionários do centro de saúde, a princípio preconceituosas, após os trabalhos de discussão e esclarecimento e o contato continuado com os psicóticos, foram se transformando em aceitação e em cooperação por parte da grande maioria. Nos atendimentos específicos e gerais (clínica médica, ginecologia, odontologia, enfermagem, farmácia), esses pacientes “ocupavam seu lugar na cidade como qualquer cidadão” (COOPER, 1967). As atividades de vendas do brechó e dos produtos de culinária dentro do espaço do centro de saúde cooperaram para mudanças na sua auto-imagem e na imagem que os funcionários e os outros pacientes tinham deles. As festas e passeios que eram no princípio organizadas em separado são, nos dias atuais

(julho de 1998), compartilhadas indiscriminadamente por qualquer usuário do centro de saúde.

Para além dos limites do local de atendimento, sobre quais bases se poderia construir um “lugar” para o louco? KINOSHITA (1996), em seu artigo intitulado “Contratualidade e reabilitação psicossocial”, coloca que, para haver reinserção social, é preciso se investir na produção de valor do psicótico, que (como vimos também neste estudo) se encontra desvalorizado em meio aos “normais” : “Partimos do pressuposto que, no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que daria-lhe o seu poder contratual. Para isto apontávamos três dimensões que considerávamos fundamentais: trocas de bens, de mensagens e de afetos.” (p.55) As habituais invalidações das comunicações do psicótico e indisponibilidade para a troca afetiva com o mesmo por parte dos “normais” já foram bastante discutidas. Do ponto de vista material, a cobrança dos familiares em relação a que o paciente cuide de seu sustento é clara e explícita, mas a crença de que ele não é capaz disso é muito comum. Sob esse aspecto, a aposentadoria por invalidez parece ter contribuído para selar o destino de alguns pacientes deste estudo. A crença dos familiares e dos profissionais responsáveis pela perícia médica numa perda definitiva da capacidade de trabalho dessas pessoas (“demência precoce?”) levou a essa aposentadoria precoce com todas as suas consequências. Ou seja, o enfoque terapêutico não é suficiente. É preciso fazer parcerias com outras instâncias dentro da comunidade, criar, inventar novas oportunidades ou resgatar oportunidades em desuso, descobrir possibilidades e acompanhar o psicótico nos caminhos que escolher, enquanto for necessário.

Para entrar em contato com o louco, o profissional de saúde mental precisa se arriscar, se abrir para o desconhecido. LAING (1960) fala que precisamos utilizar nossas próprias capacidades psicóticas. Quando nos abrimos para o louco, para o diferente, nos abrimos também para as diferenças e a “loucura” de cada um de nós. Conteí anteriormente como identificávamos nosso próprio medo em momentos do processo e como ele nos confundia. Lembro o estudo de FRANKEL (1993), citado anteriormente, em que analisa os sentimentos de terapeutas de psicóticos e aponta mecanismos de resistência, envolvendo pacientes e terapeutas, que paralisam o processo de mudanças. Quando não tomamos consciência nem enfrentamos esse medo, o medo do desconhecido, da desrazão, do descontrole, ficamos só temporizando, preocupamo-nos apenas com uma “adaptação”, não nos aprofundamos muito. Podemos atribuir ao psicótico as limitações que nos impomos por

dificuldades nossas: por esses medos, por falta de conhecimento, por falta de técnicas, por preconceitos; pode-se lembrar, por exemplo, que por muito tempo se afirmou que um psicótico não se beneficiaria de psicoterapia de grupo por ter um contato muito difícil.

Até que ponto conseguimos ouvir os loucos que atendíamos? Conseguimos ouvir suas queixas, mas até que ponto conseguimos ouvir suas contribuições? Com certeza nos percebemos enriquecidas nesse contato, mas, sendo um contato definido como atendimento, nos vemos muito mais como quem proporciona que como quem recebe. Não sabemos o que acontecerá se incorporarmos os loucos em nossa comunidade “normal”, se a eles for permitido que sejam cidadãos comuns. COOPER (1967) acredita que, na dominação, o que tem o poder visa dominar e aniquilar aspectos projetados seus e da sociedade que representa nos dominados. PELBART (1990) aponta o risco de que a sociedade absorva os loucos mas mantenha um “manicômio mental” onde fique encarcerada a desrazão: “E seria preciso acrescentar imediatamente: um direito à desrazão, sim, mas sem confiná-la àquele cantinho privado e secreto de nosso psiquismo chamado ‘nossas fantasias’, onde ela costuma dormir inofensiva. O direito à desrazão significa poder pensar loucamente, significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável.”(p.137) Pelbart, lembrando as colocações de FOUCAULT (1964) de que, a partir do século XVII, o louco foi considerado o depositário da desrazão e enclausurado, observa que o louco que conhecemos de hoje, dos manicômios, não evoca a desrazão, mas a morte. Nos grupos, os psicóticos não evocaram de modo algum a morte, pelo contrário; mas, claramente, apresentavam ou buscavam, todo o tempo, a mesma racionalidade que os “normais”: busca de causas, de significados, raciocínio lógico e receio da “loucura” (descrita como a ocasião de se ‘falar sozinho’, ter ‘pensamentos bobos’, ‘se entregar para o desejo’, ‘desligar a mente’).

Cabe questionar aqui por quê, se há tantas experiências com enfoque psicossocial e reportando resultados positivos, não há um maior investimento para que possam expandir e se multiplicar. No caso do Jardim Aurélia, apenas nos primeiros tempos houve apoio da administração, depois o trabalho foi deixado à deriva, tendo se mantido basicamente pelo investimento dos profissionais, específicos ou não da saúde mental, e da coordenação do centro de saúde. Na rede pública, a constante mudança de pessoal a nível central torna difícil manter uma linha definida a se seguir. Percebe-se que, em administrações onde houve uma

descentralização maior de poder e abertura para discussões e solicitações a partir do nível local, houve maior crescimento das ações de saúde mental. Também se sabe que, na maioria das universidades onde estão sendo formados os novos profissionais “psi”, ainda é muito freqüente o enfoque da psiquiatria biológica, presa ao modelo médico, e da psicanálise tradicional, centradas ambas no indivíduo, embora a presença de pontos de vista divergentes caracterizem uma fase de transição. Paradoxalmente, é na rede pública que as experiências que utilizam um enfoque psicossocial mais parecem ter se desenvolvido. Na prática, os profissionais vão discutindo, crescendo e investindo em conhecimentos mais diversificados.

As dificuldades que foram se avolumando com o decorrer do tempo, decorrentes da falta de apoio da administração da prefeitura, indicam que há necessidade, primeiro, de uma política de saúde mental claramente definida, formulada com a participação de representantes da comunidade e dos profissionais de saúde mental da rede; segundo, que ela não fique restrita ao discurso, mas se efetive em condutas concretas e suporte material; terceiro, que as decisões não fiquem estritamente centralizadas, que se mantenha o acompanhamento das necessidades e o respeito à percepção das equipes e da comunidade ao nível local. Ficou claro que um trabalho na rede pública, mesmo que sua qualidade e eficácia sejam reconhecidas pelos que estão diretamente envolvidos, está sujeito a ser modificado ou mesmo desativado após mudanças administrativas. Lembro aqui o acontecido no ambulatório de Vila Brasilândia (CESARINO, 1989), relatado na página 11. Ao contrário, o trabalho de reforma psiquiátrica de Santos, favorecido pela continuidade administrativa da prefeitura devida a duas gestões afins consecutivas, teve oportunidade de crescer e desenvolver parcerias com outras áreas que não a da saúde. Sem esse suporte, as equipes ficam obrigadas a atuar sem condições suficientes e, quando se evidencia que os resultados estão diferentes da expectativa, estão sujeitos, elas e seu trabalho, a serem responsabilizados pela falha. A história dessas experiências leva a concordar com SARACENO (1996, p.17): “As variáveis que determinam os resultados são as que se distribuem em dois grandes extremos: um micro e um macro. O micro está no nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-profissional, ou seja, o gasto de tempo, energia, afetividade, etc. que se tem nesta relação. Por outro lado há o macro, isto é, a maneira como o serviço está organizado, se está aberto vinte e quatro horas ou doze horas, se está aberto à comunidade, se ele tem a aprovação de seus usuários, se satisfaz minimamente às pessoas que atende e, também, aos profissionais que nele se inserem, se ele se utiliza de recursos vindos da comunidade, ou somente recursos institucionais. Estas grandes variáveis, que são variáveis de políticas de saúde mental, determinam se as técnicas, sejam elas

quais forem, estão funcionando ou não. (...) A variável é esse marco de saúde pública, o marco da política, do programa, da organização, do tipo de trabalho, de quem atua no serviço. A reabilitação não é uma técnica que se pode aplicar independentemente de um recurso organizacional, estrutural, político que se dá em saúde mental numa determinada região, cidade, bairro ou país.”

CONCLUSÕES

A complexidade dos fatores psicossociais envolvidos na questão dos psicóticos que se evidenciou nesta tese leva a se questionar e a se refletir nos riscos dos tratamentos exclusivamente medicamentosos, dirigidos unicamente ao ser biológico. O trabalho no qual se baseou este estudo mostra como uma modalidade de abordagem extra-manicomial pode possibilitar a criação de novas redes de relações e significados para psicóticos, familiares e profissionais. Percebe-se também que a discussão da “loucura” e da exclusão remete a uma discussão mais profunda que ultrapassa o âmbito desta tese e envolve, entre outros aspectos, a possibilidade de se conviver com as diferenças.

Verificou-se que os temas abordados com maior frequência nas sessões dos grupos se referiam ao atendimento ao doente mental, de maneira geral, e, dentro disso, principalmente ao uso de medicação e às internações psiquiátricas. A vida da maioria desses pacientes parecia girar em torno dessas instâncias que, teoricamente criadas para eles, haviam acabado por parecer parte integrante de sua identidade. O remédio aparecia como elemento essencial na sua existência.

Todos eram cronicamente medicados, o que lhes trazia vantagens e desvantagens. Inegavelmente a medicação os ajudava numa série de aspectos, reduzindo sintomas como alucinações e delírios, tranquilizando, melhorando o sono, o humor, o pragmatismo. Por outro lado, afóra os eventuais efeitos colaterais, era muito comum uma “medicalização” de tudo, já que tendiam a querer resolver qualquer conflito com medicação e a explicar sentimentos, sensações e comportamentos como efeitos dos remédios. Percebe-se que o quando, o quanto e o como medicar ultrapassa o aspecto puramente técnico e envolve uma escolha também do ponto de vista ideológico. A imensa gama de efeitos possíveis dos psicotrópicos tornava, de fato, em algumas situações, difícil delimitar onde começava e terminava sua atuação na experiência do paciente; em outras, ficava evidente que havia uma tentativa de evitar entrar em contato com sentimentos e emoções e com o contexto onde eles haviam surgido. Essa “medicalização” parece estar associada com o referido de que, habitualmente, seu comportamento é destituído de significado e qualificado como “doente”; à “doença” corresponde o remédio. Esse processo pode estar contribuindo para a alienação de si mesmo e para uma não responsabilização do psicótico, tanto no sentido de evitar os conflitos como no

de não se perceber respondendo com sentimentos a uma dada situação. Essas questões pareceram constituir material extremamente importante para ser trabalhado nas sessões.

Nesta experiência, esclarecer, discutir, negociar a medicação com os próprios psicóticos, deixar a eles a responsabilidade por retirarem a medicação prescrita na farmácia do centro de saúde e se encarregarem de receber a aplicação de medicações injetáveis pelo pessoal auxiliar, assim como a responsabilidade pela ingestão dos comprimidos em casa, foi a regra, não a exceção; o interesse e a facilidade com que assumiram essa responsabilidade, assim como a iniciativa e a argumentação que mostraram quando suas opiniões eram contrárias às prescrições, confirmaram a suposição inicial de que, na grande maioria dos casos, não havia motivo para que se lhes negasse o direito de decisão. Em diversas ocasiões, os pacientes modificaram alguma coisa na medicação no intervalo entre os atendimentos e o fizeram de forma bastante adequada na maioria das vezes.

Ficou evidente que, em relação às internações psiquiátricas, predominava um sentimento aversivo, lembranças de sofrimento, de submissão e desconfiança em relação aos médicos, assim como receio de voltar a essa situação; as internações contribuíram para o afastamento em relação às outras pessoas. Ao mesmo tempo, reconheciam aí vantagens em ficar dependentes, sem precisar enfrentar as dificuldades do viver na comunidade, inclusive dificuldades econômicas. Observou-se a existência de uma crença de que “crises” precisavam necessariamente ser tratadas dentro do hospital, o que pôde ser confrontado com seu manejo dentro do esquema de atendimento do centro de saúde na maioria dos casos.

Da experiência com os grupos e com as outras atividades que envolveram os mesmos pacientes, apreende-se que é possível e proveitoso atender esse tipo de clientela num centro de saúde. Foi possível reduzir a freqüência de suas internações, para a grande maioria aboli-las completamente, reduzir a quantidade de medicação, reduzir ansiedade e a ocorrência de sintomas como alucinações e delírios; a maioria desenvolveu ou recuperou maior autonomia, capacidade laborativa e de relacionamento. Utilizou-se ao máximo todos os espaços da instalação do serviço e também espaços cedidos pela comunidade, como o clube do bairro. A venda de roupas e objetos usados, assim como de produtos da oficina de culinária foi de utilidade concreta para os outros usuários. Em meio à dificuldade em termos de recursos materiais, a divisão da responsabilidade com pacientes, familiares, profissionais do centro de saúde e comunidade incentivou a criatividade e transformou esse espaço compartilhado num grande espaço de trocas - concretas, de apoio, de afeto, de informações. O fato dos pacientes freqüentarem um local próximo às suas residências também, provavelmente, contribuiu para

sua vinculação ao tratamento. Observou-se que o comportamento dos psicóticos, mesmo em quadro agudo, era bastante diferente do observado nos hospitais psiquiátricos, inclusive em relação à violência, o que leva a se concordar com a hipótese de que a violência está associada ao aprisionamento em instituições fechadas.

O atendimento feito basicamente em grupos mostrou-se bastante terapêutico, pela continência associada à semelhança de experiências, à ampliação da possibilidade de contato, à diminuição do sentimento de solidão, e à criação de vínculos. A possibilidade de frequência semanal aos grupos e, paralelamente, à terapia ocupacional e oficinas, proporcionou uma proximidade que facilitou intervenção mais intensiva em períodos de agudização. Predominou, da parte dos pacientes, uma valorização dessa modalidade de atendimento. O fato dos grupos serem mistos foi sempre bem aceito e pareceu enriquecedor, principalmente por tornar mais acessível a questão da sexualidade. A troca afetiva entre os psicóticos e com as terapeutas e os outros profissionais do centro de saúde pareceu contribuir para o estabelecimento de uma relação de confiança e a vinculação ao tratamento.

A terapia ocupacional, freqüentada em algum momento por aproximadamente metade dos pacientes psicóticos, contribuiu bastante para a reativação do pragmatismo dos pacientes, para a recuperação de sua valorização por si mesmos, por familiares e por outras pessoas da comunidade que entraram em contato com eles em suas atividades nas oficinas de trabalho, para criar oportunidades de contato e para a propiciação de ocasiões de lazer. A continuidade do processo possibilitou a transformação das festas, passeios e viagens de usuários, a princípio realizadas em separado para psicóticos e não psicóticos, em atividades conjuntas. O trabalho da terapeuta ocupacional, em suas diversas modalidades, foi fundamental para iniciar o questionamento do estigma que desvaloriza o psicótico. O contexto onde vive o psicótico mostrou-se bastante influente em sua evolução, apontando para a importância de se incluir os familiares no tratamento e de se buscar espaços de reflexão com a comunidade.

Nos grupos de famílias, a troca de experiências ampliou a compreensão e o leque de possibilidades de atitudes. O questionamento do estigma e a conscientização de seu próprio papel dentro da rede de relações onde acontecia o comportamento do psicótico possibilitaram algumas mudanças favoráveis para si mesmos e para os pacientes. Notou-se a necessidade de acompanhamento mais intensivo e aprofundado para alguns dos familiares que se mostravam bastante comprometidos, o que levou a se refletir na necessidade de mais um profissional com formação em psicoterapia. O vínculo dos familiares com o atendimento claramente contribuiu para evitar internações em momentos de agudização do quadro.

O trabalho realizado em cooperação por profissionais de formações diversas (psiquiatria, psicologia e terapia ocupacional) mostrou-se extremamente proveitoso. A possibilidade de diferentes pontos de vista e formas de atuação, com disponibilidade de diversas técnicas, junto a uma semelhança quanto aos objetivos, possibilitou maior flexibilidade nas abordagens e enriqueceu nossa compreensão durante o processo de atendimento.

A percepção do desenvolvimento de um espaço continente para a clientela psicótica no centro de saúde como um todo, junto ao pressuposto de que, a par do trabalho terapêutico em sentido estrito, é preciso experimentar formas diferentes de relação, com recuperação de poder por parte do paciente, levam a enfatizar a importância das discussões levadas junto aos outros profissionais do local, não familiarizados com esse tipo de abordagem.

Desenvolver o atendimento aos psicóticos na rede pública pareceu importante por garantir a universalidade de acesso e por se estar livre para priorizar as necessidades dos pacientes, sem preocupação com o lucro financeiro. Na prática, as inúmeras dificuldades que foram encontradas em relação à administração mostraram quão essencial é a existência efetiva de uma política de saúde mental que garanta a concretização desse discurso, que não esteja na dependência absoluta das mudanças de administração e que não restrinja as discussões e decisões aos níveis centrais. Ficou claro que o trabalho local depende não só do que ocorre nesse nível, mas, em grande parte, da estrutura onde está inserido.

O tema “trabalho” foi o mais abordado em seguida aos relacionados ao atendimento à doença mental. “Trabalhar” se mostrou como extremamente valorizado. Essa importância do trabalho se relacionou não só aos seus produtos concretos e ao dinheiro, no caso de haver remuneração, mas também apareceu ligado à auto-estima do psicótico e à valorização pelos outros; parece ser o campo por excelência onde se pode experimentar questionar o aspecto do estigma que afirma a incapacidade do psicótico. Também importa o trabalho pelas possibilidades de contato que, na maioria das vezes, propicia. A série de dificuldades referidas em relação à retomada de atividades fora de casa ou dos espaços das oficinas (medo de errar, medo do contato, medo de não agüentar, tremores, sono, desânimo, tensão, insegurança, “vozes” que interferem, preconceitos) mostra que é necessário, para muitos, haver facilitação e etapas intermediárias antes que possam assumir atividades, com vínculo empregatício ou não, da maneira usual. Nesse sentido, percebe-se que a existência de parcerias na comunidade, como, por exemplo, cooperativas de trabalho, ampliaria as possibilidades de evolução do psicótico.

A aposentadoria por invalidez pareceu bastante contraproducente para os pacientes estudados. Primeiramente, por ratificar o preconceito em relação a uma perda definitiva da capacidade de trabalho, contribuindo para a desvalorização dos pacientes, para a retirada ou restrição de suas responsabilidades e para justificar a tutela exagerada por parte de alguns familiares. Segundo, levou, em alguns casos, a uma certa acomodação e, em outros, à insegurança em relação à retomada do trabalho por receio de perder essa quantia. Embora seja clara a necessidade de subsídios quando não estão em condições de trabalhar regularmente, isso não implica invalidez.

A sexualidade desses pacientes não estava necessariamente afetada e era inclusive valorizada, embora vários não a exercessem. Aparentemente havia conflitos em relação à homossexualidade em dois casos isolados. Além de haver uma rigidez por parte de alguns devido à moralidade da religião, as pessoas pareceram ser prejudicadas pelo contexto existente em torno da doença: a solidão conseqüente às internações e ao afastamento do trabalho, a dificuldade financeira, o preconceito, a medicação, a interferência dos familiares.

Com relação à religião, foram muito enfatizados proibições e medo de castigos, principalmente pelos evangélicos e a testemunha de Jeová, sendo notável a sua rigidez. As proibições incluíam atividades prazerosas, a sensualidade e mesmo impulsos e sentimentos. Diversas vezes esses sentimentos e impulsos eram negados como sendo do próprio paciente e atribuídos às “vozes” que deles falavam, de maneira que se pode supor que esses conflitos contribuíam para o quadro psicótico.

A grande maioria dos pacientes referiu ouvir “vozes”, raros referiram “visões”. O conteúdo, em todas as ocasiões relatadas, era compreensível de acordo com a dinâmica do paciente frente a alguma situação. Em algumas ocasiões expressaram uma valorização das “vozes”, por fazê-los sentirem-se acompanhados e orientados, e pareceu que nem sempre elas atuavam num sentido negativo na vida do paciente. A relação vivenciada com as “vozes” sempre foi caracterizada como de inferioridade, atribuindo-se a elas maior poder e/ou sabedoria, o que remete a um paralelo com o “lugar” que o psicótico ocupa habitualmente na sociedade.

O sentimento de desvalorização referido com frequência pelos psicóticos corresponde às características que o estigma lhes atribui, de insensatez, incompreensibilidade, irresponsabilidade e periculosidade; nos grupos estudados, não se evidenciaram tais características. Pelos relatos dos pacientes e familiares, percebe-se que a atribuição do diagnóstico de psicose contribuiu para a destituição do poder do paciente e para seu

afastamento das outras pessoas; percebe-se também o quanto a instituição psiquiátrica foi responsável por isso, dando seu aval para a dominação e a exclusão do psicótico pelos “normais”. Do mesmo modo, a experiência estudada e as diversas experiências de trabalho com psicóticos preocupadas com a reabilitação psicossocial vêm mostrando que são possíveis novas formas de atuação capazes de modificar essa desvalorização.

Foram relatados sentimentos de dependência em relação aos familiares e à medicação. A dependência dos familiares não se restringe ao aspecto financeiro, mas se relaciona, principalmente, à tutela, muitas vezes exagerada, por parte destes, ligada à sua própria problemática, não à necessidade do paciente, e associada à crença na incapacidade do psicótico. Alguns manifestam um desejo de liberdade, que referem como tolhida pela dependência da família, pelas proibições da religião, pela “doença” ou pelas situações de internação. Ao mesmo tempo, sentem-se inseguros quanto à sua capacidade para assumir responsabilidades maiores ou para transgredir as proibições e encontram vantagens nas situações de dependência. A mesma insegurança aparece nos familiares, criando uma pressão que torna difícil o enfrentamento de uma mudança e completando esse círculo vicioso. Numa fase de transição do manicômio para novas formas de abordagem que defendem a liberdade para os psicóticos e põem em questão o grau de dependência em que vivem, parece importante que os profissionais estejam atentos a esses receios, inclusive aos seus próprios, para que sirvam de parâmetros em decisões de condutas e não atuem como impedimentos. Nesta experiência, a atribuição de responsabilidades aos psicóticos e o questionamento da dependência pareceram contribuir para mudanças no sentido de maior autonomia e segurança.

A “loucura”, nos grupos, foi definida por esses pacientes como “falar sozinho”, “ter pensamentos bobos”, “desligar a mente”, “se entregar para o desejo”. Foi, também por eles, associada a violência e a incapacidade, o que, em alguns momentos, serviu de argumento para negar em si mesmos essa “loucura”. Todos tinham a consciência de alguma diferença em relação aos “normais”, diferença que os levava a aderir ao tratamento e que era nomeada também como “doença mental”. Entre os sentimentos associados pelos pacientes à situação de doente mental chama a atenção a frequência com que apareceram os de solidão, desvalorização, inferioridade, insegurança, medo e de se sentirem dominados. O sofrimento expresso foi relacionado com a discriminação e a exclusão na comunidade, tanto ou mais que com os sintomas psicóticos.

A maioria dos pacientes foi percebida pelas terapeutas como bastante solitária. A solidão foi referida por diversos deles e associada com desânimo em cumprir obrigações, medo

de enfrentar situações novas com pessoas desconhecidas, sintomas físicos, dificuldade de contato e tristeza. Essa solidão foi percebida pelas terapeutas como mais um círculo vicioso bastante característico dessa população: pelo lado dos psicóticos, um freqüente sentimento de medo de encontrar as pessoas, de ser ameaçado pelo contato; pelo lado dos “normais”, uma freqüente discriminação ou rejeição; paralelo a isso, a comum diminuição de oportunidades concretas de socialização por interações sucessivas e afastamento do trabalho. Além do sofrimento referido, a solidão é também preocupante porque parece favorecer a criação de mais vivências e significados exclusivos do paciente, que não são confrontados com os dos outros e acentuam as diferenças que justificam sua exclusão. Os grupos e as atividades de que participaram no centro de saúde, que promoviam o encontro de pessoas com história e experiências semelhantes, propiciaram oportunidades para romper essa solidão; muitos afirmavam se sentir acompanhados pelos colegas de tratamento, diferentemente da relação que desenvolviam com as pessoas “de fora”.

Nos grupos, após as primeiras sessões, a grande maioria dos pacientes apresentou bom contato, entre si e com as terapeutas, demonstrado pelo interesse, participação, expressividade afetiva, interação e fácil abordabilidade, contato que não foi percebido como diferente do habitual em grupos com outro tipo de clientela. Pelos relatos, esse contato parecia, para alguns, mais difícil em outros contextos, onde não havia outros psicóticos. Essa experiência leva a questionar as afirmações que atribuem aos psicóticos, mais especificamente aos esquizofrênicos, a tendência ao isolamento, e a se pensar que o isolamento comumente observado não é necessariamente consequência direta da psicose, mas um aspecto da rede complexa na qual estão inseridos.

Interpretamos como prejudicado o contato com aspectos deles mesmos vivenciados como alheios nas falas das “vozes”. Essa negação de aspectos seus, principalmente quando se observa o lugar de poder que atribuem às “vozes”, parece reproduzir sua situação no contexto social, onde lhes é usualmente negado esse lugar.

Foi observado que existe possibilidade de escolha do psicótico, no momento em que experimenta uma alucinação, de desviar sua atenção para uma pessoa que o chama ao contato, assim como ficou evidente que existe uma escolha em se isolar em determinadas situações, por exemplo, quando algum tipo de contato lhe parece ameaçador. Por tudo que foi estudado nesta tese, pensa-se que a ameaça que é evitada pelo psicótico é real: ele pode ser de fato completamente invalidado, de diversas maneiras, a partir do momento em que é identificado

como tal. Ao mesmo tempo, seu isolamento favorece a manutenção dos preconceitos e não parece contribuir para a diminuição do medo.

O atendimento a grupos de psicóticos num centro de saúde apareceu como uma forma de trabalho capaz de ampliar as possibilidades de contato, através do vivenciar e elaborar algumas das muitas questões relacionadas à existência desses pacientes. Esse processo envolveu transformações de todos os participantes e leva a pensar que a possibilidade de mudanças para os psicóticos implica mudanças na forma tradicional de se relacionar com eles.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1968a) - Historia de la psiquiatria. In: _____ - Fundamentos de la psiquiatria actual. 3 ed. Madrid, Editorial Paz Montalvo, 1976. p.1-15.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1968b) - Perfil general de la antipsiquiatria y la psiquiatria en los años setenta. In: _____ - Fundamentos de la psiquiatria actual. 3 ed. Madrid, Editorial Paz Montalvo, 1976. p. 123.
- AMARAL, M.A. - Análise da implementação da Política de Saúde Mental para a Rede básica em Campinas - 1992/1993. Campinas, 1995. (Tese - Mestrado - UNICAMP)
- AMARANTE, P.D. - Asilos, alienistas e alienados. A saúde no Brasil, 1(3):149-153, 1983.
- ARRUDA, S.L.S. - Vivências clínicas de um grupo de mães, cujos filhos estão em ludoterapia. Campinas,1991. (Tese - Doutorado - UNICAMP)
- BASAGLIA, F. (1968a) - Apresentação. In: BASAGLIA, F., coord. - A instituição negada - Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985. p.9-11.
- BASAGLIA, F. (1968b) - As instituições da violência. In: BASAGLIA, F., coord. - A instituição negada -Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985. p.99- 133.
- BASAGLIA, F. - A psiquiatria alternativa. São Paulo, Editora Brasil Debates, 1979. 158 p.
- BERLINGER, G. (1973) - Medicina e Política. São Paulo, Cebes-Hucitec,1978. 198 p. (Coleção Saúde em debate)
- BINSWANGER, L. (1944) - El caso de Ellen West - Estudio antropológico-clínico. In: MAY,R. et al. - Existencia. Madrid, Ed. Gredos, 1967. p.288-434.

- BLÉANDONU, G. - Psychodynamic psychiatry and the treatment of psychosis in the french community. Bulletin of the Menninger Clinic, **59** (3):372-384, 1995.
- BORDA, C.R. (1980) - Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: BRANDÃO, C.R., Pesquisa participante. 5 ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1985. p. 42-62.
- BOSSEUR, C. (1974) - Introdução à antipsiquiatria. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1976. 178 p.
- BRIX, D.J. - Group psychotherapy for the overtly psychotic inpatient. Perspectives in psychiatric care, **25** (1):24-27, 1989.
- CALIL, V.L.L. - Terapia familiar e de casal. São Paulo, Summus Editorial, 1987. 172 p.
- CAPRA, F. (1982) - O ponto de mutação. 9 ed. São Paulo, Cultrix, 1993. 445 p.
- CARVALHO, R.M.L.L. - Ludoterapia psicanalítica com crianças e adolescentes institucionalizados. Campinas, 1992. (Tese - Doutorado - UNICAMP)
- CASTEL, R. - A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978. 329 p.
- CAVALCANTI, M.T. - O tratamento dos psicóticos no Brasil: planejamento e clínica. In: ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE PSIQUIATRIA DE SETOR, 1, LISBOA, 1992. Anais. Lisboa, 1992. p.329-337.
- CESARINO, A.C. - Uma experiência de saúde mental na prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A., dir. - SaúdeLoucura 1. São Paulo, Editora Hucitec, 1989. p.3-32. (Série SaúdeLoucura, Coleção Saúde em debate)
- CENTRO DE SAÚDE JARDIM AURÉLIA - Prontuário gerencial. Campinas, 1988. (Datilografado)

- CENTRO DE SAÚDE JARDIM AURÉLIA - Prontuário gerencial. Campinas, 1995.
(Manuscrito)
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - Senado desfigura projeto que acaba com manicômios. Jornal do CFM, Brasília, dezembro de 1995, p.3.
- COHN, B.R. Keeping the group alive: dealing with resistance in a long-term group of psychotic patients. International Journal of Group Psychotherapy, 38 (3):319-335, 1988.
- COOPER, D. (1967) - Psiquiatria e antipsiquiatria. São Paulo, Editora Perspectiva , 1967. 162 p.
- COSTA, C.F.; COSTA, M.P.; SAMPAIO, J.M.F. - O Instituto de saúde mental do Distrito Federal. In: PITTA, A.M.F., org. - Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Editora Hucitec, 1996. p. 89-95.
- COUTO, G. et alii. - A experiência de Pernambuco na área de reabilitação psicossocial. In: PITTA, A.M.F., org. - Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Editora Hucitec, 1996. p.113-119.
- CREMESP - Núcleo de atendimento psico-social evita a internação de doente mental. Jornal do CREMESP , 104, março de 1996, p.12.
- DARVES-BORNOZ, J.M. et alii. - Les femmes psychotiques et leurs enfants. Ann. Méd.-Psychol., 153 (4):286-290, 1995.
- DEMO, P. (1981) - Demarcação científica. In: _____, Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo, Editora Atlas S.A., 1985. p.13-28.
- DIAS, V.R.C.S. - Aspectos na vinculação com pacientes psicóticos em delírio produtivo. Temas, 16:87-102, 1979.

- ECO, U. (1977) - Como se faz uma tese. 11 ed. São Paulo, Editora Perspectiva, 1994. 170 p.
- FERREIRA, G. - De volta para casa. In: PITTA, A.M.F., org. - Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Editora Hucitec, 1996. p.80-88. (Série SaúdeLoucura, Coleção Saúde em debate)
- FOUCAULT, M. (1964) - Historia de la locura en la epoca clasica. Mexico,D.F., Fondo de Cultura Economica, 1979. 2 v.
- FOUCAULT, M. (1971-1978) - Microfísica do poder. 4 ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1984. 295 p.
- FRANKEL, B. Groups for the chronic mental patient and the legacy of failure. International Journal of Group Psychotherapy, 43(2):157-172, 1993.
- FRAZÃO, L.M. - O modelo de aprendizagem experiencial aplicado ao ensino de terapia de grupo. São Paulo, 1983. (Tese de Mestrado - Universidade de São Paulo)
- FREUD, S. (1910) - Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. In: _____, - Obras completas. 3 ed. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973. p.1487-1528.
- FROMM, E. (1961) - Conceito Marxista do Homem. 2 ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1962. 233p.
- GALLETTA, A.M.K. - Grupo com pacientes psicóticos em hospital-dia In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO, 10, Florianópolis, 1992. Temas livres. (xerocópia datilografada)
- GILLI, G.A. (1968) - Uma entrevista: a negação sociológica. In: Basaglia, F., coord. - A instituição negada - Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985. p. 285-303.

- GOFFMAN, E. (1961) - Manicômios, prisões e conventos. São Paulo, Editora Perspectiva, 1974. 312 p.
- GOLDBERG, J. (1994) - Clínica da psicose- um projeto na rede pública. 2 ed. Rio de Janeiro, Te Corá Editora, 1996. 168 p.
- HANSON, L. - Utilization of psychiatric inpatient care. Acta Psychiatrica Scandinava, 79 : 571-578, 1989.
- HEISEMBERG, W. - A descoberta de Planck e os problemas filosóficos da física atômica . In: HEISEMBERG et al., Problemas da física moderna. São Paulo, Editora Perspectiva, 1969. p.9-27.
- INAMPS - Programa de reorientação da assistência psiquiátrica. Brasília, 1983.
- JACKSON, C; BIRCHWOOD, M. - Early intervention in psychosis: opportunity for secondary prevention. British Journal of Clinical Psychology, 35: 487-502, 1996.
- JUNG, C.G. (1907) - A psicologia da dementia praecox: um ensaio. In: _____, Psicogênese das doenças mentais. Petrópolis, Vozes, 1986. p.1-137.
- JUNG, C.G. (1908) - O conteúdo da psicose. In: _____ , Psicogênese das doenças mentais. Petrópolis, Vozes, 1986. p.139-175.
- JUNG, CG. (1911) - O problema da psicogênese nas doenças mentais. In: _____, Psicogênese das doenças mentais. Petrópolis, Vozes, 1986. p.195-209.
- JUNG, C.G. (1939) - A psicogênese da esquizofrenia. In: _____, Psicogênese das doenças mentais. Petrópolis, Vozes, 1986. p.217-233.
- JUNG, C.G. (1958) - A esquizofrenia. In: _____, Psicogênese das doenças mentais. Petrópolis, Vozes, 1986. p. 243-258.

- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (1973a) - História da psiquiatria. In: _____ - Compêndio de psiquiatria. 2 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p.9-19.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (1973b) - Privação sensorial. In: _____ - Compêndio de psiquiatria. 2 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p.104-105.
- KINOSHITA, R.T. - Uma experiência pioneira- A reforma psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA et al. - Saúde mental e cidadania. São Paulo, Edições Mandacaru, 1987. p.67-83.
- KINOSHITA, R.T. (1996a) - Em busca da cidadania. In: CAMPOS,F.C.B.; MAIEROVITCH,C., Contra a maré à beira-mar. São Paulo, Editora Página Aberta, 1996. p. 39-49.
- KINOSHITA, R.T. (1996b) - Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A.M.F., Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Editora Hucitec, 1996. p.55-59. (Série SaúdeLoucura, Coleção Saúde em debate)
- KOESTLER, A. (1978) - Jano, uma sinopse. São Paulo, Editora Melhoramentos, 1981. 359 p.
- KOFFKA, K. (1935) - Princípios de psicologia da gestalt. São Paulo, Editora Cultrix, 1975. 703 p.
- KOLB, L.B. (1973a) - Origens da psiquiatria. In: _____, Psiquiatria clínica. Rio de Janeiro, Interamericana, 1976, p.1-5.
- KOLB, L.B. (1973b) - Fatores que predis põem e precipitam a distúrbio mental. In: _____, Psiquiatria Clínica. Rio de Janeiro, Interamericana, 1976, p.118-139.
- LAING, R.D. (1960) - O eu dividido. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1963. 227 p.
- LAING, R.D - (1961,1969) O eu e os outros. 4 ed. Petrópolis, Editora Vozes, 1978. 174 p.

- LAING, R.D. (1967a) - A política da experiência . In: LAING,R.D. - A política de experiência e A ave do paraíso. Petrópolis, Editora Vozes, 1974. 142 p.
- LAING, R.D. (1967b) - El estudio de la familia y los contextos sociales en relación con el origen de la esquizofrenia. In: LAING & SCHATZMAN, Esquizofrenia y presión social. Barcelona, Tusquets Editores, 1981. p.31-46.
- LANCETTI, A. - Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: LANCETTI, A., dir. - SaúdeLoucura 4: grupos e coletivos. São Paulo, Hucitec, 1993, p.155-171. (Série SaúdeLoucura, Coleção Saúde em debate)
- LIVINGSTONE, M.G.; BRYSON,A. - The Glasgow rehabilitation survey. British Journal of Psychiatry, **154** : 620-624, 1989.
- LLANDRICH, J.O. - Bon et mauvais usage de la prescription de la psychothérapie de groupe pour psychotiques. Annales médicales-psychologiques, **146** (1-2):80-83, 1988.
- MACCAY, E; RYAN, K; AMEY, S. - Mitigating engulfment: recovering from a first episod of psychosis. Journal of Psychosocial Nursing, **34**(11):40-44, 1996.
- MACHADO, R. (1979) - Introdução. In: FOUCAULT,M. - Microfísica do poder. 4 ed. Rio de Janeiro , Edições Graal, 1984. p.VII-XXIII.
- MACHADO DE ASSIS, J.M. - O alienista. In: MACHADO DE ASSIS, J.M. - O alienista e outros contos. São Paulo, Editora Moderna, 1995, p.5-15.
- MANNHEIM, K. (1960) - Abordagem preliminar do problema. In: _____, Ideologia e utopia. 2 ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1972. p.29-80.
- MARQUES, A.J.S. - Reabilitação social e a reforma psiquiátrica em Juiz de Fora. In: PITTA, A.M.F. - Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1996. p.104-112. (Série SaúdeLoucura, Coleção Saúde em debate)

- MARSIGLIA, R.G. - Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In :
MARSIGLIA, R.G. et al. - Saúde mental e cidadania. São Paulo, Edições Mandacaru,
1987. p. 13-28.
- MARTINS, J; BICUDO, M.A.V. - A pesquisa qualitativa em psicologia. São Paulo,
Editora Moraes, 1989. 110 p.
- MASSARO, G. (1990) - Loucura: uma proposta de ação. 2 ed. São Paulo, Ágora, 1994.
199 p.
- MAYER-GROSS, W.; SLATER, E.; ROTH, M. - Privação sensorial. In: _____, Psiquiatria
clínica. São Paulo, Mestre Jou, 1972. p.395-397.
- MERCIER, C; KING, S. - A latent variable causal model of the quality of life and community
tenure of psychotic patients. Acta Psychiatrica Scandinava, **89:72-77**, 1994.
- MEZZINA, R.; VIDONI, D. - Beyond the mental hospital: crisis intervention and continuity
of care in Trieste. International Journal of Social Psychiatry, **41(1):1-20**, 1995.
- MINAYO, M.C.S. (1992) - O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed.
São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1993. 269 p. (Coleção Saúde em debate)
- MORAIS, F. - A ilha. São Paulo, Alfa-Omega, 1976. 126p.
- MORENO, J.L. (1959) - Psicodrama - protocolo III: as psicoses. In: _____, Psicoterapia de
grupo e psicodrama. São Paulo, Mestre Jou, 1974. p.289-352.
- NICÁCIO, M.F.S. - Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A., dir. -
SaúdeLoucura 1. São Paulo, Editora Hucitec, 1989. p.91-108. (Série SaúdeLoucura,
Coleção Saúde em debate)

- NICÁCIO, M.F.S. - O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. São Paulo, 1994. (Tese - Mestrado - PUC)
- NICÁCIO, F; KINKER, F.S. - O desafio do viver fora: construindo a cooperativa "Para todos". In: CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C.M.P., orgs. - Contra a maré à beira-mar. São Paulo, Editora Página Aberta, 1996, p. 121-131.
- OKIN, R.L; BORUS, J.F.; BAER, L.; JONES, A.L. - Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. Psychiatric Services, 46(1):73-78, 1995.
- OMS - CID X. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1993. 351p.
- OPALIC, P. - Existential and psychopathological evaluation of group psychotherapy of neurotic and psychotic patients. International Journal of Group Psychotherapy, 39(30):389-411, 1989.
- PAGÈS, M. (1975) - A vida afetiva dos grupos: esboço de uma teoria das relações humanas. 2ed. Petrópolis, Vozes, 1982. 489p.
- PAM, A. - A critique of the scientific status of biological psychiatry. Acta Psychiat. Scand., 82(suppl. 362): 1-35, 1990.
- PELBART, P.P. (1989) - Manicômio mental - a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (dir.) - SaúdeLoucura 2. São Paulo, Hucitec, 1990, p.131-138. (Série SaúdeLoucura, Coleção Saúde em debate)
- PERLS, F.S. (1969a) - Gestalt-terapia explicada. 3 ed. São Paulo, Summus Editorial, 1977. 371 p.
- PERLS, F.S. (1969b) - A abordagem gestáltica e Testemunha ocular da terapia. 2 ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981. 210 p.

- PERLS, F.S. (1947) - Yo, hambre y agresión. Mexico D.F., Fondo de Cultura Economica, 1975. 352 p.
- PITTA, A.M.F. (1994) - Cuidando de psicóticos. In: GOLDBERG, J. - Clínica da psicose: um projeto na rede pública. 2 ed. Rio de Janeiro, Te Corá Editora, 1996. p.153-168.
- POLSTER, I. & M. (1973) - Terapia gestáltica. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1976. 305 p.
- REZENDE, A.M. - Psicanálise e filosofia das ciências: a questão da verdade. IDE, São Paulo, 14:21-24, 1987.
- ROSEMBERG, R. - Some themes from the philosophy of psychiatry ; a short review - Acta psychiatr. scand., 84:408-412, 1991.
- ROTELLI, F. et al. (1986) - Desinstitucionalização, uma outra via . In: NICÁCIO, F., org. - Desinstitucionalização. São Paulo, Editora Hucitec, 1990. p.17-59. (Coleção Saúde em debate)
- ROTELLI, F. (1988) - A instituição inventada. In: NICÁCIO, F., org. - Desinstitucionalização. São Paulo, Editora Hucitec, 1990. p.89-99. (Coleção Saúde em debate)
- ROTELLI, F.; DE RISIO, C. (1967) - Uma análise crítica dos fundamentos epistemológicos na concepção de anormalidade e de psicopatia em Kurt Schneider. In: NICÁCIO, F., org. - Desinstitucionalização. São Paulo, Editora Hucitec, 1990. p.101-112. (Coleção Saúde em debate)
- SALOKANGAS, R.K.R. et alii. - Need for community care among psychotic outpatients. Acta Psychiatrica Scandinava, 84:191-196, 1991.

- SAMPAIO, J.J.C. & SANTOS, A.W.G. - A experiência do centro de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, A.M.F., org. - Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1996. p.127-134. (Série SaúdeLoucura, Coleção Saúde em debate)
- SARACENO, B. - Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F., org. - Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1996. p.13-18. (Série SaúdeLoucura, Coleção Saúde em debate)
- SARTRE, J.P.; FERREIRA, V. (1964) - O existencialismo é um humanismo. Lisboa, Editorial Presença, 1970. 309 p.
- SCHWARTZ, M.; SCHWARTZ, C.G. - Problems in participant observation. American Journal of Sociology, 60(January):343-353, 1955.
- SEGAL, H. (1964) - Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975. 143p.
- SELTIZ et al. (1960) - Métodos de pesquisa nas relações sociais. 5 ed. São Paulo, EPU, Editora da Universidade de São Paulo, 1975. 687p.
- SEVERINO, A.J. - Metodologia do trabalho científico. 14 ed. São Paulo, Cortez Editora, 1986.
- SHEPHERD, G. The “ward-in-a-house”: residential care for the severely disabled. Community Mental Health Journal, 31(1):53-69, 1995.
- STEVENS, J.O. (1971) - Tornar-se presente. 4 ed. São Paulo, Summus Editorial, 1977. 343p.
- SZASZ, T.S. (1974) - O mito da doença mental. 2 ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1979. 258 p.

- TAKAHASHI, T.; WASHINGTON, W.P. - A group-centered object relations approach to group psychotherapy with severely disturbed patients. International Journal of Group Psychotherapy, 41(1):79-96, 1991.
- TELLEGEN, T.A. - Gestalt e grupos, uma perspectiva sistêmica. São Paulo, Summus Editorial, 1984. 126 p.
- THORNICROFT, G. et alii. - The COSTAR programme 1: improving social networks of the long-term mentally ill. British Journal of Psychiatry, 159:245-249, 1991.
- TRAINOR, J.N. et alii. - Housing for people with mental illnesses: a comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada. Canadian Journal of Psychiatry, 38(7):494-500, 1993.
- TUETH, M.J. - Schizophrenia : Emil Kraepelin, Adolph Meyer and beyond. The Journal of Emergency Medicine, 13(6):805-809, 1995.
- VAN ACKER, L. (1963) - Prefácio. In: VAN DEN BERG, J.H. - O paciente psiquiátrico. 2 ed. São Paulo, Editora Mestre Jou, 1973. p.5-6.
- VAN DEN BERG, J.H. (1963) - O paciente psiquiátrico. 2 ed. São Paulo, Editora Mestre Jou, 1973. 140p.
- VAN DUSEN, W. (1961) - A fenomenologia de um existência esquizofrênica. In: PERLS, F.S. et al. - Isto é Gestalt. São Paulo, Summus Editorial, 1977. p.133-153.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H.; JACKSON, D.D. (1967) - Pragmática da comunicação humana. São Paulo, Cultrix, 1973. 263 p.