

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

PASSEIO DA TARDE:

um estudo sobre o “o setting clínico ambulante” do Acompanhamento

Terapêutico de grupo.

Demétrius Alves de França

Brasília

2009

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PASSEIO DA TARDE:
um estudo sobre o “setting clínico ambulante” do Acompanhamento
Terapêutico de grupo.

POR
DEMÉTRIUS ALVES DE FRANÇA

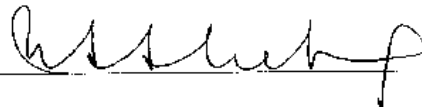
Dissertação apresentada no Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Psicologia Clínica e
Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Norberto Abreu Silva Neto

Brasília – DF

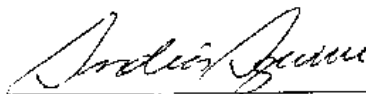
2009

A Banca Examinadora que aprovou essa dissertação teve a seguinte composição:



Presidente Prof. Dr. Norberto Abreu Silva Neto

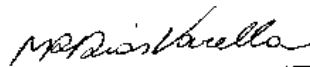
Departamento de Psicologia Clínica - UnB



Membro – Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antunez

Departamento de Psicologia Clínica - USP

Membro – Profa. Dra. Maria Izabel Fafuri
Departamento de Psicologia Clínica - UnB



Membro Suplente – Profa. Drª Maria do Rosário Dias Varella
UNIP/DF

Brasília, 12 de março de 2009

It would be desirable to look upon first editions of books as crude essays whose authors propose to men of letters in order to learn their feelings. Later, after they have received diverse reactions, they will rework their books in the light of these different views in order to bring them to the utmost perfection .
(Logique de Port-Royal, Lived Time, 1970)*

* É desejável olhar as primeiras edições de um livro como ensaios incompletos que os autores apresentam a intelectuais com o objetivo de aprender com a opinião deles. Depois de diversas reações, o trabalho é refeito sob a luz dessas diversas opiniões com o objetivo de aprimorá-lo. (Lógica de Port-Royal, retirado da edição em inglês de 1970 de *Le Temp Vecu* e traduzido pelo autor).

Dedico esse trabalho
à Senhora Maria Ilda
que aconselha há
anos. Devo minha
inspiração
profissional e ética a
ela.

Agradecimentos

Ao Professor Dr. Norberto Abreu Silva Neto, pela maneira dedicada, presente e sempre disposta com a qual me orientou nesse trabalho.

A Viviane, por ser ela mesma.

À Professora Dra. Ana Lúcia Galinkin que foi minha primeira orientadora dentro da psicologia. Acolheu e estimulou meu interesse em pesquisa.

À Professora Dra. Silviane Barbato, que me proporcionou o trabalho com comunidades que me influenciou de forma marcante.

A Carlos Frederico, grande amigo e colega de psicologia desde a graduação. Viabilizou meu mestrado discutindo experiências e me emprestando sua biblioteca pessoal sobre acompanhamento terapêutico e saúde mental.

A Sio e Riso que me acolheram e ajudaram como puderam na fase final desta dissertação.

Daniel e Daniel, dois irmãos que dispensam vínculo sanguíneo para serem tratados como família. A lealdade e a força que demonstraram não tem preço, por isso minha eterna gratidão.

Aos professores componentes da banca: Professor Dr. Norberto Abreu, Professor Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antunez, Professora Dra. Maria do Rosário Dias Varella, pelas valiosas contribuições e arguições que instigam a enveredar ainda mais na pesquisa e na promoção de saúde mental.

Aos colegas do Centro Clínico Anankê com quem pude me divertir e refletir sobre a prática da psicologia.

À equipe do passeio de sexta à tarde, com quem dividi os melhores momentos nas ruas e dentro do hospital-dia.

Um agradecimento especial à coordenação da clínica que permitiu a realização deste estudo.

Aos meus amados irmãos Apolo, Dionísio, David e Luiza, espalhados em todos os cantos desse mundo. Saudades e desejo de vê-los em breve.

A minha Mãe que me ensinou a valorizar o trabalho e o estudo.

À Tita Kanegae, que me ensinou a importância da generosidade com sua doçura pacífica.

A Maria Ilda, que me ajudou, orientou nas horas mais difíceis dos últimos oito anos.

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REFERENCIAIS TEÓRICOS	19
2.1. Pesquisa-ação	19
2.2. Fenomenologia	21
2.2.1. Tempo e Espaço Vivido	26
2.2.2. Psicopatologia.....	28
2.3. Acompanhamento Terapêutico.....	30
2.3.1. Acompanhamento Terapêutico em Grupo.....	33
2.3.2. A rua como <i>setting</i> terapêutico.....	41
2.3.4.1. Ruas de Brasília.....	47
3. OS PARTICIPANTES	49
3.1. A rotina da sexta-feira	50
3.2. Período de Registro	53
3.3. A Equipe.....	54
3.4. Os Pacientes.....	56
3.4.1. Esquizofrenia, transtornos equizotípicos e transtornos delirantes.....	58
3.4.2. Transtornos do humor (afetivos)	61
3.4.3. Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	63
3.4.4. Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	64
3.4.5. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.....	65
3.4.6. Outros	66
3.4.7. Comentários.....	66
3.5. E os que não Participam do Passeio?	68
3.6. Cronograma dos Passeios	69
4. RESULTADOS	70
4.1. Exposição Darwin – 21/06/2008	71
4.2. Chácara – 07/03/2008.....	86
5. CONSIDERAÇÕES	98
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

RESUMO

Esta dissertação visa articular e sistematizar diversos aspectos da teoria e da prática do acompanhante terapêutico dentro de um trabalho de grupo desenvolvido em um hospital-dia particular de Brasília – DF. O *setting* terapêutico ambulante proporciona situações e possibilidades terapêuticas auxiliares ou alternativas no tratamento em saúde mental ainda desconhecidas pelos profissionais da área, mostrando-se como campo aberto para o desenvolvimento de uma produção intelectual ainda incipiente como atividade de grupo. Utilizei a fenomenologia de Minkowski como referencial para descrever e analisar dois estudos de caso que apresento e no qual procuro articular a experiência e a percepção do tempo e do espaço vividos na psicopatologia. Por outro lado, na medida em que os casos estudados envolveram a atividade desses sujeitos em situação grupal, eu descrevo o campo social e os fenômenos de gênese e dinâmica de grupo onde as atividades foram desenvolvidas utilizando os trabalho de Kurt Lewin e a pesquisa-ação de Gérald Mailhiot.

PALAVRAS-CHAVE: Gênese e dinâmica de grupo, fenomenologia, psicopatologia e acompanhamento terapêutico de grupo.

ABSTRACT

This dissertation aims to articulate and discuss the various aspects of theory and practice of therapeutic companion within a work group developed in a day-hospital in Brasília - DF. The therapeutic setting provides mobile situations and possibilities or alternative therapies to treat mental health professionals still unknown by the area and it is open to the development of intellectual production as yet ignorant of group activity. I used the phenomenology of Minkowski as a reference to describe and analyze two case studies that present and which seek to articulate experience and perception of lived time and space in psychopathology. Moreover, the cases involved the activity of those subjects in group situation, I describe the field of social phenomena and the genesis and dynamics of group where the activities were developed using the research of Kurt Lewin and the action-research of Gérald Mailhiot.

KEYWORDS: Genesis and group dynamics, phenomenology, psychopathology, and therapeutic accompaniment group.

1. INTRODUÇÃO

Durante um ano e meio, entre setembro de 2006 e março de 2008, fiz o curso de especialização em saúde mental do Centro Clínico Anankê. Para cada semestre de um total de três, pude participar de diferentes atividades terapêuticas como as oficinas de teatro, leitura, jardinagem, café da manhã, jornal da clínica, música, inglês com música, artes plásticas, e, entre outras, o passeio da tarde. Todas as atividades citadas são oferecidas regularmente e os pacientes são estimulados a participar de todas; entretanto, não são obrigatórias. Até porque se o fossem, perderiam o sentido terapêutico e entraríamos no sintoma de negar a voz e o desejo daqueles que procuramos ajudar e apoiar.

Como aluno, tive as dificuldades típicas da inclusão dentro de um novo espaço com novas regras e pessoas recém-conhecidas. Em supervisão, eu e os outros novatos colocamos o incômodo quanto ao desconhecimento das regras e o desejo de compreender qual a função do estagiário. Fomos estimulados a manter uma postura inicial de observador para aprender, ou melhor, compreender o funcionamento do espaço onde entrávamos.

Senti-me acolhido pelos terapeutas que procuravam manter um espaço de comunicação aberta e principalmente pelos pacientes que se aproximavam curiosos sobre minha pessoa. Perguntavam-me sobre minha origem, meu nome, se era paciente ou novo estagiário, qual a minha formação profissional e se eu gostava da experiência do estágio no Anankê.

À medida que estas conversas ocorriam, elas abriam espaço para que os pacientes falassem de si. Eles falavam de seus gostos, de suas opiniões, expectativas e angústias. Pode ter demorado um pouco para compreender isto, mas ficou evidente que

as conversas que tínhamos eram um espaço importante de escuta onde eles poderiam procurar o simples desabafo, falar de futebol, investir em novas relações ou mesmo elaborar suas questões, seus desejos, suas expectativas e delírios. Esta era a função do estagiário: conviver no Centro de Convivência da clínica.

A experiência deste convívio regular me proporcionou uma reflexão importante, que servia de contraponto às minhas experiências anteriores. Até então estava familiarizado com uma concepção de psicologia clínica onde o profissional busca a neutralidade e a imparcialidade. Dentro desta ideologia, criei o hábito de vestir roupas simples e sem estampa, para não “gerar estímulos desnecessários” relacionados com minha classe sócio-econômica, ou mesmo preferências pessoais. Outro exemplo era técnica da costumeira devolução das perguntas pessoais com cordialidade para manter o “foco terapêutico centrado no cliente”.

Bom, eu mantive este papel “neutro” (talvez a palavra mais adequada seja insípido) inicialmente, mas eventualmente um paciente demonstrava irritação frente ao “afastamento” que eu chamava de neutralidade, e, para falar a verdade, a questão sócio-econômica comparecia independente das minhas roupas, através de minha linguagem além de outras formas não verbais.

A questão é que a partir do convívio com pessoas em sofrimento psíquico, pude questionar a função destes pressupostos teóricos e metodológicos, mesmo que minha experiência no centro de convivência no hospital-dia não tivesse o objetivo de reproduzir ou “treinar” a prática clínica de uma psicoterapia individual ou grupal. Até porque as condições e os objetivos eram distintos, desde os *settings* até as técnicas e pressupostos teóricos.

Quinet (2007) fala sobre a função terapêutica do divã em “As 4 + 1 Condições da Análise”, mas acrescenta que o uso do divã também pode ter a função de “proteger”

o analista do olhar de seus analisandos. Eu arrisco associar minha questão pessoal anteriormente citada de devolução automática das perguntas e a preocupação em manter a simplicidade de minhas roupas como uma modalidade de proteção semelhante ao divã. Então, à medida que fui demandado pelos pacientes e terapeutas do centro de convivência, aprendi a me comunicar de forma distinta da que estava familiarizado. Então, pude desconstruir o que idealizava como uma exposição inadequada que me afastava da “neutralidade”. Não me tornei amigo dos pacientes, ou contei a eles minha vida pessoal, mas pude questionar essas idealizações que até então pareciam sinalizar o limite da minha própria insegurança como psicólogo.

Uma situação em meu primeiro semestre foi bastante marcante e ilustra esses limites que construímos: preparamos alguns esquetes cômicos para apresentar em um sarau da clínica. Todas as cenas eram ambientadas em banheiros, e, durante os intervalos, deveríamos “dançar como se ninguém estivesse nos olhando” vestindo roupões, toucas e toalhas. Enquanto me vestia, algumas pacientes sugeriram que eu fosse apenas de toalha na cintura, sem me cobrir com um roupão. Pensei comigo mesmo que seria inadequado para um psicólogo ficar “desfilando” só de toalha na cintura e respondi que não entraria em cena daquele jeito. Elas questionaram porque as mulheres podiam e eu não podia (afinal estavam todas vestidas debaixo da toalha). Eu concordei com elas porque não consegui pensar em nenhuma resposta inteligente além de meu desconforto, mas também por causa de uma supervisão há pouco mais de um mês.

Havíamos discutido em supervisão sobre a exposição do corpo dos terapeutas e estagiários durante um passeio para o Parque Nacional (maior reserva ecológica em zona urbana do mundo) onde tem piscina. A reflexão caminhou no sentido que é uma relação diferenciada da que ocorre na clínica terapêutica do consultório clínico, inclusive com possibilidades distintas. Sei que este espetáculo foi uma data chave para

mim, pois senti que minha comunicação com os pacientes ficou mais íntima e espontânea. Posso associar que o aspecto cômico da peça motivou as pessoas a conversarem mais comigo, mas creio que um limite interno e pessoal foi quebrado naquele dia, facilitando a comunicação e a aproximação.

Posso dividir as atividades terapêuticas de que participei em duas categorias: as oficinas que se concentram em uma atividade ou diálogo centralizado e conduzido por um terapeuta, como a Roda de Leitura ou Oficina de Teatro e as oficinas dispersas como Jardinagem e o Passeio da Tarde. Segue breve descrição da Roda de Leitura e do Jardim para que o leitor possa compreender minha opinião. Meu relato é baseado na minha experiência como estagiário e as atividades podem ter sido modificadas ou mesmo substituídas depois da finalização de minha especialização:

Roda de Leitura – os terapeutas e estagiários chamam os usuários para sentarem em círculo para a atividade. A terapeuta que conduz a atividade encoraja os pacientes a lerem alguma coisa que gostem ou que considerem pertinente. As leituras são variadas: desde temas aleatórios de livros selecionados ao acaso da pilha de livros disponibilizada pela clínica até textos escritos pelo próprio leitor. Em seguida, ele é convidado a falar sobre sua leitura e abre-se para os outros participantes comentarem sobre o que foi lido até extinguir aquele tema.

A leitura é interessante porque é um espaço de expressão para os pacientes distinto as formas cotidianas de comunicação, e abre espaço para comparecem histórias, gostos, manias e outras questões pessoais, inclusive o adoecimento. Entretanto, as leituras e os diálogos ficam centralizados dentro da temática e somente uma pessoa pode falar de cada vez para que todos possam escutar. Por consequência, a terapeuta responsável pela atividade é a que mais fala devido à responsabilidade de sustentar e organizar a atividade estimulando os pacientes a falar enquanto os outros escutam,

geralmente outra terapeuta realizava intervenções interessantes. A minha participação nesta atividade ficou basicamente restrita a observação, pois a condução da atividade era eficiente e não me ocorreu nada que eu pudesse fazer para facilitar a atividade sem soar como intromissão.

Jardim – pacientes, estagiários e terapeutas se reúnem para planejar a atividade. O grupo apresenta e comenta as novidades como mudas que nasceram, sementes que alguém trouxe para plantar e mesmo algum ato de vandalismo (mudas arrancadas, pisoteadas ou mesmo lixo jogado no jardim que fica em área pública). A reunião é finalizada com a definição e divisão das atividades a serem realizadas no dia. Uma porta gradeada geralmente mantida trancada é aberta e o grupo segue para o jardim que fica em área externa às dependências da clínica.

Existem vários tipos de atividades como regar, capinar, podar, recolher o lixo, lavar as ferramentas, plantar, etc. Estas atividades são desenvolvidas simultaneamente individualmente ou em grupo enquanto conversam não apenas sobre o jardim, mas sobre várias coisas, então existe demanda e espaço para todos os profissionais e estagiários na atividade.

Dois questões transversais também enriquecem a atividade do Jardim: a primeira é o crescimento das plantas e a influência das estações na rotina de nossa atividade. A outra tem a ver com socialização: Pessoas (trabalhadores e moradores) da vizinhança participavam da atividade de diversas formas: conversando, participando e doando material e mudas (inclusive de forma anônima). A acompanhante de um dos pacientes nos ensinou a plantar batata doce e houve uma menina de nove anos que inicialmente plantou uma semente, mas com o tempo vinculou-se comigo e aderiu regularmente a atividade.

Minha escolha pelo “Passeio da Tarde” como tema da minha dissertação se relaciona com diversos fatores, incluindo o estilo de funcionamento que é semelhante ao Jardim. A intensidade do envolvimento que essa atividade exigiu de mim e as possibilidades terapêuticas que percebi nesta atividade foram determinantes. No passeio, o foco não fica concentrado em apenas um diálogo ou atividade central, mas circula espontaneamente entre os participantes de forma difusa e simultânea, demandando um papel mais ativo dos estagiários para a escuta dos pacientes e realização de outras intervenções. Outra razão que me motivou a escrever sobre o passeio, é porque envolve uma série de questões e contingências que extrapolam o *setting* das terapias grupais convencionais dentro do consultório e com os participantes em círculo (além de outras características clássicas). As variáveis são descontroladas, os estímulos são inéditos, provocantes e cheios de possibilidades como: uma banda de música andina que entra no ônibus, a surpresa ao escutar as lembranças de um paciente que foi piloto de avião, ou o prazer de nadar numa tarde ensolarada durante a prática clínica que foi pré-requisito da minha especialização clínica.

O engessamento no papel de paciente (e também de terapeuta), proporcionado pelo longo percurso de alguns tratamentos e de prática clínica também é sacudido dentro desses passeios. Um paciente pode surpreender a todos adotando um comportamento mais ativo buscando informações, auxiliando a buscar informações ou “cuidar” de algum paciente mais dependente. Quanto aos estagiários e terapeutas, é impossível sair desses passeios sem modificar e penetrar a própria prática clínica, talvez se tornando menos formal e mais afetivo dentro do consultório.

O Passeio da Tarde não é nomeado como acompanhamento terapêutico de grupo pela equipe e pelos pacientes, mas eu o faço e justifico minha opinião nas próximas

páginas com uma breve discussão teórica sobre o tema dentro da abordagem individual e em grupo.

Também aproveitei essa dissertação para desenvolver um exercício da psicopatologia de Minkowski. Seu trabalho chamou a minha atenção porque colocou a impossibilidade de conservar a atitude profissional vinte e quatro horas por dia. Diante do convívio rotineiro, observou o comparecimento de todos os sentimentos, inclusive a compaixão, a impaciência e a raiva. Minkowski utilizou sua experiência para desenvolver uma técnica de diagnóstico e intervenção a partir da comparação de sua própria psiquê com a de seus pacientes. Seu trabalho não exclui a psicopatologia convencional (Abreu e Silva, 2004), mas critica a função desse diagnóstico convencional no trabalho terapêutico e abre espaço para uma prática intuitiva e sensível à constituição dos fenômenos para cada indivíduo.

É importante deixar claro que esta dissertação olha para uma atividade terapêutica de grupo. Mesmo que meu olhar reconheça e valorize os indivíduos que dão sentido a essa atividade, meu foco é o grupo. Meu desejo é repassar aos leitores os sentidos e as possibilidades terapêuticas desta clínica de rua em grupo pouco discutida e pouco divulgada, mesmo que praticada desde 1991 em Brasília pelo Centro Clínico Anankê, e em São Paulo pelo Instituto A Casa anterior a 1988.

Fiz uso da pesquisa-ação proposta por Gérald Mailhiot (1970), para analisar os diversos elementos de gênese e dinâmica de grupo, utilizando os conceitos de Kurt Lewin. Além de o método guardar afinidade com o trabalho de Minkowski, é uma escolha natural porque a pesquisa-ação pressupõe a participação (e interferência) do pesquisador com naturalidade, sem perseguir uma almejada “neutralidade”, e somente a especulação das implicações éticas de uma pesquisa experimental com tal amostra (pacientes psiquiátricos) justificaria uma nova dissertação.

Eu exponho dois relatos dos passeios com algumas pessoas mais em evidência que outras porque os temas envolvidos saltaram aos meus e porque envolveram alguma participação ativa minha. Isso não reduz a importância e riqueza dos outros passeios como se fossem menos interessantes, mas porque aproveitei essas oportunidades chamativas e extremas em detrimento do convencional para ilustrar e justificar minha opinião quanto à importância e validade do acompanhamento terapêutico em grupo. Quando necessário, coloquei informações e dados clínicos relacionados com experiências anteriores e posteriores à minha participação do passeio. Afinal, a fenomenologia não exige um recorte nesta história. Pelo contrário, minhas impressões são essenciais para proporcionar um trabalho mais completo e justificar minhas opiniões.

Creio que esta dissertação representa e sistematiza pelo menos em parte a minha vivência pessoal do mestrado: primeiro apresento as justificativas teóricas, depois exponho o passeio e o perfil das pessoas envolvidas para num terceiro momento, articular e concretizar na dissertação a minha experiência vivida no passeio com a experiência vivida nos livros de fenomenologia que me atraíam, mas cuja compreensão me escapava.

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1. Pesquisa-ação

O método para coletar os dados segue o entendimento de Mailhot (1970) que utiliza a teoria de Kurt Lewin para propor o estudo dos fenômenos de grupo em sua totalidade, tal como são percebidos e vividos subjetivamente pelos pesquisadores e participantes. O trabalho de Lewin proporcionou diversas hipóteses associadas a fenômenos inconscientes e incompatíveis com a metodologia experimental derivada das ciências físicas. Mailhot (1970) propõe a pesquisa-ação como técnica que permite recorrer aos sentimentos e impressões do pesquisador e dos participantes como dados de pesquisa. Inclusive, aponta que este método remonta ao significado original da palavra “experiência”, como ato de experimentar e sentir, utilizando uma concepção mais relativa da noção de verdade científica. Mailhot (1970) também observa que *“as variáveis de qualquer fenômeno de grupo, em razão de sua essencial complexidade não podem ser identificadas e manipuladas, senão no próprio campo, numa perspectiva de pesquisa-ação”*.

Mailhot (1970) utiliza os conceitos de Lewin onde o campo-social é uma gestalt, ou seja, mesmo que o grupo seja constituído por indivíduos e subgrupos, ele não é redutível. Pois a dinâmica da constituição destes grupos e subgrupos são características da situação que os proporcionou. O campo-social reúne todos aqueles que convivem dentro de um mesmo espaço, independente da ocorrência de interação social direta ou não.

A pesquisa-ação como método foi uma resposta às tentativas de reproduzir fenômenos sociais dentro de laboratórios que proporcionava resultados questionáveis porque advinham de situações artificiais. Este método “*renuncia à utopia de edificar um saber coerente, exaustivo e definitivo do social*” (Mailhiot, 1970).

Por outro lado, a pesquisa-ação responde diretamente as sérias implicações quanto ao desenvolvimento de pesquisa com usuários de um serviço de saúde mental, que podem ser considerados mais vulneráveis e suscetíveis frente a um estresse desnecessário.

Desenvolver uma pesquisa de gênese e dinâmica de grupo com pacientes psiquiátricos em circunstâncias artificiais não só seria questionável quanto aos resultados, como proporcionaria um risco de crise ao reunir desconhecidos em uma situação hipotética para uma pesquisa focal. Para ilustrar a situação, durante os quase dois anos que frequentei o hospital-dia da clínica, houve um paciente que conversou comigo em apenas três situações distintas e sem nenhum vínculo causal entre elas. Como desenvolver uma pesquisa “experimental” com tal grupo?

As atividades terapêuticas desenvolvidas no Anankê são realizadas a partir da construção de vínculos entre pacientes e profissionais de saúde ao longo de anos e apresenta resultados terapêuticos evidentes que dificilmente poderiam ser reproduzidos em laboratório, mas mantém o mérito como campo de pesquisa quanto à prática clínica em saúde mental.

A função terapêutica das atividades do hospital-dia confirmam o pressuposto de Lewin que a mudança social consiste em “introduzir um novo estilo de autoridade ou uma nova concepção de poder no interior da situação social que se quer fazer evoluir” (Mailhiot, 1970) para algo diferente.

Durante a coleta de dados, realizei narrativas detalhadas sobre a jornada imediatamente após o Passeio (também fiz breves anotações durante algumas atividades), incluindo minhas impressões pessoais, e, dentro do possível, procurei entender e descrever o sentido das mesmas situações para os outros envolvidos. Não foram realizadas entrevistas formais com os pacientes, terapeutas e estagiários. Mas eu procurei questionar o sentido do que eu não compreendia com os pacientes quando possível e também utilizei o espaço das reuniões de equipe para discutir casos e situações com os colegas.

2.2. Fenomenologia

Minkowski se apropriou dos conceitos de Bérghson, considerando que os aspectos mais fundamentais da existência humana não são quantificáveis ou mensuráveis e desenvolveu suas próprias classificações de psicologia e psicopatologia sem recorrer aos métodos estatísticos, mas à própria experiência clínica.

Em seu *Traité de Psychopathologie* (1966), Minkowski coloca sua opinião quanto à psicoterapia: Dentro deste capítulo, ele segue utilizando a psicanálise para comparação, frisando que sua proposta é voltada para pacientes psiquiátricos:

“Não tentaremos dar uma definição da psicoterapia. Ela segue passo a passo nossa atividade, de modo que não é possível dizer onde começa e onde termina. Aparência de simples conversação ela pode, às vezes, pelo modo no qual são conduzidas tais conversações trazer seus frutos sem que seja possível definir exatamente qual é o fator que colocamos em jogo. A intuição e o irracional têm de novo algo a dizer, mas isso em nada impede que conversas dessa ordem sejam carregadas de

tudo aquilo que adquirimos no curso de nossa formação". (tradução de Abreu de Silva, pág 14, 2004)

Minkowski (*Traité de Psychopathologie*, 1966) não propõe uma definição de psicoterapia, mesmo porque é difícil pontuar o início e o fim de tal evento que possa ser proporcionado por uma simples conversa e evidente função terapêutica. Ele acrescenta que o elemento causador do resultado pode ser desconhecido, dada a complexidade das relações humanas, ficando restrito a explicações associadas ao intuitivo e irracional. Ele não exclui a formação profissional dessa discussão, mas pontua que o trabalho de psicopatologia é construído à partir de uma experiência individual e pessoal.

Minkowski (*Traité de Psychopathologie*, 1966) também marca uma questão ética de atitude quanto ao diagnóstico, pois o profissional pode se tornar insensível ao seu paciente e condená-lo a um tratamento inócuo no momento em que acreditar que seu paciente não tem cura, ou é completamente incapaz de contemplar o mundo e desenvolver relações com as pessoas. A sugestão deste autor é buscar justamente o contrário disso e manter uma atitude sensível com o paciente para perceber as possibilidades da existência dele e procurar facilitar o trabalho terapêutico.

Quanto ao manejo terapêutico em saúde mental, Minkowski propõe:

"Para os esquizofrênicos em particular, L. Binswanger escreveu que não era preciso estudá-los ou deles aproximar-se muito de perto (zu nahe treten). Ele traduzia assim a necessidade, no fundo natural, de nos adaptarmos, nós mesmos, à maneira de ser desses doentes, e não inversamente". (...)

"Fazemos lembrar do apagamento do vivido, do eu e do mundo, com aquilo que dissermos. Não é preciso querer penetrar por arrombamento. Na série esquizóide-esquizofrênica os tratamentos ditos <em profundidade> podem apresentar certos perigos". (tradução de Abreu e Silva, pág.53, 2004)

Ele cita Binswanger para colocar a importância de procurar a compreensão do paciente a partir de um esforço adaptativo e individual, sem enquadrá-lo numa técnica ou procedimento que pode se mostrar invasiva e agressiva derivado de esforço exploratório desnecessário. A insistência na exploração do indivíduo embasado em técnicas e teorias pode proporcionar deformações visíveis e criticáveis. Não apenas pelo uso injustificado da técnica, mas também para justificar uma intervenção fracassada ou inócua através da teoria como Minkowski critica no trecho a seguir:

“Em alguns desses sujeitos, os fracassos dessa ordem se traduzem por verdadeiras estereotipias psicanalíticas, quer dizer, por uma repetição puramente verbal de fórmulas emprestadas do vocabulário da psicanálise, usadas a torto e a direito e a propósito não importa de o que. Em outros casos <fracassados> é a obsessão do trauma inicial que se instala; o doente não melhorado pretende que não se chegou a trazer a tona o trauma e quer, em vão evidentemente, que isto seja feito”.
(Tradução de Abreu e Silva, pág. 55, 2004)

No trabalho de psiquiatria, Minkowski(1966) observou que antes de procurar/alcançar explicações/justificativas em traumas originais, o profissional precisa respeitar o funcionamento da psique e se contentar com um contato superficial e restrito a um aspecto meramente “intelectual e racional” as vezes durante anos. Quanto a esse contato superficial e limitado, ele elabora sua interpretação quanto ao freqüente embotamento e dificuldade de falar sobre questões-chave do adoecimento:

“Até o momento, nos contentávamos muito facilmente vendo nesses fenômenos unicamente uma falta de consciência do estado doentio. Se lhes atribuía também o valor de uma relíquia da doença ou, de uma maneira mais simples ainda, via-se neles os primeiros indícios de um enfraquecimento intelectual. Mas, na realidade, o recobrimento, o recalçamento e a negação dos fenômenos mórbidos correspondem a uma autoproteção vital, de sorte que esses fatores desempenham no curso da doença um papel muito importante. O quanto uma psicanálise nos parece algumas vezes indicada ou pelo menos permitida em casos de esquizofrenia em seu início, quando os

sintomas puramente neuróticos ultrapassam de muito os outros, tanto me parece não indicada e até mesmo perigoso praticá-la durante a melhora desses casos graves. Esses doentes não sofrem de um excesso de recalçamento mas, ao contrário, de um recalçamento insuficiente.” (tradução de Abreu e Silva, 2004)

A psicoterapia convencional é altamente questionável para ser utilizada em pessoas cujo adoecimento e sofrimento são advindos de mecanismos de defesa ineficientes ou ausentes. Pode-se desdobrar a partir dessa fala que o trabalho de psicoterapia em saúde mental deve seguir o caminho oposto e facilitar o desenvolvimento das defesas e mecanismos de auto-proteção para estes indivíduos em sofrimento.

Minkowski (1966) reconhece a universalidade da questão sexual no sofrimento e cita Jung (*apud* Minkowski):

“A vida erótica encerra problemas que comportará até o fim dos tempos, quaisquer sejam as disposições que os legisladores futuros possam ser levados a imaginar”. (tradução de Abreu e Silva, p. 63, 2004).

Mas propõe um olhar diferenciado quanto ao manejo da transferência na saúde mental dentro da dimensão erótica citando Maeder (*apud* Minkowski, 1965):

“A transferência mudará agora de aspecto. “A transferência afetiva do paciente sobre o médico é portanto mais que a projeção de atitudes infantis. Ela é ainda uma nova tentativa de estabelecer um relacionamento humano e construtivo”, escreve Maeder (p. 46), e ele acrescenta: “O fato de ‘superacentuar’ o lado erótico da

transferência e de reduzir quase ao instinto sexual todas as relações entre os seres humanos certamente não contribui para o cultivo do senso de comunidade.” Estamos muito próximos do “encontro pessoal” do psicoterapeuta e de seu doente do qual fala Maeder”. (tradução de Abreu e Silva, pág 20, 2004)

Minkowski (1966) expõe a riqueza do investimento envolvido na transferência e propõe o seu uso para facilitar o convívio social, bem como os outros aspectos positivos associados à socialização, em detrimento do convencional enfoque no “aspecto erótico” da relação terapêutica. Esta mudança de foco quanto à transferência pode ser traduzida na proposta de um convívio mais humano e despojado da técnica pressuposta na psicoterapia convencional

A fenomenologia de Minkowski (1966) é plenamente compatível com o trabalho do acompanhante terapêutico. Inclusive, ele descreve uma experiência onde habitou a casa de um paciente durante alguns meses.

Sobre as implicações de tal relação, uma de suas primeiras observações foi quanto à impossibilidade de manter uma “postura profissional” constante, pois compareceram sentimentos como irritação e raiva em algumas situações. Por outro lado, desenvolveu uma importante reflexão comparando sua vida psíquica com a de seu paciente a partir desta experiência de convívio prolongado. Utilizarei este caso mais à frente para escrever sobre a dimensão do tempo e espaço dentro do trabalho de Minkowski.

2.2.1. Tempo e Espaço Vivido

Não tenho a pretensão de explicar toda a dimensão da obra de Minkowski mas apresentar seu trabalho cuja proposta de diagnóstico e intervenção fez eco ao questionamento que fazia quanto a minha prática durante o curso de especialização. O entendimento da experiência (vivência) humana para este autor circula em dois eixos interdependentes: o tempo e o espaço. A percepção dessas variáveis não podem ser reduzidas a meras questões matemáticas e objetivas, pois mesmo que a compreensão delas sejam comuns a todos os indivíduos, cada um as percebe de forma pessoal. O conceito de tempo é apreendido pela consciência ao longo da vida. À medida que a consciência humana se desenvolve, a percepção do tempo e espaço se expande e desenvolve até atingir a habilidade de projetar as próprias expectativas frente ao futuro.

Mesmo que você possa “alinhar” suas experiências passadas dentro de um eixo, frente ao futuro, suas expectativas não se mostram dentro deste contínuo, mas como um horizonte aberto de probabilidades, maior ou menor de acordo com sua habilidade de expressar suas expectativas no futuro no sentido de concretizá-las.

O futuro mostra-se como a categoria mais importante na vivência do tempo porque é composto principalmente de expectativas e quase nenhuma atividade. O passado como conceito encontra-se mais próximo da sabedoria (ou conhecimento) que da vida propriamente dita. Portanto, passível de uso ativo em nossa atividade. Viver o ‘passado’ no presente se mostra sempre uma experiência dolorosa que geralmente pode ser nomeada como remorso ou arrependimento. Podemos compreender dessa forma o ‘passado vivido’ como uma experiência passada e obsoleta frente à evolução rumo ao futuro. Ou como sintetiza Nancy Metzger, o tradutor de “*Lé Temps Vecu*” para a versão

em inglês (1970): “*The true past is forgotten*”. Ou seja, o verdadeiro passado encontra-se esquecido.

Pode-se observar um vínculo de causalidade entre o passado e a concretização de expectativas futuras, entretanto, isso não implica em perceber o futuro como mera consequência do passado, e tampouco abre espaço para crer em um futuro inevitável sem as devidas evidências. Como exemplo, podemos observar que crianças e portadores de psicopatologias podem conhecer os conceitos de passado, presente e futuro, mas se relacionam apenas com o presente.

Por exemplo, enquanto uma pessoa “normal” desenvolve suas atitudes no presente a partir da articulação de suas experiências passadas e de suas expectativas futuras, Minkowski (1970) apresenta o caso de um esquizofrênico que entendia o conceito de antes e depois, mas vivia profundamente angustiado e deprimido com a absoluta falta de perspectivas porque acreditava que sofreria um iminente evento terrível e destrutivo no dia seguinte. Minkowski (1938) perdeu algumas noites de sono preocupado com esse paciente e aguardando o amanhecer para convencê-lo que nada ocorreria, mas desistiu na terceira noite após entender que nada convenceria este paciente que seu fim trágico não viria jamais. Faltava a este sujeito a habilidade de integrar os diferentes aspectos do tempo e perceber alternativas em seu futuro, restando apenas o sofrimento.

Sobre o espaço, aplica-se a mesma regra quanto ao tempo vivido, ou seja, também é uma experiência construída individualmente a partir do desenvolvimento da personalidade. Minkowski (1970) coloca o exemplo de um paciente cujo delírio envolvia intrusões e dissoluções dos limites espaciais. Ele se percebia profundamente invadido por seu psiquiatra, e o acusava de acessar a vida dele com apenas um “olhar”, escutava vozes de comando e sentia sintomas corporais fortíssimos e incômodos.

2.2.2. Psicopatologia

Na psicopatologia, Minkowski(1933) apresenta um esquema (página 231 da edição em inglês de 1970) definido como temporário pelo autor, mas útil para a exposição de sua noção de psicopatologia que traduzo abaixo:

- I. Processos Psicopatológicos
 - a) Debilidade mental
 - b) Processo esquizofrênico
 - c) Processo epiléptico
- II. Redução mental mórbida
 - a) No tempo (delírio melancólico e provavelmente as outras psicoses maníaco-depressivas)
 - b) No espaço (Síndrome de Clérambault)

No eixo I, expõe sua opinião quanto à esquizofrenia em comparação com a demência mental para diferenciar, uma vez que a esquizofrenia fez parte do diagnóstico de demência. Ele utiliza casos crônicos para esta comparação e questiona os procedimentos para classificar os sintomas e se recusa, por exemplo, a colocar os delírios de grandeza de um esquizofrênico ao lado dos mesmos sintomas de uma pessoa demenciada sob a mesma categoria de ‘distúrbio de julgamento’.

Dentro da questão do espaço, o demente se limita a bater os pés no chão para indicar o local onde se encontra ou explica sua posição (sentado ou de pé). As respostas mostram-se equivalente na percepção do tempo, justificando que o tempo é agora, ou quanto ao futuro, que está aguardando. O conteúdo delirante de um demente pode se diversificar e varia de acordo com seus planos, envolvendo desde carros super-velozes,

filhos que envelhecem 10 anos por dia até a surpreendente habilidade masculina de gerar filhos semanalmente.

Quanto à esquizofrenia, ele coloca o surgimento dos sintomas como decorrência da perda do contato vital com a realidade. Dessa forma, frente à pergunta para responder onde se encontra, ele sabe a resposta, entretanto não se *sente* dessa forma, pois a própria existência não tem um significado definido para ele. À medida que o quadro esquizofrênico evolui, ele cita o trabalho de Giraud (1922), que percebeu uma contaminação da percepção temporal com elementos espaciais. Substituindo, por exemplo, advérbios temporais como ‘quando’ por advérbios de lugar como ‘onde’. A estagnação dos delírios de grandeza dos esquizofrênicos também é característica. Um esquizofrênico pode chamar a si mesmo de Deus, mas sua construção delirante fica confinada dentro dessa afirmação e não evolui.

*“Seu pensamento é suficiente por si só e perdura descolado da vida realística. (...) A pessoa adoecida substitui um sentimento irracional de poder (que no indivíduo normal é associado com a atividade incessante e incansável que marcha para o futuro) por uma crença de poder imaginário no presente”. (Minkowski, Lived Time, pág 135, 1970, tradução minha)**

Minkowski (1927) coloca que o delírio subsiste por ela mesma independente de fatores externos da vida, e, complementa que esta construção imaginária impede a atividade psíquica constante e inesgotável relativa ao futuro (que ocorre nas pessoas normais) em nome dessa plenitude delirante que existe no tempo presente.

* *“His idea is sufficient in itself and remains detached from ambient life.(...) The sick person replaces the irrational feeling of power (wich in the normal individual is related to activity in his incessant and inexhaustible march forward) by an affirmation of imaginary power in the present.” (Minkowski, 1938)*

Mesmo que a epilepsia seja um tema relevante dentro da saúde mental, não aprofundarei nessa área devido à necessidade de delimitar e dar forma a este trabalho. Inclusive porque nenhum dos participantes do passeio tinham esse diagnóstico.

Quanto ao eixo II, Minkowski (1938) utiliza um conceito de Maurice Mignard (1924, 1928) chamado “Redução Mental Mórvida” (tradução minha) sob a justificativa que as funções mentais regridem a um nível inferior. Eu coloquei exemplos de como a psicopatologia se apresenta dentro das dimensões de tempo e espaço vivido no tópico anterior nomeado como **Tempo e Espaço**. Sobre a Síndrome de Clérambault (nomeada no esquema), me limito a reafirmar que é relativa aos conteúdos delirantes dentro da vivência do espaço, com a temática de vozes de comando, invasões do pensamento pessoal e a própria questão corporal indefinida quanto aos próprios limites.

2.3. Acompanhamento Terapêutico

O acompanhamento terapêutico surgiu espontaneamente em diversos lugares do mundo sem fazer parte de nenhum movimento articulado e sustentado com justificativas técnicas e teóricas. Essas diversas origens (instituições, regiões, países, etc) ocorreram para atender a diferentes demandas relacionadas não apenas com o sofrimento psíquico grave, mas também com autismo e educação especial, por exemplo. Tal origem proporcionou ampla gama de definições e práticas baseadas em diferentes abordagens com fins distintos. Coelho (2007) fez uma revisão bibliográfica e encontrou uma predominância da teoria psicanalítica, mas também existem produções com teoria humanista, sistêmica e comportamental. Ele defende ainda que quaisquer tentativas de restringir ou padronizar as definições existentes podem empobrecer a própria compreensão da atividade.

Sobre as diferentes definições, Coelho (2008) observa:

“Enfim, essas diferentes definições apresentadas sobre Acompanhamento Terapêutico parecem apresentar em sua essência um ponto em comum: o de que a vivência do cotidiano, fora da instituição de internamento, possa ser por si só terapêutica para esses usuários. O cotidiano pode oferecer alternativas mais criativas a uma vivência que, outrora, fora castigada pelo isolamento e pela agonia de existir. A cura do sujeito que estivera anteriormente isolado pela sofrimento psíquico grave deve ocorrer justamente no social, ou seja, fora do âmbito institucional”. (Coelho, pág. 63, 2007)

Ao realçar os traços em comum das diversas definições que caracterizam o acompanhamento terapêutico (Coelho, 2007), surge uma compatibilidade com a proposta psicoterápica de Minkowski (1965) para pessoas em sofrimento psíquico grave: a aproximação através do contato humano em busca da construção de novos sentidos e novas ferramentas (inclusive defensivas) para o convívio social em detrimento das técnicas clínicas que proporcionam um ‘afastamento profissional’ inútil e desprovido de resultados.

Coelho (2007) fala sobre o caráter do acompanhamento terapêutico:

“Uma das peculiaridades da clínica do AT está na montagem de seu enquadre diferenciado da clínica clássica de consultório. Por ser uma clínica que acontece no cotidiano da cidade, o “consultório” se constitui nos espaços públicos. O AT pode acontecer tanto em casa, quanto em ônibus ou em cinemas. É a particularidade de cada

lugar que irá definir as regras da sessão. É dito por essa particularidade do AT que o setting desse trabalho é ambulante”. (Coelho, pág. 66, 2007)

As situações cotidianas facilitam o uso da transferência proposta por Minkowski (1965) sem enfatizar o conteúdo erótico realçado pela psicoterapia convencional fechada entre quatro paredes e representada pelo divã. Meu orientador Norberto Abreu chamou a minha atenção quanto ao fortíssimo imaginário associado com o espaço público como *setting* do acompanhante terapêutico. A rua pode significar a liberdade ou mesmo o anonimato, mas essas representações não são necessariamente positivas. A liberdade como conceito pode se mostrar assustadora ao se concretizar para alguém que vivia em isolamento social dentro de seu domicílio em asilo. Há também os chamados transtornos fóbico-ansiosos (F40) na **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, conhecido como CID-10, que descreve justamente os sintomas decorrentes da aversão irracional a ambientes abertos, fechados, públicos, dentro de ônibus, situações sociais, etc. Em suma, o acompanhante terapêutico segue com seu acompanhado rumo a espaços que por si só, podem representar um desafio, uma dificuldade, uma conquista, uma aspiração ou uma decepção.

A clínica em questão é de rua e de pouca padronização, mas a lei existe representada no contrato terapêutico e farei uso das palavras de Abreu e Silva (1988):

“Na jurisprudência, o estabelecimento de um contrato terapêutico não passa de ato formalizador de um contrato de prestação de serviços cuja função é dar garantia às partes contratantes. Para contratos dessa natureza (prestação de serviços), a legislação em Direito Civil prevê os seguintes elementos básicos a serem estabelecidos: a coisa, ou seja, aquilo que é oferecido; o preço a ser pago por ela, e o consentimento

das partes contratantes quanto à coisa e ao preço. Não há necessidade de o contrato ser escrito, pois perante a legislação, um contrato verbal pode, em determinadas circunstâncias, vir a ter a mesma validade e força de um contrato escrito e assinado”. (Abreu e Silva, pág. 40, 1988)

Abreu e Silva (1988) cita a jurisprudência para expor a diferença entre a psicoterapia, um serviço oferecido a um custo, e os serviços de apoio e cura da alma oferecidos pelas religiões. Tal distinção mostra-se essencial para que acompanhado e acompanhante marquem que a natureza da relação é profissional e com objetivos claramente terapêuticos, portanto, sujeita as regras, um custo, frequência e duração. Para Coelho (2008), o contrato terapêutico é um elemento que trás estabilidade e constância a uma prática caracterizada pelo dinamismo e ressalta que esta estabilidade mostra-se essencial para o tratamento das psicopatologias mais crônicas, facilitando a criação de referências ao longo dos anos. A construção de um contrato verbal atrai minha simpatia pela simbólica valorização do compromisso das partes envolvidas sem correr o risco de paralisar este espaço utilizando um documento impresso com itens e cláusulas passíveis de esquecimento.

2.3.1. Acompanhamento Terapêutico em Grupo

Tatiana Yokoy, amiga e psicóloga, elogiou a escolha de meu tema porque ela desenvolveu uma experiência de grupo semelhante, mas teve dificuldade para encontrar bibliografia sobre o tema. Em outra conversa com uma terapeuta ocupacional, ela citou que realizava passeios com os pacientes de uma instituição de internação em saúde mental da rede pública de Brasília. Arrisco dizer que se fizermos um levantamento na

rede de atendimento pública e privada do país, encontraríamos mais experiências de grupo em passeios com funções terapêuticas. Entretanto, dentro de minha revisão bibliográfica, encontrei apenas duas referências com atividades de acompanhamento terapêutico em grupo: um ensaio coletivo produzido e disponibilizado na internet em 2005 pelo Instituto A Casa. A outra referência é uma dissertação de mestrado da Pontifícia Universidade Católica defendida por Eduardo Pelliccioli em 2004. Associao essa falta de registros e publicações com uma questão conceitual, afinal, o acompanhamento terapêutico convencionalmente é concebido como uma atividade individual (Pelliccioli, 2004). Arrisco dizer que à medida que o próprio acompanhamento terapêutico ganhe espaço como serviço de saúde e avance as discussões quanto à própria definição do que é trabalhar como acompanhante terapêutico, surgirão mais publicações sobre o tema.

Sobre esses dois registros, achei conveniente descrevê-los dentro do contexto e justificativa em que surgiram.

O Instituto A Casa foi fundado em São Paulo originalmente como um hospital-dia em 1979 com o intuito de trabalhar com sofrimento psíquico grave. A iniciativa cresceu e se tornou uma instituição envolvida em vários serviços, inclusive a o acompanhamento terapêutico e a formação destes profissionais. O Passeio da Tarde, é oferecido pelo hospital-dia como parte da programação terapêutica semanal. O Anankê, hospital-dia onde fiz minha especialização em saúde mental e autorizou a minha pesquisa foi inspirado no Instituto A Casa. Portanto, é vital citar este ensaio não apenas pelo mérito do trabalho desenvolvido pela equipe dA Casa, mas porque é um trabalho realizado em sintonia ideológica e teórica em busca de alternativas terapeuticas. Sobre a atividade como prática de grupo:

“Pensar em um programa, uma saída às vezes nos deixa em dúvida, o que fazer? Será que eu devo sair mesmo? Arrumar-me, encontrar pessoas, pegar o carro, trânsito ou ficar aqui em casa no conforto? Esse seria um paralelo com a nossa tarefa que se multiplica na complexidade da comparação. De um lado por que estamos em grupo, e se entender o que nós próprios queremos já é difícil, conciliar isso com o querer dos outros é uma árdua tarefa. Se acrescentarmos a isto diversidades de estruturas de funcionamento psíquico, aí sim, chegamos na borda do impossível.”.
(Gioso, Bonalume, Yabiku, Peixeiro & Aguirre, pág 2, 2005)

Conciliar as escolhas e vontades de um grupo por si só abre grandes perspectivas terapêuticas, mas as ruas da cidade como pano de fundo proporcionam alternativas inesgotáveis de temas a serem discutidos, afetos despertados e construção de novos sentidos. Com a constituição de um grupo, as ruas da cidade de São Paulo podem ser abertas e enfrentadas com mais facilidade em sua riqueza de possibilidades mantendo neste caso um vínculo institucional que trás segurança aos participantes.

Sobre a constituição do contrato terapêutico:

“O contrato do grupo de passeio é regido pela regra de que todos devem participar da atividade proposta, sendo que essa atividade deve ter como característica básica ser uma saída, um programa que ocorra extra muros do hospital-dia. Essa é uma regra, uma lei e é uma das bordas que contorna o grupo e dá a ele um mínimo de corpo para que possa acontecer. (...) No grupo de passeio tal amarragem remete todos os seus participantes a um terceiro, que sustenta que todos tenham a liberdade para dar sugestões, opinar na sugestão alheia, votar na sugestão preferida. No passeio um pode

tomar sorvete, o outro curtir a exposição, o outro ficar sentado, mas todos devem sair juntos.” ((Gioso, Bonalume, Yabiku, Peixeiro & Aguirre, pág 4, 2005)

O contrato abre espaço para a existência do indivíduo através de suas opiniões pessoais e ao acatar as sugestões de outro colega. Essa fala fez eco em mim porque dentro da minha experiência tudo passava pelo grupo, inclusive as decisões individuais porque elas eram comunicadas, recebidas, questionadas e transformadas coletivamente dentro do grupo. Um lanche poderia tornar-se algo compartilhado com novas adesões ou o pano de fundo para um debate.

Segue a conclusão do ensaio da equipe do Passeio da Casa:

“O grupo de passeio faz um convite, mais do que um convite, dá voz ao que é laboriosamente silenciado: É preciso sair! Sair dos muros institucionais, sair da ladainha repetitiva da entrega do próprio corpo ao Outro, sair do atraente e tenebroso deserto narcísico sem desejos, para povoá-lo. O que fazemos no passeio é povoar esse deserto, povoar de prédios, parques, pinturas, filmes, histórias... para dar texto e produzir sentido ao que na psicose se apresenta, muitas vezes, desligado”. (Gioso, Bonalume, Yabiku, Peixeiro & Aguirre, pág 11, 2005)

A conclusão do ensaio é uma reafirmação das possibilidades terapêuticas para a saúde mental abertas pelas ruas da cidade fora dos muros da instituição, mas não se restringe a isso, é uma reafirmação política e ideológica anti-manicomial.

Descrita a experiência do Instituto A Casa, posso dar continuidade a essa revisão bibliográfica com a dissertação de Eduardo Pelliccioli. Seu trabalho descreve a implantação e desenvolvimento do serviço de acompanhamento terapêutico em grupo

no Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental – CAIS-Mental do município de Viamão no Rio Grande do Sul.

A experiência de Pelliccioli é voltada para a saúde pública e coletiva, e talvez seja por isso que ele inclui uma reflexão importante quanto à viabilidade, e mesmo necessidade da popularização do acompanhamento terapêutico em grupo em detrimento de uma lógica individual ou privatista:

“A conta era a seguinte: uma at com trinta horas semanais, se atendesse, em média, 3 horas cada um de seus pacientes, na lógica privada de se fazer AT, contabilizaria um total de dez usuários ao final de sua semana de trabalho. Normalmente um usuário fica, pelo menos, um ano em atendimento, ou seja, ao final deste, uma at de Viamão teria atendido dez usuários! Isto tudo sem contar que no cálculo acima estão contabilizadas somente horas de atendimento, o que desconsidera intervalos, horários de reuniões, espaços de troca entre um paciente e outro, etc. Com um atendimento em grupo com duração de duas horas, por exemplo, em que se atendessem dez usuários de uma só vez, o número de usuários atendidos subiria consideravelmente. Com quatro Grupos de AT, seriam atendidos quarenta usuários e isto ocuparia apenas oito das trinta horas de uma at, restando tempo para outras atividades. Os ATs em Grupo surgiram, devo admitir, muito mais por uma imposição técnico-burocrática do que por uma invenção clínica propriamente dita”. (Pelliccioli, pág. 67, 2004)

Pelliccioli (2004) expõe que uma demanda de saúde pública para viabilizar um serviço proporcionou o ambiente criativo para o desenvolvimento de uma alternativa terapêutica eficaz em detrimento da concepção convencional de acompanhamento

terapêutico que tem como pressuposto o atendimento individual, portanto com um custo financeiro inviável para o município.

O início dessa experiência foi desconfortável para o autor não apenas porque tinha medo de situações indesejáveis (como atropelamentos, crises, etc), mas porque colocou em xeque uma noção de acompanhamento terapêutico que ele acreditava ser universal e somente pôde ser desconstruída com o evidente sucesso dos passeios:

“Quero dizer com isto que, com o tempo, ao adquirir uma determinada experiência e, conseqüentemente, maturidade, ficávamos muito mais à vontade para sair com eles em grupos maiores pelas ruas. Logo, esta foi uma mudança de estratégia ligada diretamente à capacidade dos técnicos para realizar tais funções”. (Pelliccioli, pág 71, 2004)

Me identifico com a fala de insegurança do autor porque mesmo como estagiário em uma equipe experiente e consciente que o passeio da tarde era uma atividade tranqüila, eu me vi muito preocupado e vigilante nos primeiros passeios. Esta insegurança também se presentificou dentro das reuniões da equipe no discurso dos outros estagiários que entraram comigo. Pelliccioli (2004) observa inclusive que essa preocupação exagerada prejudicava a escuta dos temas presentes no passeio.

Com o esvaziamento dos medos, Pelliccioli (2004) pôde finalmente avançar nas reflexões quanto ao que caracteriza o acompanhamento terapêutico.

“Se, para um determinado grupo, o fato de passarmos o horário da terapia embaixo das árvores da praça mais próxima funcionar como um dispositivo promotor da fala e de uma discussão sobre um tema relevante para eles, então vamos para

debaixo das árvores! Ou vamos para as oficinas ou, simplesmente, sentar e conversar. Conversar, não por conversar, passear, não por passear, lanchar, não por lanchar. Para isto, não seriam necessários acompanhantes terapêuticos, babás dariam conta do recado. O acompanhante terapêutico existe para, no ato de acompanhar, promover uma terapia ”. (Pelliccioli, pág. 82, 2004)*

Se a função primordial do acompanhante terapêutico é a de promover o cuidado com a vida enquanto acompanha, Pelliccioli (2004) questiona quanto à função da prática atrelada às teorias psicológica apropriadas pelo acompanhamento terapêutico e cita algumas delas:

“Conter o paciente, oferecer-se como modelo de identificação, emprestar o “ego”, perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente, informar sobre o mundo objetivo do paciente, representar o terapeuta, atuar como agente socializador e servir como catalisador das relações familiares”. (Pelliccioli, 2004)

Pelliccioli (2004) faz sua crítica a esse acompanhante terapêutico que busca a “contenção” e explica que sua proposta não é um “*passo evolutivo*” nesta prática, mas o reconhecimento de uma prática distinta regida pela lógica e demanda da saúde pública e coletiva. Como exemplo, ele cita o fato da psicanálise de consultório particular operar em regras diferentes da psicanálise de saúde pública. Na prática, é mais uma modalidade no leque de ferramentas e tecnologias que pode ser oferecida no serviço de saúde mental.

Sobre as condições que proporcionaram o surgimento desse trabalho:

* palavra de origem grega que significa cuidado com a vida (Pelliccioli, 2004)

“O grupo, enquanto dispositivo tecnológico, não se refere simplesmente a uma questão de resolutividade, de apresentar resultados – através de um número maior de usuários atendidos em um curto espaço de tempo – mesmo que tenha sido influenciado por ela. Ele acabou se transformando em uma modalidade de operação no campo da rede pública de saúde por um viés tecnológico e que abrange os limites da clínica e das opções de se trabalhar em uma equipe de saúde mental”. (Pelliccioli ,pág. 106, 2004)

Mesmo que tal tecnologia tenha surgido a partir da impossibilidade de oferecer o serviço dentro da referida *lógica privada* na saúde pública, o acompanhamento terapêutico em grupo surgiu como uma modalidade distinta de serviço. Aliás, a mesma lógica pode ser aplicada para popularizar e justificar a existência do acompanhamento terapêutico em grupo na rede privada para aqueles que ainda não têm tal serviço em sua cidade (em 2008, o Distrito Federal ficou em último lugar no índice do Ministério da Saúde para a cobertura em saúde mental), mas teriam condições de contratar os serviços de um grupo terapêutico numa modalidade mais acessível financeiramente.

A própria desconstrução da concepção de acompanhamento terapêutico e conscientização de Pelliccioli(2004) quanto à existência de várias modalidades de serviço para diversas funções surgiu como um desdobramento do trabalho e reflexão dentro da reforma psiquiátrica cujo terreno é fértil para a demolição de paradigmas e postulados na busca de novos sentidos e da escuta daqueles que ainda não foram ouvidos.

2.3.2. A rua como *setting* terapêutico

Durante a participação nos passeios, um paciente quis fazer a ilustração da minha dissertação e ofereceu a imagem de algumas pinturas prontas. Perguntei a ele o que pintaria para representar o passeio de sexta. Respondeu-me que pintaria um ônibus ou o grupo do passeio atravessando uma rua. Ou melhor: experimentar a rua acompanhado. Neste momento ficou clara a necessidade de falar mais sobre a Rua, pois não se restringe a mero espaço entre a saída e o ponto final de nosso passeio e mostra-se repleto de significados como coloquei anteriormente. Entretanto, falarei um pouco sobre o *setting* privativo antes de seguir para a rua, figurativamente falando.

Todas as psicoterapias privativas pressupõe um *setting* terapêutico, com variações características na disposição dos móveis e na decoração relacionadas com a abordagem do profissional que realiza os atendimentos. Por exemplo, um psicodramatista pode utilizar um tapete para marcar o “tablado” onde as situações são encenadas e algumas almofadas podem simbolizar pessoas específicas ou questões abstratas como a “raiva” ou uma “mágoa”. Um psicanalista provavelmente terá um divã para o caso de julgar conveniente, e, dentro da minha experiência com *settings* psicanalíticos, irá expor alguma imagem de Freud. Os *settings* de psicoterapia de grupo também têm suas peculiaridades relacionadas com a teoria, mas a disposição dos participantes em círculo (pelo menos em parte da sessão) para que todos possam ver uns aos outros é uma característica comum.

Há ainda algumas questões que são comuns a todos os *settings* privativos, tanto para atendimento individual quanto para atendimento de grupo. O local para a realização das sessões é, ou pelo menos deveria ser isolado acusticamente para garantir a privacidade e sigilo dos conteúdos falados nas sessões. Quanto à comunicação, em

ambas as situações, geralmente é centralizada em uma conversa independente do tamanho do grupo e do número de pessoas envolvidas. No atendimento individual, é impossível desenvolver mais que uma conversação (mesmo que fragmentada) por limitação de participantes (terapeuta e cliente). No atendimento de grupo, a comunicação precisa ser centralizada e organizada para que todos possam escutar e compreender as questões discutidas na sessão mantendo o foco do grupo.

Os estímulos visuais e auditivos são reduzidos, ou melhor, controlados em quaisquer modalidades de *settings* terapêuticos privados para evitar estímulos desnecessários que possam prejudicar ou interferir no processo terapêutico. Eu posso enumerar mais e mais elementos comuns a estes “ambientes controlados” com finalidades terapêuticas para mostrar que existe alguma padronização ou repetição de elementos.

Mas e quanto ao *setting* da prática do acompanhante terapêutico?

“O fio comum que caracteriza esses diferentes tipos de tratamento seria uma intervenção feita na rua. Enquanto RUA, quero ressaltar que se trata de uma intervenção que se dá fora de um local definido enquanto um imóvel, um prédio (seja ele qual for: clínica, hospital, consultório, escola etc.) e dentro de locais de circulação pública (mesmo que o público ainda esteja apenas no desejo do tratamento e mesmo que esse espaço público ainda se restrinja a uma residência)”. (Caiaffa, pág. 93, 1991)

Caiaffa(1991) coloca o *setting* do acompanhante terapêutico como o externo, fora de um espaço definido, institucional e regulamentado como podemos encontrar em algumas abordagens psicoterapêuticas. Ela não procura a definição da prática do acompanhante dentro de um *setting* específico (divã ou tablado, por exemplo) ou pela

reunião de um grupo de técnicas específicas (como o tempo lógico de Lacan ou a associação livre de Freud). Mas coloca a diferenciação da prática do acompanhante terapêutico dentro de outro aspecto:

“Nesse tipo de trabalho de que venho falar, o que o torna singular frente a outros modos de intervenção é o privilégio sobre o social, visto este como constitutivo do acompanhamento terapêutico. Diria que estamos in lócus accompanhandus e é a partir desse lócus e sob seu colorido que vemos e vivemos suas relações sociais, estando nós, acompanhantes terapêuticos, em diversas posições que nos permitirão acompanhar esse paciente em seu percurso (...).” (Caiaffa, pág. 93, 1991)

À priori, todo lugar e toda hora pode ser o momento para a prática do acompanhante terapêutico, mas a constituição deste trabalho aponta naturalmente para a rua dentro da própria constituição do trabalho. Como coloca Marazina:

“Parto da tese que o lugar do acompanhante terapêutico é mesmo o lugar do extraterrestre, daquele que tenta, dentro do possível, derrubar o muro e sair com a loucura à rua, a loucura do paciente e a sua, e se expõem às numerosas articulações dessa situação, mas fazendo dela, dessa exposição, o seu lugar de potência. Ali, onde não nos protege a instituição psicanalítica e suas ritualizações, onde não tem muro para separar, ali o extraterrestre realiza sua prática”. (Marazina, pág 122, 1991)

Esta fala da Marazina (1991) coloca a importância do espaço público, ou melhor, da rua como lugar para o desenvolvimento deste trabalho. Mesmo que possa iniciar dentro de uma residência ou instituição, a derrubada dos paradigmas

institucionais e a construção de novos sentidos para o paciente encontra naturalmente a rua como cenário para este momento.

João do Rio (2008), poeta e jornalista, escreveu sobre as ruas em 1905 e seu texto se mantém atual, mostrando a condição especial desse espaço social. Ele não se resignou com as definições que encontrou sobre a rua nos dicionários e enciclopédias que restringem a rua a mero “*alinhado de fachadas por onde se anda nas habitações*” (Rio, 2008) e rebate: “(...) *a rua é mais do que isso, a rua é um fator da vida das cidades, a rua tem alma!*” (Rio, 2008).

Para justificar sua opinião, João do Rio (2008) exemplifica como a força das ruas ignora os esforços dos gramáticos para tentar aprisionar a linguagem com suas regras:

“A rua continua, matando substantivos, transformando a significação dos termos, impondo aos dicionários as palavras que inventa, criando calão que é o patrimônio clássico dos lexicons futuros”. (João do rio, pág 10. 2008)

João do Rio continua e observa que a própria origem das ruas já as aproxima da humanidade, tornando-as um *setting* natural para prática profissional em questão:

“A rua nasce, como o homem, do soluço, do espasmo. Há suor humano na argamassa do seu calçamento. Cada casa que se ergue é feita do esforço exaustivo de muitos seres, e haveis de ter visto pedreiros e canteiros, ao erguer as pedras para as frontarias, cantarem, cobertos de suor, uma melopéia tão triste que pelo ar parece um arquejante soluço. A rua sente, nos nervos essa miséria da criação, e por isso é a mais

igualitária, a mais socialista, a mais niveladora das obras humanas.” (João do Rio, pág 10, 2008)

Mesmo que não fosse a intenção do autor, ele descreveu também uma das qualidades essenciais para a prática do acompanhante terapêutico que poderia ser utilizada nos cursos de formação:

“Para compreender a psicologia da rua não basta gozar-lhe as delícias como se goza o calor do sol e o lirismo do luar. É preciso ter o espírito vagabundo, cheio de curiosidades malsãs e os nervos com um perpétuo desejo incompreensível, é preciso ser aquele que chamamos flaneur e praticar o mais interessante dos esportes – a arte de flanar”.* (João do Rio, pág 12, 2008)

Para completar, o autor, que dispensa dicionários e utiliza o que aprendeu na rua explica:

“Flanar é ser vagabundo e refletir, é ser basbaque e comentar, ter o vírus da observação ligado ao da vadiagem. Flanar é ir por aí, de manhã, de dia, à noite, meter-se nas rodas da população, admirar o menino da gaitinha ali à esquina, seguir com os garotos o lutador do do Cassino vestido de turco, gozar nas praças os ajuntamentos defronte das lanternas mágicas, conversar com os cantorews de modinha das alfurjas da Saúde, depois de ter ouvido os dilletani de casaca aplaudirem o mau tenor do Lírico numa ópera velha e má; é ver os bonecos pintados a giz nos muros das casas, após ter acompanhado um pintor afamado até sua grande tela paga pelo Estado; é estar sem

* Passear ociosamente, sem destino. (Micro-Dicionário Luft, 2000)

fazer nada e achar absolutamente necessário ir até um sítio lóbrego, para deixar de ir, levado pela primeira impressão, por um dito que faz sorrir, um perfil que interessa, um par jovem cujo riso de amor causa inveja...” (João do rio, 2008),

Mesmo que o passeio da tarde tenha um objetivo, como visitar uma exposição de arte em uma galeria ou um cinema no *shopping*, o percurso de ida e de volta é permeado pelo “flanar” descrito e definido por João do rio. A discussão e observação dos temas que comparecem no percurso, desde os bonecos desenhados a giz nas paredes, as pessoas famosas ou obscuras, a rejeição ao lugar que visitamos e mesmo a inveja de um casal de namorados faz parte da construção do “social” descrito por Caiaffa que caracteriza a prática do acompanhante terapêutico.

João do Rio (1905) não teve envolvimento ou questionamento profissional com o acompanhamento terapêutico ou qualquer prática terapêutica. Não foi nem mesmo contemporâneo do surgimento deste serviço. Mas sua citada “psicologia de rua” descreve ainda elementos importantes e presentes no *setting* e na prática do acompanhante terapêutico:

“Quando o flaneur deduz, ei-lo a concluir uma lei magnífica por ser para seu uso exclusivo, ei-lo a psicologar, ei-lo a pintar os pensamentos, a fisionomia, a alma das ruas. E é quando haveis de pasmar da futilidade do mundo e da inconcebível futilidade dos pedestres e da poesia de observação...” (João do Rio, pág 12, 2008)

O autor coloca a construção dos próprios sentidos a partir do ato reflexivo de observar e interagir na rua, fora das instituições. Esta fala pode ser utilizada por qualquer acompanhante terapêutico para justificar a função de seu trabalho. Entretanto,

é importante marcar a importância da figura do acompanhante para facilitar esse processo terapêutico. Mesmo porque João do Rio não esquece a ameaça que as ruas podem representar:

“Nós, os homens nervosos, temos de quando em vez alucinações parciais da pele, dores fulgurantes, a sensação de um contacto que não existe, a certeza de chamam por nós. As ruas têm os rolos, as casas mal assombradas, e há até as ruas possessas, com o diabo no corpo”. (João do Rio, pág 16, 2008)

A rua representa o ambiente externo, o fora, descontrolado, desprovido de regras e repleto de possibilidades. Pode ser apreciada, apropriada, resignificada e representar a nossa própria existência. A reprodução das nossas relações com o mundo que, acompanhadas por outro “vagabundo flânador” chamado acompanhante pode proporcionar conseqüências positivas frente ao desconhecido, assombrado e ameaçador também representado pelas ruas.

2.3.4.1. Ruas de Brasília

Uma especificidade das ruas de Brasília é que alguns pacientes se conhecem desde a infância devido ao vínculo empregatício de um pai, mãe ou deles mesmos a um mesmo órgão público ou autarquia. Essa proximidade é facilitada porque servidores públicos geralmente utilizam o mesmo convênio médico, e, muitas vezes envolvia moradias funcionais concentradas em uma região.

Esse é um reflexo do processo de criação e ocupação do Distrito Federal, principalmente do Plano Piloto. Prédios residenciais de caráter funcional foram

construídos para abrigar os novos moradores dessa cidade artificial e planejada, proporcionando regiões de concentração habitacional de um órgão público ou autarquia. Os adultos trabalhavam em ministérios e bancos estatais entre outras instituições, mas moravam nas mesmas quadras onde as crianças brincavam “debaixo do bloco” e estudavam nas mesmas escolas, sem contar com os clubes recreativos voltados para os servidores se encontrassem também nos finais de semana.

Isso não é tão evidente nos dias atuais porque o governo Collor na década de noventa privatizou esses apartamentos para os servidores que ocupavam. Com a posse do imóvel, tornou-se possível alugar ou vender para pessoas não necessariamente vinculadas ao governo e modificar a lógica de ocupação de grandes partes do Plano Piloto. Entretanto, ainda existem quadras inteiras dedicadas às forças armadas cujo perfil e dinâmica da ocupação se diferencia das outras quadras. Na quadra residencial dos militares, as famílias transferidas são jovens com crianças e adolescente, enquanto nas outras quadras as famílias se fixaram e seguiram envelhecendo com os filhos ocupando outras áreas da cidade como o Setor Sudoeste que concentra as famílias com crianças jovens no Plano Piloto.

Alguns pacientes se conheceram dentro desse contexto das quadras funcionais até os anos noventa e a fixação de muitas dessas famílias que permaneceram no mesmo endereço. Em diversas situações, pude observar a conversa de alguns pacientes sobre suas infâncias e adolescências porque habitavam no mesmo bloco, na mesma quadra ou freqüentavam o mesmo clube. Pude presenciar uma situação surpreendente que ilustra esse formato da ocupação da cidade:

“Regina (nome fictício), eu lembro de você. Você morava na quadra ### pelo menos até 19XX. Naquela época você devia ter uns seis ou sete anos. Eu já tinha uns dez anos”. (paciente do hospital-dia)

Essa fala surpreendeu a todos, principalmente a estagiária que além de ser reconhecida depois de quarenta anos, se descobriu nas lembranças de um paciente com pouco mais de cinquenta anos. Eles moraram na mesma quadra porque seus pais trabalhavam no mesmo lugar. Entretanto, não se viam há mais de trinta anos porque ele mudou para outra cidade. Essa situação ilustra uma fala de Minkowski (1937) que diferencia a demência da esquizofrenia.

É como se as memórias da vida fossem arrancadas como folhas de um caderno da vida do indivíduo diagnosticado com demência. Ele perdeu as informações, mas mantém um “contato realista” com o tempo e espaço. Então, se questionado onde se encontra, poderá responder objetivamente que se encontra sentado ou baterá os pés no chão para sinalizar aonde se encontra. Enquanto outra pessoa diagnosticada com esquizofrenia terá acesso às folhas do caderno de sua vida, mas elas estão completamente bagunçadas e fora de ordem. Frente à mesma pergunta sobre sua localização, sua resposta refletirá a perda do contato vital com o tempo e espaço. Então poderá confundir o lugar com a própria pessoa, ou apresentar uma percepção distorcida do tempo.

3. OS PARTICIPANTES

Campo social é um conceito de Lewin (Mailhot, 1970) para designar a totalidade dinâmica onde as relações sociais se desenvolvem. Grupos, subgrupos e outras

entidades sociais coexistem unidos por redes de comunicação ou isolados por barreiras sociais que também proporcionam interferências nas dinâmicas sociais. O *campo social* deve ser reconhecido como uma *gestalt*, ou seja, não pode ser reduzida a unidades menores porque as dinâmicas dos eventos observados só fazem sentido se o contexto e as diferentes variáveis forem levadas em conta.

Este capítulo é voltado para a descrição do campo social onde se desenvolveram as relações sociais que descrevo. Separei dois grupos principais: equipe e pacientes. As informações relativas aos pacientes foram retiradas dos relatórios confeccionados rotineiramente para os convênios que autorizam os tratamentos, enquanto as informações da equipe, que compõe um grupo menor, foram levantadas diretamente durante conversas e reuniões.

Esses não são os únicos elementos do campo social, também existem os familiares que comparecem para acompanhar o tratamento dos pacientes e a equipe de apoio que desempenha funções administrativas e a limpeza do hospital-dia. Os familiares e a equipe de apoio não terão o mesmo espaço na descrição do campo social porque a participação destes no passeio, realizado fora da clínica, é pouco visível. Durante minhas observações, houve a participação pontual de alguns familiares que serão citadas dentro do necessário e preservando o sigilo profissional.

3.1. A rotina da sexta-feira

A tarde de sexta-feira segue um tempo coletivo bastante marcado e internalizado pelos envolvidos. Após o almoço, todos descansam, fumam seus cigarros e conversam enquanto aguardam os terapeutas e estagiários que chegam para substituir a equipe que trabalhou durante a manhã.

Pouco depois das 14 horas, ocorre a reunião da equipe onde o plantonista repassa para todos a situação do centro de convivência, os episódios marcantes e a postura da equipe frente a essas diferentes situações.

Após os informes, ocorre a definição de quem vai e quem não vai ao passeio. O paciente cujo funcionamento psíquico encontra-se desorganizado demais, ou encontra-se impedido de participar por algum outro motivo é informado individualmente porque a equipe entende que ele não deve participar do passeio daquela tarde.

Existe uma lógica para definir quem da equipe vai ao passeio. A primeira é quanto a pacientes com dificuldade de realizar vínculos sociais e que se referenciam a apenas um terapeuta. A mesma regra se aplica caso um paciente não vá ao passeio e necessite de uma figura de confiança dentro do centro de convivência. A segunda regra é quanto à manutenção de uma equipe com os dois gêneros para ter sempre alguém disponível para ir ao banheiro em grupo, caso necessário. A terceira, é quem quer participar do passeio, pois é uma atividade bastante cansativa e exige bastante energia dos participantes.

Após o fechamento da reunião, um dos terapeutas vai buscar o dinheiro para custear o transporte da equipe enquanto o resto sai pelo centro de convivência para convocar todos para o passeio, conversar com aqueles que eventualmente não podem participar, e, inclusive, convencer aqueles que vacilam para participar do passeio.

Um terapeuta ou estagiário sai da clínica com os que ficaram prontos primeiro e aguardam o resto do grupo fora da clínica. Finalmente, todos saem para pegar o transporte que geralmente é ônibus público e com menos frequência com microônibus fretado. Após chegar ao local escolhido, o grupo geralmente explora o espaço enquanto conversa.

Depois naturalmente, como que instintivamente, o grupo se reúne novamente para o lanche que pode ser comunitário com participação de todos, ou em uma lanchonete. Durante o lanche, os diálogos podem seguir privativos, como confidências ou envolvendo a todos do grupo. Geralmente o grupo retoma o passeio após encerrar o lanche.

Próximo das cinco horas, horário em que se encerram as atividades na clínica, alguns pacientes começam a se despedir e retornar sozinhos para casa de ônibus, ou de carro. Outros retornam a clínica com a equipe. Dentro do ônibus, as conversas continuam, ou se silenciam, dependendo do cansaço do passeio.

Ao chegarmos à clínica, nos despedimos dos pacientes e realizamos a última reunião da equipe. Nesta reunião, os que permaneceram no centro de convivência colocam como foi a tarde, geralmente calma com a saída da maior parte dos pacientes para o passeio. A equipe que saiu para o passeio coloca o que ocorreu durante o passeio e quais as implicações. Estas reuniões são importantes como o espaço de elaboração e reflexão da atividade. Questões de manejo ou repetições são colocados e observados quanto a importância de lidar com isto para facilitar a participação dos pacientes.

Existe também uma reunião a cada seis semanas, aproximadamente, onde todos se reúnem para definir onde serão os passeios. Todos podem dar idéias, para em seguida colocar as sugestões em votação. Todos podem votar três vezes para os passeios convencionais como boliche, cinema, exposições e shopping. Para o passeio mais afastado, realizado com microônibus, é permitido apenas um voto enquanto pode votar apenas uma vez para as diferentes sugestões de passeios de microônibus que é apenas um por cada período de reunião, geralmente totalizando quatro passeios convencionais, um utilizando microônibus e uma reunião de definição.

3.2. Período de Registro

Os registros de participação dos passeios foram realizados de sete de dezembro de 2007 até vinte e sete de junho de 2008, com duas pausas na atividade.

A primeira pausa foi relativa às duas últimas semanas de dezembro onde todas as atividades são suspensas e ocorre programação de Natal voltada para o grupo reduzido de pacientes que permanecem no centro de convivência. A equipe faz uma escala e também opera com efetivo reduzido. A outra pausa também teve duração de duas semanas e foi relativa ao ensaio e produção do teatro da clínica com participação de pacientes, ex-pacientes, terapeutas, estagiários e ex-estagiários. O espetáculo foi exibido em maio, na semana da luta anti-manicomial e realmente mobilizou todos na clínica.

Eu também me ausentei para férias durante as duas primeiras semanas de fevereiro de 2008 e não ocorreu coleta.

O final do estágio do curso de especialização foi em março do mesmo ano e me ausentei durante duas semanas para análise dos dados obtidos, onde foi observada a necessidade de continuar a coleta para observar a reincidência de temas.

Entrei em contato com os coordenadores da clínica e expliquei meu desejo de voltar a participar da atividade. Os coordenadores receberam bem e autorizaram o pedido, mas condicionaram minha participação à concordância e autorização da equipe de sexta-feira à tarde.

Fui a uma reunião da equipe no dia quatro de abril e expliquei meu desejo de continuar a coleta e minha disponibilidade para continuar no papel de estagiário da equipe, disponível tanto para ficar na clínica quanto para seguir no passeio de acordo com as necessidades e demandas que a equipe precisasse atender no hospital-dia. A equipe acordou com minha solicitação, e recomecei minha participação imediatamente.

Antes do passeio do mesmo dia, foi realizada uma reunião para falar sobre a atividade com os pacientes novos e eu me apresentei de volta à equipe vespertina de sexta-feira. Fui bem recebido pelos pacientes que já me conheciam e expliquei que meu retorno era temporário para continuar a registrar os passeios para minha dissertação de mestrado.

Alguns pacientes questionaram o que eu faria exatamente e expliquei que considerava o passeio uma atividade interessante e procurava observar e entender o sentido do passeio para todos, pacientes e terapeutas. Bom, a função de estagiário foi mantida, mas o papel de pesquisador marcou algumas pessoas.

3.3. A Equipe

A equipe é formada por terapeutas, estagiários, auxiliares de enfermagem e psiquiatras. Os terapeutas são os profissionais que fazem parte do quadro de funcionários da clínica e são os responsáveis pela condução das atividades terapêuticas do hospital-dia. A maioria dos terapeutas da clínica é de psicólogos, mas existe também um nutricionista e um lingüista na equipe. Já houve também profissionais de outras especialidades como um artista plástico e um professor de dança. A variação de idade é entre 24 e 50 anos (aproximadamente).

É importante pontuar que vários terapeutas têm uma segunda profissão ou especialização como artes cênicas, música, acompanhante terapêutico, ciências sociais, filosofia, lingüística, dança, etc. A clínica tem orientação psicanalítica e todo o trabalho clínico é realizado dentro deste olhar teórico.

Os estagiários são profissionais ou estudantes que realizam o Curso de especialização em Psicologia Clínica e Capacitação em Saúde Mental do Anankê. Durante a fase de registro dos passeios, havia três turmas.

A minha turma se encontrava na última fase da formação, portanto, a mais antiga com cinco psicólogos. Todos com menos de vinte e oito anos, salvo uma exceção com mais de quarenta anos.

A turma seguinte era bastante diferente, com dois psicólogos como exceções, os outros alunos eram mais velhos, com mais de quarenta anos e faziam o estágio como pré-requisito de um curso de formação em psicanálise na cidade que exige pelo menos um semestre de experiência em saúde mental. Seus alunos eram profissionais de psicologia, direito, medicina e jornalismo que tinham uma carreira profissional e mesmo pessoal pregressa em suas áreas e investiam na concretização do projeto de se tornarem psicanalistas. Diante da exigência de permanecerem apenas um semestre para avançarem na formação, apenas quatro alunos, sendo dois psicólogos, deram continuidade à formação do Anankê. Mesmo porque uma especialização em psicologia clínica não apresenta um ganho formal para um não-psicólogo.

Agora, a composição inicial da equipe de sexta à tarde em dezembro de 2007, ou seja, início dos registros era de quatro terapeutas, sendo dois homens e duas mulheres. Havia também cinco estagiários, sendo duas mulheres e três homens. Quatro desses cinco estagiários eram da minha turma, ou seja, também se encontravam na última etapa da formação. Todos com experiência prévia em saúde mental. Quanto à formação profissional, todos são psicólogos formados com a exceção de um terapeuta nutricionista (com formação e prática em “acompanhamento terapêutico”) e um estagiário que realizava a graduação em psicologia naquela época. Dois auxiliares de enfermagem atuavam em questões como a pressão arterial, regularidade da medicação e aplicação de medicamentos injetáveis.

Com o final do curso de formação, ocorreu nova mudança na equipe. Os cinco estagiários saíram em março de 2008. Eu retornei após duas semanas para continuar as

observações para esta dissertação, mantendo o papel de estagiário. Um terapeuta saiu em abril e foi substituído por um ex-estagiário que realizou a mesma formação.

Ocorreu uma visível redução do efetivo de nove para cinco, o que deixou a equipe apreensiva quanto à realização dos passeios com grupos maiores, ou com pacientes mais dependentes que necessitam de um cuidado individual, além das eventuais ausências dos membros da equipe por motivos de saúde ou férias.

Para responder a esta situação, os terapeutas convidaram uma estagiária de outra atividade para integrar a equipe do passeio. A estagiária entrou em junho e participou dos últimos passeios que eu observei em junho de 2008.

3.4. Os Pacientes

Os dados relativos aos pacientes foram retirados dos relatórios produzidos e enviados para os convênios que autorizam os tratamentos. O uso de tais relatórios em detrimento dos prontuários foram motivados pelo manuseio mais facilitado dos arquivos digitalizados para levantamento das informações que seguem descritas a seguir.

Durante a fase de observações, circularam oitenta pacientes pela clínica. Entretanto, cada paciente tem uma indicação relativa ao próprio tratamento para utilizar o hospital-dia e não utilizam o espaço simultaneamente. Alguns freqüentam em dias alternados, outros somente durante a manhã ou tarde. Outras indicações levam em conta a quais grupos de terapia que o paciente participa e outras variáveis.

Dentro deste total, foram realizadas trinta e nove altas e cinquenta admissões. Mesmo que estes resultados aparentem grande rotatividade, muitos deles fazem readmissão após o período das férias.

Entre as altas, estão incluídas tanto as altas por abandono de tratamento quanto altas clínicas. Há também a alta por caráter burocrático, realizada para informar a interrupção do tratamento para o convênio que autoriza o tratamento.

Altas por abandono são motivadas por várias razões como rejeição e estranhamento ao tratamento da clínica, sintomas persecutórios envolvendo pessoas da clínica durante uma crise, ou até mesmo a opção da família de mudar o tratamento à revelia do paciente e da clínica.

Com relação às admissões, elas se apresentam em número superior ao de altas devido a um efeito sazonal visível que é o esvaziamento da clínica durante as festas de final de ano e o posterior aumento gradual de pacientes ao longo do ano. Incluindo aí o retorno de pacientes antigos e a admissão de novos usuários.

A variação de idade é entre vinte e setenta anos, sendo que vinte e cinco pacientes têm entre vinte e trinta anos, nove pacientes entre trinta e um e quarenta anos, dezenove pacientes entre quarenta e um e cinquenta anos, treze pacientes entre cinquenta e um e sessenta anos, e três pacientes com mais de sessenta e um anos. Onze dos relatórios observados não tinham idade registrada. Entretanto, os dados apresentados são suficientes para o perfil dos usuários do hospital-dia.

Faixa etária (anos)	20 – 30	31 – 40	41 - 50	51-60	61-70	?	Total
Quantidade de pacientes	25	09	19	13	3	11	80

A instituição utiliza a teoria psicanalítica com ênfase em Lacan como base para desenvolver o trabalho terapêutico do hospital-dia, entretanto, o registro nos relatórios utilizam a **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde**, produzida pela Organização Mundial de Saúde e conhecida

como CID-10, como ponto de linguagem comum da clínica com os diversos convênios que autorizam os tratamentos e exigem codificação do CID-10. Alguns podem inclusive, autorizar apenas uma variação reduzida de diagnósticos (somente entre F20 e F29, por exemplo).

Para apresentar os diferentes grupos de diagnóstico, eu optei pelo uso do CID-10 associado com o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiátrica) porque ambos os manuais foram desenvolvidos em busca de uma maior compatibilidade seguindo princípios comuns e porque o DSM-IV se mostra complementar apresentando mais informações quanto a questões conceituais dos respectivos diagnósticos. Eu optei pela inclusão de todos os diagnósticos, inclusive os casos de comorbidade com mais de um diagnóstico associado (dependência química e transtorno de humor, por exemplo), e as hipóteses diagnósticas em aberto onde constam propostas de diagnóstico excludente (como esquizofrenia e transtornos de humor). Portanto, segue o quadro com os diagnósticos do CID-10, e breve apresentação das diferentes categorias lembrando que existem mais códigos que o total de oitenta pacientes:

Diagnóstico	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69	Outros
Masculino	02	25	08	05	01	2
Feminino	01	20	21	04	05	0
Total	03	45	29	09	06	2

3.4.1. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

Dentro do total de oitenta pacientes, quarenta e cinco apresentam os diagnósticos ou hipótese diagnóstica com variações de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e

transtornos delirantes entre F20 a F29. Esse diagnóstico exclui episódios semelhantes relacionados com o uso de substâncias psicoativas (de F10 a F19) e de epilepsia ou de outras afecções cerebrais que devem ser enquadrado como F06.2. Elementos de episódio maníaco ou depressivo desaconselham o diagnóstico dentro dessa modalidade até a exclusão da hipótese de transtorno de humor. Os chamados transtornos esquizofrênicos podem ser episódicos ou contínuos, podem também estabilizar ou cronificar ao longo do tempo.

Essa seção centraliza os transtornos onde os sintomas psicóticos têm um aspecto proeminente no quadro. *“Apesar desses transtornos estarem agrupados (...), deve ficar claro que os sintomas psicóticos não são necessariamente considerados seus aspectos centrais ou fundamentais, e nem necessariamente têm uma etiologia comum”* (DSM-IV, pág. 303, 2002). Sobre a definição de psicótico utilizada pelo CID-10 e DSM-IV:

“O termo psicótico tem recebido, historicamente, diversas definições diferentes, nenhuma conquistando aceitação universal. A definição mais estreita de psicótico está restrita a delírios ou alucinações proeminentes, com as alucinações ocorrendo na ausência de insights para sua natureza patológica”. (pág. 303, DSM-IV, 2002)

“Neste manual, o termo psicótico se refere à presença de certos sintomas. Entretanto, a constelação sintomática específica à qual o termo se refere varia em certo grau entre as características diagnósticas. Na Esquizofrenia, no Transtorno Esquizofreniforme, no Transtorno Esquizaafetivo e no Transtorno Psicótico Breve, o termo psicótico refere-se a delírios, quaisquer alucinações proeminentes, discurso desorganizado ou comportamento desorganizado catatônico”. (DSM-IV, pág. 303, 2002)

Os manuais de psiquiatria reconhecem a falta de consenso quanto a definição de sintomas psicóticos, portanto propuseram uma definição própria que permita a associação dessa classe de transtornos em volta da evidência de um grupo de sinais mais evidentes, marcando que existem diferenças marcantes dentro desse grupo independente da associação proposta.

A esquizofrenia (F20) é o transtorno mais freqüente dentro da amostra e creio que seja fundamental apresentar a descrição do CID-10 para acrescentar alguma luz quanto à implicação desse diagnóstico:

“Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. (CID-10, retirado do site do DARASUS, 2008)

O conceito de esquizofrenia proposto mantém afinidade com a psicopatologia de Minkowski (1938) em vários detalhes (como o embotamento e inadequação do afeto, construção delirante bizarra, predominância de delírios auditivos em detrimento dos visuais), a diferença fica portanto quanto à função do diagnóstico. Enquanto Minkowski

(1938) buscou uma causalidade que nomeou como perda do contato vital com a realidade e propõe a compreensão do indivíduo para basear sua intervenção, o CID-10 e o DSM-IV buscam uma constelação de sinais que permitam o diagnóstico definitivo sem entrar em uma proposta psicoterápica, afinal, são manuais de psiquiatria cujo pressuposto é o protagonismo do uso da medicação.

Somente com a descrição de Minkowski quanto à rigidez do delírio na esquizofrenia que observei a confirmação disso no convívio com os pacientes do hospital-dia do Anaknkê.

3.4.2. Transtornos do humor (afetivos)

Vinte e nove pacientes apresentam os chamados transtornos de humor (afetivos), também conhecidos como transtorno bipolar, depressão e mania, eventualmente com sintomas psicóticos presentes, entre F30 e F39. Segue a descrição do CID-10:

“Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elevação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode freqüentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes”. (CID-10, retirado do site do DATASUS, 2008)

Os sintomas psicóticos podem comparecer nesta classe diagnóstica, mas como um desdobramento da variação exagerada do humor da pessoa. Tanto o DSM-IV quanto o CID-10 frizam quanto à importância de evitar diagnóstico de esquizofrenia em casos de transtorno do humor e vice-versa.

O aspecto que chamou minha atenção foi quanto a uma observação empírica que havia uma preponderância das mulheres nessa classe diagnóstica dentro da amostra observada. O CID-10 não faz nenhuma alusão a esse fenômeno, entretanto o DSM-IV coloca uma observação interessante baseado em suas estatísticas:

“As mulheres têm um risco significativamente maior de desenvolver Episódios Depressivos Maiores em algum momento durante suas vidas, com as maiores diferenças encontradas em estudos conduzidos nos EUA e na Europa”.

“Estudos indicam que episódios depressivos ocorrem com frequência duas vezes maior em mulheres do que em homens”. (DSM-IV, p353, 2002)

Mesmo que as duas citações sejam referentes a episódios depressivos, as descrições dos Transtornos Depressivos remetem às informações da citada página 353, e confirmam minha observação empírica dentro do hospital-dia do Anankê. Outra observação do DSM-IV que considerei pertinente é que foi observada uma maior preponderância das mulheres procurarem tratamento em comparação com os homens, facilitando a desigualdade de gênero da amostra. Quanto ao Transtorno Bipolar, o DSM-IV levantou uma incidência semelhante entre os gêneros, mas *“O que foi observado é com relação à uma diferença entre os ciclos: homens tem episódios depressivos e maníacos com a mesma frequência enquanto mulheres apresentam mais episódios depressivos e uma maior clivagem do humor”* (DSM-IV, pág 380, 2002).

Mesmo que eu tenha apresentado esses dados, não defendo nem arrisco nenhuma justificativa orgânica ou genética para as psicopatologias que apresentam uma desigualdade evidente de gênero, mas considereei pertinente a título de informação.

3.4.3. Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes

Nove pacientes com diagnóstico dos chamados transtornos fóbico-ansiosos (fobias específicas, fobias isoladas, fobia social, agorafobia, etc), transtornos ansiosos (transtorno de pânico, ansiedade generalizada, transtorno misto ansioso depressivo, etc), e transtorno obsessivo-compulsivos, entre F40 e F48. O recorte desse diagnóstico mostra-se conveniente para esta dissertação porque seleciona um grupo com baixa adesão ao Passeio da Tarde. Vejamos as descrições dos transtornos fóbico-ansiosos e dos transtornos obsessivo-compulsivos para posterior elaboração.

Quanto aos transtornos fóbico-ansiosos:

“Grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas sobre sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio, e freqüentemente se associam com medo de morrer, perda do autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica freqüentemente se associa a uma depressão”. (CID-10, retirado do site do DATASUS, 2008)

E o transtorno obsessivo-compulsivo:

“Transtorno caracterizado essencialmente por idéias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As idéias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em regra geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta, freqüentemente resistir-lhes, mas sem sucesso.(...) O transtorno se acompanha quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva”. (CID-10, retirado do site do DATASUS, 2008)

Os sintomas apresentados nessa classe de diagnóstico envolvem dificuldades especiais com as temáticas envolvidas com o Passeio que a priori são riquíssimas e inofensivas, mas podem tomar proporções assustadoras tais como: contato social com desconhecidos, ambientes abertos, situações de multidão, entre outras.

3.4.4. Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

Os códigos dessa classe variam de F60 a F69, mas todos os casos registrados são restritos a transtornos específicos da personalidade (personalidade histriônica, paranóica, anancástica e esquizóide entre outros exemplos) e foram associados com seis pacientes. Segue a descrição do CID-10 para o transtorno:

“Trata-se de distúrbios graves da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, não diretamente imputáveis a uma doença, lesão ou outra afecção cerebral ou a um outro transtorno psiquiátrico. Estes distúrbios compreendem habitualmente vários elementos da personalidade, acompanham-se em

geral de angústia pessoal e desorganização social; aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência e persistem de modo duradouro na idade adulta”. (CID-10, retirado do site do DATASUS, 2008)

O traço marcante desse grupo dentro de minha amostra é a comorbidade: quatro dos seis casos apresentam comorbidade com transtornos de humor, outro caso apresenta hipótese diagnóstica de comorbidade com esquizofrenia, restando apenas um caso sem associação do transtorno de personalidade com outros diagnósticos. Não encontrei nenhuma registro para tecer qualquer comentário quanto à diferença de gênero nessa amostra.

3.4.5. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

Essa classe de transtornos mental recebe a codificação de F10 a F19 e foi relacionada com três pacientes em comorbidade: em dois casos com transtorno esquizoafetivo e no outro com transtorno de humor. Existem outros pacientes com histórico de uso de substâncias psicoativas relacionadas com suas crises, mas não apresentam consumo compulsivo atual, portanto, não justificaria o diagnóstico. A descrição do CID-10 é auto-explicativa e dispensa comentários:

“Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico”. (CID-10, retirado do site do DATASUS, 2008)

3.4.6. Outros

Os outros dois casos foram casos isolados envolvendo causalidade orgânica como lesão, disfunção cerebral, a doença física e a transtorno global do desenvolvimento.

3.4.7. Comentários

Quanto aos diagnósticos, não observei nenhuma implicação social ou de convivência para a formação de grupos. Pelo contrário, o que pude observar é que os vínculos se constroem por identificação e convivência. Seja porque os pacientes participam da mesma atividade terapêutica, da mesma terapia de grupo, ou porque compartilham a mesma fé, ou um gosto pelo jogo de cartas, por exemplo.

Quanto ao histórico do adoecimento dos pacientes, é bastante variado. Existem pacientes com mais de 30 anos de adoecimento e até 30 internações psiquiátricas, outros que habitaram em asilos manicomial por mais de 10 anos. Também existem pacientes com mais de 50 anos que nunca foram internados, recebendo apenas acompanhamento psiquiátrico há 20 anos a partir da primeira crise. Entre os pacientes mais jovens, com menos de 40 anos, podem-se encontrar tanto aqueles que já foram internados algumas vezes quanto outros que se encontram no primeiro atendimento em modalidade de hospital-dia sem nenhuma internação anterior.

Mas pode-se observar que dentro da própria evolução e cronificação do adoecimento, os pacientes menos preservados cognitivamente e mais dependentes têm mais de 40 anos, mas comportamentos de dependência social também podem ser observados em pacientes jovens, justificados até mesmo por questões sistêmicas e familiares.

Quanto à escolaridade, também se apresenta dentro de um panorama de diversidade com 38 pacientes com ensino superior completo ou incompleto, 22 com ensino médio completo ou incompleto, 10 com ensino fundamental completo e incompleto. Existem também os 08 relatórios sem menção explícita da escolaridade, mas não é uma alusão ao analfabetismo. Observei alguns desses pacientes lerem em diversas situações. Encontrei apenas um relatório com alusão explícita ao analfabetismo do paciente.

Pode-se observar um alto nível de instrução quando comparado com a população brasileira total, entretanto, é também um reflexo indicativo do perfil sócio-econômico da clientela que esta instituição privada atende: principalmente famílias de classe média, usuárias de convênio médico onde se pode observar um maior nível de instrução formal. O nível de escolaridade dos pacientes coincide na maior parte dos casos com o histórico de adoecimento, confirmando observações do DSM-IV. Logo, quanto menor a escolaridade, mais precoce foi o adoecimento que proporcionou a interrupção dos estudos. Outro reflexo do poder aquisitivo desse grupo é que alguns deles já moraram no exterior e dominam outras línguas como o espanhol ou o inglês.

Quanto aos familiares dos pacientes, eles têm espaços específicos para comparecer como o grupo de familiares voltado para orientação dos familiares sobre o adoecimento do paciente e troca de experiências; entrevistas para discutir questões relativas ao tratamento como a regularidade da medicação e eventos abertos promovidos pela instituição como festas juninas, exposições de teatro e outras confraternizações.

Durante minha observação, 34 pacientes participaram de pelo menos um passeio, o que corresponde a quase metade dos usuários do hospital-dia no período. Não pude observar diferenças visíveis quanto à idade, gênero ou diagnóstico com relação à sugestão de lugares, ou adesão a passeios.

Talvez a única exceção tenha sido a feira botânica que teve adesão de algumas pacientes que não participaram de outros passeios. Elas utilizaram o passeio para comprar mudas, sementes, orquídeas e material para cultivo.

3.5. E os que não Participam do Passeio?

Quanto à participação do passeio, a primeira contingência é que nem todos os pacientes têm indicação para freqüentar o hospital-dia na sexta-feira de tarde. Por outro lado, a participação do passeio é livre, e eventualmente algumas pessoas comparecem especificamente para participar do passeio.

Existem justificativas variadas para não participar da atividade. Ao perguntar a um paciente por que ele não participava dos passeios, respondeu-me que participou dos passeios há dois anos atrás, mas que hoje preferia ficar no centro de convivência durante a tarde e voltar para casa um pouco mais cedo. Este paciente apresenta histórico de isolamento e quadro crônico há mais de vinte anos. Quando participa das atividades, geralmente é com a insistência dos terapeutas, mas de forma pontual e sem diferenciar as diferentes atividades com algum afeto. Diante dessa relação com as atividades, o plano terapêutico desse paciente valoriza outros espaços como a psicoterapia individual e de grupo.

Outra situação que considerei pertinente: no dia do meu penúltimo passeio, reencontrei um paciente que se surpreendeu com minha presença. Não me via há bastante tempo e imaginava que eu tinha saído da clínica. Expliquei a ele que eu participava apenas dos passeios semanais que são o tema de minha dissertação e por isso aparecia menos no hospital-dia. Perguntei a ele porque ele não participava dos passeios, respondeu-me que era difícil participar dos passeios, pois não queria ser visto

“com aquele monte de louco na rua”. Questionei o tipo de justificativa que ele utilizou, mas se limitou a responder que participaria se “todos fossem doidos de maconha”.

Este paciente detém mais recursos psíquicos que o citado anteriormente e investe de forma diferenciada nas atividades do hospital-dia. Por outro lado, além de demonstrar sua dificuldade em associar seu adoecimento com o uso de substâncias psicoativas, também revelou que rejeita a possibilidade de ser visto em público com os pacientes cronicados (fala e movimento comprometidos ou fora do considerado normal) que participam do grupo do passeio da tarde. Entretanto, não coloco o tema deste diálogo como um dos fatores da não adesão dos pacientes porque as justificativas não entraram neste aspecto, mas as outras explicações demonstravam desinteresse pela própria atividade, ou pelos locais dos passeios.

3.6.Cronograma dos Passeios

07/12/2007 – Cinema: Bee Movie – A História de uma Abelha

14/12/2007 – Boliche

18/01/2008 – Cinema: Eu Sou a Lenda

15/02/2008 – Boliche

29/02/2008 – Chácara

07/03/2008 – Habib`s

14/03/2008 – Espaço Cultural da Caixa

04/04/2008 – Shopping

11/04/2008 – Água Mineral

18/04/2008 – Reunião de Programação

25/04/2008 – Torre de Tevê

02/05/2008 – Feira do Guará

30/05/2008 – Hermida Dom Bosco

06/06/2008 – Reunião de Programação

14/06/2008 – Feira Botânica do Shopping Casa Park

21/06/2008 – Exposição Darwin

27/06/2008 – CONIC

4. RESULTADOS

Eu gastei bastante tempo olhando os relatos da atividade e tentando definir a melhor forma de apresentá-los. Um grupo desse tamanho envolvido nesse tipo de atividade proporcionou-me situações riquíssimas e apresentar essa informação de forma adequada se mostrou um desafio. A tentação inicial foi de expor as situações mais marcantes dos diversos encontros dentro de categorias cujas temáticas fossem mais evidentes como: o dinheiro, corpo e sexualidade, o ônibus, o cinema, etc... Mas descartei essa opção que ganhava espaço somente pela conveniência para mim, pois seria mais fácil expor o trabalho dessa forma com categorias separadas da forma mais concreta possível, incluindo títulos e subtítulos didáticos e explicativos.

Para expor os resultados então, eu escolhi dois relatos dos passeios por motivos específicos, mas os mantive na totalidade numa tentativa de ilustrar a riqueza e complexidade da atividade terapêutica com suas maiores (e menores!) questões e implicações para desenvolver minha análise dentro desse formato que me custou mais trabalho para articular, mas se mostrou mais justo para merecer o título de “Passeio da Tarde” e não “As Categoria que Observei no Passeio da Tarde”. Por outro lado, pela

própria extensão de cada relato, é impossível colocar todos aqui ou abordar todos os temas que compareceram.

Sobre os nomes, todos são nomes de rios e obviamente fictícios para preservar a identidade dos participantes desse trabalho. Quanto ao critério para escolha, eu comecei selecionando aleatoriamente uma lista de rios da Amazônia que nomeiam as músicas de um álbum do grupo mineiro *Uakti* chamado *Águas da Amazônia*. Após esgotar a lista do disco, decidi seguir o padrão e manter nomes de rios da Amazônia que obtive em mapas da internet. Os nomes escolhidos têm significado e origem desconhecidos, pelo menos para mim, e foi parte de uma estratégia de evitar aproximações e associações com os nomes reais. Quanto aos membros da equipe, eu atribuí nomes fictícios comuns retirados de uma lista de nomes para não se confundirem com os nomes dos pacientes.

4.1. Exposição Darwin – 21/06/2008

Jutai me cumprimentou assim que cheguei e me convidou para uma partida de xadrez (temos alguns jogadores de xadrez na clínica). Ele geralmente utiliza essa atividade para falar sobre suas expectativas, reflexões, dificuldade e o que pretende fazer. Nesta sexta-feira, ele está mais organizado e tranquilo que na semana passada onde foi proibido de participar do passeio. Durante suas crises, ele se irrita muito porque escuta as pessoas o xingando, então frente a essas situações, ele permanece na clínica até a hora de voltar para casa. Mostrou-se bastante falante e me perguntou se eu gostava dele. Respondi positivamente, mas perguntei o objetivo dessa pergunta. Ele sorriu e me explicou que não queria ter sido grosseiro comigo na última vez em que conversamos. Repliquei que entendi a situação e não me ofendi.

A terapeuta Mônica entrou no centro de convivência e Jutai levantou-se imediatamente para mostrar um livro de xadrez a ela. Ela explicou que a equipe faria a reunião do começo da tarde e que olharia o livro após a reunião. Eu me levantei e expliquei a Jutai que também precisava entrar na reunião. Ele não se incomodou, inclusive porque é uma atividade da rotina.

Dentro da reunião, Paulo de Tarso repassou que a situação no centro de convivência era de tranquilidade. Mônica e Virgínia explicaram que não poderiam participar do passeio. Virgínia então concluiu que Gilberto, Paulo de Tarso, Márcia e eu deveríamos conduzir o passeio. Virgínia fechou a reunião comentando que acabava de lembrar que na próxima semana, o passeio será conduzido novamente por Gilberto, Paulo de Tarso, eu e Márcia porque será para o CONIC. Gilberto e Paulo de Tarso sorriram e começaram a fazer piadas com as possibilidades terapêuticas do CONIC (região de Brasília que reúne grandes igrejas evangélicas, cinemas pornôs, prostituição, lojas de revista em quadrinhos e, entre outras coisas extravagantes, a mais antiga faculdade de artes cênicas de Brasília).

Após a reunião, Jutai foi novamente mostrar o livro novamente para Mônica e não quis dar continuidade ao jogo de xadrez. Em outras circunstâncias, ele insiste mais na partida de xadrez aguardando o retorno no adversário.

A proposta de Minkowski (1938) quanto à psicoterapia em saúde mental visa facilitar o convívio social e o desenvolvimento de defesas e resistências psíquicas para pessoas fragilizadas e em sofrimento. W. C. Schutz (Mailhiot, 1960), definiu e nomeou três necessidades interpessoais básicas e comuns a todos os indivíduos e que permeiam as dinâmicas de grupo e que só podem ser satisfeitas socialmente. Estas necessidades fundamentais de *controle, afeição e inclusão* falam de uma das principais questões não

só para as atividades terapêuticas desenvolvidas no Anankê para indivíduos com história de isolamento e sofrimento advindo de inadequação social, mas também para a equipe profissional que necessita dividir as tarefas de forma eficiente para lidar com o estresse embutido nesta atividade profissional.

Um grupo não é uma unidade homogênea cujos membros simplesmente se moldam para adequar-se ao coletivo. Os indivíduos aderem a um grupo no momento em que suas necessidades fundamentais são satisfeitas pelo grupo. As três necessidades interpessoais fundamentais são: *inclusão, controle e afeição*. Portanto, o convívio social é um elemento fundamental das atividades terapêuticas do hospital-dia e passível de reflexão.

Para Schultz, a necessidade de *inclusão* é a que todo indivíduo experimenta ao entrar em um grupo. Ele precisa se sentir aceito, integrado e valorizado totalmente pelos membros do mesmo. Dentro de suas peculiaridades, o indivíduo irá testar sua adesão ao grupo para comprovar que não é ignorado, isolado, ou rejeitado de alguma forma pelos que percebe como preferidos do grupo. Esta necessidade comparece principalmente nos momentos de decisão.

A reunião da equipe não tem apenas a função de repassar informações sobre o funcionamento da clínica, mas é um momento de reforçar alianças e evidenciar o subgrupo formado pelos terapeutas e estagiários que sustentam e organizam o passeio da tarde do hospital-dia. Virgínia e Mônica explicaram que não poderiam participar do passeio e se sentiram apoiadas pelo resto do grupo que se disponibilizou prontamente a desenvolver a atividade. As piadas de Gilberto e Paulo de Tarso foram breves, mas tiveram a função de confirmar a apreciação que têm junto ao grupo que se divertiu com as piadas, assim como Jutai buscou confirmar minha aceitação com uma pergunta direta (se eu gostava dele) e ao mostrar o livro para a terapeuta Mônica.

Convidamos a todos para sairmos e fomos nos reunindo do lado de fora da clínica. Enquanto o grupo se formava, Içá se aproximou de mim e disse que queria um abraço, mas em seguida, passou a mão em minha bunda. Me queixei, explicando a ela que não pode passar a mão em mim desse jeito, mas a percebi completamente indiferente. Após o passeio, durante a reunião, Virgínia comentou que conversou com Içá sobre os últimos comportamentos inadequados dela, mas ela se limitou a sair de perto perguntando se já tinham terminado de falar com ela.

Durante os passeios, Içá, nome fictício, é uma paciente que sempre mobiliza a equipe e se torna tema de discussão. Mesmo porque, ela utiliza os passeios do Anankê para mobilizar as pessoas conhecidas e desconhecidas brincando de correr atrás das crianças, ofendendo um passageiro do metrô que sentou no lugar que desejava para ela mesma.

Meu primeiro contato com ela foi marcante no sentido de não envolver nenhum conteúdo verbal. Se aproximou, olhou, tocou-me nos ombros, me cheirou e se afastou logo em seguida. Com o tempo, se sentiu à vontade para se aproximar de mim com beijos e abraços, mas logo apresentou demonstrações afetivas incomuns como tentativas de espremer espinhas e arrancar pêlos de barba.

Parte do trabalho terapêutico é pontuar o respeito às diferenças na construção de seus relacionamentos no sentido de não aplicar a mesma gama de comportamentos com todos que gosta ou desgosta. Por exemplo, enquanto eu não a deixava mexer nos meus cabelos ou espremer minhas espinhas, eu reforçava que gostava dos abraços, beijos e cheiros. Outra colega era diferente e chegava a solicitar que Içá arrancasse os cabelos brancos porque gostava. Todos na equipe insistem que esses contatos e trocas precisam

ser consensuais, marcando sempre importância de respeitar o próximo e não exercer atitudes invasivas como passar a mão na bunda dos outros, por exemplo.

Durante os passeios, ela geralmente solicitava pegar no meu braço ou de algum outro membro da equipe, mantendo intensa proximidade, mas chegando aos lugares do passeio, podia se afastar do grupo subitamente e se recusar a retornar ao grupo porque deseja realizar algo sozinha. Com tais comportamentos, ela definitivamente mobiliza toda a equipe durante os passeios, seja para evitar incidentes, seja por uma insegurança dos membros da equipe quanto às consequências de deixá-la sozinha. Durante uma reunião pós-passeio, uma terapeuta colocou um pouco do histórico de Içá e o trabalho terapêutico com ela.

No início do tratamento, ela não falava e se limitava a emitir sons de animais como cães e gatos, por exemplo. Mas a partir desses eventos que ocorreram as intervenções onde os terapeutas estimulavam a fala, perguntando o que ela queria dizer. Tanto perguntaram que ela começou a falar, mas de forma bastante pontual. Mesmo hoje ela não desenvolve muito os diálogos e eventualmente grita imitando sons de animais.

Com relação ao passeio, foi necessário novo planejamento para viabilizar a participação dela, pois eram constantes os incidentes onde ela era agressiva ou prejudicava o passeio de alguma forma. O trabalho foi bastante pontual e concreto, com inspiração comportamental e sem espaço para abstrações. Por exemplo, se um comportamento inadequado ocorresse durante o passeio, ela era informada sobre o inconveniente da situação e que não participaria do próximo passeio. Com bom comportamento, ela era elogiada e estimulada a participar de novas atividades.

Assim que o grupo se completou, seguimos para o ponto de ônibus onde Maicuru me pediu para segurar o casaco dele, pois ele evita uma dor no joelho com um salto para subir no ônibus. Enquanto aguardávamos, ele comentou que esqueceu de tomar uma medicação. Sugeri que comprasse uma água na barraca do ponto de ônibus e tomasse seu remédio, para não correr o risco de esquecer novamente. Ele voltou com um copo de água mineral e pediu-me para segurar enquanto ele pegava o medicamento. Ao me ver segurando sua jaqueta e seu copo de água, brincou que hoje era o meu dia de mordomo e rimos um pouco.

Nauta também aguardou o ônibus ao meu lado, apoiando a cabeça em meu ombro e comentou que já estava com fome. Respondi que ela poderia comprar alguma coisa para comer na Rodoviária antes de entrarmos na exposição.

Aguardamos mais um pouco e pegamos um ônibus que estava bastante cheio. Içá se recusa a atravessar a roleta e terapeuta Gilberto ficou na frente do ônibus com ela enquanto Paulo de Tarso, Márcia e eu nos espalhamos nos lugares livres do ônibus com os pacientes.

Próximo de mim, Coari me perguntou qual seria o caminho que seguiríamos da W3 Norte para a Rodoviária. Respondi como seria o percurso depois de pensar um pouco, e ele me comentou como achava que seria o percurso para chegarmos. Em seguida contou-me sobre o nome técnico do Legião, time de futebol da cidade.

Assim que descemos do ônibus, Gilberto me pediu para avisar ao resto do grupo que ele, Nauta e Içá iriam comprar comida e nos alcançar. Entramos na exposição e Içá começou a fazer brincadeiras interrompendo o guia constantemente. Manguaba a repreendeu em voz baixa para que ninguém mais a ouvisse. Nauta me cutucou e indicou as duas, como se a minha intervenção fosse necessária. Assim que cheguei perto delas, elas silenciaram e Içá se mudou sua atenção para outro objeto da exposição.

Gilberto se aproximou de mim e comentou que não estava gostando da exposição. Comentei que os pacientes e terapeutas que votaram no passeio não estavam presentes e Gilberto concordou.

A necessidade de *controle* é a forma como cada membro define para si mesmo e para outros membros as responsabilidades dentro do grupo. O controle recai sobre a estrutura, as atividades e objetos. Quem controla o grupo, qual a hierarquia e por que. O exercício do *controle* é constante, assim como Coari me perguntou como seria o percurso do passeio, o pedido de Maicuru que segurasse seu casaco foi direcionado a mim propositadamente porque faço parte da equipe. Dentro da equipe, essa hierarquia também existe no exemplo de Gilberto que pediu-me para informar aos outros terapeutas aonde ele foi com parte do grupo.

Uma reação desequilibrada à necessidade de *controle* pode proporcionar comportamentos chamados abdicatórios ou autocráticos. O comportamento *abdicatório* é de afastamento das atividades do centro de convivência. O comportamento *autocrático* reúne as atitudes típicas de indivíduos que procuram tomar o poder dentro do grupo. Mailhiot (1970) acrescenta que atitudes *abdicatórias* são comuns em pessoas de comportamento dependente, que geralmente abdicam da responsabilidade do grupo e a entregam para os membros mais carismáticos. Arrisco dizer que alguns dos pacientes colocam-se de forma abdicatória devido à própria história onde o adoecimento proporcionou as situações onde seu poder decisório foi esvaziado e questionado pelo seu círculo social e vida dentro dos asilos manicomiais. Diante da própria condição de responsabilidade zero e exclusão da estrutura hierárquica de seu campo-social, um indivíduo pode se tornar alheio ao seu grupo e abdicar das decisões por questões não relacionadas ao seu adoecimento.

Em um passeio para o boliche, onde eu seguia à frente do grupo com alguns e fui abordado por um paciente que me alcançou para pedir-me para aguardarmos a terapeuta que conduz a terapia de grupo dele, afinal, comentou que poderíamos nos perder do grupo sem a orientação dela. Repliquei que estávamos indo para um boliche muito próximo, visível de onde estávamos, e que a terapeuta e o resto do grupo nos alcançariam, mas que poderíamos esperá-lo. O paciente imediatamente relaxou e replicou que poderíamos seguir então para o boliche, agora que tinha certeza que o grupo não se perderia. Remontando à necessidade de inclusão, ele se sentiu escutado e pôde se tranquilizar.

Dentro das atividades do passeio, observei comportamentos autocráticos entre os pacientes apenas nas reuniões de definição da programação dos passeios. Para ilustrar, um paciente interrompeu mais de uma reunião para reclamar de questões alheias ao tema da reunião, aproveitando a situação para centralizar as atenções. Por outro lado, esse tipo de comportamento não compareceu durante os passeios em nenhum dos pacientes.

Parte do trabalho terapêutico visa, portanto, abrir espaço e condições para que o indivíduo se conscientize do seu campo-social e exerça a necessidade de controle de forma equilibrada para escutar e se fazer escutar pelas pessoas que fazem parte de seu meio.

Após algum tempo, observei que Içá não estava visível e saí para procurá-la. Encontrei Içá mais à frente na exposição e a chamei para nos unirmos ao grupo. Ela me respondeu que estava muito chato, então pegou no meu braço e passei a acompanhá-la pelo resto da exposição, porque eu também achava a exposição

entediante e porque Gilberto a acompanhou na primeira parte e nós revezamos o cuidado com Içá.

Nada na exposição chamou a nossa atenção, mas a relação de Içá com as pessoas na rua é sempre muito interessante: Ela se aproximou carinhosamente de uma criança e passou a mão na cabeça dela, fez uma piada que não pude escutar e a criança sorriu. Também interrompeu a apresentação de uma guia com cabelo tingido de laranja para elogiar o cabelo dela. Finalmente, entramos na loja da exposição com vários objetos que gostou, mas se deteve com duas libélulas de pelúcia. A partir daí, conversou com diferentes funcionários tentando obtê-las de graça. Diante da insistência de Içá, uma das funcionárias chegou a sugerir que pedisse a libélula de mim como presente para ela.

Içá tem uma forma bastante peculiar de lidar com dinheiro. Geralmente faz piadas, se faz de desentendida, dá a entender que não tem dinheiro, procura mobilizar a simpatia do vendedor para ganhar algum brinde. E eventualmente sai silenciosamente sem pagar como se fosse um engano, demandando a atenção da equipe para evitar a repetição de constrangimentos para o grupo do passeio.

O resto do grupo encerrou o passeio e nos encontrou na loja. Todos estavam bastante cansados, então definimos o retorno para a clínica sem parada para lanche. Como Içá insistia em enrolar para ver se alguém dava ou pagava as libélulas, eu as retirei da mão de Içá e reiterei que precisávamos seguir com o grupo.

Na saída, Nauta ofereceu jujubas que tinha comprado em grande quantidade para todos do grupo. Peguei um pacotinho em agradecimento. Içá pegou um saco de balas em forma de cobrinhas na própria bolsa e Manguaba pediu uma bala. Içá mostrou-se incomodada com a possibilidade de dividir, mas diante da insistência de Manguaba que pediu apenas um pedacinho de uma das cobrinhas, ela aceitou.

Assim que chegamos à Rodoviária, Maicuru, Nauta e Coari se despediram e seguiram para casa em separado porque eles voltam de ônibus e aproveitaram que já estavam na rodoviária.

O resto do grupo pegou o ônibus para a clínica. Todos subiram e Gilberto me pediu que seguisse na frente do ônibus com Içá. Concordei entendendo que ele estava cansado. Paulo de Tarso explicou que minha passagem estava paga e a trocadora me disse para passar a roleta logo de uma vez. Expliquei que acompanhava Içá e que ela não gostava de atravessar a roleta. A trocadora então me perguntou se Içá tinha a carteirinha de portadora de necessidades especiais para ter gratuidade no transporte coletivo. Expliquei a ela que Içá pagaria pela passagem normalmente, mas desceria pela frente do ônibus. A trocadora concordou, mas especificou que na chegada do meu ponto, eu deveria descer pelos fundos como os passageiros normais.

Acostumado com a demora de Içá para enrolar ao invés de pagar, disse a ela para pagar a passagem ainda no começo do percurso. Inclusive, em situações anteriores, ela deixou de descer na parada correta e se separou do resto do grupo enquanto evitava pagar a passagem. Ela se mostrou contrariada, mas procurou bastante na bolsa como se não tivesse dinheiro e finalmente tirou uma nota de vinte reais. Então explicou-me que não poderia pagar porque tinha apenas aquela nota. Respondi rindo que ela poderia pagar a passagem de dois reais e receber o troco sem problemas. Entendi que ela procurava gerar a situação para que eu ou alguém pagasse a passagem dela como fez na loja da exposição.

A trocadora devolveu dezoito reais para Içá que guardou o dinheiro satisfeita e separou uma nota de dois reais para oferecer para a trocadora em troca da nota de vinte reais que havia dado a ela (Içá ficaria com trinta e oito reais se a troca se efetivasse). A trocadora riu e respondeu que esta troca não poderia ser feita, mas que

concordava em trocar uma nota de cinco reais pela nota de dez reais de Içá. Içá respondeu inconformada, como se a trocadora estivesse tentando se aproveitar dela, que essa troca não seria justa e parou de insistir porque a trocadora estava rindo junto com outra passageira.

Escrevendo sobre esta situação, lembrei-me de quando tinha dez anos e recebi o troco do lanche na escola com várias notas. O atendente comentou brincando que parecia que eu tinha mais dinheiro que antes, e mesmo que o atendente estivesse brincando, lembro que tive a satisfação da sensação de ter mais dinheiro. Como se o troco valesse mais pela quantidade de notas que pelo valor total delas. Eu cito essa lembrança de minha infância porque Minkowski (1933) coloca como a percepção do tempo e espaço se expande e integra com o amadurecimento e exemplifica com a dificuldade de crianças e pessoas adoecidas a lidarem com esses eixos de nossa existência.

Mesmo que pareça um ato de esperteza, e de certa forma o foi, a relação de Içá com o dinheiro não se restringe a não querer gastá-lo, mas a atribuir um valor diferenciado ao dinheiro. Em outro passeio, Içá ficou desconsolada porque tirou várias moedas de sua bolsa e não compreendia como não era suficiente para comprar uma camiseta. Em uma reunião de equipe, uma terapeuta comentou que Içá já evidenciara valorizar mais as moedas do que o papel moeda em outras situações.

Voltando ao episódio dos vinte reais, ela entregou **uma** nota, mas recebeu **várias**, como se tivesse recebido mais dinheiro de volta. Pode ter entendido que poderia utilizar uma nota para reaver a de vinte, sem colocar em questão o valor socialmente instituído para aquele dinheiro. A gargalhada da trocadora foi típica de alguém em sintonia com a realidade (Minkowski, 1933), afinal seu trabalho é contar dinheiro e

entendeu a proposta de Içá como absurda, somente passível como piada. A constituição do pensamento descolado da realidade e sustentado por regras próprias pode adquirir um sentido cômico para um desconhecido.

Eu não apresentei os conceitos de psicopatologia de Minkowski durante as reuniões da equipe, mas era presente a compreensão que o dinheiro é parte de Içá, e, portanto, difícil dispor e se separar dele. Mais à frente colocarei outro exemplo da questão espacial e corporal para avançar nesta questão.

A rotina do hospital-dia envolve pouco ou nenhum dinheiro. Mas se presentifica nos passeios porque os pacientes precisam utilizá-lo para o ônibus, lanche e eventuais compras durante a atividade. São oportunidades interessantes, pois a questão do dinheiro dentro do passeio não se restringe em tê-lo ou não tê-lo para participar da atividade. Mas qual o sentido dele para os pacientes e como a equipe maneja este tema dentro da atividade?

Mesmo o fato do hospital-dia ser uma empresa privada permeia este tema no questionamento eventual de pacientes que acreditam que tudo deveria ser coberto pela clínica, desde telas e tintas para pintura artística, obrigatoriedade de refeições vegetarianas até a cobertura das despesas do passeio. Uma paciente chegou a colocar a preocupação de não possuir dinheiro suficiente para pagar pelas refeições de uma clínica particular, sendo que as refeições são parte do serviço oferecido pela clínica.

Quando entrei na atividade do Passeio, eu e outros estagiários questionamos entre nós se o lanche e outras despesas do passeio seriam cobertas pela clínica. Admito que foi um alívio descobrir que não precisava pegar pelo transporte, mas o lanche era pela própria conta. Foi um questionamento informal porque este tema não surgiu na reunião da equipe, mas começou com perguntas entre os estagiários e finalmente perguntei diretamente a uma terapeuta com quem me sentia mais à vontade e repassei

para os outros estagiários. Marco esta questão da descoberta informal porque também fui questionado fora da reunião por outros estagiários mais novos quanto ao dinheiro ao invés de perguntar diretamente. Eventualmente, os terapeutas também colocavam que acreditavam que a clínica poderia (ou deveria) cobrir pelo menos parte da alimentação. O estabelecido oficialmente é que o hospital-dia paga as despesas de transporte e eventualmente a participação de alguém da equipe em algum jogo, brinquedo ou alimentação, desde que tenha a justificativa de acompanhar os pacientes ou preencher uma atividade como o boliche.

Quanto aos pacientes, alguns gerenciam o próprio dinheiro sem gerar implicações coletivas e não se torna uma questão evidente para a equipe, pelo menos no sentido terapêutico, mas existem casos bastante marcantes como o de Içá.

O dinheiro também compareceu em outras situações como parte da dinâmica social, outra participante do passeio geralmente pede a um terapeuta ou estagiário que guarde seu dinheiro e solicita andar de mãos dadas durante o passeio porque sente-se muito desprotegida na rua numa atitude desequilibrada de *inclusão* com um comportamento de *abdicação*.

Retornamos sem mais incidentes e durante a reunião, repassamos os eventos da tarde na clínica e no passeio. Virgínia comentou que uma paciente foi agressiva durante a tarde.

Márcia comentou que achou esse passeio muito cansativo, pois ela acompanhou uma senhora idosa que solicita passear de mãos dadas durante todo o passeio e Jutai demandou muita atenção dela durante toda a tarde, como uma sombra a seguindo. Virgínia questionou se ninguém pôde revezar com ela. Eu comentei que revisei Içá com Gilberto.

Fim do relato

Esse comportamento de Jutai remete à necessidade interpessoal de *afeição*. O termo não remete à afeição no sentido convencional, mas designa a necessidade do indivíduo de obter provas que é valorizado e aceito dentro do grupo como insubstituível ou necessário, seja pelas habilidades, seja como pessoa. Um comportamento desequilibrado nesta necessidade pode ser observado em sujeitos com comportamento *hiperpessoal*, que exigem relações privilegiadas, exclusivas e possessivas com membros do grupo. Jutai utiliza os passeios e outras atividades dessa forma, solicitando conversas individuais, jogos de dupla e fala muito baixo, de forma que para ser escutado, precisamos nos concentrar e nos aproximar bastante. Por vezes, solicitava que um terapeuta ou estagiário(a) trocasse de lugar no ônibus para sentar-se ao lado dele independente do que estava fazendo. A resposta da equipe é revezar a atenção e o cuidado com ele, pois é um caso crônico e antigo, mas seus excessos são pontuados quando inadequados. Outro aspecto do desequilíbrio dessa necessidade *afetiva* eram as constantes perguntas aos membros da equipe se gostavam dele, ou pedidos de desculpas por situações onde ele se julgava grosseiro.

O comportamento *hipopessoal* remete a pessoas (estagiários, terapeutas e pacientes) que não investem nas relações dentro do grupo, negando as próprias necessidades *interpessoais*. Geralmente não querem ou não conseguem desenvolver relações, evitando os conteúdos envolvidos na administração das relações com outros indivíduos e com a participação do grupo. São diversos os casos de pacientes com histórico de isolamento que são convocados a integrar as atividades de grupo, sendo que muitos deles necessitam de um suporte direto (e gradual) para suportar estas trocas

interpessoais, obtendo ganhos talvez perceptíveis apenas ao longo de anos de trabalho terapêutico.

A *afetividade*, como as outras necessidades, geralmente comparece de forma praticamente despercebida dentro de uma conversa desprovida de fim ou interesse específico além da própria troca. Uma vez, Maicuru me contou satisfeito que seu time de futebol estava na liderança do campeonato regional de Brasília, e, sem querer, passei a acompanhar o campeonato para falar sobre futebol com ele. Este exemplo pode parecer banal, mas eu não torço por nenhum time de futebol e não acompanho nem a Copa do Mundo. Após surpreender meu irmão corintiano com comentários pertinentes sobre o andamento do campeonato brasileiro, reparei como o futebol ganhou importância para mim. A verdade é que o futebol era importante para várias pessoas (funcionários, terapeutas, estagiários, pacientes) no hospital-dia, e sentia falta de acompanhar estas conversas.

Outro exemplo semelhante foi relacionado com a música. O fumódromo da clínica tem um aparelho de som onde vários discos são colocados para tocar durante todo o dia. Então me descobri obtendo essas músicas pela internet para escutá-las em casa, especialmente *The Beatles* e *The Clash*. Mesmo que eu possa dizer que sempre gostei destas bandas, havia anos que não as escutava em minha casa.

Estes dois exemplos ilustram como o convívio dentro de um grupo nos contamina, ou melhor, proporcionam trocas inevitáveis que permeiam a comunicação e outros fenômenos dentro do grupo.

Depois do estágio, o futebol saíria despercebido de minha vida, não fosse o exercício de refletir sistemática e diariamente quanto à minha experiência para a dissertação. Quanto à música, tenho escutado outros estilos e outras bandas, provavelmente relacionadas com outros grupos em que estou inserido atualmente, mas

escutar *The Beatles* tornou-se uma hábito, principalmente enquanto escrevo esta dissertação.

4.2. Chácara – 07/03/2008

A equipe se reuniu para definir como seria a tarde do passeio, Virgínia comentou que uma paciente encontrava-se em crise e solicitando internação (bastante desorganizada e um pouco agressiva), demandando um cuidado e atenção especial. Renato solicitou a companhia de mais um terapeuta no centro de convivência porque estava sem vínculo com os novos pacientes porque acabou de voltar de férias e ainda estava doente. Virgínia assentiu em ficar no centro de convivência com Renato porque participou do último passeio nesta chácara. Mônica e Paulo de Tarso disputaram no “par ou ímpar”, com vitória para Paulo de Tarso ir participar do passeio. Foi definido então que além de Renato, Mônica e um estagiário ficariam no centro de convivência. Como a chácara é muito bonita e todos queríamos ir, pedimos alguns minutos para definir qual de nós não iria ao passeio.

Sáimos da reunião e chamamos os dois estagiários atrasados para decidirmos qual estagiário ficaria no centro de convivência prestando suporte para os pacientes que não fossem para o passeio. Geralmente a definição de quem participa ou não do passeio é mais espontânea, mas nesse caso eu acreditava que seria necessário um sorteio. Todos nos sentamos e imediatamente fiz as seguintes perguntas em tom cômico:

- Quem quer ir levanta a mão! (todos levantamos)*
- Quem participou da reunião de equipe? (todos menos Gilberto e Fernanda)*
- Quem trouxe comida para o lanche comunitário? (todos exceto Gilberto)*

Antes de fazer a próxima pergunta em clima de piada, Gilberto se levantou e disse que ficaria no centro de convivência. Antonio questionou, então perguntamos novamente a Gilberto que confirmou.

A decisão saiu a partir de minhas piadas, mas não foram contestadas por conveniência porque todos desejavam participar do passeio. Quando fiz essas perguntas, estava brincando com uma constante no discurso psicanalítico apropriado pela instituição com relação a atrasos, faltas e outras eventualidades (como esquecer a participação no lanche) que possam interferir no trabalho porque podem ser “fugas inconscientes” para evitar contato com a parte desgastante do trabalho em saúde mental. Entretanto, independente da piada, eu pontuei algumas justificativas para pontuar meu investimento e participar da atividade.

Mailhiot (1970) descreve duas modalidades distintas de comunicação. A *consumatória* que é desprovida de interesses além da própria socialização decorrente da conversa. Posso citar o nascimento de meu interesse por futebol descrito no tópico anterior para corresponder à conversa com Maicuru como exemplo. A outra modalidade de comunicação é chamada *instrumental*, e é definida pela presença de uma intenção evidente ou não na comunicação, como ocorre em uma propaganda publicitária ou como ocorreu nas minhas perguntas cômicas onde tentei convencer alguém do grupo de estagiários a desistir para que eu não corresse o risco de ser excluído através de um sorteio ou de outra forma. Dentro desse processo de decisão em grupo, creio que seja pertinente citar Mailhiot (1970):

“Quanto mais forem espontâneas as vias de acesso ao outro e menos formais os canais de comunicação, mais a comunicação com ele tem possibilidade de tornar-se adequada e autêntica”. (Mailhiot, pág. 75, 1970)

Como no passeio para a exposição Darwin ocorreram piadas durante a reunião da equipe, fica evidente mais um processo decisório a partir de uma piada, reforçando o caráter informal e espontâneo das comunicações construídas dentro desse grupo ao longo da formação em saúde mental que durou um ano e meio. Neste caso, não houve *ruído* (Mailhiot, 1970), ou seja, a impossibilidade de captar a intenção real do emissor da mensagem devido à intimidade obtida até aquele momento. Por exemplo, eu falava abertamente sempre que questionado que respeitava o que fosse melhor para a equipe, mas se pudesse, iria a todos os passeios. Inclusive os mais cansativos, porque gostava da atividade e porque registrava as informações para minha pesquisa de mestrado. Entretanto, é importante marcar que esse tipo de piada não ocorria entre a equipe e os pacientes salvo algumas exceções com pacientes cujo vínculo se encontrava estabelecido para evitar ambigüidade, e se houvesse, procuraríamos facilitar o entendimento do que foi dito.

“Quanto mais as comunicações intra-grupo forem abertas, positivas e solidárias, mais as comunicações inter-grupos terão possibilidades, em consequência, de serem autênticas e de não servirem de evasão ou de compensação a uma falta de comunicações internas em seu próprio grupo”. (Mailhiot, pág 73, 1970)

Arrisco dizer que somente com a construção de vínculos de solidariedade que se viabiliza a atividade do passeio como eu e Gilberto fizemos com Içá e para evitar a

sobrecarga que Jutai exigiu de Márcia e a deixou exausta. Outro exemplo se encontra abaixo com Mônica negociando para participar do passeio de forma que só foi possível com a cumplicidade dentro da equipe:

Logo em seguida, procuramos organizar os pacientes e carregar a comida para o ônibus. Durante este processo, Mônica terapeuta designada para ficar no centro de convivência negociou com os outros terapeutas para participar do passeio porque ficariam apenas poucos pacientes.

Após guardar toda a comida e embarcar os pacientes, começou uma desavença: A paciente Içá começou a se queixar porque queria sentar-se no lugar de Caeté, alegando que sempre vai sentada na frente. Içá foi agressiva desde o primeiro instante, chamando Caeté de vaca. Uma estagiária ofereceu o próprio lugar ao lado de Caeté, mas Içá recusou porque queria exatamente o lugar de Caeté, deixando sua implicância mais evidente.

Caeté mostrou-se irritada com a situação e permaneceu em silêncio sem responder os xingamentos até propor à estagiária que trocasse de lugar com ela, para que Içá pudesse ir no lugar escolhido. A sugestão não adiantou porque agora Içá exigia que os dois lugares fossem cedidos para ela porque ela sempre anda sozinha. Diante de mais uma exigência (implicância), Caeté desistiu de cooperar com Içá ainda mais exaltada e agressiva.

Propus a Içá que se sentasse em outro lugar porque poderia se machucar, respondeu-me agressivamente que só ia na frente, e que iria de pé no motor do ônibus. Silenciei e olhei para o terapeuta Paulo de Tarso que até então estava sentado no fundo do ônibus. Paulo de Tarso foi à frente e falou de forma pausada e firme, mas sem exceder com a voz ou com grosseria: “Você vai descer daí, você não pode ficar aí, sua

atitude não é adequada e você não pode fazer isto. Desça.” Içá desceu do motor imediatamente, mas permaneceu de pé e mostrando-se incomodada. Quanto à resposta instantânea de Içá para Paulo de Tarso, creio que foi devido ao vínculo construído entre os dois ao longo dos anos garantindo que a mensagem fosse recebida prontamente.

Mônica e Virgínia finalmente subiram no ônibus e começamos o passeio. O motorista indicou a Içá que ela poderia ir sentada no motor do ônibus, mas ela reclamou do percurso o tempo inteiro e xingou o motorista de barbeiro algumas vezes com o balanço do ônibus.

A comunicação *instrumental* desequilibrada de Içá evidencia uma coisificação do outro que se apresenta como uma violência personificada na disputa por um lugar no ônibus. Tal comportamento pode ser definido como *autocrático* (Mailhiot, 1970) e o convívio em grupo somente ocorre dentro de uma escala de poder hierárquico porque os outros membros do grupo não se sujeitam e não embasam o comportamento de Içá.

“Seu egocentrismo degenera cedo ou tarde em autismo ao ponto em que só seu interesse é lei e o grupo não tem, a seus olhos, razão de existir ou de evoluir senão para sua glória”. (Mailhiot, pág. 83, 1970)

O trabalho terapêutico com Içá avançou bastante entre o momento em que ela não imitava rugidos de animais sem palavras e a fase atual onde ela tem algumas dificuldades, mas verbalizou seu desejo de sentar-se na cadeira, e mesmo reclamando, se conformou e se submeteu ao fato que não podia simplesmente xingar e expulsar Caeté para satisfazer seus desejos e expectativas.

“A capacidade de comunicar de modo adequado com o outro, de reencontrá-lo psicologicamente e de com ele estabelecer o diálogo não é um dom inato mas uma atitude adquirida por aprendizado. Somente aqueles que aprenderam a abrir-se ao outro e a se objetivar a seu respeito tornam-se capazes de trocas autênticas com ele”.
(Mailhiot, pág, 89, 1970)

À partir do comportamento do grupo que contrariou as expectativas de Içá, abriu espaço para o aprendizado que não é o centro do grupo e que precisa reconhecer o(s) outro(s) para obter uma comunicação mais adequada dentro do nosso grupo à partir de uma concepção *alocêntrica*. Mailhiot (1970) descreve três importantes etapas no desenvolvimento da autenticidade, ou seja, de se comunicar expondo a si mesmo e compreendendo o outro.

A primeira etapa é a *objetivação de si mesmo*:

“Uma fonte constante de nebulosidade nas comunicações com o outro é a distancia e a diferença que existe entre a imagem que alguém tem de si e a imagem que os outros têm dele.” (Mailhiot, pág 106, 1970)

O trabalho terapêutico visa unificar o conceito de si mesmo com o conceito que os outros fazem de você para a partir daí compreender como e porque as pessoas se comunicam com você.

A segunda etapa do desenvolvimento da autenticidade é centrada no outro, em busca de identificar e reconhecer os cortes e montagens perceptivos convenientes que fazemos para justificar mitos e preconceitos aprendidos em nossas vidas. A partir desses

trabalho, você pode se relacionar com o outro de forma mais íntima e autêntica. É aprender a passar do impessoal ao pessoal.

A terceira etapa é da *transparência*. Mailhiot (pág, 108, 1970) explica como um processo de demonstrar adequadamente o que você sente e pensa. Como contraposição, ele exemplifica que quanto mais crenças preconceituosas, maior a tendência das pessoas guardarem para si suas opiniões e impressões.

Outro momento com Içá quanto ao trabalho de comunicação autêntica ocorreu de forma bastante ilustrativa durante o lanche: eu perguntei a ela se preferia um refrigerante dietético e ela me respondeu de forma grosseira que queria o refrigerante normal. Respondi imediatamente que não gostei e não entendi porque ela me tratou daquela forma, pois eu perguntei a ela sobre o refrigerante dietético porque achava que ela era diabética. Içá imediatamente pediu desculpas por ter me tratado daquela forma, fez um carinho na minha barba, disse que não tinha diabetes e que podia tomar refrigerante normal.

Assim que chegamos na chácara, carregamos toda a comida para a casa e Juruá apareceu com o rosto arranhado e sorrindo. Mônica perguntou preocupada o que aconteceu e ele respondeu que Içá o arranhou no rosto enquanto passava e que na próxima iria revidar. Içá respondeu que bateu nele porque ele “passou por trás dela para comê-la”. Na reunião da equipe de fechamento das atividades, entendemos que Içá estava mobilizada com a discussão dentro do ônibus e que pode ter se sentido ameaçada com Juruá.

Minkowski (1933) descreveu um estudo de caso de psicopatologia na dimensão do espaço vivido onde as pessoas acessavam todos os pensamentos do paciente descrito,

mas creio que Içá apresenta uma construção da constituição corporal marcante e distinta da convencional que vale uma interpretação.

Durante um passeio, Içá disse a Maricuru que iria “comer o rabo dele” (sic). Bem humorado, ele respondeu rindo que era melhor não, pois ficaria sem o rabo. Esta fala chamou a atenção porque pode ser associada com uma insinuação de sexo. Entretanto, o que Içá queria dizer com aquilo? Esta foi a pergunta que eu carreguei durante algum tempo.

Em outros passeios, repetiu novamente esta fala, mas voltada para vários “rabos”, inclusive o meu. Somente com duas situações distintas pude especular quanto ao significado dessa palavra/experiência para ela.

A primeira é o episódio descrito acima onde Içá arranhou o rosto de Juruá porque ele “comer seu rabo”, mostrando que se sentia ameaçada pela perspectiva de ocorrer algo bastante ameaçador. Pelo outro lado, Juruá tem um discurso bastante sexual e se comporta de forma bastante agressiva em algumas situações, facilitando o sentimento de ameaça em Içá. Em outro passeio, vi Içá espremer um sinal (mancha de pele) nas costas de uma terapeuta até minha intervenção, pontuando que ela apenas machucaria a terapeuta apertando aquele sinal. Assim que Içá soltou a terapeuta, disse que “ia comer o rabo” dela, mas se corrigiu imediatamente e falou “já comi o seu rabo”.

Refletindo quanto a estes exemplos e ao comportamento de Içá, a expressão “vou comer seu rabo” me remetia a uma evidente conotação sexual, não porque esta expressão é comumente utilizada para designar penetração anal, mas pela forma como ela falava. Aliás, se eu não entendia o que Içá queria dizer com minha imaginação, parece que ela também se confundia, oscilando entre o desejo de “comer” a terapeuta para a correção de que já a “comeu”.

Eu questionei como outro estagiário percebia esta fala, e ele respondeu-me que poderia ser “comer” literalmente, no sentido gastronômico, abrindo espaço para uma interpretação psicanalítica relativa ao prazer da fase oral. Essa justificativa fez bastante sentido porque Içá realmente se aproxima das pessoas com beijos, cheiros e apertos demonstrando muito prazer enquanto o faz.

Comparei então as diferentes situações: Quando Içá falou do “rabo” da terapeuta, ela falava também do total acesso que teve para experimentá-la enquanto espremia as costas, procurava cabelos brancos, apertava e cheirava. No outro lado, Içá nunca teve esse pleno acesso comigo, sempre pontuei coisas que ela podia me beijar e abraçar, mas não podia passar a mão na minha bunda, espremer meus cravos, e principalmente não me machucar com seus beliscões.

Concluí então que a expressão “comer o rabo” tem para Içá uma dimensão sexual relacionada principalmente com o acesso e ao outro. Nessa perspectiva, ela se sentiu bastante ameaçada quando se viu de costas para Juruá que poderia ter acesso livre a ela e não hesitou em arranhá-lo no rosto para evitar essa intrusão de seu espaço/corpo.

Fernanda e Virgínia ficaram na casa com alguns pacientes enquanto o resto do grupo saiu para nadar em uma represa próxima. Xingu guiou o grupo, e, assim que entramos em uma trilha, Içá falou agressivamente que não iria porque não andava em trilhas. Respondi que a trilha era segura e todo o grupo estava andando pela trilha sem problemas. Içá respondeu que sentia medo, mas e entrou na trilha segurando meu braço. Fizemos a maior parte da trilha de mãos dadas, orientando onde ela deveria pisar. Tivemos que passar debaixo de uma cerca, e foi marcante porque vários pacientes são obesos, têm dificuldades de locomoção e idade avançada. No último

trecho da caminhada, Içá seguiu o caminho vacilando bastante e passou a se apoiar mais em mim porque o terreno era mais íngreme.

A barragem na verdade foi um garimpo que atingiu uma mina de água e preencheu a área escavada. Coari entrou primeiro aproveitou a água turva para tirar a sunga e mostrar para o grupo como uma piada. Canumã perguntou se seria a única mulher, e todas responderam que ela seria a representante feminina. Nadamos, observamos a paisagem e conversamos. Após algum tempo, o pessoal que não nadou começou a chamar para irmos embora, mas o grupo dentro da água preferiu ficar mais um pouco. Terapeuta Mônica comentou que quem quisesse poderia voltar na frente. Caeté respondeu que os homens sempre olham as mulheres e que dessa vez ela não sairia enquanto não visse os homens de frente e de costas após saírem da água. O retorno ocorreu sem incidentes depois que Caeté observou todos saírem da água.

A questão de gênero é o primeiro fato evidente nessa situação que se confirmou nos outros dois passeios onde pudemos nadar e pegar sol. As mulheres não se expõem com roupas de banho, salvo as exceções que foram as pacientes e uma, mais jovens, com menos de quarenta anos. Associei essa questão com o excesso de peso, efeito colateral comum em usuários de medicação psiquiátrica e com certeza apresenta implicações com a vaidade além da evidente questão de saúde. Içá, por exemplo, se recusa a aparecer em fotos. Há também uma parcela considerável do grupo cuja perda do contato com a realidade (Minkowski, 1933) comparece através da indiferença com as atividades (esquece a roupa de banho) e destinação do passeio (quando tem piscina). Pelo outro lado, sobram os olhares em cima daqueles que se expuseram e os visíveis comentários, piadas e elogios. Durante um desses passeios, um terapeuta desabotou a camisa e Nauta fez questão de tirar fotos de vários ângulos enquanto o elogiava.

O lanche iniciou assim que chegamos e a paciente Tarauacá sentou-se ao meu lado e me chamou pelo meu nome. Comentou que ficou muito preocupada comigo porque permaneci de pé no ônibus que nos trouxe para a chácara. Respondi que a viagem foi tranqüila e que ela não precisava se preocupar comigo, inclusive porque eu provavelmente retornaria de pé. Tarauacá respondeu que eu era muito ingênuo e especial, um anjo caído do céu e voltou a repetir um padrão comigo onde especula entre uma origem divina com poderes curativos e a possibilidade de ser o XXX, homem com quem ela deseja se casar. Agradei novamente os elogios, mas expliquei a ela que era o estagiário Demétrius e não o homem XXX, não vou me casar com ela e que não tenho poderes curativos.

O momento da refeição é marcado em todos os passeios. É o momento onde as pessoas se agrupam em conversas sobre diversos temas, muitas vezes envolvidos com temas do passeio e questões pessoais. Mostrando-se como situações riquíssimas para o trabalho do acompanhante terapêutico.

Yukon e eu nos conhecemos no hospital-dia, mas somente após uma internação breve em outra clínica onde eu trabalhei (o Anankê não oferece internação 24 horas) que nosso vínculo se aprofundou. Ele se encontrava muito persecutório em uma crise onde se sentia muito ameaçado e angustiado após o terceiro (ou quarto?) furto à sua casa. Como resposta aos constantes assaltos, ele procurava vigiar a casa e ficou ainda mais desorganizado com a irregularidade do sono. Em estado persecutório, o trabalho para convencê-lo da internação em uma clínica desconhecida passou pelo fato de eu também me encontrar vinculado ao Anankê como estagiário naquele período, instituição de referência para ele.

Durante alguns passeios, Yukon me perguntava o que eu iria comer e repetia o pedido. Comentava que estava curioso para saber se era bom e me perguntava como ia meu trabalho naquela internação. Dentro desta relação, pode-se observar o exercício das necessidades de controle e afeição, pois ele confirmava o status profissional responsável pela internação de outra clínica que garantia um “elo” entre estas duas instituições e se aproximava através da alimentação.

Quanto à conversa descrita com Tarauacá, era recorrente e sempre direcionada a mim. Uma terapeuta especulou que talvez fosse por causa do meu cabelo cacheado e minha altura, que para Tarauacá deveria parecer um gigante, facilitando a personificação de um anjo para ela cujos delírios envolviam constante conteúdo religioso e o desejo de casar com XXX. A transferência dentro do trabalho de saúde mental se diferencia no momento em que você pode personificar de forma concreta a origem do afeto positivo ou negativo. Essa postura de contrariar o delírio informando que não sou XXX é parte de um trabalho para abrir espaço para a construção de outras relações, produzindo algo novo.

Um dos terapeutas chamou todos para pegarmos as coisas e subirmos no ônibus para retornarmos. Mais tarde em reunião, comentaram que Xingu quis dar uma orquídea para Janaina para que ela lembrasse dele durante a floração, mas a flor já estava reservada para outro cliente do caseiro. Xingu quis negociar com o caseiro, mas Janaina comentou que ele não deveria se endividar para dar um presente.

No retorno, Içá sentou-se num dos bancos que recusou a se sentar na ida para exigir o lugar de Caeté, mas voltou a fazer reclamações para Virgínia que sentou-se justamente no motor onde Içá foi na ida. Virgínia respondeu as reclamações com bom humor, pontuando que onde estava sentada podia olhar os pássaros. Após o retorno do

passeio, reunimos a equipe e falamos sobre o evento. Repassamos a questão de Içá com o lugar no ônibus e Janaina foi parabenizada pela condução da situação da orquídea que Xingu ofereceu a ela.

Fim do relato.

5. CONSIDERAÇÕES

Eu não me atrevo a nomear este capítulo como conclusão porque dediquei as cem páginas anteriores à descrição e justificativa de uma prática aberta para a busca a mudança e a construção do novo. Minha crítica reside justamente naquele diagnóstico desprovido de visão terapêutica que cristaliza e imobiliza a identidade e a vivência do sujeito em suas possibilidades e alternativas como se não houvesse mais nada a ser feito além de observar e registrar. Peliccioli (pág. 107, 2004) concluiu seu mestrado pontuando que a conclusão em si é muito perigosa porque *“os fechamentos teóricos e éticos geralmente nos conduzem para uma espécie de enclausuramento do qual dificilmente queremos sair devido a sua comodidade”*. Portanto, eu pretendo expor algumas reflexões e expectativas, marcando que este trabalho não marca uma conclusão, mas o início de uma nova fase profissional.

O acompanhamento terapêutico em grupo surge como uma alternativa que atende a proposta de Minkowski (1927) que o trabalho terapêutico em saúde mental não utilize ocupações e atividades repetitivas, mas que abra espaço para que o indivíduo possa se colocar como sujeito e construir sentidos para si através de suas produções nessas atividades. O retorno à rua é a alternativa para retirar o indivíduo do isolamento do manicômio onde resta apenas a *necrose social* descrita por Mailhiot (1970) como a completa estagnação social e a impossibilidade de satisfação das próprias necessidades

sociais. A rua oferece um campo-social vivo e rico, repleto de possibilidades onde possa investir em relacionamentos, sentir-se acolhido, escutado, e possa inclusive, oferecer a escuta e acolhimento.

O passeio facilita, ou intensifica alguns fatores envolvidos na gênese e manutenção do grupo ao expor os participantes às ruas da cidade. O grupo se evidencia em contato com a população nos ônibus, nos shoppings e nas exposições de arte. Mesmo os casos individuais que citei surgiram a partir de um convívio de grupo, e duvido que pudesse comparecer em outros espaços ou *settings* terapêuticos de forma tão evidente e regular como pôde ser trabalhado no passeio. Tenho a convicção que minha aproximação com Içá se intensificou a partir dos passeios, pois nosso contato transcendeu os contatos corporais restrito a abraços e acrescentou diálogos sobre os lugares e situações que vivemos juntos.

Acredito que a presença dos estagiários dinamiza o ambiente terapêutico do centro de convivência. A rotatividade ajuda a marcar a passagem do tempo dentro da clínica, pois a cada seis meses entra uma nova turma e sai a turma mais antiga que completou um ano e meio. Como grupo, todos (terapeutas, pacientes e estagiários) se mobilizam para se adaptar à entrada dos novos membros e saída daqueles que concluíram a especialização. Para os pacientes é mais uma oportunidade para satisfazer as necessidades interpessoais, treinar suas habilidades sociais dentro do grupo e lidar com os temas envolvidos com a separação dos estagiários que saem. Os novos estagiários abrem espaço para o estabelecimento de novas relações transferenciais que podem proporcionar situações terapêuticas importantes.

Diante dos visíveis efeitos terapêuticos não apenas do passeio, mas das outras oficinas oferecidas pelo hospital-dia onde realizei minha especialização clínica. Marco a minha crença na importância de capacitar profissionais para uma prática de saúde

mental humanizada e crítica para evitar o exercício da clínica enclausurada pelas certezas teóricas e éticas. Pessoalmente, a experiência do passeio e do hospital-dia modificou a minha postura clínica devido às intensas trocas interpessoais dentro de um campo-social onde encontrei espaço para questionar e transformar minha prática profissional. Creio que o contraste entre minha melodia pessoal (Minkowski, 1937) e as melodias das pessoas que conheci ao longo dessa experiência evidenciaram minha música de forma que eu pudesse compreender mais de mim.

Próximo de concluir minha dissertação, deparei-me com uma série de questionamentos ainda em aberto, e recordei de uma fala de meu orientador Norberto no capítulo de conclusão de sua tese de doutoramento:

“Tentei escapar do ritmo industrial imposto à produção acadêmica. Com quem devo “explicar-me” se concluo esse trabalho com o sentimento de não ter atingido a síntese entre êxtase e forma, sem o que não há dança?” (Abreu e Silva, pág 110, 1988)

Mesmo que o próprio exercício da escrita tenha proporcionado reflexões importantes, a expectativa de aprofundar minha caminhada dentro do estudo da fenomenologia na clínica não foi plenamente satisfeita e permanece em aberto. Na verdade, fica a sensação de ainda engatinhar enquanto meu *élan vital* (Minkowski, 1970) continua me guiando em direção à possível concretização de minhas expectativas de vida e acadêmicas.

Cito uma fala do cineasta Tarkovski sobre o tempo:

“O tempo em que a pessoa vive dá-lhe a oportunidade de se conhecer como ser moral, engajado na busca da verdade: no entanto, esse dom que o homem tem nas mãos

é ao mesmo tempo delicioso e amargo. E a vida não é mais que a fração de tempo que lhe foi concedida, durante a qual ele pode (e, na verdade, deve) moldar seu espírito de acordo com seu próprio entendimento dos objetivos da existência humana. No entanto, a rígida estrutura na qual ela se insere torna nossa responsabilidade para conosco e para com os outros ainda mais flagrantemente óbvia. A consciência humana depende do tempo para existir”. (Tarkovski, pág 65, 2002)

O trecho é parte de uma reflexão sobre a natureza e a função do tempo na existência humana onde o cineasta expõe e justifica sua crença quanto a necessidade de utilizar e apresentar o tempo no cinema como uma dimensão da existência humana. A opinião do artista sintetiza minha percepção quanto ao atravessamento do tempo na constituição dos sentidos pessoais e profissionais na minha existência.

Portanto, eu encerro esse texto mais pela exigência formal dos prazos estabelecidos, pois meus desejos permanecem os mesmos que motivaram minha entrada no mestrado, além da consciência quanto à complexidade e impossibilidade de aprofundar em todas as possibilidades do trabalho de acompanhante terapêutico em grupo. Marco meu desejo que o acompanhamento terapêutico em grupo ganhe mais espaço e reconhecimento no universo acadêmico para que as discussões possam evoluir e explorar as possibilidades dessa tecnologia ainda pouco divulgada da reforma anti-manicomial.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU E SILVA, N. N. (1988) Fragments da Metamorfose: cuidado materno e cuidado psicoterapêutico. São Paulo: Editora da USP.
- ABREU E SILVA, N. N. Atualidade da obra de Eugène Minkowski. 2004. B Ac P Psi. Ano XXIV, n. 2/04 – Maio-Agosto 2004, pp. 50-62.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington, DC
- BARRETTO, K, D. (2000) Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: UniPaulo de Tarso Editora.
- CAIAFFA, R. (1991). O Acompanhante Terapêutico e a Rua – O Social como Constitutivo do Acompanhamento. In: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico (p. 93-100). Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (org.) São Paulo: Escuta.
- CARROZZO, N, L, M. (1991). Campo da Criação, Campo Terapêutico. In: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico (p. 31-40). Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (org.) São Paulo: Escuta.
- CARVALHO, S, S. (2002). Acompanhamento Terapêutico: Que Clínica é Essa? Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- COELHO, C. F. M (2008). Convivendo com Miguel e Monica: uma Proposta de Acompanhante Terapêutico de Crianças Autistas. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

- GIOSO F A , BONALUME K F, YABIKU L T, PEIXEIRO M H & AGUIRRE M.
Rumo a Marte – ensaio sobre o grupo de passeio em um hospital-dia [ensaio na internet]. São Paulo, 2005 [acesso em 23 julho de 2008]. Disponível em: http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/F_Gioso_K_Bonalume_L_Yabiku_M_Peixeiro_M_Aguir.pdf
- LUFT, C. P. (2000). Micro Dicionário Luft. São Paulo: Ática
- MARAZINA, I. (1991). Comentários. In: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico (p. 119-124). Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (org.) São Paulo: Escuta.
- MAILHIOT, G. B. (1970). Dinâmica e Gênese dos Grupos: Atualidade das descobertas de Kurt Lewin. São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- MINKOWSKI, E. (2000). La Esquizofrenia: Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. México DF: Fondo de Cultura Económica. Traduzido do original francês “La Schizofrénie” – Paris: Éditions Payot & Rivages, 1927.
- MINKOWSKI, E. (1999). A noção de contato em prática. (Tradução em manuscrito por Norberto Abreu e Silva Neto). Em E. Minkowski, *Traité de Psychopathologie* (pp. 665-681). Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.
- MINKOWSKI, E. (1970). Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies. Evanston: Northwestern University Press. Traduzido do original francês “Le Temps Vécu: Etudes phénoménologiques et psychopathologiques” – Paris: Éditions Payot & Rivages, 1933.
- MINKOWSKI, E. (1967). Existencia: Nueva Dimensión em Psiquiatria y Psicología. Madrid: Editorial Gredos. Traduzido do original inglês “Existence: A new dimension in psychiatry and psychology”. New York: Basic Books, 1958.

- OMS. CID-10 [base de dados na internet]. Brasília: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde. 2008. [acesso em 2008 dez 05]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>
- PELLICCIOLI, E. (2004). O trabalho do Acompanhamento Terapêutico em Grupo: Novas Tecnologias na Rede Pública de Saúde. Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia da Universidade Católica do rio Grande do Sul.
- QUINET, A. (2007). As 4 + 1 Condições da Análise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- RIO, J. (2008). A alma encantadora das ruas. Belo Horizonte: Garnier
- TARKOVSKI, A. (2002). Esculpir o Tempo. São Paulo: Martins Fontes