

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NÉRY

**GRUPO OPERATIVO NO HOSPITAL-DIA
uma alternativa de atendimento
em saúde mental**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

FRANCISCA BEZERRA DE OLIVEIRA

DIGITALIZAÇÃO:
SISTEMOTeca - UFCG

Rio de Janeiro
Dezembro, 1991

GRUPO OPERATIVO NO HOSPITAL-DIA uma alternativa de atendimento em saúde mental

Francisca Bezerra de Oliveira

Dissertação submetida ao Corpo Docente da Escola de Enfermagem Anna Néry da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito necessário à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:

Profa. *Bernardete Elisa*
(Presidente da Banca)

Profa. *Sonia Regina da Silva Furtado*

Profa. *Eliane P. Telmo Braga*

Rio de Janeiro, RJ - Brasil
Dezembro, 1991

OLIVEIRA, Francisca Bezerra

Grupo operativo no Hospital-Dia: uma alternativa de atendimento em saúde mental. Rio de Janeiro, UFRJ, EEAN, 1991.

xi, 170 f., ilust.

Dissertação: Mestre em Enfermagem

-
1. Grupo Operativo 2. Alternativa terapêutica 3. Saúde Mental
4. Tese

I. Universidade Federal do Rio de Janeiro
II. Título

ORIENTADORA:

Profa. Dra. Berenice Xavier Elsas

CO-ORIENTADORA:

Profa. Tania Regina da Silva Furtado

"O doente mental é marginalizado, tem poucas chances de conquistar um emprego e viver dignamente. Um marginal tem maiores chances de conquistar um espaço na nossa sociedade do que o doente mental".

Participante do grupo operativo

Novamente a Júlio, companheiro de prazer e de caminhada, com quem discuti cada aspecto do trabalho e que me possibilitou, com amor, a coragem e o estímulo para assumir este desafio.

A minha família, sempre.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho resulta da colaboração de muitos. Alguns contribuíram com alguma palavra, comentando, informando, sugerindo, influindo na elaboração da pesquisa. Outros facultaram-me livros e documentos necessários e indispensáveis. O esforço e a boa vontade de muitos foram necessários para a "conclusão" desta dissertação. São todos generosos, credores de minha gratidão, e também realizadores deste trabalho.

À Professora Dra. Berenice Xavier Elsas, orientadora e amiga, que com sensibilidade e competência me conduziu à realização deste trabalho.

À Professora Tania Furtado que, como supervisora e co-orientadora, esteve comigo nesta empreitada de aprendizagem teórico-prática. Mesmo estando empenhada na conclusão de seu doutorado, encontrava tempo para me ajudar e me orientar. Infatigável.

À Professora Dra. Tereza de Jesus Sena, enfermeira e, sobretudo, ser humano integral, de uma fraternidade sem fronteiras, justa, amiga.

À Jeannie, Mônica e Selma, que partilharam comigo os momentos de supervisão, assim como a prática do grupo operativo.

Ao analista e amigo Jorge Márcio, que esteve presente nesta minha caminhada, com sua ferramenta possibilitou-me compreender minhas limitações e contradições, bem como pelos comentários, cujos inteligentes pontos de vista abriram alternativas ao processo deste estudo.

À amiga Magda, que leu e comentou comigo alguns capítulos, trazendo valiosos subsídios às minhas reflexões.

Ao Professor João Moreira de Andrade Neto, que dedicou muito de seu valioso tempo revisando os originais deste trabalho.

Aos amigos Carlos Augusto, Palmyrena, Rita, Wilma, Estela, Zezé e Ana Amorim, pelo estímulo, verdade e encontro.

Aos colegas e amigos do Departamento de Ciências Exatas e da Natureza do Centro de Formação de Professores do CAMPUS V UFPB, pela amizade, apoio e cooperação.

Aos amigos do IP/UFRJ, pela generosidade com que me receberam e apoiaram; para cada um, o desejo de que cheguem a ouvir estrelas.

E aos participantes do grupo operativo, de quem muito aprendi... me ensinaram entre outras coisas, a ver na diferença, na singularidade, a marca do humano demasiado humano.

Enfim gostaria de reafirmar minha profunda gratidão pelas pessoas que citei e pelas pessoas que embora não estejam aqui citadas contribuíram de várias maneiras para a concretização deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo aborda a atividade terapêutica de grupo operativo para clientes psicóticos assistidos em regime de Hospital-Dia. A partir da intervenção prática nesta atividade, e tendo como referencial metodológico a abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação, descreve-se o processo terapêutico , grupal, destacando seus momentos mais significativos com ênfase no discurso dos participantes. Em seguida, faz-se um recorte das representações sociais destes sobre a realidade que os cerca através dos temas mais freqüentemente abordados nas sessões realizadas. Conclui-se, afirmando que esta modalidade pode-se constituir numa alternativa de atendimento em saúde mental, uma vez que os participantes desenvolvem um papel ativo/crítico durante o processo grupal, bem como ocorre um aprendizado de maneira gradual e mútua entre clientes e técnicos em relação à atividade proposta.

ABSTRACT

The present study has an objective of attention the therapeutical activity of operative group to psychotic clients assisted by regime of Day Hospital. The group therapeutical process is described from practical intervention in the mentioned activity, the methodological referencial being the qualitative approach "research-action", highlighting its most significant moments with emphasis on the participants speeches. Following that, there's a "cut" of the social participants representations in contrast with the reality surrounding them, through the most frequent subjects appearing on the section. The conclusion is that this modality can be an alternative in mental health assistance, since the participants develop active/critical role during the group process, as well as there is a gradual and mutual learning between clients and technicians related to the proposed activity.

SUMÁRIO

Apresentação	1
Capítulo I - Hospital-Dia: Raízes Históricas	7
■ Considerações preliminares	7
■ A Psiquiatria no Brasil: da modalidade asilar à modalidade Hospital-Dia	13
■ O Hospital-Dia do IP/UFRJ	30
Capítulo II - Grupo Operativo	55
■ Questões iniciais	55
■ Teoria e técnica de Grupo Operativo	57
Capítulo III - O Estudo	79
■ Colocações iniciais	79
■ Metodologia	80
Capítulo IV - A Experiência do Grupo Operativo no Hospital-Dia, do IP/UFRJ	96
■ Dados preliminares acerca da experiência	96
■ O processo grupal	104
■ Categorização dos temas mais abordados no e pelo grupo	124
■ Análise das representações sociais	128
Considerações Finais	146
Bibliografia	152
Anexos	167
Anexo I - Formulário de observação do grupo operativo ...	167
Anexo II - Perfil da clientela atendida no Hospital-Dia	169

APRESENTAÇÃO

Entendemos que todo trabalho teórico tem nas inquietações, nas interrogações e buscas de um sujeito em sua relação com o meio social, a sua fonte de inspiração, que o remete a uma imersão na teoria para refletir a sua relação com a realidade, desencadeando assim o processo de construção do conhecimento. Processo este que se dá por uma série de aproximações com a realidade que, sendo tão complexa, é infinitamente mais rica do que qualquer teoria, qualquer pensamento que possamos ter sobre ela¹.

Acreditamos também que construir um objeto de estudo "é, antes de mais nada, e sobretudo, romper com o senso comum, quer dizer, com representações compartilhadas por todos, quer se trate dos simples lugares comuns da existência vulgar, quer se trate das representações oficiais, freqüentemente inscritas nas instituições, logo, ao mesmo tempo na objetividade das organizações sociais e nos cérebros². É por em causa os objetos pré-construídos, é, antes de tudo, provocar uma conversão do olhar. Trata-se de produzir, senão "um homem novo", pelo menos "um novo olhar". É correr riscos...³.

Nesta perspectiva, este estudo se baseia em dois princípios teórico-filosóficos fundamentais: (1) Ninguém tem a verdade do conhecimento sobre a doença mental uma vez que ela está ligada a múltiplas determinações; (2) a psiquiatria tanto pode ser uma prática de libertação quanto uma prática de dominação dependendo dos fins a que serve.

A partir dessas idéias básicas, podemos afirmar que em nossa sociedade, historicamente, os doentes mentais foram e continuam a ser tratados, na maioria das instituições psiquiátricas, como pessoas privadas de direitos humanos. A estigmatização social é tão marcante que o testemunho dessas pessoas, sobre o que acontece nos espaços intra e extra-muros, é considerado, muitas vezes, sintomas de doença. Parte significativa desses sujeitos nunca teve sequer ocasião de "falar", de reivindicar, porque, ao longo dos anos foi condenado ao mutismo, ou seja, foi impedido de expressar sua historicidade e singularidade em seu universo. Além disso, as pesquisas realizadas na área de saúde mental são feitas, geralmente, a partir da perspectiva dos técnicos e não da visão dos seus usuários.

Portanto, desde o momento que iniciamos este trabalho, foi prerrogativa nossa tentar desenvolvê-lo a partir da concepção dos usuários, pois temos como pressuposto básico que não há nada mais sério e significativo do que as falas desses sujeitos. Isto equivale a dizer que suas visões de mundo estão implicadas em todo o processo de construção do conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho.

Com efeito, interessa-nos, aqui, estudar a atividade de grupo operativo para clientes psicóticos no Hospital-Dia/IP e quais as transformações ocorridas nos participantes durante o processo grupal. Assim sendo, este estudo tem como objetivos básicos descrever o processo terapêutico de grupo operativo

nesta instituição, destacando seus momentos mais significativos com ênfase nas falas e/ou discursos dos sujeitos, bem como destacar e analisar os temas mais freqüentemente abordados pelo grupo.

Trata-se não da negação da diferença, mas sim a busca de um caminho para resgatar a plena dimensão humana de pessoas que costumam ser vistas sob o prisma exclusivo da estigmatização. E, como tal, abre perspectivas insuspeitadas para integração e aceitação dessas pessoas que são, antes de mais nada, "gente como a gente".

Quando decidimos estudar a questão de grupo operativo para clientes psicóticos, sabíamos das dificuldades e dos riscos que corriamos. O terreno era cambiante, contraditório, desafiante. Mesmo assim decidimos enfrentá-lo. Algumas razões nos impulsionaram para a concretização desses objetivos, entre elas: o compromisso com a realidade concreta na tentativa de estabelecer a relação dialética teoria/prática; experiências já vivenciadas com atividades grupais, referente a Clínica Santa Helena da cidade de Cajazeiras - PB; assim como a excelente oportunidade que nos foi proporcionada pelo Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ que, através de intercâmbio científico com o Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria/UFRJ, possibilitou-nos vivenciar a prática de trabalhos terapêuticos grupais.

Por último, por razões de ordem intelectual, tratava-se de obter respostas, de satisfazer curiosidades tais como:

- Como se dá o processo de desenvolvimento do grupo operativo?
- É possível aplicar esta técnica terapêutica a clientes considerados psicóticos?
- Este instrumento operativo possibilita uma participaçãoativa e crítica dos sujeitos nas sessões grupais?
- Quais os momentos mais significativos do processo grupal?
- Quais as representações sociais do grupo acerca da realidade que o cerca?

Temos certeza de que as possibilidades de temas não se esgotam neste trabalho, em nenhum momento ele se pretende acabado ou magistral. Busca apenas possibilitar pistas e indicações para um estudo mais amplo das questões suscitadas.

Esse senso de relatividade e de utopia, parafraseando Minayo⁴, é que une este trabalho a todos os esforços daqueles que buscam uma investigação mais "científica" na área de saúde mental: "a partilha da idéia de que o conhecimento é um processo infinito e não há condição de fechá-lo numa fase final, assim como não se pode prever o final do processo histórico, embora o projetamos como politicamente democrático e socialmente igualitário para ser ecologicamente saudável".

Esta é a inspiração deste trabalho que, em termos de exposição, desdobra-se num conjunto de quatro capítulos. No primeiro capítulo pontuamos os principais movimentos ocorridos no campo da Psiquiatria na Europa e Estados Unidos, em busca de apreendermos suas relações e influências na gênese da assistência psiquiátrica no Brasil. Em seguida, realiza-se uma

análise histórica da psiquiatria brasileira desde a modalidade asilar à modalidade de internação parcial - Hospital-Dia; destaca-se, também, o surgimento da enfermagem psiquiátrica. Trata-se de possibilitar uma compreensão mais geral e real da questão da saúde mental, na medida em que, a nosso ver, neste estudo, faz-se necessário esse conhecimento.

No segundo capítulo, aborda-se a teoria e a técnica de grupo operativo com ênfase, nos temas centrais que permeiam sua construção teórica. Estão aí discutidos os motivos que levaram Pichon-Rivière⁵ ao desenvolvimento de um pensamento pluridimensional; os postulados básicos que o levaram aos conceitos de saúde mental e doença mental; o conceito de grupo operativo; os momentos que o caracterizam; os papéis desenvolvidos de cada um dos participante do grupo e, por último, o Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO) grupal.

Em seguida, no terceiro capítulo, faz-se uma descrição da metodologia adotada no estudo, ou seja, fala-se da pesquisa "qualitativa", da pesquisa-ação, dos procedimentos adotados na coleta de dados, bem como do perfil da clientela alvo desta pesquisa.

Por fim, no quarto capítulo, descreve-se a riquíssima experiência do grupo operativo no Hospital-Dia/IP. Tenta-se assinalar os momentos mais significativos do processo grupal e processa-se também uma análise das representações sociais dos participantes sobre a realidade que os cerca, a partir das temáticas mais discutidas nas sessões realizadas.

Referências Bibliográficas

- 1 - MOURA, Eliana Amorim. Função social do profissional de serviço social no processo de organização popular. Algumas indicações preliminares - um estudo de caso. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1983, p.1.
- 2 - BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. p.34.
- 3 - Ibid, p.49.
- 4 - MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. Tese de Doutorado. Escola de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz do Rio de Janeiro, 1989. p.18.
- 5 - PICHON-RIVIERE, Enrique. O processo grupal. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986. 107 p.

CAPÍTULO I

HOSPITAL-DIA: Raízes Históricas

■ Considerações preliminares

Entrar no campo da Psiquiatria e tentar compreender seu processo histórico é, de um lado, penetrar numa área polêmica, onde há questões não resolvidas, onde o debate tem sido perene e não conclusivo e, por certo, demanda estudos mais profundos para sua melhor compreensão. De outro lado, é reconhecer, como um dos princípios fundamentais, que as formas de tratamento psiquiátrico, a doença mental e o saber que a reconhece são contraditórios e historicamente determinados, e que ninguém tem a verdade do conhecimento sobre a doença mental, uma vez que sua determinação está ligada a múltiplas causas. Destarte, interessa-nos aqui pontuar os principais movimentos ocorridos no campo da psiquiatria na Europa e Estados Unidos, para que possamos apreender, numa perspectiva histórica mais ampla, suas relações e influências na gênese da assistência psiquiátrica no Brasil e, principalmente, de uma "nova" prática na área de saúde mental, que possibilitou o surgimento da modalidade terapêutica de internação parcial - Hospital-Dia. Todavia, é bom frisar que as teorias psiquiátricas européias e norte-americanas "nunca foram" nem "nunca serão", incorporadas à cultura brasileira sem que antes sejam submetidas a modificações.

Como marcos significativos para o surgimento de uma nova concepção e prática psiquiátrica, destacamos: a elaboração da Teoria Psicanalítica; as Comunidades Terapêuticas; o Movimento Anti-Psiquiátrico; o Movimento de Psiquiatria Comunitária e, por último, o Movimento Anti-Institucional.

Foi a partir da elaboração da Teoria Psicanalítica por Freud, em fins do século XIX, considerado por FOUCAULT¹ "como um movimento de despsiachrização", que ocorre uma ruptura com as teorias organicistas e positivistas da psiquiatria clínica e uma reposição noutros termos da problemática da doença mental. Sob a visão organicista está a idéia que há sempre uma causa orgânica na origem de uma perturbação psíquica. Freud, ao descobrir o inconsciente e o papel importante que ele desempenha na vida do homem, pôs em evidência a psicogênese da doença mental ou seja, a doença foi colocada na dimensão psicológica do homem².

Essa descoberta, porém, encontrou inicialmente grandes resistências na área psiquiátrica, uma vez que rompeu com a causalidade orgânica, um dos pilares sobre o qual se erigiu a psiquiatria. "Reconhecer a psicanálise era, de certo modo, por em causa os fundamentos da psiquiatria e contribuir para a sua demolição"³.

Assim, para FLEMING⁴ e CERQUEIRA⁵, é com a Segunda Guerra Mundial e todas as suas consequências, que ocorrem transformações na estrutura asilar. A crítica ao sistema psiquiátrico tradicional radicaliza-se e finalmente a psicanálise encontra campos de ação. Sem dúvida, esse novo

conhecimento representou uma verdadeira "revolução" no campo psiquiátrico, constituindo-se como base para formulação teórico-prática de atividades grupais, dentre elas: O Psicodrama de Moreno, o Grupo Operativo de Pichon-Rivière, as Comunidades Terapêuticas de M. Jones.

Paralelamente, na Inglaterra, observa-se um número elevado de neuroses e outras perturbações afins, decorrentes da Segunda Guerra. Os modelos da psiquiatria asilar se revelam incapazes de atender esses casos. Surge um movimento de reforma nas instituições psiquiátricas. Dentro dessa perspectiva, em 1942, são criadas por Maxwell Jones, as primeiras Comunidades Terapêuticas. Em linhas gerais, elas se apóiam no princípio segundo o qual "todo doente mental apresenta dificuldades nas relações inter-humanas" e propõe "grupos terapêuticos" como a forma básica da prática psiquiátrica⁶.

Podemos assinalar que a criação das Comunidades Terapêuticas contribuiu de forma significativa para "a introdução dos primeiros Hospitais-Dia psiquiátricos por Cameron no Canadá, e Bierr, na Inglaterra, respectivamente em 1946 e 1948"⁷, assim como inspiraram um outro movimento muito mais radical e contestatório - O Anti-psiquiátrico - o qual teve e continua tendo grande repercussão em toda Psiquiatria ocidental.

A Anti-psiquiatria desenvolvida no início da década de 60, na Inglaterra, por David Cooper e Ronald Laing,

questiona a psiquiatria como instituição, o conceito de doença mental e os tratamentos psiquiátricos.

A partir da perspectiva de transformação da prática psiquiátrica, FLEMING⁸, citando Cooper, diz que este leva a cabo uma experiência numa unidade de um grande hospital psiquiátrico. Ele coloca numa enfermaria, a "vila 21", jovens considerados esquizofrênicos. Inspirando-se nas Comunidades Terapêuticas, tenta criar um "lugar de vida", onde os pacientes possam sair de sua passividade e assumirem-se enquanto pessoas participantes da realidade, ou seja, de sua cotidianidade. Para tanto, tenta por fim às relações hierárquicas instituídas e à disciplina imposta aos pacientes pelos profissionais de saúde. Ao final da experiência, que durou de 1962 a 1966, verificou-se que a percentagem de recaídas era muito menor do que com métodos de tratamento tradicionais.

Mas, o fato mais importante, que convém salientar, é que, os anti-psiquiatras não limitaram a sua ação ao campo da psiquiatria, empreenderam também um movimento de críticas às estruturas sociais, em particular à família. Nessa dimensão, a "loucura não se passa dentro do homem mas entre os homens; trata-se pois de procurar a sua origem na sociedade e mais particularmente no grupo onde ela se manifestou, e de encontrar a sua significação na rede de relações inter-familiares ou outras em que o paciente se encontra implicado"⁹.

"Dentro da perspectiva anti-psiquiátrica, a loucura (e mais particularmente a psicose) é considerada como uma crise durante a qual o indivíduo tenta libertar-se de imposições contraditórias. Trata-se de um comportamento, nem absurdo nem insensato, que o indivíduo adota quando se encontra numa situação conflituosa da qual não consegue sair senão, adotando um disfarce (que pode ser o delírio) ou fechando-se sobre si próprio¹⁰.

Um outro movimento que teve influência na prática psiquiátrica no Brasil, foi o Movimento de Psiquiatria Comunitária, proposto por Caplan, nos Estados Unidos, nos anos 60. Suas raízes se assentam na "promoção da saúde pela via da comunidade", e exercendo-se para tanto, a "prevenção em nível primário, secundário e terciário". Seus pressupostos baseiam-se na idéia de que através "da participação, auto-ajuda, oportunidades sociais, etc", os problemas de saúde e, por extensão, os problemas sociais, como tensões e conflitos, seriam minorados e superados.

Finalmente, surge na Itália, mais especificamente nas cidades de Gorizia e Trieste, o movimento Psiquiátrico Democrático, considerado por muitos teóricos como um movimento anti-institucional, cujo principal ideólogo foi Franco Basaglia.

Basaglia, em suas proposições, dá uma dimensão essencialmente política à questão da psiquiatria. Afirma que o hospital psiquiátrico serve apenas para dar limites aos desvios humanos, para marginalizar o que está excluído da

sociedade e que a transformação virá quando, dia após dia, destruirmos os mecanismos da instituição. E isto deve acontecer com a participação da comunidade.

A partir destas questões básicas, este autor faz uma intervenção prática nos manicômios das cidades de Gorizia e Trieste, respectivamente em 1961 e 1971, propõe a transformação destes numa verdadeira Comunidade Terapêutica. A equipe técnica tinha um caráter terapêutico essencialmente libertador e buscava contribuir na formação de uma consciência, onde o doente entenderia a sua situação de excluído. Essa tomada de consciência seria progressivamente convertida numa ação de contestação da sociedade. Em síntese, a equipe conseguiu introduzir nas Comunidades Terapêuticas uma nova dimensão nas relações sociais: a hierarquia foi contestada, os doentes passaram a desenvolver determinadas atividades, foram criados locais de encontro, de reunião, onde os problemas surgidos passaram a ser discutidos coletivamente¹¹. Nessa perspectiva, Basaglia, ao proferir uma conferência na cidade de São Paulo, em 1979, referindo-se a experiência de Trieste fez a seguinte declaração: "começamos com um manicômio de 1200 pessoas e hoje, depois de 8 anos de trabalho, não existe quase ninguém nessa estrutura. Não pensem que os matamos. O fato é que essas pessoas tentaram a reintegração social, conosco, com a sociedade e a comunidade"¹².

■ A Psiquiatria no Brasil: da modalidade asilar à modalidade Hospital-Dia

Estudos realizados por diferentes autores, como MEDEIROS¹³, COSTA¹⁴, entre outros, situam na primeira metade do século XIX, no Brasil, o início da hospitalização dos doentes mentais. Antes, estes viviam nas ruas, ou eram recolhidos às prisões por vagabundagem ou perturbações da ordem pública, outros eram colocados em celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia.

A hospitalização dos chamados "loucos" aparece no cenário brasileiro e atende a uma dupla função: por um lado aos reclamos da população contra o livre trânsito dos loucos pelas ruas da cidade devido à perturbação da paz social, e por outro, às reivindicações dos alienistas que passam a exigir a construção de asilos especificamente destinados aos doentes mentais. Exigia-se para eles tratamento "digno" e científicamente fundamentados. Mas, citando Machado In SOUZA¹⁵, "este discurso humanitário em face dos loucos recobria um projeto de medicalização da loucura que integrava uma estratégia mais ampla de construção de uma medicina social, preocupada com o enquadramento do espaço urbano e a eliminação de todos os males que obstaculizassem a sobrevivência ordenada das cidades. Assim, a construção dos asilos deveria não só preservar a ordem pública mas também evitar que os efeitos da desordem se irradiassem para todo o corpo social, solapando o projeto de construção de uma sociedade disciplinada".

Nessa perspectiva, cria-se no Rio de Janeiro, em 1841, o primeiro hospício, chamado D.Pedro II, constituindo-se o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Inaugurado em 1852, pretendia significar o tratamento aos doentes mentais, elevando-os à categoria de objeto da ciência e eximindo-os da assistência em instituições religiosas. Sua criação pioneira abre a seqüência de construções de asilos em várias das principais cidades brasileiras, nas quais se adensava a população e se complexificava crescentemente a vida social¹⁶.

"Os hospícios que vão sendo criados têm características em comum: surgem principalmente naqueles lugares onde já se registrava a tendência a retirar das ruas os considerados loucos; atendem aos reclamos dos que se sensibilizaram com a precariedade dos locais (prisões, porões de hospitais gerais, masmorras) que lhes são destinados; são construídos em sítios afastados dos centros mais habitados"¹⁷.

Como consequência, o hospício passa a constituir o locus demonstrativo e efetivo do saber dos que se consideravam os iluminados no tratamento da doença mental. O poder-saber em saúde dá-se, principalmente, por representantes desta área, através de críticas à assistência prestada nas instituições religiosas, em razão da ausência de qualificação científica, acompanhada da ausência de legislação especial para essa assistência.

Machado In MIRANDA¹⁸, diz que:

"nesta queda de braço, poder do Estado (Academia de Medicina) e Poder Clerical (irmandade imperial da Santa Casa de Misericórdia) nasceu a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente conhecida: o psiquiatra".

Em 1890, com o advento da república, o hospício D. Pedro II passa a chamar-se Hospício Nacional dos Alienados e coloca-se sob a tutela do Estado. COSTA citando Maia, nos diz que apesar de sua vinculação ao Estado, o Hospício Nacional

"é simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não há treinamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização"¹⁹.

Moreira In MIRANDA²⁰, destaca que, após a constatação destas deficiências no Hospital Nacional dos Alienados, tanto a nível de infra-estrutura quanto assistencial hospitalar exercida por pessoal não qualificado e agravada com a saída das religiosas do Hospício (a versão oficial diz que as irmãs de caridade abandonaram repentinamente os quinhentos infelizes do Hospício), levam a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, em 27 de setembro de 1890, pelo Marechal Deodoro da Fonseca, chefe do Governo Provisório da República. Essa escola, posteriormente denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, inspirou-se na Escola Salpetière, na França. Portanto não no chamado sistema Nightingale.

"Embora fora do modelo Nightingale, e, portanto fora da chamada Enfermagem Moderna, a Assistência de Enfermagem no Brasil, legaliza-se quase que simultanea-

*mente ao alvorecer do século XX, sob forma de organização pré-Nightingale e, portanto, pré-moderna, dentro do asilo e para prestar assistência ao louco brasileiro*²¹.

E quem era este doente mental que habitava os primeiros asilos? Era o desvalido, o "brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos três "pês": pobre, psicótico e preto"²².

Com o surgimento do capitalismo emergente no Brasil, no início do século XX, ocorrem mudanças no quadro político-econômico e social do país, estabelecendo-se novas formas de exigências; a reprodução da força de trabalho e o consequente processo de reprodução do capitalismo. Em 1912, a psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma e, desta data, até a década de 20, ocorre um aumento importante no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. A partir daí, os psiquiatras destacam o valor e a importância do trabalho, tanto terapêutico como no suporte financeiro para a sustentação dos estabelecimentos. Este é o período de construção das colônicas agrícolas - entre elas, a colônia do Engenho de Dentro e a colônia de Jacarepaguá, respectivamente em 1911 e 1923, no Rio de Janeiro. Na Paraíba, surgiram em 1928, o Hospital-Colônia Juliano Moreira e Sanatório Clifford Beers, construídos pelo Estado com verbas que sobraram do combate a endemias rurais do governo do paraibano Epitácio Pessoa²³.

"No Brasil, a entusiástica adesão à política de construção de colônias agrícolas, não se deu apenas por exclusão das outras estratégias terapêuticas de eficiência duvidosa, mas também por ter encontrado ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento (...). Procurou atender às necessidades do incipiente capitalismo brasileiro..."²⁴.

Paralelamente à construção de Colônias agrícolas em todas as regiões do país, em 1923, foi criada a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), financiada pela Fundação Rockefeller, sob a orientação de enfermeiras norte-americanas, treinadas segundo o Sistema Nightingale. A criação desta escola, que mais tarde denominou-se Escola de Enfermagem Anna Néry, "não incluiu o louco na sua clientela, pelo menos no período 1923 - 1926, e só vai desenvolver estágio nesta disciplina, em 1949, no Hospício Engenho de Dentro"²⁵.

Pode-se afirmar que, a partir dos anos 40, "o ensino de enfermagem psiquiátrica (nas escolas Carlos Chagas, Anna Néry e Escola da Bahia era ministrada de forma similar. Um psiquiatra ensinava a parte teórica, as patologias e as síndromes psiquiátricas, organizadas de acordo com o modelo organicista francês e alemão, sobretudo. O ensino da enfermagem propriamente apresentava peculiaridades que variavam de eminentemente prático ao burlesco"²⁶.

Por que a enfermagem psiquiátrica nasceu mal no Brasil? Esta prática nasceu mal no país "não exatamente porque a primeira escola que sistematizou este ensino não obedecia

aos princípios da Reforma Nightingale. O equívoco não foi de uma estrutura pedagógica, utilizada mas uma opção alicerçada em um imaginário consolidado sobre o louco, e apoiada por questões político-ideológicas²⁷.

Neste sentido, este profissional não veio para atender a um investimento na melhoria da assistência ao doente mental, mas como nos diz MIRANDA²⁸, "para viabilizar, dentro do hospício, as possibilidades concretas do discurso psiquiátrico brasileiro tornar-se científico. Tradicionalmente a enfermagem prepara o corpo do paciente para que outros profissionais produzam seus saberes. Desta mentalidade, a enfermagem psiquiátrica não "pode"^{*} escapar. Ao contrário, para esta clientela silenciada, emudecida na exclusão das instituições totais, não era preciso qualificação".

Por outro lado, a prática psiquiátrica brasileira nos anos 20 e 30, estava impregnada pelo discurso eugenético através da Liga Brasileira de Higiene Mental. Os psiquiatras eugenéticos acreditavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente, por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro. Portanto, era preciso adotar medidas de prevenção da incidência das doenças mentais recorrendo às noções de higiene psíquica individual (ideologia do embranquecimento racial) e higiene social da raça (ideologia da pureza social).

(*) Aspas nossas

Para Jurandir Freire Costa, as propostas da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), baseavam-se na noção de prevenção eugênica nascida da psiquiatria nazista. Dessa maneira, para os "menores incorrigíveis", os alienistas propunham que se empregassem três medidas profiláticas contra estes casos: "a) combate ao alcoolismo e à syphilis dos procriadores; b) evitação das reuniões de indivíduos tarados; c) segregação e esterilização dos degenerados de acordo com o parecer de comissões technicas"²⁹.

A eugenica, em sua etapa de higiene psíquica, interessava-se unicamente pelos indivíduos saudáveis e doentes. Seu único objetivo era o de preservar as gerações futuras das doenças de seus antecedentes. Só posteriormente a eugenica passa a preocupar-se com a saúde da raça e não a do indivíduo. A eugenica, desde então, passa a ser considerada higiene social da raça e a higiene mental passa a ser entendida como uma aplicação dos princípios à vida social.

Em 1941, é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), cuja política adotada caracteriza-se pelos acordos estabelecidos com os Estados para construção de hospitais e ambulatórios de higiene mental. No entanto, são hospitais que guardam as características comuns de serem Hospitais-Colônias, construídos em instalações precárias escondidas atrás de fachadas imponentes, obrigando a rápidas mudanças³⁰.

Podemos afirmar que a despeito de algumas propostas e tentativas isoladas como a de Ulisses Pernambuco em Recife,

que na década de 30, preconizava uma psiquiatria extra-hospitalar, com ambulatórios, hospitais abertos, atenção ao egresso, diagnóstico precoce, adaptação do doente à família, ao trabalho e à sociedade, bem como as propostas de Dra. Nise da Silveira, que desde 1946, desenvolve atividades na área da saúde mental, com ênfase na arte - na tentativa de compreender o processo inconsciente do doente; a Assistência Psiquiátrica no Brasil até a II Guerra Mundial, era segregadora e exercida predominantemente no interior dos "asilos". Isto seria reforçado pelo advento dos eletrochoques, na década de 40, e dos psicofármacos, a partir dos anos 50.

Na verdade, todo esse ciclo iniciado na metade do século XIX até a primeira metade do século XX, pode ser, segundo BLAYA³¹, sistematizado em três etapas: inicialmente, o objetivo principal era isolar o doente mental do convívio social, surgindo então, os asilos (o que Blaya considera ser a primeira etapa). Só secundariamente acontece a busca de tratamento humano com garantia de abrigo, vestuário e alimentação (a segunda etapa para ele). O menos garantido seria o atendimento de suas necessidades psicológicas permitindo-lhes ocupação e recreação (a terceira etapa).

Assim a assistência psiquiátrica no Brasil, revela extraordinária lentidão em tomar conhecimento das importantes transformações que sofria a prática psiquiátrica em outros países, e em se adotar as modificações por que passava a sociedade brasileira.

Quanto à enfermagem, como participante do processo de evolução da psiquiatria corroborou na consolidação desse processo eminentemente segregador. Na primeira e segunda etapas, sua função consistia apenas em vigilância, quando não em maus tratos ao doente. Na terceira etapa, além das funções de vigilância, é pedido à enfermagem que aceite o paciente com seus sintomas, que o trate com atenção e procure compreender suas reações³².

Dessa forma, pode-se afirmar que, até o início da década de 60, a função primordial da enfermagem e da enfermeira no hospital psiquiátrico, restringia-se, quase exclusivamente a organizadora do espaço institucional, uma intermediária entre o guarda e o "dono do remédio", contato permanente entre a força física (guardas) e a força química (psiquiatras). Essa atuação representa, ao mesmo tempo, a cristalização de atitudes de subserviência a interesses e a preconceitos sociais, dos quais a enfermeira compartilha e, também, os demais técnicos de saúde mental.

Por outro lado, a despeito da prática psiquiátrica brasileira estar alicerçada sobretudo em modelos tradicionais, organicistas, surgem as primeiras experiências de internação parcial em Hospitais-Dia. A primeira unidade psiquiátrica do gênero no país, foi introduzida em 1954, no Hospital Geral dos Comerciários de São Paulo. A segunda unidade foi inaugurada por Blaya, em 1961, na Clínica Pinel de Porto Alegre. Na prática hospitalar, o autor em questão, procurou reelaborar as tendências modernas da psicanálise desenvolvida por Melanie

Klein e Rosenfeld. A partir dessa perspectiva, tentou proporcionar à maioria dos profissionais de enfermagem e terapeutas auxiliares, conhecimentos e experiências analíticas^{33,34}.

Com a introdução da psicanálise na modalidade Hospital-Dia, o material explicitado pelo cliente passa a ser relacionado com a sua história pessoal e ocorre a tentativa de localizar, de fazer contato com a parte "sadia" do cliente (corresponde a quarta etapa para Blaya). Porém, esse modo de intervenção não conseguiu se difundir no campo psiquiátrico, ficando restrita a algumas iniciativas individuais. Alguns fatores contribuíram para tal: o quadro político instalado no país, a partir de 64, e a resistência dos profissionais da área a essa nova forma de atendimento.

Nesses termos, os anos 60 foram marcados pela importância crescente da Previdência Social no campo psiquiátrico. Configura-se num quadro onde privilegia-se a contratação de leitos em hospitais privados. O quinquênio 1965/70 foi caracterizado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para as instituições conveniadas sem o controle das internações³⁵.

CERQUEIRA³⁶, ao realizar estudos concernentes à assistência psiquiátrica nessas instituições, constatou a crescente "cronificação" de pacientes; o progressivo aumento de "auxílios doença"; altas taxas de reinternação; crescente número de casos de neuroses e de alcoolismo entre pacientes internados. Tal política assistencialista começa a ser

questionada e criticada por amplos setores da área de saúde mental no país. Neste período, a crítica se limitava, quase sempre a notificar a dicotomia existente entre a baixa eficiência da instituição e as potencialidades do arsenal terapêutico, deixando à margem da discussão os fatores extra-institucionais, isto é, desconsidera os aspectos mais amplos da sociedade - o político, o econômico e o cultural, que condicionam e por vezes determinam a prática profissional.

No início da década de 70, o mesmo autor nos diz que o Ministério da Saúde incorpora o discurso de seus críticos e, através de um documento elaborado em conjunto com os ministros da saúde dos demais países latino-americanos em Santiago do Chile, em 1972, lança os princípios básicos que se pretendiam norteadores dos rumos da assistência psiquiátrica brasileira. Em linhas gerais, recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, criticava o macro-hospital, propunha alternativas à hospitalização integral, campanhas para a reabilitação de crônicos, etc.

Em consonância com as recomendações ministeriais, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), criada em 1974, sucessora do antigo SNDM, define-se como órgão normativo, reconhecendo a necessidade de romper os muros asilares pelo encontro com uma Psiquiatria Comunitária. Embora de alcance limitado, firma convênios de assistência com os Estados, visando interiorizar as ações de Saúde Mental nas unidades federativas mais pobres do país³⁷. Pretende-se seguir as

diretrizes para a Saúde Mental, definidas como princípios enunciados pelo Ministro da Saúde em 1972.

A partir desse momento, não cessam de aparecer propostas setoriais que demonstram a necessidade de uma nova assistência psiquiátrica em moldes comunitários, materializados em ações práticas, ainda que tímidas. São propostas que se assentam no Movimento de Psiquiatria Comunitária, surgido nos Estados Unidos nos anos 60. Tais alternativas são formuladas, na maioria das vezes, por instâncias institucionais subalternas, excluídas do poder decisório, "exterior" às instituições de saúde, configurando-se, algumas vezes, como contrapropostas em nível interno do discurso institucional.

Todavia, a segunda metade dos anos 70 foi caracterizada por um processo de politização das questões institucionais, consequentemente, por uma produção teórica qualitativamente distinta da anterior. São abordados temas como a função social do hospital psiquiátrico, a questão da hegemonia do hospital psiquiátrico de internação total dentro do esquema assistencial, o papel da ideologia psiquiátrica, estratégias do controle social, etc. Sem dúvida, o êxito de alguns movimentos ocorridos na Europa como o anti-psiquiátrico e, sobretudo, o êxito da experiência italiana, efetivada como uma intervenção teórico-prática genuinamente desalienadora, bem como a vinda de Basaglia, precursor desse movimento no Brasil, impulsionou a inclusão destes temas no campo de reflexão dos técnicos de saúde mental, possibilitando o surgimento de práticas terapêuticas inovadoras.

A partir dessas novas perspectivas, constata-se que os órgãos oficiais assumem um discurso crítico da prática asilar, mas implicitamente, continuam a defender tal prática, estabelecendo-se uma contradição entre o que é dito e o que é feito.

No que tange à enfermagem, no seu processo de transformação histórica, influiu e foi influenciada por esses movimentos psiquiátricos. Contudo, vale ressaltar que até a década de 70, a despeito dos questionamentos e das novas perspectivas no campo de Saúde Mental, a maioria das enfermeiras ainda centra sua atuação, principalmente, na pessoa doente, na assistência curativa, tendo como cenário o hospital de internação total. Assim, segundo GRIVET³⁸, o enfermeiro muitas vezes se coloca de forma arcaica, desinteressando-se por novos conhecimentos, o que impossibilita a aquisição de novas práticas. Ele deixa de ser muitas vezes o profissional capacitado a "tratar" do paciente para ser apenas aquele que, no cotidiano, contém o paciente.

Na década de 80, as medidas adotadas por alguns serviços públicos, destinados à questão da saúde mental, se viabilizam num contexto de abertura e "democratização da conjuntura política nacional" decorrentes do poder de organização da classe trabalhadora. Desta forma, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987, dá ênfase à psiquiatria dinâmica na perspectiva de atividades multidisciplinares e recomenda, em seu relatório final,

"a implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, como: Hospital-Dia, Hospital-Noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos auto-gestionários e trabalho protegido"³⁹.

Seguindo a recomendação da conferência citada, surge, em agosto de 1987, a proposta de implantação no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, do projeto - "Assistência de enfermagem com enfoque multidisciplinar a pacientes esquizofrênicos em unidade de Hospital-Dia". Portanto, percebe-se a busca dos técnicos da área de saúde mental de tentar viabilizar na prática uma proposta de tratamento psiquiátrico com abordagem multidimensional através de métodos ativos e dinâmicos, num ambiente que possibilite uma atmosfera de troca entre os participantes.

No que concerne à introdução da modalidade de internação parcial - Hospital-Dia - como uma das alternativas no tratamento do "doente mental", alguns estudiosos afirmam que, entre outras vantagens, confere ao paciente a possibilidade de não perder o contato com o contexto sócio-familiar de origem (uma vez que este permanece no hospital apenas 1/3 do seu dia), consequentemente, desestimula a excessiva dependência e regressão que freqüentemente ocorrem na internação integral; diminui a possibilidade de abandono pela família; permite ao indivíduo desenvolver alguma atividade noturna ou de fim de semana; reduz a estigmatização que lhe é atribuída socialmente; confere à pessoa a

possibilidade de participar de programas de reabilitação social e profissional; além disso, diminui o custo do cuidado psiquiátrico^{40,41}.

Porém, a despeito do empenho de alguns profissionais em discutir e mostrar a importância da internação parcial não como panacéia para todos os problemas da psiquiatria, mas como uma das alternativas de atendimento na área de saúde mental, coincidindo em alguns pontos com as propostas emanadas dos órgãos oficiais, constatamos que poucos foram os serviços públicos que efetivaram na prática essas propostas, estabelecendo-se uma dicotomia entre discurso e prática.

Por fim, do ponto de vista histórico, as tentativas para se inserir formas de tratamento abertas, e particularmente a internação parcial na assistência psiquiátrica do país, já datam de quatro décadas. Sua eficiência foi constatada. Diante disso, cabe questionar: Quais as dificuldades de se introduzir formas alternativas do atendimento na área de saúde mental? Por que a modalidade de semi-internação não foi incorporada pelos órgãos públicos, limitando-se a poucas experiências, em sua maioria, isoladas?

Alguns autores nos dão subsídios teóricos para que possamos pensar em possíveis respostas para as questões suscitadas. MEDEIROS⁴² diz que, apesar das mudanças ocorridas na sociedade brasileira, o modelo psiquiátrico no país é ainda essencialmente tradicional, seus fundamentos estão estabelecidos numa orientação que pouco se modificou durante toda sua história. MOREIRA⁴³ destaca os interesses dos grupos

privados na obtenção de lucros com o "comércio da loucura", consequentemente, a função de manutenção e reforço da Patologia. DELGADO⁴⁴ fala dos efeitos da política de privatização de saúde, nos anos 60 e 70. Tal política incidiu violentamente sobre a saúde mental e hoje o país conta com "um parque manicomial" de cem mil leitos remunerados pelo setor público, além de outras vinte mil estatais. LUZ⁴⁵ enfatiza que o caso da saúde, setor do Estado, comumente "muda-se o discurso normativo (leis, planos, programa, etc) sem se alterar "radicalmente" a prática institucional. Há, entre discurso e prática da instituição, a mesma distância que entre a palavra e o gesto. Muitas vezes, não só não há coerência entre um e outro, como há uma nítida oposição. Enfim, BIRMAN, com suas palavras contundentes, afirma:

"o que o governo faz hoje é uma política de genocídio de seus doentes mentais"⁴⁶.

Acreditamos, no entanto, que a extinção progressiva dos manicômios, proposta pelo deputado federal Paulo Delgado, já aprovada pela Câmara e em tramitação no Congresso, represente um avanço significativo na área de saúde mental. Segundo o psiquiatra Paulo Delgado, ex-diretor da Colônia Juliano Moreira, as propostas contidas no projeto visam substituir essas formas de atendimento manicomial por mecanismos alternativos de tratamento, como os hospitais-dia, as pensões protegidas, os lares abrigados e os centros de atenção, bem como o fim da internação compulsória. Para o

psiquiatra, a internação "forçada" é uma forma de violência, não pode acontecer numa sociedade "democrática", "livre"(*)⁴⁷.

Porém, é importante destacar que estas propostas só serão consolidadas se, efetivamente, forem assumidas pela sociedade civil e, especificamente, pelos técnicos de saúde mental. Além disso, como nos sugere a APERJ - Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro - elas "estão condicionadas ao desenvolvimento das estruturas democráticas, o que deve ser entendido como investimento na liberdade, nas condições de trabalho e na melhoria das condições de vida e saúde da população"⁴⁸.

Enfim, é pertinente encerrar este tópico com as palavras sábias do poeta "maldito" Antonin Artaud, que passou mais da metade de sua vida confinado em manicômios da França até se matar. Dizia:

"O louco é o homem que a sociedade não quer ouvir e que é impedido de enunciar certas verdades intoleráveis"⁴⁹.

(*) Aspas nossas.

■ O Hospital-Dia do IP/UFRJ

Pretendemos aqui, ultrapassar o nível historiográfico do funcionamento do H.D. Desta forma, parafra-seando BARBIER⁵⁰, partimos do pressuposto que qualquer instituição deve ser percebida como ponto de convergência das instâncias econômica, política e ideológica, ponto de junção simbólica e ideológica entre infra-estrutura e superestrutura de uma formação social. Portanto, o HD tem, neste trabalho, o significado de uma célula simbólica que concorre para as relações sociais (saberes e práticas) com uma dinâmica dialética instituída e instituinte, inserida no contexto histórico. Vista deste ângulo, a instituição deixa de ser encarada como um espaço auto-determinado, movido, por si mesmo, para ser concebida como um produto das contradições sociais.

Historicamente, o HD Luiz Cerqueira do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, foi criado em agosto de 1987, na gestão do Diretor-Professor Raffaele Infante, sendo coordenado pela Professora-Enfermeira Leila de Oliveira Grivet. Tem como característica a prestação de atendimento a clientes psicóticos e a formação da prática de profissionais a nível de Pós-Graduação (*latu sensu* e *stricto sensu*). Sua filosofia básica visa a unidade entre o atendimento à saúde mental e a pesquisa, a partir da práxis social.

Esta instituição enquanto célula simbólica é fruto da consciência e luta dos técnicos de saúde mental que tentam

concretizar na prática uma alternativa de atendimento psiquiátrico, baseado em novas técnicas terapêuticas e no processo de internação parcial, possibilitando assim uma "ruptura" com a prática tradicional - onde o "doente mental" necessariamente recebe internação integral e a atividade terapêutica se processa inteiramente numa estrutura fechada.

No contexto da Psiquiatria Social, esta modalidade de atendimento se propõe como um espaço de produção de saber, um lugar de não exclusão, de movimento/criação e, principalmente, um espaço de ancoragem que possibilite a constituição da singularidade do cliente, tendo como pressuposto básico a dimensão da terapêutica grupal e o trabalho de equipe multiprofissional. Além disso se constitui num espaço importante dentro da Universidade, possibilita "uma produção de cooperação intelectual questionadora, viabilizando a necessidade em se repensar a assistência e os percalços na formação de novos modelos"⁵¹.

Desde sua criação, a instituição em questão, esta permeada por saberes e práticas sociais (ideologias e formas de internação) e, incessantemente, tenta ser a síntese de um espaço onde a unidade teoria/prática se articula numa realimentação permanente. Esta unidade se dá, principalmente, através de projetos de pesquisa, trabalhos de dissertação de tese, elaborados por pesquisadores que procuram respaldar e avaliar teoricamente as modalidades terapêuticas grupais e de como lidar com pessoas que tenham um tipo de dificuldade emocional e mental, para um conhecimento "mais completo" e

"mais perfeito", nunca definitivo, sempre provisório. O caminho percorrido pelo H.D. segue o que enfatiza AFANASSIEV:

"a teoria sem a prática é algo abstrato - a prática sem a teoria é cega; a teoria indica o caminho à prática, ajuda a encontrar meios mais eficientes de consecução dos objetivos propostos"⁵².

Nessa perspectiva, esta unidade se propõe a receber clientes psicóticos de ambos os sexos provenientes de internação integral, do ambulatório ou da própria comunidade.

De um modo geral, as pessoas atendidas no serviço apresentam as seguintes características:"

- Desejo da pessoa e da família de tratar-se;
- Disponibilidade de tempo para participar das atividades terapêuticas;
- Preservação estrutural da personalidade, que possibilite o entendimento e determinação para participar do trabalho;
- História de tratamentos psiquiátricos anteriores sem melhorias na esfera do relacionamento social e vida laborativa;
- Faixa etária entre 18 e 50 anos.

Sendo assim, o trabalho desenvolvido no HD deve se pautar, fundamentalmente, em proporcionar instrumental ao cliente para que obtenha uma leitura crítica e operativa da realidade, ou seja, estabeleça uma relação mutuamente modificadora com o meio social. Isto é possível, na medida

que, no bojo das propostas da modalidade de internação parcial, introduzem-se

"múltiplas atividades de socialização que, orientadas criticamente para a realidade de nosso meio, favoreçam a maior vinculação de nossa clientela com a comunidade de origem e com os elementos constituintes de sua cultura"⁵³.

Partindo dessa concepção, o HD busca na prática cotidiana ser um espaço dinâmico, congregando uma equipe técnica diversificada, onde existe uma troca entre as várias formas de pensamentos e saberes: filosófico, antropológico, psiquiátrico, sociológico, artístico. A equipe é então constituída por assistentes sociais, enfermeiras, terapeutas ocupacionais, médicos, psicólogas, socióloga, artista plástico, músico, marceneiro e outros, convivendo num mesmo espaço, buscando, na pluralidade de idéias, objetivos comuns. A rigor, as formas de pensamentos e saberes que se estabelecem no interior de uma instituição estão permeadas por uma relação necessariamente dialética entre um fenômeno de reprodução instituída e um fenômeno de produção instituinte, uma luta incessante entre o velho e o novo, o permanente e o transitório, a ordem e a "desordem", sendo, portanto, no domínio da vida social, o ponto de encontro das contradições⁵⁴.

Na instituição, são desenvolvidas as seguintes atividades:

- Ressocializantes: horticultura, jardinocultura e AVD (atividades de vida diária, como cuidado pessoal, organização do setor e trato com animais);
- Lúdicas: jogos de mesa, montagem;
- Expressivas: modelagem, pintura e colagem;
- Recreativas: passeios, festas, eventos, atividades esportivas (torneios e competições);
- Terapêuticas grupais: grupo operativo, teatro terapêutico, psicodrama, oficina de expressão e composição musical, linguagem corporal, contos de fada, terapia ocupacional e atendimento familiar. A terapia ocupacional engloba em sua proposta as atividades expressivas e ressocializantes.

Além dessas atividades, os clientes recebem também atendimentos de enfermagem e medicamento.

O atendimento de enfermagem está ligado basicamente às atividades ressocializantes, recreativas, cuidados com a medicação, sendo também responsável pela coordenação do HD desde sua criação. Sua prática está norteada, principalmente, pela teoria das Relações Interpessoais definida por Peplau IN POLETTI⁵⁵, como um relacionamento humano entre paciente e enfermeiro, com uma finalidade única a ser alcançada, o processo terapêutico, no qual ambos respeitam-se mutuamente, crescem e aprendem como resultados dessa interação.

Nessa perspectiva, TRAVELBEE⁵⁶ destaca alguns objetivos a serem alcançados no relacionamento enfermeiro/paciente. Essa relação ajuda o doente enfrentar problemas

presentes, ou seja, no aqui e agora; ver a si mesmo como um participante ativo na vida e no seu acontecer; enfrentar de forma realista os problemas emergentes; discernir alternativas para superar problemas; encarar novas formas de comportamentos; comunicar-se com os outros e/ou socializar-se; encontrar sentido em seu sofrimento e enfermidade.

Sendo assim, de um lado, a prática dos profissionais de enfermagem nessa modalidade de atendimento procura privilegiar, no relacionamento com o cliente, a sua dimensão humana, o que representa um salto qualitativo em termos de assistência. Por outro lado, verifica-se em alguns momentos (nas "supervisões clínicas", nas assembleias, etc) a tendência a incorporação da dimensão instituída do hospital, de normas, consequentemente, tende à reificação das relações sociais, a uma prática funcionalista. Portanto, é fundamental que a enfermagem busque se consubstanciar nesta instituição, enquanto atividade que possibilite a constituição da singularidade do cliente, vendo-o como um sujeito social, com ênfase na saúde mental e em permanente intercâmbio com os demais técnicos desse campo específico do saber humano.

O atendimento medicamentoso procura ser apenas um coadjuvante do tratamento como um todo, um recurso para reduzir a angústia do cliente, possibilitando ao técnico entrar em contato com este e realizar a terapia de elaboração da situação conflitiva.

A perspectiva empreendida é a tentativa de atender o sujeito de forma totalizante, seja através das oficinas de

trabalho, imprimindo ao ambiente o acolhimento e respeito, seja proporcionando atendimento familiar. A família ganha um espaço de atendimento no HD, porque entende-se que o "doente" é também o porta-voz e o depositário das tensões e conflitos familiares. O atendimento é feito por diferentes profissionais, através de dois enfoques básicos a orientação e a terapia familiar, com o objetivo de tornar os membros do grupo familiar co-participantes de todo o processo terapêutico. A terapia familiar se pauta, basicamente, "no favorecimento de uma experiência social de cooperação e solidariedade, onde ajudamos a família a transpor o isolamento em que se encontra, possibilitando a implantação de seu espaço social através de uma convivência grupal"⁵⁷.

Dessa forma, um dos aspectos observados na dinâmica de funcionamento da instituição é a ocorrência de atividades terapêuticas distintas e coordenadas por diferentes técnicos. É, pois, fundamental que haja uma relação entre essas atividades, entre os vários momentos do cliente, de forma a possibilitar-lhe a reconstrução de sua totalidade. Convém ressaltar que essas questões já permeiam as discussões dos técnicos. "As oficinas só têm sentido enquanto esses vários locais onde o paciente se expressa possam ser integrados. Até porque entendemos que elas não se interrompem quando a oficina termina. Muitas vezes, algo que se passa no teatro acaba tendo expressão na piscina. Se não tivermos nossa integração, se não pudermos integrar os vários momentos, tudo vai parecer sem sentido"⁵⁸.

Nesses termos, as oficinas de trabalho se propõem, em seu âmbito particular, à ampliação das possibilidades do sujeito de expressar, descobrir, enriquecer sua compreensão e elaborar melhor seus conflitos psicológicos e auxiliam na elucidação de diagnósticos como também fornecem subsídios para estudos científicos. Além disso, todas as atividades acontecem em grupo, o que propicia uma intercomunicação e uma participação ativa de todos os membros, sendo portanto, um recurso importante no atendimento ao cliente que apresenta conflitos subjetivos.

Cada atividade é coordenada e/ou supervisionada por um técnico com diferente formação teórica. Além deste, participam também das atividades, estagiários de Pós-graduação dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e Medicina, com o objetivo de desenvolverem parte de suas formações práticas junto aos usuários. Tem-se assim, dois grupos: um "fixo" base e outro flutuante, numa proposta de trabalho multiprofissional. Sendo assim, é imprescindível que a equipe base como um todo, tenha uma proposta de trabalho estável, porém flexível, às mudanças decorrentes da entrada e saída de estagiários. Estes, por sua vez, apresentam uma série de características ligadas à transitoriedade de sua permanência e a fase de aprendizado em que se encontram. Dentre estas características, pode-se destacar: idealização do conceito de equipe; posição instável em relação ao grupo fixo, ora fazendo parte dele, ora sendo discriminado; esforço em consolidar as necessidades de inclusão, a aceitação e controle

para, em prazo curto, separar-se da instituição e de seus componentes; insegurança provocada por dúvidas em relação ao papel e facilitada pelo contato próximo com o paciente; dificuldades em alguns momentos de compartilhar a tarefa⁵⁹. Todas essas características em maior ou menor grau foram por nós observadas no Hospital-Dia.

Com relação à equipe base, alguns aspectos também foram constatados: dificuldade de por em prática um trabalho com propostas democráticas, com parte da equipe desenvolvendo o mesmo trabalho, dentro da perspectiva funcionalista; preocupação com a estabilidade no emprego, uma vez que a maioria dos técnicos não tem um vínculo empregatício com a instituição; competitividade entre setores; preocupações em definir ou perder espaços e pouca tolerância a alguns questionamentos dos estagiários.

A rigor, as questões que permeiam a instituição não são só as regras que se manifestam na superfície das relações sociais. Há uma face escondida, a qual deve-se tentar descobri-la. É o que se revela no não dito. Esta ocultação é o produto de uma repressão. O que se censura é a palavra social. Tenta-se, portanto, através da análise institucional, liberar a palavra social, a expressão coletiva.

Dentro deste enfoque, a intervenção em uma instituição de saúde procura confrontar o instituído com o instituinte para que as pessoas dentro da unidade possam vir a produzir sua própria voz. A intervenção é colocada neste trabalho como um processo coletivo de análise da dinâmica

institucional, e visa, sobretudo, a esfera do campo simbólico invisível ao "senso comum", mas investida pelo e no habitus dos sujeitos sociais que a análise institucional explora e desvela. As sessões devem contar com a participação de todos os membros da equipe e, particularmente, com um analista institucional, de preferência, "vindo de fora", isto é, não pertencente à unidade de serviço. No HD, houve um ensaio neste sentido, mas a participação foi restrita aos membros da equipe base. Tal postura caracteriza, especificamente, aqui, a predominância no hospital da dimensão instituída. Enquanto célula simbólica instituída, a instituição procura

*"a interiorização do sistema de regras, de injunções inconscientes, de normas, de valores que constituem a normalidade dominante de uma sociedade"*⁶⁰.

Quinzenalmente, ocorrem reuniões regulares da equipe profissional, visando a discussão de questões de natureza técnica-administrativas. Nessas reuniões, dão-se os encontros e desencontros, os embates e alianças, às vezes fundamentais para uma tomada de decisão grupal. As supervisões são realizadas semanalmente, às terças e quartas-feiras. Têm como objetivo juntar todos os fragmentos do que foi visto em cada atividade. Nelas estão incluídas a avaliação dos clientes, formulação de estratégias terapêuticas para dadas situações individuais ou grupais, avaliação do processo terapêutico e elaboração de ansiedades geradas pelo próprio trabalho. Por sua vez, os grupos de estudo ocorrem mensalmente e sua linha

teórica de estudo está vinculada com a aplicação prática no trabalho terapêutico, sendo o tema escolhido previamente.

O Hospital-Dia, respaldado por diversas oficinas de trabalho, destaca o "Bom-Dia" e a assembléia como duas atividades fundamentais para o seu funcionamento. Elas representam o "forum" de discussão e participação de todos os membros da instituição. O "Bom-Dia" que caracteriza-se como um encontro diário descontraído, é a primeira atividade do dia. A assembléia constitui uma reunião quinzenal, tem duração aproximada de uma hora e meia. É a atividade que se coloca como a mais englobante, já que esta conflui toda a instituição e dela consubstanciam-se todas as atividades, dando-lhes reciprocamente um caráter multigrupal. Portanto, é receptora de informações, de propostas de mudanças que surgem das questões abordadas pelo grupo participante. É o espaço que possibilita emergir também as contradições, as lutas e alianças sociais que se estabelecem no interior da instituição. É o lugar de recepção ou despedida de qualquer membro. "A assembléia é o lugar onde pode se dar a desalienação que, constantemente, requer uma instituição que se define como terapêutica (...). É o lugar de confluência e revisão, ela garante uma distribuição homogênea da informação e uma possibilidade equitativa de participação"⁶¹.

No que tange às atividades terapêuticas, essas podem ser divididas em verbais e não verbais. Elas estão incluídas no programa de cada participante, de acordo com suas possibilidades de participação. As atividades não verbais

(terapia ocupacional, linguagem corporal, etc) são indicadas aos participantes que iniciam o seu tratamento e apresentam grandes dificuldades no processo de comunicação e de aprendizagem. As atividades verbais (grupo operativo, teatro terapêutico, etc) são prescritas para aqueles que já se encontram em processo de tratamento e conseguem elaborar melhor suas dificuldades. Podem, contudo, serem combinados os dois tipos de abordagem terapêutica (verbais e não verbais) dependendo das possibilidades de aproveitamento de cada cliente.

Para atender a um outro momento do participante existe um programa final, que comporta as seguintes possibilidades: indicação do regime ambulatorial, indicação do projeto Recriar, encaminhamento a recursos outros oferecidos pela comunidade. "Neste programa final, consolidam-se espaços para reflexão e crítica, podendo o paciente escolher as atividades de sua preferência, com freqüência reduzida e estimulada à procura de recursos externos ao hospital"⁶².

Essa gama de alternativas terapêuticas oferecidas ao participante deve ter como fio condutor a busca de atendê-lo de forma totalizadora, numa perspectiva transformadora, vendo-o não como um doente, mas como um sujeito histórico que tem uma subjetividade diferente, especial. Os sintomas (delírios, alucinações) devem ser interpretados como sintomas positivos, produtivos, ou seja, como uma tentativa de reconstrução de seu mundo interior e exterior como uma estrutura total. Não devem necessariamente ser corrigidos e neutralizados, mas, sim,

compreendidos e lidados sob outras óticas, tipo: expressiva, artística, poética.

"As terapias em última instância devem propiciar ao indivíduo a cura na direção da liberdade e na criação de um mundo novo"⁶³.

A conclusão inicial é de que esta unidade deve se pautar, fundamentalmente, como um local de acolhimento, de convívio, estruturada de forma a permitir que o participante - sujeito social - exerça o direito de dizer o que pensa e sente, formando o que se denomina de ambiente terapêutico libertador. Deve ser um espaço que possibilite emergir o imprevisível, a diferença, a criatividade e a história de cada um. Enfim, um lugar, que nos ensine a ver, que "o essencial não é o que foi feito do homem, mas o que ele faz daquilo que fizeram dele"⁶⁴.

Com relação à configuração espacial, o Hospital-Dia tem uma situação particular: funciona com esta proposta de atendimento dentro de uma instituição psiquiátrica tradicional, que é o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, situado na Praia Vermelha, distante do Campus Universitário. Quanto à sua dimensão temporal, funciona de segunda a sexta-feira das 9 às 16 horas. Neste período ocorrem o "Bom-dia" concomitante ao café da manhã, as oficinas de trabalho, o almoço, depois descanso ou recreação livre. No período da tarde, são desenvolvidas outras atividades. Fora desse horário, e durante os fins de semana, os participantes voltam a se relacionar com

a família e a comunidade. Portanto, o atendimento é semelhante a uma jornada de trabalho. "O importante é podermos constituir, através do trabalho, um continente, haver sempre a possibilidade de comunicação e alguém ali a quem o paciente possa recorrer"⁶⁵.

Dante dessa perspectiva, cabe indagar: a ocorrência de atividades concomitantes é benéfica ao cliente? Ele consegue elaborá-las sem que haja intervalo entre uma e outra atividade? Para tentar compreender essas questões, recorremos a COOPER. Ele nos diz: "que qualquer tendência de fazer os pacientes trabalharem pelo maior tempo possível, e por todos os meios, choca-se com os esforços para compreender o que ocorre no seu interior. Necessitam de tempo a fim de aprender a viver com os frutos da compreensão"⁶⁶.

A trajetória de ingresso no serviço faz-se observando algumas etapas: inicialmente, a pessoa inscreve-se em uma lista de espera. Ao ser chamado, comparece, e a equipe técnica faz uma entrevista e o avalia. Se for indicado, iniciará um período de tratamento juntamente com a família. O contrato é feito por períodos de tratamento, com mais períodos de avaliação do que de desligamento. São períodos no final dos quais reúnem-se terapeutas, clientes e família para avaliarem o aproveitamento do cliente. A freqüência deve ser de três a cinco vezes por semana, sendo determinada em função do tipo de cliente, de suas condições econômicas e sociais. Nunca menos de duas vezes por semana, por ter sido considerada em equipe, a freqüência necessária para o estabelecimento de vínculo

terapêutico. Os dias e as atividades indicadas são previamente estipulados. Em segundo lugar, após sua admissão, o nome do cliente passa a constar em um quadro localizado na recepção da instituição, onde cada membro (técnicos e clientes) marca sua presença diária. Além disso, uma recepcionista anotará seu horário de chegada. Tal conduta expressa uma situação ambígua: de um lado, de forma implícita, configura-se uma atitude de "vigilância", de "cobrança", de outro lado, de maneira explícita, destaca-se a importância da presença e da contribuição de cada um.

Desta forma, o caminhar do HD é fruto do risco de uma caminhada histórica. Está permeado por contradições, conflitos, depressões, momentos de intensa e íntima participação afetiva, nos quais sentimos por vezes um nível de envolvimento humano tão profundo que o "mundo de fora" parece-nos constituído por gente solitária e desconectada. Assim sendo, algumas pessoas, ao visitarem pela primeira vez este espaço, podem se angustiar por não poder distinguir quem é doente e quem não é, o que as leva a sentir a visita à instituição como uma "mini-internação". Isto decorre do fato de que neste tipo de unidade não se encontra a dissociação sadio-doente, técnico-cliente, formalizada através do vestuário, de atitudes de submissão entre dominador e dominado; o que deve existir fundamentalmente é um sentimento de solidariedade e de envolvimento afetivo de cada um com o grupo.

Além disso, o H.D., do ponto de vista de um trabalho terapêutico alternativo, não se constitui um projeto "perfeito", "acabado", "definitivo". Ele sofre as limitações e as contradições mais amplas e específicas do campo psiquiátrico, dos interesses circunscritos da sociedade e das "questões consagradas" desse momento histórico. Ele deve se inserir historicamente enquanto célula simbólica, sempre aberto ao processo de mudança, de transformação, de maneira que o possibilite avançar "para fora", ou seja, desenvolver atividades extra-muros. Portanto, só se pode conceituá-lo levando-se em consideração todas as contradições que permeiam seu caminho.

Assim, o caminho seguido pelo Hospital-Dia é apenas uma das vias possíveis entre as alternativas de mudança na psiquiatria. O Hospital-Dia é um desafio em busca de caminhos.

Referências Bibliográficas

- 1 - FOUCAULT, Michel. A história da loucura na idade clássica.
São Paulo: Perspectiva, 1978.
- 2 - FLEMING, Manuela. Ideologias e práticas psiquiátricas.
Porto: Afrontamento, 1976.
- 3 - Ibid, p.37.
- 4 - Ibid, p.40.
- 5 - CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria Social: problemas brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984. p.26.
- 6 - FLEMING, Manuela. op.cit. p.40-41.
- 7 - CAMPOS, Maria Auxiliadora. O Hospital-Dia como alternativa assistencial em Psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1986. p.4.
- 8 - FLEMING, Manuela. op.cit. p.65-66.

9 - Ibid, p.87.

10 - Ibid, p.87.

11 - Ibid, p.102-103.

12 - BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 3.ed. São Paulo: Brasil Debates, 1982. p.18.

13 - MEDEIROS, Tácito Augusto. Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Tese de Mestrado. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977. p.5.

14 - COSTA, Jurandir Freire. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4.ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989. p.69.

15 - SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de Todos os Loucos: um estudo de psiquiatria social. Salvador: Contemp., 1984. p.51.

16 - MEDEIROS, Tácito Augusto. op.cit. p.7-10.

17 - Ibid, p.10-11.

- 18 - MIRANDA, Cristina Maria Loyola. O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. Tese de livre docência em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro, 1990. p.117.
- 19 - COSTA, Jurandir Freire. op.cit. p.70.
- 20 - MIRANDA, Cristina Maria Loyola. op.cit. p.119-120.
- 21 - Ibid, p.120.
- 22 - COSTA, Jurandir Freire. Os interstícios da lei. In: MARSIGLIA, Regina Giffoni et alii. Saúde Mental e Cidadania. São Paulo: Mandacaru, 1987. p.48.
- 23 - MEDEIROS, Tácito Augusto. op.cit. p.16.
- 24 - RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida & COSTA, Nelson do Rosário (org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987, p.47.

25 - MIRANDA, Cristina Maria Loyola. op.cit. p.129.

26 - Ibid, p.130.

27 - Ibid, p.149.

28 - Ibid, p.149.

29 - COSTA, Jurandir Freire. op.cit. p.91.

30 - MEDEIROS, Tácito Augusto. op.cit. p.23-24.

31 - BLAYA, Marcelo. Tratamento hospitalar com orientação psicanalítica. Porto Alegre: Globo, 1961. p.9-10.

32 - MINZONI, Maria Aparecida & SCATENA, Maria Cecília M. Estudo da assistência de enfermagem numa comunidade terapêutica. Enf. Novas Dimensões. São Paulo, v.1, n.2, p.90, mai/jun 1975.

33 - CAMPOS, Maria Auxiliadora. op.cit. p.7.

34 - CONTEL, José Onildo Betioli. Quinze anos de hospital-dia: contribuição ao estudo da prática de comunidade terapêutica, psicoterapia de grupo e princípios psicanalíticos em hospital psiquiátrico no Brasil. J. Bras. Psiq., Rio de Janeiro, v.40, n.4, p.163, 1991.

35 - CERQUEIRA, Luiz. Resistências às práticas comunitárias. Recife, Neurobiologia, v.41, n.2, p.278-279, abr/jun 1978.

36 - CERQUEIRA, Luiz. op.cit. p.161-164.

37 - RESENDE, Heitor. op.cit. p.65-66.

38 - GRIVET, Leila de Oliveira. Subsídios para implementação de uma metodologia multidisciplinar em unidade de hospital-dia para pacientes esquizofrênicos. Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1988.

39 - I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Rio de Janeiro, 25 a 28 de junho de 1987. p.8.

40 - BLAYA, Marcelo. Conceito e indicações do hospital-dia psiquiátrico. Rev. AMRIGS. Porto Alegre, v.4, n.3, p.64-64, 1973.

41 - CAMPOS, Maria Auxiliadora. op.cit. p.3.

42 - MEDEIROS, Tácito Augusto. op.cit. p.134.

43 - MOREIRA, Diva. Psiquiatria: controle e repressão social. Petrópolis: Vozes, Fundação João Pinheiro, 1983.

44 - BIRMAN, Joel & DELGADO, Pedro. Extinção dos manicômios é muito polêmica. In: SANTAGELLO, Angela et alii. 43ª Reunião da SBPC. Rio de Janeiro, 1991. Jornal do Brasil, 20.07.1991. p.4.

45 - LUZ, Madel Therezinha. As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p.65.

46 - BIRMAN, Joel & DELGADO, Pedro. op.cit. p.4.

- 47 - DELGADO, Pedro. A revisão da lei da saúde mental. In:
COSTA, Cristiane. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro,
19.10.1990. p.1.
- 48 - ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
Notícias Psiquiátricas. Boletim informativo da APERJ,
nº 209, mai/jun/jul 1991. p.1.
- 49 - ARTAUD, Antonin. Os escritos de Antonin Artaud. Tradução,
prefácio, seleção e notas WILLER, Claudio. Porto
Alegre: L & PM, 1983. p.133.
- 50 - BARBIER, René. A pesquisa-ação na instituição educativa.
Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p.136.
- 51 - FURTADO, Tania Regina da Silva. Hospital-dia IPU-UFRJ:
dois anos depois. J. Bras. Psiq., Rio de Janeiro,
v.38, n.6, p.337, 1989.
- 52 - AFANASSIEV, V.G. Fundamentos da filosofia. 2.ed. URSS,
Progresso, 1982. p.161.
- 53 - INFANTE, Raffaele. Hospital-dia: uma nova proposta do
Instituto de Psiquiatria. J. Bras. Psiq., Rio de
Janeiro, v.36, n.5, p.265, 1987.

54 - BARBIER, René. op.cit. p.138-143.

55 - POLETTI, Rosette A. Cuidados de enfermeria: tendencias y conceptos actuales. Barcelona: Rol, 1980, p.24.

56 - TRAVELBEE, Joice. Intervencion en enfermeria psiquiatrica: el proceso de la relacion de persona a persona. Colombia: Carvajal, 1979. p.53-58.

57 - TEIXEIRA, Sonia Beatriz Sodré & AZARADEL, Lea Gana. O setor de família no Instituto de Psiquiatria da UFRJ: Reflexões sobre 10 anos de experiência. Trabalho apresentado no I Encontro de Terapêutica de Família, Salvador, julho de 1988. p.2.

58 - ZUSMAN, José Alberto; GRISET, Leila de Oliveira & BRITO, Eliud de Medeiros. Hospital-dia - UFRJ. In: I Encontro sobre Tratamento das psicoses em Instituição. (GOLDBERG, Jairo Ideal & CARROZZO, Nelson J.) (org). Rio de Janeiro, UERJ, agosto de 1989. p.57.

59 - CAMPOS, Maria Auxiliadora. op.cit. p.37.

60 - BARBIER, René. op.cit. p.144.

61 - NOBRE, Luiz Fernando. Comunidade terapêutica: função multigrupal. In: PY, Luis Alberto (org.). Grupo sobre grupo. Rio de Janeiro: Rocco, 1987, p.104.

62 - FURTADO, Tania Regina da Silva. Sobre a pesquisa e o trabalho com psicóticos em hospital-dia. J. Bras. Psiq., Rio de Janeiro, v.40, n.4, p.159, 1991.

63 - MOFFATT, Alfredo. Psiquiatria do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular. São Paulo: Cortez, 1980, p.90.

64 - COSTA, Jurandir Freire. Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989. p.1.

65 - ZUSMAN, José Alberto; GRIVET, Leila de Oliveira & BRITO, Eliud de Medeiros. op.cit. p.65.

66 - COOPER, David. Psiquiatria e anti-psiquiatria. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1989. p.141.

CAPÍTULO II

GRUPO OPERATIVO.

■ Questões iniciais

Este breve retrospecto histórico visa, basicamente, assinalar a origem das práticas grupais e, especialmente, a do G.O.

Estudiosos como DANTAS¹, SAIDON², CAMARA³, afirmam que o precursor da atividade terapêutica de grupo foi o norte-americano Pratt, em 1906. Seu trabalho consistiu em reunir grupos de tuberculosos, com a finalidade de elaborar as ansiedades coletivas decorrentes do estigma da doença.

Mas foi precisamente Jacob. L. Moreno, criador do Psicodrama, em 1921, um dos que mais contribuiram para a divulgação de terapias grupais. Sua técnica está centrada na catarse e na dramatização de conflitos psicológicos como fatores terapêuticos. Foi o introdutor dos termos "terapia de grupo" e "psicoterapia de grupo", respectivamente em 1931 e 1932⁴.

Kurt Lewin, com seus estudos sobre pequenos grupos, assentados em bases experimentais, cria o termo "dinâmica de grupo". Essas bases concedem, a partir dos anos 40, um status de científicidade à psicoterapia de grupo.

A partir do final da década de 50 e início dos anos 60, surgem novos trabalhos terapêuticos na América Latina e

França, que procuram articular os conhecimentos psicanalíticos sobre os inconscientes dos grupos com uma concepção materialista-histórica da sociedade. Dentro desta linha, podemos incluir desde a prática de grupos operativos, até as tendências atuais da análise institucional, dentre elas a socioanálise proposta por Lourau e a esquitoanálise de Deleuze e Guattari.

Com relação especificamente à técnica de grupo operativo, esta foi criada em 1958, por Enrique Pichon-Rivière. A partir de uma experiência realizada na cidade de Rosário e da articulação de diversas teorias, BARBIER⁵ constrói uma teoria flexível, pluridimensional. "Não é mais tempo de teorias fechadas, fragmentárias, sobre o homem. A era da teoria aberta multidimensional e complexa já começou".

Sendo assim, hoje há mais de trinta anos de elaboração desse conhecimento, consideramos seu conteúdo totalmente válido no pensamento científico atual, tanto pelas informações que proporciona como pela qualidade de seu pensamento que o definem como um investigador original.

Para uma melhor compreensão da técnica de grupo operativo, destacamos, neste estudo, quatro temas centrais que permeiam sua construção teórica. Em primeiro lugar, as experiências que motivaram Pichon-Rivière ao desenvolvimento de um pensamento aberto e que geraram nele o questionamento sobre e pelo homem. Em segundo lugar, os postulados básicos que o levaram aos conceitos básicos de saúde mental e doença mental, ambos concebidos a partir da resposta do sujeito ao

processo de aprendizagem. Num terceiro momento, e bem esquematicamente, o conceito de grupo operativo, os momentos que o caracterizam e os papéis desenvolvidos por cada membro participante. Por último, abordaremos o Esquema Conceitual Referencial e Operativo (ECRO) grupal.

■ Teoria e Técnica de Grupo Operativo

A partir das raízes da emigração de Genebra para o Chaco, isto é, da influência das culturas, a francesa em que nasceu, e o guarani na qual passou grande parte da sua infância e de sua adolescência, Pichon-Rivière justifica sua vocação pelas ciências do homem, na tentativa de resolver a obscuridade do conflito entre as duas culturas.

Além disso, partindo da concepção que a doença mental está ligada a múltiplas determinações, este autor propõe o desenvolvimento de um pensamento aberto, multidimensional.

Esse pensamento surge como instrumento comprometido com a libertação do paciente, uma vez que este encontra-se alienado num estrutura repressiva e de controle social - o "hospital psiquiátrico", possibilitando-lhe assumir um papel de protagonista na aprendizagem da realidade, através da recuperação de sua historicidade e subjetividade.

A prática psiquiátrica no "Hospicio de las Mercedes", na cidade de Buenos Aires, possibilitou a Pichon-

Rivière recuperar sua experiência infantil, inclusive sua experiência de ingresso precoce na produção, como camponês. O que viu como menino em relação ao Índio: a segregação, a projeção no outro dos aspectos negados de si mesmo e vividos como perigosos, a desqualificação sistemática do pensamento, o sentimento e a ação do outro, são reencontrados por ele na psiquiatria tradicional⁶. O hospital psiquiátrico era então, e continua sendo ainda hoje, em grande escala, uma estrutura fechada, tendo como função controlar/reprimir pessoas cujo comportamento diverge dos padrões de "normalidade" instituídos pela sociedade.

Portanto, sua experiência hospitalar e sua situação de desenraizamento, são fatores determinantes que permitem o encontro, o diálogo, a identificação operativa com seus pacientes, na grande maioria imigrantes europeus ou homens do interior. A partir daí, vai investigar as causas sociais da enfermidade mental, os fenômenos de transculturação, os efeitos da perda do habitat, como destruição dos vínculos internos, como sério ataque à identidade.

O contato com a teoria psicanalítica e com seus processos transferenciais tornou evidente a existência de objetos internos que se articulam em um mundo construído segundo um processo progressivo de internalização. Esse mundo interno configura-se como um cenário no qual é possível reconhecer o fato dinâmico da internalização de objetos e relações. Ademais, a indagação analítica desse mundo interno, propiciou a Pichon-Rivière ampliar o conceito de "relação de

"objeto" e, conseqüentemente, formular a noção de vínculo, a qual define "como uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem"⁷. Portanto, concebe o vínculo como uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, em constante processo de evolução.

Nessa perspectiva, a obra deste autor, caracteriza-se como um caminho que, partindo da psicanálise, culmina na psicologia social através de uma multiplicidade de fontes e de campos de investigação. Em seu esquema conceitual, fundado no materialismo histórico-dialético, articulam-se contribuições da psicanálise, das teorias lewinianas, da psicologia social, da sociologia e da teoria da comunicação. Todavia, esta multiplicidade de abordagem não deve ser considerada eclética, uma vez que se torna coerente e se unifica numa questão fundamental: a busca de conhecer o homem, ao qual concebe "como um ser total e totalizante em pleno desenvolvimento dialético"⁸. As idéias com as quais se propõe atuar sobre ele, são emergentes das suas próprias contradições. Desta complexíssima trama de relações surge o sujeito produtor, ao mesmo tempo que produzido.

Através dessa trajetória, Pichon-Rivière, propõe e desenvolve a teoria e a técnica de grupo operativo, cria os postulados básicos sobre doença mental e saúde mental, concebidos como situacionais/relativos e a partir da resposta do sujeito ao processo de aprendizagem da realidade. Dessa maneira, ele nos diz que:

"toda resposta "inadequada", toda conduta "desviada", é a resultante de uma leitura distorcida ou empobrecida da realidade. Ou seja, a doença implica numa perturbação do processo de aprendizagem e comunicação, que se realimentam mutuamente"⁹.

"A loucura, como todas as doenças, são expressões das contradições do nosso corpo orgânico e social. A doença, em geral, é um produto histórico-social. Algo que se verifica na sociedade em que vivemos, em que há uma história e uma razão de ser. Os tumores, por exemplo, são um produto histórico-social porque nasceu nesse ambiente, nessa sociedade e nesse momento histórico, e pode ser um produto de alteração ecológica; produto de uma contradição"¹⁰.

Quando então um sujeito se torna doente? Quando pela incrementação de suas ansiedades, diante das contradições internas (relativas ao seu mundo interno) e externas (relativas ao contexto social), não consegue suportar e elaborar esse montante de sofrimento e recorre a uma conduta estereotipada, aos modelos prévios, sem modificar-se nem modificar seu contexto vincular. Deteriora-se assim sua relação com o real, estanca-se os processos de comunicação e aprendizagem. Por isso, a tarefa terapêutica trabalha na diminuição das ansiedades e na ruptura do estereótipo, apontando para o restabelecimento da relação sujeito-mundo, ou seja, para uma adaptação ativa à realidade - relação mutuamente modificante e enriquecedora. Sendo assim,

"o sujeito é sadio na medida em que apreende a realidade numa perspectiva integradora, em sucessivas tentativas de totalização, e em que tem capacidade para transformá-la, modificando-se por sua vez ele próprio (...) A saúde mental consiste numa aprendizagem da realidade através do enfrentamento, manejo e solução integradora dos conflitos"¹¹.

Assim, a técnica de G.O. alicerça a proposta de "aprender a aprender", "aprender a pensar", integrando estruturas afetivas, conceituais e de ação na resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal através da realização de uma tarefa.

A tarefa pode ser a aprendizagem, o diagnóstico de dificuldades de organização de um trabalho, etc. Sob essa tarefa explícita subjaz outra, implícita, que aponta a ruptura das condutas estereotipadas que dificultam a aprendizagem e a comunicação, e que funcionam como obstáculo frente a uma situação de mudança.

Dessa forma, a tarefa inicial de um grupo consiste na elaboração de duas ansiedades básicas: medo da perda (ansiedade depressiva) e medo do ataque (ansiedade paranóide). Estas duas ansiedades coexistem e se conjugam, configurando uma situação básica de resistência à mudança, da evitação de um conhecimento "doloroso", que deve ser superado no acontecer grupal, através do processo de esclarecimento que vai do explícito ao implícito.

Por que falamos de obstáculos e de ansiedades? Porque o processo de aprendizagem, enquanto transformação do sujeito e da realidade, não se dá sem contradições. Por quê? Porque este processo de mudança implica numa desestruturação situacional do conhecido e uma nova estruturação. Isto pode acarretar no sujeito que vive esse processo, vivências de perda e ataque. Surge uma contradição entre o conhecido e o desconhecido, entre o velho e o novo, entre ansiedades distintas, as que nos impulsionam à mudança (forças instituintes) e as que nos impelem a conservar estruturas prévias (forças instituídas), o que pode acionar uma contradição entre um projeto e uma resistência a esse projeto.

No que se refere propriamente ao conceito de grupo operativo, Pichon-Rivière, o define como

"um conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita a uma tarefa que constitui sua finalidade"¹².

Por sua vez, Bauleo In SAIDON¹³, num artigo de 1969, o define assim: "chamamos grupo operativo a todo grupo no qual a explicitação da tarefa e a participação através dela permite não só sua compreensão, mas também sua execução", e mais adiante completa: "o grupo pode ser visualizado em dois planos - o da temática, extensão de temas que constituirão a armação da tarefa; e o da dinâmica, no qual a interrelação evidenciará o sentir que se mobiliza em dita temática".

Para Dameto,

"operativo é o grupo em que se reúnem, em horário e local previamente fixados, pacientes e técnicos para discutir e trabalhar objetivamente os problemas apresentados por qualquer dos membros participantes. Nessa reunião, o objetivo e as tarefas a desempenhar para consegui-lo são bem delimitados e explicitados"¹⁴.

A partir destes conceitos, pode-se depreender que a função primordial de um GO é o de "aprender a pensar", isto é, desenvolver a capacidade de resolver contradições no campo grupal, possibilitando, portanto a elaboração e a execução de tarefas. O "aprender a pensar" possibilita que tipo de pensamento? Implica na transformação de um pensamento linear, lógico-formal, num pensamento que visualize as contradições no interior do grupo e as múltiplas interconexões do real. Busca-se então uma passagem da dependência à autonomia, da passividade à ação protagonista, da competição à cooperação.

A teoria de grupo operativo propõe a aprendizagem como uma "maiêutica grupal"^{*} onde a partir da práxis, cada sujeito recupera seu próprio saber/experiência e o saber/experiência do outro. Através da interação e da tarefa compartilhada, todos e cada um são protagonistas de seu esclarecimento como sujeitos do conhecer. É o diálogo em grupo que possibilita a conceitualização, a conquista de um nível simbólico que integra o plano de experiência, mas também a

* Processo pedagógico que, através da dialética leva o interlocutor a tornar explícito conceitos sobre verdades já conhecidas por ele e mostrar sua conexão com a realidade, tornando-o capaz de formular conceitos mais gerais e abstratos.

superá. São elaborados, portanto, alguns pontos comuns que orientam o desenvolvimento do processo operativo grupal"¹⁵.

No processo de organização e desenvolvimento de G.O., distingue-se três momentos considerados como: pré-tarefa, tarefa e projeto.

Pré-tarefa é o momento em que o predomínio de atitudes defensivas pelo incremento das ansiedades de perda e de ataque impedem a leitura da realidade. Estruturam-se manifestando resistência à mudança. Além disso, é nesse momento que se observa um jogo de dissociações do pensar, atuar e sentir, como que fazendo parte das atividades defensivas enunciadas anteriormente.

A pré-tarefa "está caracterizada por uma situação de impostura que paralisa o prosseguimento do grupo. A ação se desenrola "como se" o grupo estivesse trabalhando, "como se" efetuasse o trabalho especificado. Nessa etapa o que se observa são maneiras ou formas de não entrar na tarefa. Na verdade dá-se o "mecanismos de proteleção", ou seja, evita-se iniciar o trabalho pelo receio de enfrentar frustrações. Isto produz uma insatisfação constante, disfarçada pela sensação de produtividade. A característica desta situação:

*"é o obsoletismo dinâmico que é uma série de movimentos que aparecam uma ação mas que na realidade são realizados a fim de impedir qualquer situação de transformação. É a expressão "gato pardismo" nos grupos, de mudar algo para que nada mude"*¹⁶.

| É importante frisar que a pré-tarefa faz parte do trabalho grupal. Sendo que caso venha a se cristalizar anulará a produção do grupo.

| Na passagem da pré-tarefa à tarefa, realiza-se um salto por somação quantitativa do "insight", do qual, o sujeito se personifica e estabelece uma relação com o outro diferenciado.

| Tarefa consiste na abordagem e elaboração dos medos que configuram a resistência à mudança, rompendo-se assim uma pauta estereotipada e dissociativa que funciona como fator de estancamento de aprendizagem da realidade e da interiorização da rede de comunicação. No momento da tarefa:

"o grupo aparece com uma percepção global dos elementos em jogo, com possibilidade de instrumentá-los, com um contato com a realidade onde é possível sua colocação como sujeito ativo, onde pode elaborar estratégias e táticas onde pode intervir nas situações provocando transformações"¹⁷

Nesta etapa, a resistência à mudança é rompida, as ansiedades diminuem, tornando possível a elaboração da tarefa. Dessa forma, o grupo torna-se mais consciente em si mesmo, surgindo a capacidade de vincular e abstrair.

| Projeto, este estágio é o mais integrador, é o momento de produtividade, de "insight", ou seja, de síntese. Começa uma organização dos vários sub-temas que fazem parte do tema principal, quando o grupo inicia a tomada de decisões.

Além disso, a estrutura de funcionamento de um grupo será dada pela interação de mecanismos de aceitação e distribuição dos "papéis" e a forma como se apresentam são partes fundamentais no estabelecimento de um esquema referencial operativo grupal. Para SAIDON,

*"cada um dos participantes de um grupo constrói seu papel em relação aos outros; assim, de uma articulação entre o papel assumido, surge a atuação característica de cada membro do grupo."*¹⁸

Na investigação dos diversos papéis que toda pessoa assume simultânea e sucessivamente durante sua existência e, particularmente, durante o desenvolvimento do processo grupal, a análise do grau de coerência entre eles, assim como a seqüência com que são assumidos são, fundamentais, para que se possa determinar o grau de maturidade da personalidade do sujeito em questão.

Quanto aos papéis mais destacados, que se perfilam na operação grupal, convém destacar três: porta-voz, bode expiatório e líder.

Estes papéis não seriam estereotipados, mas sim "funcionais" e relativos, pois, quando não ocorre um rodízio de papéis e os líderes se fixam nas mesmas pessoas, pode ocorrer um acirramento de conflitos entre os integrantes.

O porta-voz é o depositário da ansiedade grupal e expressa-se de diversas maneiras (através da palavra, silêncio

ou gestos). Nele se inclui uma interação entre verticalidade e horizontalidade do grupo, o que lhe permite ser um emergente qualificado para denunciar qual é a ansiedade predominante que está impedindo a tarefa.

O bode-expiatório é o depositário de todas as dificuldades do grupo e culpado de cada um de seus fracassos. Este papel é o depositário das forças instituídas que se opõem à tarefa no interior do grupo, o que pode determinar o aparecimento de mecanismos de segregação". "A segregação é o fantasma que ameaça constantemente o grupo e é uma tentativa de redistribuição da ansiedade. o que implica em dificuldades para enfrentar situações de mudanças (...). Assim, como a projeção é o fantasma que ameaça constantemente a comunicação interpessoal, a segregação é o principal inimigo da construção de uma comunicação grupal"¹⁹.

Em termos de terapêutica familiar, este papel, pertenceria ao psicótico, o "louco" da família que assumiria as ansiedades de todo o grupo familiar depositadas nele, para restituir a esse grupo o equilíbrio perdido.

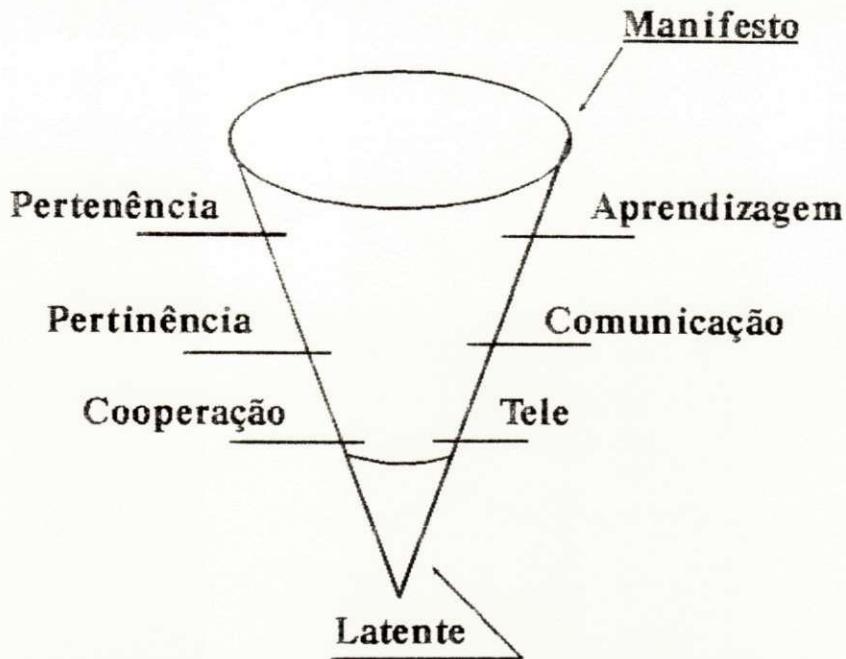
O líder é o membro depositário dos aspectos positivos do grupo. Estes dois últimos papéis, o bode expiatório e o líder, estão ligados entre si, e um surge como preservação do outro, através de um processo de dissociação necessário ao grupo em sua tarefa de discernimento.

O outro papel que poderia ser agregado seria o do sabotador, que é habitualmente o líder da resistência à mudança.

Em suma, é importante destacar no processo de deposição que constrói os diferentes papéis, os três elementos que a constituem: o depositante, o depositário e o depositado. Estes elementos estabelecem uma relação entre si, possibilitando, assim, uma redistribuição da ansiedade e a ruptura do estereótipo dos papéis no grupo.

A verificação sistemática de um processo grupal permite construir um esquema, denominado cone invertido. Este reúne as diferentes formas de interação grupal. Trata-se de uma figura composta por seis vetores: Pertenência, Cooperação, Pertinência, Comunicação, Aprendizagem e Tele. A partir da análise interrelacionada destes vetores se chega a uma avaliação da tarefa que o grupo realiza.

O desenho do cone invertido expressa, em sua parte superior (a base do cone), os conteúdos emergentes, manifestos ou "explícitos"; em sua parte inferior (o vértice) as fantasias grupais latentes ou "implícitas". A espiral representaria o movimento de indagação e esclarecimento que vai fazer explícito o que é implícito, atua revelando os dois medos básicos subjacentes, permitindo enfrentar o medo à mudança.



Medo da mudança

Pertenência é o momento em que os participantes entram no grupo. Pode ser constatada pela presença, pela pontualidade e intervenções no processo grupal.

Cooperação consiste na contribuição, ainda que silenciosa, para a tarefa grupal. Estabelece-se sobre a base de papéis diferenciados. É através desta que se manifesta o caráter interdisciplinar do grupo operativo e a interrelação daquilo que mais adiante definiremos como verticalidade e horizontalidade.

Pertinência consiste na centralização do grupo em torno da tarefa prescrita. A avaliação deste vetor é dada pela intensidade da pré-tarefa, da criatividade e da produtividade do grupo e suas aberturas para um projeto.

Comunicação dentro deste vetor leva-se em conta não só o conteúdo da mensagem, mas também quem o transmite e de que maneira o faz. No grupo operativo, ela reflete as dificuldades do grupo, apontando para estereótipias que dificultam o aprendizado de novas atitudes e a produção de estilos e que, consequentemente, interferem no desenvolvimento da tarefa. A comunicação pode ser verbal ou gestual.

Aprendizagem é obtida pelo somatório de informações dos integrantes do grupo, produzindo-se em dado momento a transformação de quantidade em qualidade. É a mudança qualitativa no grupo, que se traduz em termos de resolução de ansiedades, adaptação ativa à realidade, criatividade, projetos, etc.

A adaptação ativa à realidade e a aprendizagem estão extremamente ligadas entre si. Um indivíduo sadio, é aquele que ao mesmo tempo em que aprende e transforma o que aprende (torna a aprendizagem operativa), modifica-se, resultando daí um interjogo com o mundo. Nesse processo de comunicação é constantemente reajustada, e, só assim, é possível reelaborar um pensamento capaz de diálogo e de enfrentar a mudança.

Tele é o conceito tomado do psicodrama moreniano. Este representa o clima grupal que pode ser traduzido como transferência positiva ou negativa que se dá entre os membros do grupo. A fundamentação básica deste conceito parte do pressuposto de que todo encontro é na realidade um reencontro. Isto quer dizer que o afastamento e a aproximação entre as pessoas de um grupo não tem a ver com essa pessoa real

presente, mas com a recordação de outras pessoas e outras situações que ela evoca. A projeção de fantasias decorrentes de vivências grupais antigas, pessoais, dependendo de sua intensidade, pode sabotar a tarefa. Neste caso, o grupo ou alguns elementos não aparecem como diferenciados.

Enfim, os vetores de comunicação e aprendizagem são de fundamental importância, estando intimamente relacionados, na medida em que um transtorno de comunicação provoca um transtorno na aprendizagem.

Verticalidade e Horizontalidade

O conceito de verticalidade está relacionado com o histórico, o individual de cada sujeito, que lhe permite o desempenho de determinados papéis adjudicados pelos demais integrantes do grupo. Já o de horizontalidade refere-se à circunstância que ocorre no aqui e agora com a totalidade dos membros do grupo; é o denominador comum que os unifica. Este, por sua vez, é de natureza inconsciente, refere-se às fantasias universais do grupo.

O vertical do sujeito e o horizontal do grupo articulam-se no papel. Sujeito/grupo, verticalidade/horizontalidade, torna-se compreensível através do conceito de porta-voz - "veículo" através de uma problemática pessoal - de uma qualidade emergente que afeta toda a estrutura grupal e que, como sinal, nos remete às relações infra-estruturais,

implícitas, nas quais estão comprometidos todos os membros do grupo. Muitas vezes, essa horizontalidade, acontecer grupal, só pode ser decodificada pelo somatório do verbalizado ou atuado por vários porta-vozes.

Coordenador e observador

"A definição destes papéis se mostra sumamente difícil, com o risco de cair em simplificações, na definição de uma tarefa onde a experiência e o estilo pessoal são fatores preponderantes"²⁰. Desse modo, tentaremos assinalar algumas diferenças próprias do coordenador e do observador de grupo operativo, em relação a dos outros tipos de grupos, que nos permitem esclarecer o papel destes a partir da concepção pichoniana.

Enquanto o grupo lida com a tarefa, o coordenador e o observador têm como objetivo visualizar e favorecer a relação grupo - tarefa. Além disso, se encontram descentralizados em relação ao grupo e sua finalidade.

O coordenador de GO tem como função precípua sinalizar as dificuldades que impedem ao grupo enfrentar a tarefa. Não responde às questões, mas o auxilia a formular aquelas que lhe possibilitarão enfrentar os medos básicos. Ele não é um psicanalista nem um simples coordenador de grupo em discussão e tarefa. Seu instrumento é a assinalação da causalidade subjacente - que é uma hipótese de entendimento

dos fatores implícitos do processo grupal que devem ser explicitados para que não funcionem como obstáculos na realização da tarefa.

"Ao fazer a interpretação do grupo, é papel do coordenador considerar, nos aportes de seus membros, elementos ideológicos, sociais e psicológicos e remeter à tarefa. A interpretação é da estrutura grupal. A compreensão do grupo como estrutura não significa unidade de seus membros"²¹. Pelo contrário, quanto maior for a heterogeneidade dos membros maior será a homogeneidade da tarefa, maior a produtividade. Dessa maneira, a leitura do movimento grupal remetido à tarefa concreta pretende situar o grupo no tempo e no espaço, desvelando os limites do grupo no trabalho com a tarefa. Situar o grupo é admitir sua historicidade e as injunções sócio-políticas - transversalidade.

O observador tem como objetivo básico perceber a dinâmica grupal. Não participa verbalmente (é um observador não participante). Este, ao mesmo tempo que serve de tela de projeção por sua característica de permanecer silencioso, recolhe todo material expresso tanto a nível verbal como pré-verbal. Seu papel é importante, pois suas anotações são analisadas em conjunto com o coordenador, favorecendo uma avaliação mais acurada do processo grupal.

Para uma melhor compreensão destes tópicos, anexamos neste trabalho, um formulário de observação que, ainda que esquemático, pode dar uma idéia dos elementos principais a

considerar tanto na coordenação, como na observação de grupo operativo.

ECRO Grupal

O esquema conceitual referencial e operativo está baseado na concepção que cada integrante do grupo traz um esquema referencial próprio (ideologias, experiências, afetos, etc) que é confrontado com o dos outros integrantes e, através de um movimento espiral, configura-se um ECRO Grupal sustentado pelo denominador "comum" dos esquemas prévios, em sucessivas voltas螺旋ais. Este ECRO é instrumental e operativo na medida que a aprendizagem do grupo se estrutura como um processo contínuo e com oscilações, sempre aberto em relação a novos conhecimentos e questionamentos.

O questionamento do esquema referencial, é o método para romper estereótipos, condição necessária para o processo de aprendizagem grupal. Porém só pode ser questionado e modificado quando posto em prática, uma vez que a aprendizagem consiste, fundamentalmente, em obter a possibilidade de uma permanente revisão do esquema referencial, em função das experiências de cada situação, tanto dentro do grupo como fora dele. Trata-se, portanto, de aprender a manter esse instrumento de modo plástico, em permanente processo de retificação, criação e modificação²².

Ademais, no grupo operativo, o esquema referencial grupal constrói-se paulatinamente, possibilitando a sua atuação como equipe, com unidade e coerência. Porém isto não quer dizer que todos pensem igual, o que, em última instância, seria o contrário do que desejamos do grupo operativo. Unidade não significa, em seu sentido dialético, exclusão de opostos, de conflitos, mas, inversamente, a unidade inclui e implica a existência de opostos em seu seio. Esta é a verdadeira unidade de um grupo que se propõe operativo.

Nesses termos, INNOCENZI destaca que:

*"as sucessivas situações geradas no grupo possibilitam que as experiências prévias, com características defensivas, sejam discutidas e elaboradas. Isto porque o sujeito desfaz as condutas conflitantes, contraditórias, aprendendo, no grupo e como grupo, novas facetas de comportamento que têm sua base na tarefa proposta."*²³

Cada grupo escreve sua própria história, constrói seu próprio caminho e cria seu Imaginário grupal. O grupo "é a estrutura imaginária que seduz como o lugar do possível... e ameaça por essa mesma possibilidade..."²⁴.

Referências Bibliográficas

- 1 - DANTAS, Luis Fernando. Redução da ansiedade e da defensividade em psicoterapia de grupo. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1975. p.10.
- 2 - SAIDON, Osvaldo et alii. Práticas grupais. São Paulo: Escuta, 1989. p.17.
- 3 - CAMARA, Marcia. História da psicoterapia de grupo. In: Py, Alberto Luiz. Grupos sobre grupo. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. p.22.
- 4 - DANTAS, Luiz Fernando. op.cit. p.14-15.
- 5 - BARBIER, René. A pesquisa-ação na instituição educativa. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p.50.
- 6 - QUIROGA, Ana Pampliega. Revisão histórica: a trajetória dos autores e de suas obras. In: FREIRE, Paulo et alii. O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1989. p.22.
- 7 - PICHON-RIVIÈRE, Enrique. O processo grupal. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985. p.X.

8 - Ibid, p.24.

9 - Ibid, p.144.

10 - BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 3.ed. São Paulo: Brasil Debates, 1982. p.79.

11 - PICHON-RIVIÈRE, Enrique. op.cit. p. 144.

12 - Ibid, p.177.

13 - SAIDON, Osvaldo. Grupo operativo de Pichon-Rivièrre: guia terminológico para construção de uma teoria crítica dos grupos operativos. In: BAREMBLITT, Gregório (org.). Grupos: teoria e técnica. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p.183-184.

14 - DAMETTO, Carmem. O psicótico e seu testamento. Rio de Janeiro, Ortag, s/d, p.84.

15 - QUIROGA, Ana Pampliega. Revisão histórica: a trajetória dos autores e de suas obras. In: FREIRE, Paulo et alii. O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivièrre. op.cit. p.26.

- 16 - SAIDON, Osvaldo. Grupo operativo de Pichon-Rivièrre: guia terminológico para construção de uma teoria crítica dos grupos operativos. In: BAREMBLITT, Gregório (org.). Grupos: teoria e técnica. op.cit. p.189.
- 17 - Ibid, p.189.
- 18 - Ibid, p.190.
- 19 - Ibid, p.191.
- 20 - Ibid, p.192.
- 21 - BICALHO, Milton. Grupo Operativo. In: MENECCI, Daniel. Grupos Intersecções. Belo Horizonte, CESIG, 1985. p.17.
- 22 - BLEGER, José. Temas de psicologia: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980. p.68.
- 23 - INNOCENZI, Rosane Fátima de Queiroz. O grupo operativo na instituição-escola e a investigação do psicólogo. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1983. p.35.
- 24 - BICALHO, Milton. op.cit. p.17.

CAPÍTULO III

O ESTUDO

■ Colocações iniciais

Construir um objeto de estudo implica que se tenha perante à realidade, os fatos, uma postura ativa, crítica e sistemática. Só assim, é possível como diz BOURDIEU¹ "romper com a passividade empiricista, que não faz senão ratificar as pré-construções do senso comum, não se trata de propor grandes construções teóricas vazias (...). Trata-se de construir um sistema coerente de relações, que deve ser posto à prova como tal. Trata-se de interrogar sistematicamente o caso particular, construído em caso particular do possível".

Nessa perspectiva, a escolha e a delimitação da atividade do grupo operativo para clientes psicóticos no HD como objeto de análise, com destaque na sua dinâmica de desenvolvimento grupal e no recorte das representações sociais dos sujeitos entre a realidade que os cerca, possibilitou aos participantes do grupo e também a nós enquanto observadora participante, uma implicação nessa instituição, de modo que fomos parte integrante de todo o processo terapêutico ali desenvolvido.

A priori sabíamos que o grupo operativo enquanto modalidade terapêutica aberta, possibilitava aos participantes, espaço para manifestar suas representações sociais,

ansiedades e reivindicações, fazendo-as interagir, incessantemente com os fatos e seus significados e com o próprio sistema de valores do pesquisador, constituindo-se um campo propício para uma investigação de "natureza qualitativa".

Por outro lado, seria cômodo proceder uma pesquisa inspirada em modelos positivistas, que pregam a neutralidade científica e preocupam-se unicamente com os fatos que possam ser observados. Porém, certamente, os dados levantados levariam a uma compreensão distorcida da realidade do grupo, devido a seu caráter a-histórico, além do que questionamos o impacto que poderia ter no movimento de transformação da realidade apreendida.

Estabelecidas estas colocações iniciais, passamos às questões básicas do estudo: Qual é a estrutura do grupo operativo? Como se dá o processo grupal? Esta atividade terapêutica possibilita uma participação ativa e crítica dos seus membros nas sessões realizadas? Quais as representações sociais do grupo acerca do meio social que o circunda? Estas e outras questões serão discutidas neste e no próximo capítulo.

■ Metodologia

A presente pesquisa tem como foco principal o estudo da atividade do G.O. do Hospital-Dia. Pretendemos, especificamente, realizar uma síntese retrospectiva da atividade terapêutica, destacando os momentos mais significa-

tivos do processo grupal, bem como sua estrutura e a análise dos temas mais freqüentemente abordados pelos participantes nas sessões realizadas.

Antes de nos determos no tipo de estudo propriamente dito, é conveniente que inicialmente se indique o que querem dizer tais termos nesta pesquisa.

A estrutura, sob o ponto de vista antropológico e marxista "é um nível de realidade que existe além das relações visíveis do homem, e cujo funcionamento constitui a lógica mais profunda de um sistema social"². Em termos terapêuticos, refere-se ao número e duração das sessões, ao número de participantes, ao perfil da clientela atendida, isto é, à situação sócio-econômica dos membros, à idade, ao nível de escolaridade, etc.

O processo é o componente dinâmico que é ativado dentro e entre estruturas. Pode ser entendido como a interação entre os elementos participantes e pelas relações que mantêm reciprocamente. No grupo, refere-se ao "padrão" de trocas; das comunicações verbais e não verbais entre seus membros.

Os temas referem-se à mensagem em si, à informação transmitida dentro da estrutura e do processo. Neste trabalho, têm uma importância fundamental, e estão relacionados com as falas e/ou discursos dos participantes do G.O. São concebidos enquanto REPRESENTAÇÕES SOCIAIS definidas nas Ciências Sociais como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a³. Todavia, os três termos em destaque não devem ser vistos

isoladamente, pois estão dialeticamente relacionados com a totalidade do desenvolvimento grupal.

Desta maneira, procuramos privilegiar neste estudo a fala, o discurso do participante, a partir dos temas discutidos nas sessões, uma vez que esta modalidade constituiu-se num espaço que favoreceu o processo de comunicação grupal e possibilitou uma participação ativa dos seus integrantes em todo processo terapêutico. Trata-se de um "estudo qualitativo", do tipo pesquisa-ação.

Segundo HAGUETTE, os métodos qualitativos configuram um estudo que:

"fornecem uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto da ação social, face à configuração das estruturas societais"⁴

Completa afirmando que

"os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser"⁵.

Por sua vez, LÜDKE & ANDRÉ enfatizam que os estudos qualitativos são importantes porque

"envolvem a obtenção de dados descritivos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatizam mais o processo do que o produto e se preocupam em retratar a perspectiva dos participantes"⁶.

A nossa opção pela pesquisa-ação deve-se à natureza do problema que nos propomos a investigar, bem como ser uma pesquisa social que busca a plena participação dos sujeitos na análise da sua própria realidade, propiciando a transformação do grupo-objeto em grupo sujeito, senhor de sua práxis e de seu objeto. Ademais, existe uma relação entre a pesquisa-ação e o grupo operativo, uma vez que ambos, enquanto método de trabalho, enfatizam a necessidade de uma ação coletiva no processo de desenvolvimento do conhecimento/aprendizagem e concebem o objeto das ciências sociais como complexo, contraditório e em permanente transformação.

THIOLLENT salienta que a pesquisa-ação encontra um contexto favorável quando os pesquisadores não querem limitar suas investigações aos aspectos acadêmicos e burocráticos da maioria das pesquisa convencionais. Querem pesquisas nas quais as pessoas implicadas tenham algo a "dizer" e a "fazer". Para este autor,

"A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação estão envolvidos de modo cooperativo e participativo".

A possibilidade apontada no percurso de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo pesquisa-ação, na tentativa de compreender a dinâmica e o desenvolvimento de um grupo, as representações sociais que os sujeitos fazem do meio social

que os cerca, requer do pesquisador envolvimento pessoal, um compartilhar consciente e sistemático nas atividades de vida e, eventualmente, nos interesses e afetos de um grupo de pessoas. Desta forma, apela fortemente para um movimento consciente de intervenção na realidade captada durante todo o processo. Portanto, desde o início procuramos neste estudo integrar a ação investigatória à práxis social.

Porém, além de determinada qualidade, os fenômenos sociais também tem um caráter determinado sob o ponto de vista da quantidade. Frente à problemática da quantidade e da qualidade, a dialética assume que ambos são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se a dissolução das dicotomias quantitativo-qualitativo, com que se debatem as diversas correntes sociológicas. Se entendermos a interdependência, e a inseparabilidade entre os aspectos quantificáveis e a vivência significativa da realidade, veremos a denominação "pesquisa-qualitativa" usada neste trabalho como redundante e mesmo parcial. É uma terminologia imprópria que só tem sentido por oposição a "pesquisa qualitativa"⁸. Contudo, qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica em considerar sujeito de estudo

"gente em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social, com suas crenças valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação"⁹.

Não é a nossa intenção aqui aprofundar uma discussão teórica sobre os diversos aspectos de uma pesquisa de "natureza qualitativa". Apenas gostaríamos de frisar que a leitura desses autores nos forneceu um embasamento, uma "licença teórica", por assim dizer, que nos permitiu realizar uma investigação com a plena participação dos sujeitos sociais na construção do conhecimento. Nesse sentido, ficamos aliviados (já que o jogo acadêmico de uma tese impõe certas regras que têm que ser respeitadas) em descobrir que havia uma metodologia cuja maneira de apreender a realidade era justamente a partir

"de dados qualitativos que trazem para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos"¹⁰.

O fato de encontrar o fundamento de todo conhecimento na prática social, na tentativa transformadora que os homens desenvolvem num relacionamento dialético com a natureza e com os outros homens, leva-nos a propor que os participantes do grupo operativo não são apenas objeto de investigação, mas pessoas com as quais agimos em comum: são sujeitos em relação, são atores sociais. Esta concepção do conhecimento, como processo de produção social e de um sujeito coletivo, demarca e orienta a nossa investigação. Logo, tanto

os participantes do grupo quanto a observadora são autores e frutos das contradições de seu tempo.

Nesta pesquisa os dados provêm de fontes primárias e secundárias.

As nossas fontes primárias foram as seguintes:

- documentos da própria instituição onde se desenvolveu o estudo: Prontuários dos clientes, livro de registro das sessões do grupo operativo, livro de registro das supervisões e reuniões de equipe;
- dados quantitativos oriundos de um estudo exploratório sobre o perfil da clientela do Hospital-Dia, realizado pela autora (Anexo II);
- depoimentos dos sujeitos envolvidos no estudo, pois através da fala, do discurso foi que conseguimos compreender as representações sociais que os sujeitos possuem sobre a realidade. "A palavra é o fenômeno ideológico por excelência. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social."¹¹

As fontes secundárias serviram de base teórica para fundamentação sobre os antecedentes históricos e o contexto atual em que se inserem as questões que permeiam o estudo, bem como para análise dos dados encontrados.

Com efeito, o local que serviu como cenário para esta pesquisa foi o Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde são

desenvolvidas atividades terapêuticas grupais. Dentre elas, interessou-nos, particularmente, a atividade do Grupo Operativo.

Tendo em vista que esta atividade foi desenvolvida no H.D., a clientela do grupo era constituída sobretudo por psicóticos aptos para uma verbalização mais elaborada e com contrato terapêutico explícito, assinado com a instituição, onde concordam em se reunir para tratarem de seus problemas psíquicos.

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 1989 a julho de 1990. O número de sujeitos que participou da atividade foi de 36. Deste total, somente 23 permaneceram no grupo, tendo os demais, por diversas razões (necessidade de um programa mais avançado, diminuição dos dias de freqüência à instituição, "alta" hospitalar), se desligado da atividade ou do programa como um todo, isto é, do próprio Hospital-Dia, não constituindo portanto, um vínculo com o grupo. Desta forma, constituíram-se sujeitos desta pesquisa 23 clientes. O grupo em estudo caracterizou-se por ser composto em sua maioria por pessoas de sexo masculino, predominantemente de 27 a 40 anos de idade, solteiras, sem filhos. A maioria nasceu no Estado do Rio de Janeiro e fez o primeiro grau completo ou incompleto. A maior parte recebia auxílio doença e teve mais de quatro internações em hospitais e/ou clínicas psiquiátricas. Mais dados sobre o perfil da clientela atendida encontra-se no relatório (Anexo II).

Para os clientes, o auxílio-doença significava a própria sobrevivência. Ele entra na composição da casa, às vezes de forma vital, e sempre como uma contribuição importante, cuja ausência será sentida por suas famílias.

Em suma, a maioria das histórias de vida da população alvo desta pesquisa está marcada pela migração e mudança, pela experiência com a falta de dinheiro, pelo estigma da sociedade e também por algumas políticas de "Saúde Mental" do Estado que tentam resolver os problemas psiquiátricos através da ideologia do isolamento do doente mental.

Fizeram parte dos procedimentos adotados na coleta de dados a observação participante, as anotações em diário de campo, a análise e discussão sistemática do formulário de Grupo Operativo (Anexo I) e a análise documental.

Optamos pela observação participante na atividade de Grupo Operativo por considerá-la a maneira mais adequada de apreender o nosso objeto de estudo, uma vez que o observador estabelece uma relação face a face com os sujeitos sociais; logo, o observador é parte do contexto social, sendo observado, no qual ele, ao mesmo tempo, modifica e é modificado por este contexto, possibilitando uma compreensão mais profunda da realidade que cerca os sujeitos, conforme nos sugere LÜDKE & ANDRÉ:

"Na medida que o observador acompanha "in loco" as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar apreender a sua visão de mundo, isto é, o significado que eles

atribuem à realidade que os cerca e as suas próprias ações"¹².

Cabe esclarecer que a nossa inserção no Grupo Operativo enquanto observadora participante foi decidida após encontros e discussões da equipe técnica juntamente com os participantes que assim optaram, levando-se em consideração que a nossa participação nesses moldes possibilitaria um trabalho dinâmico e facilitador do processo grupal. Desde o início os participantes do grupo foram informados que estávamos ali enquanto Mestranda da Escola de Enfermagem Anna Néry, desenvolvendo um estudo sobre o grupo. Assumimos o compromisso de que as informações colhidas seriam utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa, bem como o de manter o sigilo em relação às suas identidades. Isto possibilitou que as pessoas se sentissem mais confortáveis e dispostas a participarem do estudo. De um modo geral houve uma boa receptividade.

Observamos e participamos, ainda, da dinâmica do Hospital-Dia como um todo e, especificamente, das atividades ligadas à equipe técnica (Supervisões e Reuniões de Equipe), naquelas onde clientes, técnicos e outros funcionários se reuniam como o "Bom-Dia" e a "Assembléia". Tivemos também oportunidade de participar de atividades comemorativas: Festa Junina, Natal, festa mensal dos aniversariantes do HD. Tentávamos, parodiando GOHN¹³, nos integrar à realidade, na busca de apreender o nosso objeto de estudo em seus processos e relações internas, em suas conexões mais íntimas, ou seja,

nos seus aspectos objetivos e subjetivos, que não são dados de forma imediata, mas a partir de um compartilhar cotidiano.

Todavia, tínhamos consciência que o processo de construção do conhecimento se dá por aproximações sucessivas com a realidade que, sendo de tal forma complexa, só nos possibilita conhecê-la parcialmente, pois o pensamento tende a dividir, a separar, a fazer distinção sobre momentos e objetos que se nos apresentam, conforme nos lembra Lênin In MINAYO¹⁴, "a realidade é infinitamente mais rica do que a capacidade do espírito humano em captá-la".

As observações realizadas durante a coleta de dados foram registradas num diário de campo com o fito de possibilitar o acercamento da fala, dos comportamentos, gestos, festas dos Sujeitos sociais, pois tudo isto compõe o quadro das "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS".

Para TRIVIÑOS, as anotações de campo na investigação social são importantes, porque favorecem

"a descrição por escrito de todas as manifestações (verbais, ações, atitudes, etc), que o pesquisador observa no sujeito; as circunstâncias físicas que se consideram necessárias e que rodeiam a este, etc"¹⁵.

Ademais as anotações de campo nos possibilitaram o registro sistemático das sessões terapêuticas em um livro específico para esta atividade, bem como o preenchimento do formulário de observação do grupo operativo a partir da análise e discussão da equipe do material explícito e

implícito suscitado nas sessões realizadas, permitindo-nos, dessa maneira, uma imersão nas informações colhidas e uma análise a priori de sua qualidade, o que resultou numa coleta de dados mais produtiva.

Como método de suporte teórico-prático para observação do grupo operativo e desenvolvimento deste estudo, foram realizadas supervisões semanais onde eram analisadas, além da sessão desenvolvida, leituras e discussões teóricas sobre trabalhos terapêuticos grupais.

Outro procedimento adotado na coleta de dados foi a análise de documentos, especificamente, o prontuário do cliente (como forma de conhecer a sua história de vida pessoal, familiar, uso de medicação, etc) e o livro de registro das sessões do grupo operativo.

Segundo LÜDKE & ANDRÉ, a análise documental

"pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja completando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema"¹⁶.

Procedemos então à leitura sistemática das sessões de grupo operativo realizadas no período de setembro de 1989 a julho de 1990.

A partir da leitura e releitura das sessões grupais, pudemos detectar os temas mais freqüentes abordados pelo grupo. Esse procedimento feito mediante a análise das

representações sociais culminou na seguinte classificação temática:

- Conceito de doença;
- Uso de medicação;
- Qualidade do tratamento no Hospital-Dia;
- Relacionamento com a sociedade.

Além do mais, constatamos que estes temas apareceram nas atividades terapêuticas do Hospital-Dia como um todo, vindo dos sujeitos sociais em contextos variados, sendo, na concepção de Guba e Lincoln In LÜDKE & ANDRÉ¹⁷, um dos critérios para o agrupamento em categorias.

Nosso pressuposto básico é de que essas representações sociais, dos participantes do G.O. sobre a realidade que os cerca, têm todos os ingredientes de um cultura de classe, de uma história de luta pela vida, de relações estabelecidas com os profissionais de saúde, da estigmatização social, bem como as influências dos meios de comunicação de massa. No entanto, entendemos que, captar esses ingredientes numa pesquisa é difícil, porque eles aparecem "diluídos" na consciência dos sujeitos sociais. Sendo assim, tomamos como base, o fato de que as percepções dos participantes do G.O. - geralmente segmentos da classe trabalhadora - têm como suporte a base material que lhes dá origem.

Enfim, durante o processo de desenvolvimento da pesquisa, foram realizadas mudanças nos procedimentos metodológicos, visando as finalidades da investigação. Ademais, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência do grupo em estudo. Para que fosse efetivada a fase de validação dos dados, apresentamos os achados ainda em fase preliminar no local que serviu, de cenário para a pesquisa.

Referências Bibliográficas

- 1 - BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1984. p.34.
- 2 - BOTMORE, Tom. Dicionário do pensamento marxista. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. p.141.
- 3 - MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: metodologia da pesquisa social (qualitativa) em saúde. Tese de Doutorado. Escola de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz do Rio de Janeiro.
- 4 - HAGUETE, Maria Teresa Frota. Metodologias qualitativas em saúde. Petrópolis: Vozes, 1987. p.55.
- 5 - Ibid, p.55.

6 - LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Maril. Pesquisa em educação abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. p.13.

7 - THIOLLENT, Michel. Metodologia da pesquisa-ação. 3.ed, São Paulo: Cortez, 1986. p.14.

8 - MINAYO, Maria Cecília de Souza. op.cit. p.9-11.

9 - Ibid, p.24.

10 - Ibid, p.43.

11 - BAKHTIN, Mikhail. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Hucitec, 1986. p.36.

12 - LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Maril. op.cit. p.26.

13 - GOHN, Maria da Glória Marcondes. A pesquisa das ciências sociais considerações metodológicas. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). Pesquisa participante e educação. Cadernos Cedes nº 12. São Paulo: Cortez, 1987. p.5.

14 - MINAYO, Maria Cecília de Souza. op.cit. p.46.

15 - TRIVIÑOS, Augusto. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p.154.

16 - LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Maril. op.cit. p.38.

17 - Ibid, p.43.

CAPÍTULO IV

A EXPERIÊNCIA DO GRUPO OPERATIVO NO HOSPITAL-DIA

■ Dados preliminares acerca da experiência

A técnica de grupo operativo no Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da UFRJ teve início em agosto de 1989, tendo como objetivo validar esta abordagem grupal em uma clientela atendida em regime de Hospital-Dia. Proporcionou também campo de estágio aos alunos de especialização em Saúde Mental do Instituto acima citado e demais áreas pertinentes à Saúde Mental. A nossa participação nesta modalidade terapêutica ocorreu no período de setembro de 1989 a julho de 1990.

O nosso contato com a teoria e a técnica de G.O. ocorreu através de leituras e discussões teóricas respaldadas em autores como BLEGER¹, SAIDON², BAREMBLITT³, PICHON-RIVIERE⁴. Constituiu-se como leitura básica o livro, o processo grupal de Pichon-Rivière. É claro que nem de longe tínhamos a pretensão de ser porta-vozes autorizados destes autores. Afinal, éramos iniciantes, aprendizes de uma teoria, dispostos e colocá-la em prática à luz da nova realidade - clientes psicóticos. A consciência de nossos limites não se constitui como entrave no processo de imersão e de compreensão de grupo; ao contrário, nos serviu como mobilizador para ultrapassá-los, tínhamos afinal uma proposta pioneira a ser utilizada como grupo operativo.

Consideramos essa fase inicial importante na medida em que, nos proporcionou um certo respaldo teórico para a intervenção prática nesta atividade terapêutica. A partir daí, pudemos estabelecer a unidade teoria/prática. Na atividade grupal essa unidade é fundamental e deve se integrar em uma práxis concreta, adquirindo esta sua força operativa no próprio campo de trabalho, na forma de ganhos determinados que seguem uma espiral.

Importa assinalar, ainda, que desde o início do trabalho, procuramos aplicar esses referenciais teóricos levando em consideração as condições sócio-econômicas do país, as circunstâncias da instituição e do próprio grupo em discussão. Dito de outra maneira: usamos a técnica de grupo operativo a partir do próprio cotidiano dos seus participantes inseridos em uma instituição contraditória - historicamente determinada - e a partir da idéia de que a incidência do significante social sobre os mesmos se dá a todo momento e em todos os níveis - transversalidade - uma vez que, de nada verdadeiramente nos servem teorias, modelos dissociados da nossa realidade.

Assim, se desejamos nos relacionar com seres humanos estigmatizados e dilacerados, devemos exercer nossa atividade com "a carga máxima de afetividade". As técnicas, as teorias de que lançamos mão, não nos devem fazer perder de vista o objeto real de nossa práxis social: o ser humano.

Como proposta de trabalho, o grupo operativo se apresentou como um espaço de reflexão/aprendizagem, de

reivindicação, de busca na superação de contradições e conflitos, ou seja, o lugar do discurso, da fala do sujeito, possibilitando-o ser um participante ativo de todo processo terapêutico grupal. Neste sentido, buscou ser um grupo de aprendizagem, tendo como objetivo aprender a sentir, a pensar em termos de resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal. Sem, contudo, nos esquecermos da biografia de cada participante e de suas singularidades.

Ademais, outra característica importante que permeou o desenvolvimento da atividade grupal em questão, foi o otimismo da prática com ênfase na saúde mental (na pessoa), ao invés da doença mental (do sintoma). A saúde mental é vista aqui "como um processo de aprendizagem de realidade através do confronto, manejo e solução integradora dos conflitos"⁵. E a pessoa é vista como inteira, capaz de exprimir seu sofrimento existencial, ou seja, de se expressar subjetivamente. É muito comum, nos dias de hoje, encontrarmos técnicos que trabalham com psicóticos como se estes estivessem necessariamente condenados a um futuro sombrio, trágico. Neste caso, privilegia-se o sintoma ao invés da pessoa, consequentemente, os resultados serão sempre negativos. Para BASAGLIA:

"O técnico, seja qual for a sua especialidade, jamais deve pensar que as coisas vão terminar mal e que mais do que aquilo não se pode fazer. O novo técnico deve ter um objetivo bem preciso: conduzir seu trabalho no otimismo da prática"⁶.

Por outro lado, "a aprendizagem social equipa os indivíduos para uma existência dualista-dicotômica e, portanto, dividida"⁷. A concepção operativa do Hospital-Dia pretendeu romper essa dicotomia entre razão e afeto, entre o que é vivido e o que é pensado. Nesse caminho, tentou articular subjetividade e objetividade, aspectos do acontecer em grupo.

No nosso plano experimental, a partir do desenvolvimento da atividade operativa, traçamos alguns objetivos e buscamos alcançá-los durante todo o processo grupal. Dessa forma, a técnica terapêutica posta em prática tentou:

- favorecer o processo de comunicação e aprendizagem grupal, possibilitando a transformação de grupo-objeto em grupo-sujeito;
- Possibilitar ao grupo uma adaptação ativa à realidade através de uma leitura crítica, favorecendo a ruptura de condutas estereotipadas;
- Romper a dicotomia razão e afeto, buscando articular a unidade subjetividade/objetividade, aspectos do acontecer em grupo;
- Auxiliar na reorganização da personalidade do participante, estimulando sentimentos de confiança e auto-estima;
- Favorecer o processo de integração do participante, consigo mesmo e com os outros.

A nossa intenção era basicamente compreender o participante (o grupo) a partir de uma psiquiatria da vida cotidiana, vendo-o como um ser total em pleno desenvolvimento, pois tínhamos a convicção que assim o possibilitaria elaborar melhor seus conflitos, reconstruir sua história, ou seja, inserir-se na realidade de forma crítica e participativa. Tentávamos fazer sempre presente a relação da vida do grupo, da sua realidade com o mundo exterior, trazendo à tona questões que favorecessem o desvendamento das contradições, dos conflitos.

Com relação a sua estrutura, o grupo operativo apresentou em sua composição um caráter específico, enquanto modalidade grupal dentro da instituição, uma vez que:

- não abrangeu a totalidade da clientela da instituição, na medida em que ocupou apenas um horário semanal. Desta maneira, possibilitou apenas a presença daqueles que, a partir do contrato e etapa de programa, estavam aptos para uma verbalização mais elaborada;
- não houve participação direta de técnicos e funcionários na atividade terapêutica. A assembléia seria a atividade do Hospital-Dia, que poderia funcionar como ponte entre a atividade grupal e a totalidade dos membros da instituição;
- a equipe técnica era constituída, até o início de março de 1990, de uma supervisora, uma coordenadora e uma observadora participante. A partir da segunda quinzena de março a julho de 1990, a equipe passou a ser constituída de uma supervisora, duas coordenadoras, uma observadora

participante e dois observadores não participantes. Convém esclarecer que a supervisora não participava necessariamente das sessões de grupo, só o fazendo em ocasiões esporádicas, de pouca duração, sempre a partir da necessidade percebida pela equipe em supervisão, geralmente em momentos de dificuldades no desenvolvimento do processo grupal, notadas a partir do impedimento na execução da tarefa prescrita, na entrada e saída de membros do grupo, ou ainda, em momentos significativos da vivência institucional.

Uma questão se coloca nesse momento: Como o grupo se comportava com a entrada da supervisora nas sessões terapêuticas? De um lado, pudemos observar uma boa receptividade do grupo, pois a mesma era um membro participante das atividades gerais da instituição, interagindo cotidianamente com os participantes, de outro lado, a sua entrada provocava em algumas circunstâncias confusão de papéis, os participantes passavam a considerá-la coordenadora do grupo.

Com relação à dinâmica de funcionamento do grupo operativo, coube à coordenadora (ou coordenadoras): iniciar, manter em andamento e encerrar a sessão grupal. No transcorrer da sessão procurou, sobretudo, sinalizar as dificuldades que impediam ao grupo enfrentar a tarefa. Enquanto isto, as nossas atribuições como observadora participante eram basicamente registrar a sessão, auxiliar o grupo e a coordenadora na resolução de tarefas, informando o que fosse necessário e pertinente ao tema, bem como a observação individual de cada

membro, o clima grupal, a comunicação e a meta-comunicação. Com a chegada dos observadores não participantes no grupo, estes ficaram responsáveis pelo registro da sessão terapêutica. Quanto à supervisora, além de indicar leituras pertinentes ao tema, funcionou como elo entre o acontecer grupal e a equipe. Nas supervisões realizadas semanalmente, a mesma procurou, a partir da sessão relatada, avaliar as dificuldades individuais e de grupo e elaborar as ansiedades geradas na equipe, pelo próprio trabalho.

No que concerne a estrutura do grupo operativo, as sessões eram realizadas às quintas-feiras, com duração de 60 minutos, de 11 às 12 horas, em local fixo dentro da instituição. A clientela era constituída na maioria por psicóticos aptos para uma verbalização mais elaborada. O número de sessões realizadas foi de 32. O número de participantes efetivos no grupo foi de 23. A participação na atividade ocorreu da seguinte maneira: até março de 1990, o número de participantes foi de 13; a partir de abril a julho de 1990, houve a entrada e saída de participantes no grupo. A presença destes na atividade foi de 90% - dados colhidos pelo registro das sessões realizadas. Tendo em vista ser uma modalidade terapêutica aberta, cuja presença não era obrigatória, pode-se constatar, a partir dos dados apresentados, o interesse e o engajamento da clientela na atividade. Do total de 23 clientes que participaram desta modalidade terapêutica, apenas 5 foram reinternados, quase sempre nas enfermarias do Instituto de Psiquiatria, e

geralmente por períodos curtos. O perfil da clientela atendida encontra-se no Capítulo III e no Anexo II.

Por fim, quando se tenta a validação de um trabalho como o do grupo operativo, há duas vias possíveis. A primeira, que é convencional, demonstra dados quantitativos impressionantes em sua feitura estatística, mas, às vezes, destituídos de significação ou enganosos em termos do que realmente aconteceu com as pessoas em questão. A segunda via consiste em descrever e avaliar as transformações na experiência e no comportamento dessas pessoas a partir, principalmente, de suas ações e do conteúdo dos seus discursos tanto manifestos como latentes. O importante nesta última via reside em que a preocupação se centraliza nas experiências reais de sujeitos reais, isto é, sujeitos histórico-sociais.

Neste trabalho optamos pela segunda via. Faremos inicialmente uma síntese retrospectiva do processo terapêutico, tentando assinalar os momentos grupais mais significativos e, em seguida, destacaremos os temas mais abordados pelos participantes do grupo.

No entanto, esta atividade de grupo operativo, está longe de pretender ser um modelo generalizável de atendimento a pessoas com problemas psíquicos. Primeiro, porque nada em nosso conhecimento nos autoriza a afirmar que o atendimento em grupo seja uma panacéia para todos os conflitos subjetivos apresentados pelos participantes. Segundo, e por último, porque os resultados obtidos nesta modalidade terapêutica ainda permanecem sujeitos a críticas por algumas razões.

Dentre elas, a curto tempo da experiência (onze meses) e as "imperfeições" de modelo, isto é, participantes que não responderam satisfatoriamente à atividade operativa, embora se tenham enquadrado no tipo indicado para o grupo.

■ O Processo Grupal

Inicialmente, é fundamental assinalar que um grupo de pessoas que apresenta problemas subjetivos do tipo psicose tende a ser um grupo como uma dinâmica muito particular, na qual a meta-comunicação pode ser intensa no início da atividade terapêutica. Dramatiza muitas passagens em função de ansiedades, de sensações de ruptura, ou então, se defende de diferentes maneiras contra o surgimento dessas ansiedades. Conseqüentemente, projeta com freqüência seus sentimentos e problemas de modo bastante intenso. Algumas de suas projeções são acompanhadas de fantasias que têm uma grande força dinâmica, e essas fantasias são freqüentemente vivenciadas pelo paciente como tão reais que às vezes adquirem caráter delirante⁸.

Sendo assim, a capacidade de captar projeções não verbais do cliente é essencial no seu tratamento. Não obstante, as interpretações verbais devem ser evitadas, uma vez que estas não se constituem objetivo da atividade do grupo operativo.

Evidentemente, no início não é comum que falem com "facilidade" de suas problemáticas. Nesse processo o mais importante é o técnico estar atento, não só para ouvir os participantes, mas, também, para se fazer ouvir nas suas sinalizações das dificuldades que impedem o desenvolvimento do processo grupal, no entanto, sem procurar adotar papéis diretivos em relação a estes.

Neste contexto, deve-se estar atento também a possibilidade de seus conflitos latentes serem estimulados e ativados em contato com pessoas tão singulares. A tendência a atitudes onipotentes e oniscientes pode aumentar bastante. Temos de entender que, ao tratar de sujeitos que apresentam uma singularidade "tão especial" (mais ainda do que de costume), deve-se usar os métodos de comunicação - rapport, empatia, linguagem corporal, silêncio e a linguagem falada - de forma adequada de modo que os possibilite satisfazer suas necessidades⁹. "Somente desse modo, é possível mostrar sensibilidade e receptividade, sem ser esmagado pela projeção do paciente"¹⁰.

Dito isto, e com base na proposta de trabalho, iniciamos a atividade de grupo operativo. Toda experiência terapêutica nova é geradora de ansiedades, de medos¹¹. De fato, as primeiras sessões foram caracterizadas por um clima grupal de "apreensão" e "expectativa", os participantes estavam preocupados com a aceitação do outro e com o que poderia vir a acontecer ali. O novo caminho seguido não dava garantias de ser melhor do que o abandonado. Poucos partici-

pantes faziam uso da palavra, porém alguns ensaiavam um esboço de sua história de vida, de seus conflitos familiares.

"cedo perdi minha mãe, posteriormente meu pai se casou e, a partir daí, passei a morar com meu pai e minha madrasta. A relação com minha madrasta foi sempre difícil..."

"Quando escuto a música Coração de Luto, de Teixerinha, fico perturbado.. a música é triste, me deixa pensativo... se coloquei ou não fogo na minha mãe..."

Outros suscitavam questionamentos: que é o grupo operativo? quais são os seus objetivos? será que esta atividade terapêutica pode nos ajudar? o que vocês têm para nos oferecer?

Dissemos-lhes que éramos da Universidade e que estávamos lá realizando uma pesquisa e dispostos a desenvolver com eles um processo terapêutico de aprendizagem que possibilitasse a reflexão dos problemas da vida cotidiana, e que, com exceção da nossa vontade e disposição de trabalho, nada mais tínhamos para lhes oferecer, sobretudo no que se refere ao plano material. Além disso, procurávamos discutir, detalhadamente, com o grupo, os objetivos da atividade proposta.

Após a realização de algumas sessões terapêuticas, constatávamos que alguns participantes começavam a explicitar seus conflitos internos, suas dificuldades. Nessa etapa, normalmente relatavam:

"Gostaria de participar mais ativamente do grupo operativo, mas tenho dificuldades de me expressar".

"Ultimamente, devido às minhas crises de saúde, não consigo lembrar das atividades que são atribuídas a mim".

Estas falas estão permeadas, ainda, de medo de uma experiência nova, do indeterminado ou do desconhecido. Além disso, constata-se uma dificuldade de sair de uma posição passiva para uma outra, participativa. "Não é somente o novo que produz medo, mas sim o desconhecido que existe dentro do conhecido"^(*)¹². Em outros termos, o que estamos assinalando é que existe um medo de não poder continuar reagindo com modelos prévios, estabilizados, estereotipados que nos dão segurança, estabilidade.

É importante destacar que desde o início da atividade insistíamos sempre que a característica básica do grupo operativo era de ser um espaço aberto à comunicação, à aprendizagem, possibilitando a todos uma participação igualitária. Portanto, nenhuma opinião ou sugestão deveria ser subestimada, uma vez que estas eram importantes para o crescimento grupal.

Aos poucos, começávamos a observar um movimento progressivo do "grupo", o conteúdo das relações foi sendo modificado e foi se estabelecendo uma comunicação grupal. No

(*) Grifo nosso.

entanto, essa comunicação se processava na maioria das vezes, através da metacomunicação (dos gestos, do olhar, etc).

Dentro desse vetor devemos levar em conta "não só o conteúdo da mensagem, mas também o "como" e o "quem" dessa mensagem¹³. O silêncio "estabelecido" pelos participantes podia expressar de um lado, um momento produtivo, criador, isto é, um certo insight/elaboração, de outro, formas de resistência. Logo, não se pode afirmar que um grupo operativo tenha um funcionamento ótimo pelo simples fato de nunca haver silêncio.

Além disso, constatávamos que a entrada ou saída de um participante da sessão não chegava a afetar significativamente o desenvolvimento do processo grupal. Isso ocorria porque o Grupo ainda não havia se constituído como tal, era usando uma concepção sartreana, apenas um "agrupamento" ou "serialidade".

Um dos exemplos que Sartre In BLEGER¹⁴, apresenta como típico da serialidade é o de uma "fila" de pessoas que esperam um ônibus na praça, onde cada um dos integrantes dessa "fila" é um indivíduo totalmente isolado e equivalente a outro e todos constituem um número de pessoas equiparáveis e sem distinção entre si.

Nesta fase da serialidade do grupo, o que comumente observávamos era uma falta de nexo entre os discursos realizados, ou seja, não havia uma preocupação explícita por parte dos participantes em discutir, aprofundar os temas emergentes do processo grupal. Vejamos alguns exemplos:

"... Me afastei do HD durante um tempo. Me afastei por causa do medo que tenho das crises... aí me afasto. Em casa melhoro mais rápido... tive uma crise que tive de ser medicado com injetável, aí cismei que a empregada queria me roubar e me matar... ela roubava meus cigarros".

"Vocês já leram no livro do teatro terapêutico sobre a psicóloga que me acompanhava em casa e batia em mim".

A partir dessas reflexões pode-se afirmar, ainda, que as primeiras reuniões terapêuticas tratavam de um pseudo-grupo aglomerado na serialidade, no qual faltavam ou estavam latentes elementos potenciais como motivação, cooperação e pertinência. As motivações eram obscuras, o único interesse claro sendo o de encontrar o caminho que levasse a diminuição de medos básicos de perda e de ataque. Tínhamos alguns questionamentos. Quem éramos nós, uns para os outros? Qual era o grau de massificação nos primeiros momentos do encontro? Extraídos de nossos respectivos meios sociais, de nossos grupos de referência nossos comportamentos, atitudes pessoais, já começavam a esboçar o sentimento ainda incipiente de pertencer a algo chamado GRUPO OPERATIVO.

A travessia era longa, as questões complexas/polêmicas e estávamos ainda no começo. Em alguns momentos, não conseguíamos sinalizar as dificuldades surgidas no âmbito grupal. Sendo assim, os temas abordados ficavam a nível de pré-tarefa ou, quando prescritos como tarefas, estas não eram executadas.

"O grupo não cumpre as tarefas devido à falta de cooperação".

"O grupo operativo não tem objetivo, não tem finalidade. Falta engrenagem ou, então, é porque não existe problema sério no HD".

Apesar dos participantes não conseguirem ainda concretizar as tarefas, já começavam a esboçar uma certa organização e, paulatinamente, saímos da instância da serialidade para nos constituir de fato, enquanto grupo, mas grupo-objeto, esse tipo de grupo "adere completamente às instituições determinadas pelos outros, pelos superiores. Afasta qualquer análise que lhe pareça capaz de produzir divisões. Evita os conflitos e se abriga no centralismo, na rigidez normativa e no caráter unívoco dos rituais unificadores"¹⁵. Era o início do surgimento da universalidade do grupo, onde se constatava um vínculo, uma certa relação afetiva entre as pessoas, ou seja, o chamado "ponto de fusão".

Sartre In FREITAS¹⁶, preconiza que "nos grupos há um perpétuo movimento que nunca chega à totalidade. A fusão pode aparecer em diversos momentos da espiral evolutiva de um grupo, por exemplo uma semana de training grupo, três anos de psicoterapia de grupo ou cem anos de história mostram exatamente o ponto de partida para se descobrir um movimento (...). Não dá para medir o tempo em termos cronológicos, ele pode ser medido pela evolução do grupo; quer dizer, quais são

os momentos pelos quais esse grupo está passando, até onde ele pode ir".

Dessa maneira, foi observado que às vezes o grupo regredia ao se confrontar com situações novas, tais como: greve no HD, saída de participantes, de técnicos e especificamente de estagiárias da instituição. O clima grupal nessas ocasiões era de falta de limite, dispersividade. Vejamos uma seqüência de discursos numa mesma sessão terapêutica:"

"os pacientes não cumprem as tarefas porque os pacientes não participam da administração do HD, desconhecem seus administradores. A equipe é muito complexa e dispersa".

"Ao chegar a uma determinada idade, ninguém liga, todos dizem: ele é adulto... falta clima tropical".

"Para mim, falta um trabalho... recentemente presenciei um assalto no ônibus e tive medo. O que eu faço se minha mãe morrer? Gostaria de ser aposentada... me considero sozinha, nenhum dos meus familiares sabe onde fica o HD, não sabem como me encontrar".

Contudo verificávamos que o "entra-e-sai" de participantes deixava sempre um núcleo que funcionava como ligação entre as diferentes passagens grupais, e dessa maneira transmitia sua história. Esse grupo mantinha determinadas características que lhe eram peculiares e o tornavam diferentes dos outros. "É evidente que no início um grupo tem

o marco da serialidade, depois da juramentação, etc, mas isso não invalida que, no desenvolvimento do grupo, na entrada e saída de elementos, esses momentos grupais vão se sucedendo no desenrolar do processo"¹⁷.

Quando discutíamos essas questões, alguns participantes faziam colocações como:

"O HD representa uma passagem para os estagiários, e para nós é algo eterno..."

Mas esses momentos críticos foram fatores de crescimento para os participantes possibilitando-lhes elaborar melhor situações vivenciadas no e pelo grupo. As mudanças podem ser constatadas a partir destas falas:

"O HD é algo passageiro... é fundamental que cada um de nós desempenhe outras atividades fora dele".

"Vale a pena fazer tratamento no HD, mas é importante que cada um participe e coopere mais".

Em cada sessão surgia um novo tema, trazendo no seu bojo, contradições, conflitos, sentimentos... Essas confrontações permitiam ao grupo-objeto o início de sua passagem para a categoria de grupo-sujeito, capaz de assumir riscos e contradições no interior de estruturas inacabadas; de trocas igualitárias e de comunicações horizontais. Era o início do surgimento da particularidade do grupo, da confrontação com o real.

A partir daí, os temas abordados decorriam tanto da experiência individual quanto grupal e podiam estar relacionados: à macro-estrutura - a estigmatização do doente mental pela sociedade.

"O doente mental é marginalizado tem poucas chances de conquistar um emprego e viver dignamente. Um marginal tem maiores chances de conquistar um espaço na nossa sociedade do que o doente mental".

"... quando as pessoas erram têm direito a uma nova chance. Porque nós não temos?... prá quem tem problemas psiquiátricos o dinheiro é negado".

Outros temas discutidos pelos participantes estavam relacionados à micro-estrutura - greve na instituição. Era freqüente também a crítica ao uso de medicação. Por exemplo:

"A greve no HD atrapalha as atividades..."

"A greve é ruim, atrapalha... considero os grevistas individualistas. Acho péssimo e, ao mesmo tempo, bom. Péssimo porque a greve está isolada, e é bom quando os grevistas conseguem os objetivos".

"O medicamento provoca efeitos colaterais".

"Alguns pacientes precisam de remédio, outros não... o meu é um estabilizador, às vezes, me deixa impregnada".

A leitura crítica da realidade e o reconhecimento da particularidade permitiu ao grupo expressar sua própria

historicidade que deriva das contradições na qual ele vive efetivamente e deve ter pleno conhecimento da causa. Afinal, "a riqueza social e humana de um grupo sujeito não resulta do sentimento agudo de portar e suportar um núcleo inquebrantável de elementos contraditórios"¹⁸. Isso serve de argumentação para a bela imagem de Nietzsche In BARBIER¹⁹, "é preciso ter um pouco de caos em si para dar nascimento a uma estrela que dança".

Dessa maneira, o grupo foi construindo gradativamente sua história e sua dinâmica própria, permeado por um movimento permanente e transformação constante. Constatava-se maior interesse, aumento do nível de aprendizagem, cooperação grupal e capacidade de questionamento. Em suma, os temas abordados eram revertidos em tarefas e surgiam as primeiras comissões para executá-las. Vejamos algumas tarefas prescritas pelo grupo.

- Reivindicar café com leite para o HD;
- Obter informações sobre a greve dos funcionários do IP/UFRJ;
- Participar na elaboração das normas do HD;
- Organizar um passeio nos pontos turísticos da cidade do Rio de Janeiro;
- Organizar um bolão da loto.

A realização das primeiras tarefas foi fundamental para o crescimento grupal. No contexto da situação terapêutica, quando coincidem o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução da tarefa é porque há uma

acumulação quantitativa prévia do insight, um salto qualitativo durante o que o sujeito estabelece uma relação com o outro diferenciado. Conseqüentemente, a realização das tarefas possibilitou aos membros do grupo uma participação ativa no processo operativo, bem como a resolução de situações geradoras de ansiedades.

O fato de que o sujeito é capaz de agir, de realizar tarefas e atividades as mais diversas, etc, significa que se pode esperar dele o inesperado, o infinitamente improvável. Portanto acreditamos que estas realizações, não através de atos mecanicistas, e sim, reflexivos/críticos, constitui um modo criativo e produtivo do sujeito canalizar seus conflitos, suas ansiedades e, quiçá superá-los.

A seguir reproduziremos parte de algumas sessões terapêuticas, com a finalidade de tentarmos dar uma noção da dinâmica desse tipo de grupo, bem como caracterizar uma situação geradora de ansiedades e sua possível superação. Inicialmente faremos uma síntese da história pessoal e familiar do cliente. Usaremos apenas as iniciais do seu nome.

J.F., 27 anos, solteira, carioca, nível de instrução 1º grau. Seu primeiro trabalho foi como "office girl", depois trabalhou como doméstica. Sua mãe faleceu quando ela tinha 2 anos. Depois disso passou a viver em casa de parentes ou vizinhos. O pai ao casar, trouxe J.F. para viver com sua nova família. No entanto, segundo a participante, o seu

relacionamento com a madrasta foi desde o inicio cheio de conflitos.

Nas reuniões de grupo, J.F. abordava sempre a mesma temática, constituindo-se uma verdadeira estereotipia. Iniciava sua fala: "Tenho um namorado chamado Alexandre. Nosso namoro é firme, já faz alguns anos. Estamos planejando o nosso casamento prá o final do ano. Eu gosto dele. Eu vou me casar com ele".

Os participantes escutavam-na atentamente mas não a questionavam. De repente, a partir do material explicitado por J.F., e ao ser abordados pela equipe, o que fazer para ajudá-la, os integrantes assim se posicionaram:

S. - "Devemos contribuir para que seu casamento ocorra. Não suporto mais ouvir falar desse Alexandre".

C.A. - "Ela está mentindo, não existe nenhum Alexandre na vida dela. Se existe, que ela traga ele ao grupo operativo, só assim todos acreditarão que ele existe".

J.F. - Um outro participante afirmou: "Alexandre não existe".

J.C. - "Alexandre é real só na cabeça dela".

S. - "Atualmente tô namorando Teodoro. É bom fantasiar a vida, é um direito que a gente tem. É isso que ela tá fazendo".

Coordenadora - "É importante fantasiar a vida, faz parte da saúde mental. É ruim quando a pessoa vive apenas de fantasia".

J.F. - Por último, retrucou: "Não posso trazer Alexandre aqui porque ele trabalha e viaja muito".

A partir da realização dessa sessão, foram raríssimas as vezes que J.F. voltou a mencionar o nome do suposto namorado. Enquanto isso, ao analisarmos sua biografia pessoal, familiar e material manifesto nas reuniões e, principalmente, conversarmos com seu pai, ele nos informou ser chamado de "Alexandre" por J.F. Ficou evidente que ela, ao se referir ao namorado, falava do próprio pai, tratando-se de desejos edípianos não superados.

Um outro dado interessante a assinalar: no grupo expressões do tipo "aja dessa forma", "pense assim", "você está errado", "não faça isso", "faça dessa maneira", etc, eram corriqueiras. Contudo a forma como eram recebidas não dava sinais de que eram inadequadas, destoantes ou repressoras. Os participantes ficavam atentos às sugestões não como uma imposição a ser incorporada e obedecida, mas como uma expressão da singularidade do outro a ser talvez questionada e/ou refletida.

Ademais, constatávamos que, no decorrer do processo grupal, a atividade operativa teve como uma das características ser um grupo social. O sujeito, a medida que se relacionava com o outro, aprendia a conviver com as diferenças, com a multiplicidade de individualidades que cada um traz de si; estes inúmeros personagens que constitui cada um de nós. O grupo, neste sentido foi de uma enorme riqueza, pois, na medida que ia identificando no outro suas problemáticas, criava a possibilidade de modificar seu comportamento e de fazer uma nova leitura da realidade.

Vejamos o recorte de uma sessão que caracteriza de forma peculiar as considerações assinaladas anteriormente.

A.P., 18 anos, solteiro, carioca, nível de instrução 1º grau. Teve várias internações, a primeira em 1982. Tem um único irmão e mora com os pais. Afirma que já teve acompanhamento terapêutico de uma psicóloga em nível individual e domiciliar, e que esta algumas vezes o "batia".

Em determinada sessão, A.P. propôs que discutíssemos um problema que o afligia já há algum tempo. Fez o seguinte relato: "Estou aborrecido com uma psicóloga que bateu em mim... estou chateado porque ela tem um noivo e ele é velho e feio. O grupo sabe por que estou implicando com essa moça? Gostaria que o grupo me ajudasse. Não quero que ela se case. Gostaria de ouvir inicialmente J.F.".

J.F. - "É melhor botar uma pedra em cima, você deve esquecer ela".

C. - "Acho que a psicóloga tem o direito de se casar e um dia vai chegar a sua vez de se casar também. Todo dia tem casamento".

A.P. - Expositor do problema diz "que o Pai do Céu não devia deixar determinadas pessoas se casarem".

Coordenadora - "O casamento dessa moça representa uma perda, uma paulada para você".

A.P. - Afirma que sim e recentemente sua mãe falou que vai se separar de seu pai. Isto o deixou abalado. Pede segredo ao grupo.

I.B. - "Você não devia se incomodar com este fato, chegou a vez dela se casar".

A.P. - "É acho que tô com inveja, gostaria de arranjar uma namorada".

Observadora Participante - "Você está falando da falta de carinho, da falta de um chamego. O que fazer para resolver nossas faltas de carinho?"

A.P. - "Em determinado momento pensei na possibilidade de matar a psicóloga. Mas até hoje não tive coragem de matar".

M.A. - "É melhor você esquecer ela, você dificilmente terá chance de casar com essa moça".

Coordenadora - "Por que isso está ocorrendo? Será que ao matá-la, você resolve ou aumenta os problemas?

A.P. - "É devido a minha insegurança. Eu quero arranjar uma namorada e não consigo. Não vou matar ela porque em vez de resolver meus problemas, eu vou aumentar. Tentarei arranjar outra namorada".

O que, ao nosso ver, estava ocorrendo à A.P. era uma identificação projetiva. Ele projeta na terapeuta seus aspectos eróticos, e assim esse objeto projeção do amor e da própria ira, fica identificado com suas partes projetadas. No entanto, ele poderia ter revidado a agressão se não tivesse assumido o papel de criança numa relação "transferencial erótica".

Enfim, o grupo continua a construir a sua história... num processo de transformação constante através de saltos qualitativos. Talvez o maior deles tenha sido quando

alguns participantes decidiram se encontrar no Circo Voador, criando-se "brechas" para encontros em espaços extra-muros. Pode-se dizer que aquele momento compartilhado vivido em toda sua plenitude tenha se constituído numa autêntica construção de saúde mental. E numa sessão operativa subsequente ao encontro, um dos participantes assim se expressou:

"Nós já estamos em outro estágio, pois já participamos de atividades fora do HD... um exemplo, a nossa ida ao Circo Voador".

Em síntese, com base nestas reflexões iniciais e a partir do excelente estudo realizado por OLIVEIRA²⁰, tentaremos assinalar os diversos momentos vividos no processo grupal, desde a necessidade de compreensão da atividade terapêutica até o momento de insight, de maior plasticidade e produtividade.

No entanto, estes momentos do processo grupal que podem ser delimitados em cronograma, são vistos ao mesmo tempo como um movimento permanente de interação das partes no todo e de sucessivo recomeçar. A história de um grupo terapêutico é descontínua, apresenta cortes, rupturas, saltos, e a tarefa do pesquisador é a identificação destas descontinuidades que assinalam os verdadeiros começos, as mudanças qualitativas.

Neste processo de idas e vindas, de uma volta sempre possível à dispersão original, podemos destacar os seguintes momentos:

- 1º - Apresentação da atividade e seus objetivos. Surge no âmbito grupal questionamentos tais como: O que é grupo operativo? Quais os seus objetivos? Será que esta modalidade terapêutica pode nos ajudar? Constava-se na maioria dos participantes medo do desconhecido, da nova prática grupal, em outras palavras, o que existia era o medo de não poder continuar reagindo com modelos prévios, estereotipados.
- 2º - Movimento progressivo do grupo, o conteúdo das relações vai-se modificando e estabelece-se uma comunicação grupal, principalmente, através da metacomunicação. O silêncio do participante, podia expressar, de um lado, um certo insight e, de outro, formas de resistência.
- 3º - O grupo encontra-se ainda aglomerado na serialidade. Observa-se falta de nexo entre os discursos realizados, os temas abordados não eram aprofundados. Nessa fase o que caracterizava o grupo era uma incoerência organizativa frente à tarefa. Elementos potenciais tais como: motivação, cooperação e pertinência estavam ausentes.
- 4º - Passagem da serialidade para o chamado "ponto de fusão". Percebe-se um certo vínculo, uma certa relação afetiva entre os participantes. O grupo transforma-se em grupo-objeto, era o início da sua universalidade. Consegue-se,

a partir de então, reverter os temas discutidos em tarefas.

5º - O grupo assume a categoria de grupo-sujeito, era o início da sua particularidade. Alguns participantes tornam-se críticos, participativos. Conseguem, a partir daí, realizar as primeiras tarefas prescritas. Os temas abordados estavam ligados tanto à macro-estrutura ex: (estigmatização do doente mental pela sociedade) quanto à micro-estrutura (greve no Hospital-Dia), etc.

6º - Aprendizagem da utilização do grupo operativo enquanto atividade terapêutica. Entende-se melhor o seu funcionamento e suas etapas. As tarefas são, agora, mais constantemente executadas.

7º - Maior interesse pela atividade e maior capacidade crítica. Isto se evidencia com o grande número de sugestões para elaboração das normas do Hospital-Dia.

8º - Aumento da capacidade de refletir e avaliar questões individuais e do grupo. Logo, observa-se solidariedade nas relações interpessoais e maior vínculo terapêutico.

9º - O grupo sai da instância da instituição - espaço conhecido, familiar, "protetor", para um outro. O Circo Voador - espaço desconhecido, aberto, desafiante, festivo.

Constitui-se o momento de plenitude do grupo. Os participantes ousaram... permitiram, parodiando Nietzsche, o nascimento de uma estrela que dança.

Podemos, desta forma, concluir, respaldados nestes dados iniciais:

1 - Mudanças qualitativas no desenvolvimento do processo grupal, identificadas tanto a nível individual quanto de grupo;

2 - Dentre estas mudanças podem ser assinaladas:

- Maior interesse pela atividade (iniciativa e participação);
- Aumento do nível de aprendizagem e cooperação grupal;
- Capacidade crítica e participativa;
- Capacidade de executar tarefas;
- Possibilidade de estabelecer e aprofundar vínculo terapêutico;
- Capacidade de refletir e avaliar questões individuais e grupais.

Essas passagens grupais aqui relatadas foram vividas com muita intensidade, por todos os participantes, tanto no momento de realização das sessões terapêuticas, como neste momento, ao tentarmos descrevê-las. Afinal estamos falando de vida, de gente, de sentimentos, de sofrimento existencial, buscando resgatar e reconstruir as falas daqueles que muitas vezes foram impedidos de expressar suas singularidades e

historicidades, e de certo modo, a nossa própria singularidade.

Talvez, hoje "o nosso maior desafio seja a construção de uma sociedade onde as singularidades e as diferenças sejam respeitadas e mais do que isto, convivam lado a lado interagindo entre si. Utopia? Não cremos; a nova sociedade será construída nesses moldes"²¹. A esperança deve estar em cada um de nós como expressão das nossas buscas, desejos, contradições porque o outro, o "doente" é outro de nós.

■ Categorização dos temas mais abordados no e pelo grupo

A partir da leitura sistemática das sessões grupais, pudemos detectar os temas mais freqüentemente abordados no e pelo grupo. É importante assinalar que todos os temas discutidos foram propostos pelos participantes.

Estas temáticas, podem ser resumidas nas seguintes proposições:

- 1) Conceito de doença;
- 2) Uso de medicação;
- 3) Qualidade do tratamento no Hospital-Dia;
- 4) Relacionamento com a sociedade.

Para uma melhor compreensão, enumeramos todas as sessões terapêuticas realizadas, num total de 32. A freqüência

com que foi abordado cada tema nas sessões de grupo foi, respectivamente: Conceito de doença (4^a, 12^a, 23^a, 26^a, 27^a, 31^a); uso de medicação (2^a, 3^a, 4^a, 26^a, 27^a, 30^a); qualidade de tratamento do Hospital-Dia (5^a, 6^a, 9^a, 12^a, 18^a, 19^a, 29^a); relacionamento com a sociedade (2^a, 18^a, 20^a, 27^a, 28^a).

As temáticas discursivas exprimem às vezes resistências, às vezes subordinação ao discurso dominante, sendo por vezes contraditórias e conflitantes. Representam, no entanto, no período de coleta de dados deste estudo, os discursos preponderantes da experiência do grupo operativo no Hospital-Dia do IP/UFRJ.

CONCEITO DE DOENÇA	USO DE MEDICAÇÃO	QUALIDADE DO TRATAMENTO NO HOSPITAL-DIA	RELACIONAMENTO COM A SOCIEDADE
4a - "O meu problema é mais geral, não é um problema localizado... sinto medo das pessoas... estou doente, porém consciente". (J.S., 28a., 1º grau) (*)	2º - "O medicamento provoca efeitos colaterais..." (J.S., 28a, 1º grau).	5a - "Os pacientes não cumprem as tarefas porque os paciente não participam da administração do HD, desconhecem os administradores à equipe é muito complexa e dispersa". (I.B., 43a, 1º grau)	2º - "O doente mental é marginalizado tem poucas chances de conquistar um emprego e viver dignamente. Ladrão, tipo Escadinha, tem maiores chances de conquistar um espaço na nossa sociedade do que o doente mental". (J.W., 34a, 1º grau)
"Hoje tô sofrendo muito... até parece que tô com AIDS". (J.P., 27a, 1º grau)	"O medicamento só traz prejuízo para o paciente... o seu uso dificulta a participação do paciente nas atividades do HD". (S. 31 a, 1º grau)	6º - "A estrutura do HD é muito grande e complexa. O paciente não tem voz ativa e devido tudo isso, o hospital funciona ao Deus dará". (I.B., 43a, 3º grau)	18a - "Existe preconceito com relação a doença mental... é difícil conseguir emprego por causa disso". (J.A., 29 a, 2º grau)*
12a - "...O delírio, a alucinação do psicótico, é devido a todos os fatores de desajustes da sociedade..." (C.A., 47a. 3º grau) (*)	"O medicamento, até certo ponto, ajuda na recuperação do paciente". (B.K., 58 a, 1º grau)	7º - "O tratamento realizado no HD, apresenta mais vantagens do que desvantagens". (J.S., 28 a, 1º grau)	"É difícil conseguir emprego depois de ter estado num hospital psiquiátrico". (J.S., 28 a, 1º grau)
23º - "Eu era uma pessoa normal, isso surgiu dentro de mim... O meu problema não é igual a de outro paciente. Se você é uma pessoa calma e te colocam num camburão, você fica agressivo... a gente vai ficar batendo na mesma tecla... eu não sou culpado e nem quero ir que nem Cristo foi prá cruz". (J.S., 28 anos, 1º grau).	3º - "Os pacientes tão muito parados e isso pode ser devido o uso de remédio". (B.K., 58 a, 1º grau)	8º - "Acho que não vale a pena investir nas atividades do HD; o paciente não fica bom". (C.P., 18 a, 1º grau)	20a - "... Quando as pessoas erram têm direito a uma nova chance. Por que nós não temos? Pra quem tem problemas psiquiátricos o dinheiro é negado". (J.S., 27 a, 1º grau)
26a - "As pessoas normais lá de fora, que estudam, de repente podem ficar com doença da cabeça e vêm prá cá... e se você tem uma crise e a doença aparece você tem que tratar... as únicas doenças que não têm cura é o câncer e a AIDS... As pessoas têm propensão de ter doenças". (J.P., 27 a, 1º grau)	"O remédio tira um pouco os reflexos dos pacientes, mas não impede que a gente participe das atividades do HD...". (J.C., 32 a, 2º grau)	9º - "... Acho que é possível o paciente do HD melhorar, desde que haja investimento por parte de cada um". (J.S., 28 a, 1º grau)	"A solução prá isso seria o suicídio, dar um tiro e enfiar uma faca no peito". (J.C., 32 a, 2º grau)
	"Algumas pacientes precisam de remédio, outros não... O meu remédio é um estabilizador, às vezes, me deixa impregnada". (Y.C., 40 a, 1º grau)	10º - "Estou satisfeita com o tratamento no HD, me considero curada, mas continuo participando das atividades terapêuticas deste hospital". (C., 39a, 3º grau)	27º - "Certa vez um técnico do HD mandou um ofício ao Pão de Açúcar e lá não aceitaram a visita da gente. Isso é uma discriminação". (J.P., 24 a, 1º grau)

CONCEITO DE DOENÇA	USO DE MEDICAÇÃO	QUALIDADE DO TRATAMENTO NO HOSPITAL-DIA	RELACIONAMENTO COM A SOCIEDADE
<p>27º - Sofri vários acidentes na vida... minha cabeça foi atingida por isso fiquei doente". (C.A., 27a, 2º grau)</p> <p>O meu problema é físico... minha mente é completamente desenvolvida, só tenho uma pequeno defeito no tele-encéfalo. Tenho tudo harmonizado no cérebro e não preciso das pessoas para resolver nada porque tenho capacidade que os outros não têm de resolver tudo sozinho". (F., 30a, 3º grau)</p> <p>"Quando estive em crise pensei em me jogar do alto da Igreja da Penha". (J.F., 24a, 1º grau)</p> <p>"Estou ouvindo vozes... elas falam mal de mim... são coisas ruins que eu ouço... estou me sentindo como um defunto, acho que vou morrer por ouvir vozes". (A.G., 28a, 1º grau)</p> <p>"As vozes às vezes enlouquecem a gente". (J.C., 32a, 2º grau)</p> <p>"As pessoas não devem se deixar levar pelas vozes, devem lutar para não ficarem ouvindo, procurando fazer outras coisas...". (J.S., 28a, 1º grau)</p> <p>"Nunca ouvi vozes, mas elas são criadas pelas pessoas que pensam que elas vêm de fora". (R., 19a, 2º grau)</p>	<p>"Eu preciso de medicamento porque sofro de alucinação". (A.G., 28 a, 1º grau)</p> <p>"Tô satisfeito com o medicamento, mas tenho consciência que o medicamento não cura". (P.R., 27 a, 1º grau)</p> <p>4º - "Sempre que tomo medicamento fico deprimido". (A.P., 18 a, 1º grau)</p> <p>26º - "Com o tempo, a pessoa que toma Psicotrópico fica epileptica". (S.A., 33a, 2º grau)</p> <p>"E justamente o contrário: ao tomar psicotrópico reduz a possibilidade de ter epilepsia". (F., 33a, 2º grau)</p> <p>27º - "Os remédios fazem mal e não devem ser tomados". (C.A., 27a, 2º grau)</p> <p>"Eu me sinto como o jardim botânico, isto é, uma metáfora... eu me sinto morto. Eu acho que são os remédios que estão me dando". (A.G., 28a, 1º grau)</p> <p>30º - "Tomo medicamento pra não ficar impregnado, mas às vezes, fico impregnado... meu médico me diz que o remédio não causa impregnação". (S.A., 33a, 2º grau)</p>	<p>9º - "Não gosto do HD, não sei e não comprehendo porque a família me coloca aqui". (A.G., 28a, 1º grau)</p> <p>"Antes do tratamento no HD eu delirava e ouvia vozes todos os dias. Hoje me sinto bem melhor". (J.A., 29a, 2º grau)</p> <p>"Eu gosto do HD, o atendimento é bom e, mesmo no período de greve, os técnicos trabalham demonstrando interesses por nós, pacientes". (J.R., 30 a, 1º grau)</p> <p>"O HD é algo passageiro, é fundamental que cada paciente desempenhe atividades fora dele". (C., 39a, 3º grau)</p> <p>"Destaco a marcenaria como atividade fundamental pra recuperação dos pacientes. Gostaria que a marcenaria voltasse a funcionar pra que possa participar". (J.W., 34a, 1º grau)</p> <p>"A natação é importante, infelizmente, até hoje, ninguém sabe informar quando a piscina volta a funcionar". (J.S., 28a, 1º grau)</p> <p>12º - "O HD padece dos mesmos males do país. Nada tem continuidade neste país, nem no HD". (C.A., 47a, 3º grau)</p>	<p>"Quanto estive na pensão Margaridas, fiz vários passeios e ninguém nos discriminava... ninguém tinha cara de doente". (F., 30 a, 3º grau)</p> <p>28º - "Quando meu pai era vivo, a relação em casa era melhor... qualquer coisa que faço é levado pro lado da psiquiatria... tô me tratando e quando chego em casa a minha madrasta fica me xingando atoa... Não tenho prá onde ir, só pra casa de uma tia que ninguém me dá o endereço". (S.A., 33a, 2º grau)</p>

CONCEITO DE DORença	USO DE MEDICAÇÃO	QUALIDADE DO TRATAMENTO NO HOSPITAL-DIA	RELACIONAMENTO COM A SOCIEDADE
31º - "A gente tá chocado aqui... ou se dá alta ou se aposenta logo! Mas se der alta não é bom porque eu ainda estou com problema dos nervos..." (J.S., 28a, 1º grau)	"Tomar dois comprimidos um em cima do outro, traz impregnação. Quando isto ocorre sinto um mal estar e como demais... minha mãe que toma conta de minha medicação e ela faz com que tome muito remédio". (A.G., 28a, 1º grau)	"A educação física tinha como embrião as danças folclóricas, atividades que foram desativadas. Ao falar em folclore é necessário objetivar um resgate de nossa identidade cultural. As músicas atualmente tocadas representam um processo de alienação do povo latino-americano". (C.A., 47a, 3º grau)	
	"Certa vez, depois de tomar o medicamento, senti que o meu pescoço entortava... parecia que os músculos subiam para o ombro e que às vezes, andava me rastejando pelo chão". (J.C., 23 a, 1º grau)	"É necessário que haja um respaldo teórico das atividades terapêuticas desenvolvidas no HD, um processo histórico para que mesmo que seja mudado o técnico, o próximo que venha assumir a atividade possa dar continuidade. Só assim haverá harmonia". (C.A., 47a, 3º grau)	
		"Ultimamente algumas atividades do HD foram desativadas, como: musicoterapia, natação... proponho que se utilize recursos da comunidade, convênio com outras instituições, enquanto soluciona o problema da piscina". (J.F., 24a, 1º grau)	
		"Proponho que seja ampliado os recursos e as atividades do HD... que seja criado um centro cultural". (J.F., 24a, 1º grau)	
		18º - "O HD me dá segurança, me protege... a vida lá fora é uma selva". (J.A., 29 a, 2º grau)	
		19º - "Antes havia um contrato de atividades com os pacientes... agora não há mais. As coisas estão soltas..." (S., 31a, 1º grau)	
		22º - "Aqui no HD é como se eu estivesse numa ilha cercada de tubarões... faz isso, faz aquilo, me sinto recusado... não se pode fazer nada". (J.C., 24a, 1º grau)	

■ Análise das representações sociais

As representações sociais de saúde-doença estão intimamente relacionadas com as características sócio-culturais de cada sociedade. Isto é, cada indivíduo ou grupo, tem um discurso sobre a doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua concepção de mundo e de sua organização social. Nesse sentido, "a doença é uma realidade criada no seio da sociedade"²² e o doente é um personagem social.

Nessa perspectiva, não temos dúvidas de que os "distúrbios mentais" só existem através de certos conflitos subjetivos, os quais, por seu turno, se remetem às condições histórico-sociais e a cultura que predomina em determinada sociedade.

A literatura nessa área é bastante extensa, e existem inúmeros trabalhos teóricos e de campo que tratam do assunto. BERLINGUER²³, CANGUILHEM²⁴, VELHO²⁵, COSTA²⁶, entre outros.

No que se refere às representações sociais da doença do grupo em questão, podemos constatar, através das falas (conteúdo explícito), a influência da teoria organicista, isto é, a idéia de que a doença nasce e se desenvolve no interior do indivíduo (fatores endógenos), ou surge devido a acidentes (pancada na cabeça, etc). Vejamos os depoimentos seguintes:

"Eu era uma pessoa normal, isso surgiu dentro de mim".

"O meu problema é físico... minha mente é completamente desenvolvida, só que tenho um pequeno defeito no tele-encéfalo..."

"Sofri vários acidentes na vida... A minha cabeça foi atingida, por isso fiquei doente".

O primeiro ponto a ser destacado, na análise das representações sociais da doença do grupo em discussão, é de que as idéias dominantes desse fenômeno, como algo bio-fisiológico, são em parte produto da visão de saúde-doença presente na prática de profissionais de saúde que veiculam seus discursos através de relações e instituições legitimadoras tanto do setor público quanto do privado. Nestas relações, os sujeitos sociais constroem e reconstruem suas concepções sobre o processo saúde-doença não de forma passiva, mas apropriando-as de forma diferenciada, moldando-as de maneira peculiar à sua própria experiência social.

O segundo ponto a ser ressaltado para explicação desse fenômeno, é de que os códigos lingüísticos usados pelas camadas populares "não se orientam para a introspecção e a análise de emoções, mas, sobretudo, à descrição através de categorias concretas, de sensações vividas corporalmente"^{(*)27}. Isto fica evidenciado tanto nos discursos anteriores como neste discurso:

(*) Grifo nosso

"As pessoas normais lá de fora que estuda de repente pode ficar com doença de cabeça e vêm prá cá..."

Além disso, outro fato importante a ser assinalado, através de análise de conteúdo implícito nos discursos, é de que o fenômeno doença era atribuído às vezes, a problemas nos nervos.

"eu ainda estou com problema de nervos..."

Para COSTA, a doença dos nervos tem inequivocamente sua história comprometida com conflitos identificatórios. Ela condensa, em sua expressividade, uma idéia de causalidade e o valor que tem uma determinada imagem do corpo na formação de uma certa identidade ego-narcísica. Ele nos sugere que:

"As queixas constantes de mazelas físicas mostram que o corpo é um instrumento de comunicação fundamental no conflito psíquico, porque é investido culturalmente como a faceta do ego mais representativa do sujeito"²⁸.

O autor em pauta acrescenta que "as mulheres, mas sobretudos os homens das camadas populares, utilizam o corpo para manifestarem o que não vai bem na identidade-trabalhadora. São queixas do gênero guebrei as coisas de casa, não consigo mais tomar conta dos filhos, não consigo mais cozinar, ou, no caso dos homens, não consigo trabalhar, não

tenho mais forças para trabalhar, etc, que povoam o imaginário desses sujeitos"²⁹.

Mas apreendemos também com o referido grupo social confirmado idéias já elaboradas por MINAYO³⁰, que, a concepção de doença ultrapassa o conceito "biológico". Ela se insere num quadro mais global da sociedade, ou seja, explica o fenômeno da doença a partir de determinantes sociais. Por exemplo:

"O delírio, a alienação do psicótico é devido a todos os fatores de desajustes da sociedade".

"O meu problema não é igual a de outro paciente. Se você é uma pessoa calma e te colocam num camburão, você fica agressivo...".

As concepções de origem da doença por causas exógenas estão ligadas à sociedade compreendida como agressiva, normativa e ao modo de viver pouco saudável. O meio ambiente e a própria organização social são representadas, aqui, como hostis e provocadoras de doenças e desequilíbrios, "a doença resulta não apenas de uma contradição entre o homem e o meio natural, mas também necessariamente de uma contradição entre o indivíduo e o meio social"³¹.

Com relação especificamente a estudos acadêmicos realizados na sua maioria de forma empírica, VELHO afirma que as concepções desses autores sobre o "comportamento

desviante"(*), oscilam entre um psicologismo e um sociologismo. Ou se cria uma individualidade "pura" dissociada do ambiente externo, ou então um fenômeno social "puro", todo-poderoso, que paira de forma perniciosa sobre as pessoas. O autor insiste que a dicotomia Indivíduo x Sociedade e/ou Cultura é que determina esses caminhos. Diz ele:

"Não se trata de negar a especificidade de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos ou culturais, mas sim reafirmar a importância de não perder de vista o seu caráter de interrelacionamento complexo e permanente"³².

É interessante assinalar que apesar do grupo em discussão, conceber a doença sobretudo como algo "bio-fisiológico", o uso de medicação, com raríssimas exceções, não é tão "valorizado", pelo contrário, é criticado às vezes de forma contundente.

"O medicamento provoca efeitos colaterais".

"O medicamento só traz prejuízo para o paciente..."

"Os remédios fazem mal e não devem ser tomados".

(*) Aspas nossas

Além disso, o uso de medicação é visto como algo que deixa o paciente passivo, imobilizado, deprimido, impregnado, por vezes provoca uma sensação de morte iminente. Vejamos os seguintes discursos:

"O uso de remédio dificulta a participação do paciente nas atividades do HD".

"Os pacientes tão muito parados e isso pode ser devido, o uso do remédio".

"Sempre que tomo medicamento fico deprimido"

"Tomo medicamento prá não ficar impregnado, mas às vezes, fico impregnado..."

"Eu me sinto como o Jardim Botânico, isto é, uma metáfora... Eu me sinto morto. Eu acho que são os remédios que estão me dando".

Estes dados mostram que os sujeitos deste estudo, em sua maioria oriundos das camadas populares e todos apresentando conflitos subjetivos, não apresentam aquilo que ORTIZ³³, denominou de consciência fragmentada, ou seja, não apresentam um pensamento "fragmentado", "acrítico" sobre a realidade que os cerca. Pelo contrário, constatamos aqui, que parte de integrantes fornece um arranjo explicativo sobre o uso de medicação e outras temáticas discutidas de maneira clara, crítica que pode parecer "incongruente" em face do modelo de compreensão do tipo intelectual-acadêmico que tem como paradigma os cânones de demonstração científico-filosófica.

Contudo, vale frisar que estamos falando de clientes capazes de comunicação verbal mais elaborada e participando de diversas atividades terapêuticas no HD, alguns desde 1987.

Dito isto, e para confirmar nossa argumentação anterior em dado momento do processo grupal um dos integrantes chega a afirmar que:

"Tô satisfeito com o medicamento, mas tenho consciência que o medicamento não cura".

De fato, o medicamento por si só não "cura", ele deve ser apenas, parodiando MOFFATT³⁴, um coadjuvante do tratamento como um todo, um facilitador do processo terapêutico. Contudo o que se verifica na maioria das instituições psiquiátricas do país, é o uso abusivo de psicofármaco, ou seja, é o esforço constante de idéia que tratar alguém, é sinônimo de medicá-lo.

No que concerne à qualidade do tratamento no Hospital-Dia, os discursos dos participantes do grupo operativo, eram os mais variados, às vezes, contraditórios e até mesmo opostos. Alguns eram bastante críticos, por exemplo:

"A estrutura do HD é muito grande e complexa. O paciente não têm voz ativa e, devido a tudo isso, o hospital funciona ao Deus dará".

"O HD padece dos mesmos males do país. Nada tem continuidade neste país, nem no HD".

Por outro lado, alguns discursos mostram a importância de participar das atividades terapêuticas da instituição, como espaços possíveis para elaborar certos "conflitos subjetivos", ou então, como uma forma de ficar "curado":

"Antes do tratamento no Hospital-Dia, eu delirava e ouvia vozes todos os dias. Hoje me sinto bem melhor".

"Estou satisfeita com o tratamento no HD... me considero curada, mas continuo participando das atividades deste hospital".

Através da experiência de grupo, observamos que os participantes por vezes, consideram-se "curados" quando os sintomas "desaparecem": "Tô curado, os sintomas desapareceram, não tô ouvindo mais vozes..."; quando conseguem produzir, trabalhar: "Acho que já tô bom porque já ajudo minha mãe nas tarefas de casa"; ou, então, quando começam a ter novas experiências: "me considero quase curado, já fui a uma festa na casa de uma amiga".

Não obstante, na prática psiquiátrica, é freqüente observar que a "alta" é dada para muitos clientes mediante a utilização, como indicador de "cura", do fato de comerem bem, de se vestirem corretamente, ou seja, de apresentarem uma conduta aparentemente "normal", de terem chegado a construir um estereótipo segundo o qual se conduzem quase que automaticamente em sua vida cotidiana. Neste estereótipo, os

técnicos, a família e os mais chegados integram-se como contexto.

No entanto, é bom esclarecer que o tratamento terapêutico desenvolvido no Hospital-Dia, busca sobretudo possibilitar ao cliente elaborar seus conflitos, ansiedades e medos; reconstruir sem mundo interno; e, muito possivelmente, viver novas experiências; e, quiçá tornar-se crítico e participativo.

"Curar" é essencialmente uma perversão mecanicista dos ideais de certos profissionais, completamente oposta, de muitas maneiras, à tradição autêntica do tratamento. "Curar"

"Se refere a fazer o paciente mais aceitável aos outros, de modo que os outros (inclusive os médicos e enfermeiros) fiquem menos ansiosos a respeito dele, bem como fazê-lo expressar menos aflição"³⁵.

Enquanto que tratamento

"Se refere a ajudar as pessoas a recuperar sua integridade, quando, em medida variada, foram desfeitos em pedaços. No caso de certas pessoas, em certas situações de vida, desfazer-se em pedaços pode ser necessário como uma pré-condição para um processo de renovação. Também a aflição e a angústia podem ser necessárias para o crescimento pessoal"³⁶.

Outro tema freqüentemente abordado pelo grupo pesquisado foi o relacionamento com a sociedade.

Antes de tudo, porém, é importante ressaltar que, as pessoas não se relacionam com a sociedade global diretamente enquanto unidade isolada, e sim através da mediação de seu contexto próximo: os grupos diretos ou primários - a família e os grupos indiretos ou secundários - ligados à escola, ao trabalho, ao lazer, etc. Esses grupos podem ser denominados também de grupos de referência, pois é através de sua filiação que elas constroem sua identidade pessoal e estabelecem (ou reconhecem) sua condição enquanto sujeito no mundo³⁷.

Dessa forma, a maneira como o sujeito vê a si mesmo e se situa no mundo depende fundamentalmente da mensagem que ele recebe das pessoas com as quais ele convive. Em outras palavras, sua identidade pessoal e social é parte, antes de mais nada, dos interesses e definições que os outros têm em relação a ele"³⁸.

É fundamental destacar, no entanto, que a identidade do sujeito poderá oscilar entre ajustar-se ao grupo ou diferenciar-se deste. Aqueles que por opção ou circunstâncias não se enquadram nos padrões estabelecidos pelo grupo social poderão adquirir em relação a este uma identidade fragmentada e, consequentemente, poderão se tornar pessoas discriminadas ou estigmatizadas.

Em suma, "certos grupos sociais realizam determinada "leitura" do sistema sócio-cultural. Fazem parte dele e, em função de sua própria situação, posição, experiências, interesses etc, estabelecem regras cuja infração cria o comportamento desviante"³⁹.

Dito isto, vejamos as representações sociais sobre o tema do grupo alvo desta pesquisa. Em algumas sessões terapêuticas surgiram os seguintes discursos:

"Existe preconceito, com relação à doença mental... é difícil conseguir um emprego por causa disso".

"É difícil conseguir emprego depois de ter estado num hospital psiquiátrico".

"Certa vez, um técnico mandou um ofício ao Pão-de-Açúcar e lá não aceitaram a visita da gente. Isso é uma discriminação".

A partir destes discursos, constata-se que os sujeitos sentem-se discriminados, marginalizados pelo tecido social, tanto pelo fato da doença em si, quanto pelo fato de terem estado num hospital para doentes mentais. Vale lembrar que a maioria deles teve mais de quatro internações totais em clínicas e/ou hospitais psiquiátricos, quase sempre de longa duração.

Sabe-se hoje que os hospitais mentais podem tornar as pessoas mais doentes quanto maior for sua permanência neles. Pode levar ao chamado quadro de institucionalismo - que se caracteriza pela extrema dependência em relação à instituição e a perda da capacidade de atuar fora dela. Nesse sentido, Mendel In TORREY, nos diz que:

"quanto maior for o período de "hospitalização" do "paciente", menor será sua capacidade de atuar em sociedade"⁴⁰.

Um outro dado observado com relação ao grupo em questão, é de que, apesar do tema ter sido abordado com uma certa freqüência nas sessões operativas, poucos membros participaram das discussões. Isto talvez deva-se ao fato do assunto ainda ser considerado um "tabu" para os participantes, os familiares, bem como os técnicos de saúde mental terem dificuldade de abordá-lo.

Sendo assim, é provável que se essas pessoas tivessem sido mais "estimuladas", "trabalhadas" terapêutica e politicamente, no sentido de falar de suas "dificuldades", as questões relativas a estigmatização teriam sido abordadas, elaboradas por um maior número de participantes do grupo.

Enfim, o estudo sobre pessoas que apresentam comportamento diferente, divergente da maioria do grupo de referência considerado "normal", poderá ser um campo fértil para a Enfermagem, na medida que,

"for capaz de perceber através dele aspectos insuspeitados da lógica do sistema sócio-cultural. Com isso, estará restabelecendo um aspecto crucial do comportamento humano - a integração de suas diferentes dimensões"⁴¹.

Referências Bibliográficas

- 1 - BLEGER, José. Temas de psicologia. Entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 113 p.
- 2 - SAIDON, Osvaldo et alii. Práticas grupais. São Paulo: Escuta, 1989. 171 p.
- 3 - BAREMBLITT, Gregório (org.) Grupos teoria e prática, 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 219 p.
- 4 - PICHON-RIVIÈRE, Enrique. O processo grupal. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986. 107 p.
- 5 - Ibid, p.3.
- 6 - BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 3.ed. São Paulo: Brasil Debates, 1982. p.89.
- 7 - BICALHO, Milton. Grupo operativo. op.cit. p.14.
- 8 - ROSENFIELD, Herbert. Impasse e interpretações fatores: terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteiriços. Rio de Janeiro: Imago, 1988. p.46-47.
- 9 - IRVING, Susan. Enfermagem psiquiátrica básica. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. p.29.

10 - ROSENFIELD, Herbert. op.cit. p.51.

11 - BLEGER, José. op.cit. p.90.

12 - ibid, p.91.

13 - PICHON-RIVIÈRE, Enrique. op.cit. p. 125.

14 - BLEGER, José. op.cit. p.91.

15 - BARBIER, René. Pesquisa-ação na instituição educativa.
Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p.157.

16 - FREITAS, Luiz Alberto. O tempo e o grupo. In: PY, Luiz Alberto (org.). Grupo sobre grupo. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. p.150.

17 - CASTELAR, Carlos. O tempo e o grupo. In: PY, Luiz Alberto (org.). Grupo sobre grupo. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. p.151.

18 - BARBIER, René. op.cit. p.175.

19 - Ibid, p.175.

- 20 - OLIVEIRA, Jeanie Lobato. Grupo operativo: uma alternativa terapêutica no Hospital-Dia. Monografia do curso de especialização em saúde mental. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1990. p.68-69.
- 21 - RUSSO, Jane. Ordem e desordem na sociedade moderna. J. Bras. Psig., v.39, suppl.2, p.185, 1990.
- 22 - ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p.152.
- 23 - BERLINGUER, Giovani. Psiquiatria y poder. Barcelona: Instar, 1977. p.39-44.
- 24 - CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978. 307 p.
- 25 - VELHO, Gilberto. Desvio e divergência: uma crítica da patologia social. 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p.1-28.
- 26 - COSTA, Jurandir Freire. Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. op.cit.

- 27 - BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida & COSTA, Nilson do Rosário (org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p.159.
- 28 - COSTA, Jurandir Freire. Psicanálise e contexto cultural: Imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. op.cit. p.36.
- 29 - Ibid, p.36
- 30 - MINAYO, Maria Cecília de Souza & SOUZA, Helena de Oliveira. Na dor do corpo, o grito da vida: primeira leitura dos dados da pesquisa memória social da saúde - doença na classe trabalhadora, desenvolvida no âmbito do Projeto Educação, Saúde e Cidadania. Rio de Janeiro: Departamento de Ciências Sociais/ENSP/FIOCRUZ, 1990. p.22.
- 31 - SINGER, Paul et alii. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981. p.69.
- 32 - VELHO, Gilberto. op.cit. p.19.
- 33 - ORTIZ, Renato. A consciência fragmentada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980. p.67-89.

34 - MOFFATT, Alfredo. Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular. São Paulo: Cortez, 1980. p.167.

35 - COOPER, David. Psiquiatria e antipsiquiatria. op.cit. p. 138.

36 - Ibid p.138-139.

37 - GLAT, Rosana. Somos iguais a você. Depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: Agir, 1989. p.102.

38 - GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. p.116-117.

39 - VELHO, Gilberto. op.cit. p.24.

40 - TORREY, E. Fuller. A morte da psiquiatria. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. p.77.

41 - VELHO, Gilberto. op.cit. p.28.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs-se a discutir, a atividade de grupo operativo para clientes psicóticos no Hospital-Dia, através do referencial teórico fornecido, sobretudo, por Pichon-Rivière. A questão teve origem a partir do nosso engajamento nesta modalidade grupal como observadora participante, consequentemente, junto a uma equipe multiprofissional da área de saúde mental. Partindo de uma abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação, na qual a observadora e os participantes do grupo estiveram implicados em todo processo de construção do conhecimento, pudemos observar diversos momentos grupais significativos, desde a serialidade até a formação do grupo-sujeito, num processo constante de idas e vindas, de uma volta sempre possível à serialidade, à dispersão original.

Em seguida, buscando dar ênfase aos discursos dos participantes, fez-se um recorte das representações sociais destes sobre a realidade que os cerca, através da análise dos temas abordados nas sessões realizadas. Estes temas estavam relacionados com a dimensão pessoal, biográfica de cada sujeito, do que era expressado por um membro do grupo (verticalidade); a dimensão grupal do enunciado (horizontalidade); bem como as múltiplas determinações sócio-político-ideológico-econômico-sexuais, circunscritas no contexto da sociedade onde o grupo encontra-se inserido (transversalidade). Dentre estas temáticas, destacamos o

conceito de doença, o uso de medicação, qualidade do tratamento no Hospital-Dia e o relacionamento com a sociedade.

Dessa maneira, baseando-se em autores como COSTA¹, VELHO², entre outros, constatamos que as representações sociais de doença do referido grupo, ultrapassam o nível biofisiológico, elas se inserem num quadro mais global da sociedade, isto é, explica o fenômeno da doença também a partir de determinantes sociais. Não temos dúvidas de que a doença mental só existe através de certos conflitos subjetivos os quais estão sócio-culturalmente condicionados. No que concerne às representações sociais do relacionamento com a sociedade, os sujeitos que abordaram esse tema, consideram-se estigmatizados, marginalizados pelo tecido social.

Depreendemos daí que a atividade de grupo operativo pode se constituir numa alternativa de atendimento em saúde mental, uma vez que possibilitou ao participante desenvolver um papel ativo/crítico durante o processo grupal. Foi ele quem propôs o tema, soluções, mudanças e estabeleceu limites. Podemos afirmar que houve um aprendizado mútuo e gradual entre clientes e técnicos em relação a atividade proposta. Sendo assim, compartilhamos da idéia de Michel Foucault, de que a loucura, como desrazão, é um discurso e não a verdade.

Acreditamos, portanto, que a inclusão das práticas grupais no interior das instituições "pode se transformar em analisador capaz de ajudar a revelar as contradições que subjugam o desenvolvimento de uma política mais eficaz no campo da saúde mental"³. Certamente, guardadas as devidas

proporções, este analisador revelou que é possível, criar alternativas de atendimento nesse campo do conhecimento. É preciso ousar, correr riscos, para que possamos acompanhar o processo dinâmico da história.

Enfim, buscamos, neste estudo, construir um panorama, tão acurado quanto nos foi possível, desse processo grupal riquíssimo, em permanente transformação, em contradições. Nestas páginas finais, interessa-nos fazer algumas observações que sirvam de subsídios para a revisão crítica da prática da enfermagem psiquiátrica e para uma atitude transformadora em relação a sua inserção nesta área específica do conhecimento humano.

Concebemos como transformadora as modalidades de atendimento "que busquem devolver ao ser humano a possibilidade de criação genuína de sua existência"⁴, isto é, que auxiliem na construção de relações de expressão, de criação, na qual o sujeito se reapropria da subjetividade, produzindo um processo de singularização⁵.

Na nossa concepção isso é possível na medida que a enfermeira tenha engajamento/posicionamento crítico frente as questões sociais; faça uma auto-crítica, questione, cotidianamente, primeiro a si, depois os demais, as práticas de autoritarismo/poder que permeiam as relações sociais no interior das instituições; tenha como preocupação permanente fazer evoluir sua prática, tanto quanto suas bases teóricas, não somente científica e politicamente transformadora, como também e fundamentalmente possível. Só assim a enfermeira será

capaz de reinventar novas formas de relações, de fazer emergir o imprevisível, a diferença, a singularidade de cada um.

Por sua importância dentro da equipe de saúde mental, uma vez que permanece o maior número de horas na instituição, em contato com o cliente, a enfermeira tem oportunidades inigualáveis de ser a produtora de sua transformação, a co-produtora da transformação dos demais. Esta proposta inovadora está no bojo das lutas culturais que buscam "a criação de um novo modo de vida, um novo modo de sermos e estarmos com os outros (criar condições equilibradas de vida é impedir a possível emergência da loucura) (...). É preciso desmistificar o saber psiquiátrico, formar grupos de informação e debate sobre a realidade psiquiátrica, criar possibilidade de organizações de internados e ex-internados, possibilitar-lhes a palavra, fazer sair a loucura do seu estatuto privado através de discussões coletivas nos organismos populares de base, são alguns dos passos que poderão conduzir à descoberta de novas formas de resolução dos problemas que afetam uma comunidade, nomeadamente no campo da saúde mental"⁶. A enfermeira psiquiátrica tem um papel fundamental no cerne dessas lutas.

Quanto tempo levaremos para chegar até lá, não sabemos, mas além de nos engajarmos nessas questões ressaltadas anteriormente, precisamos também nos envolver em práticas terapêuticas desenvolvidas por equipes multiprofissionais como a de grupo operativo, onde os problemas discutidos possuam uma interface que nos permita avaliá-los, seja do ponto de vista

político, sociológico, antropológico ou filosófico, talvez nos ajude a apressar o passo. Frente ao enigma da doença mental não há saber único, como também não há resposta única.

Nessa perspectiva, faz-se premente construir uma nova ética onde o doente mental possa exercer sua cidadania, isso, quem sabe, poderá influenciar a construção, como nos fala Félix Guattari, de micropolíticas sociais onde convivam iguais e diferentes, singulares e plurais.

Enfim, há, em todas as áreas do conhecimento, uma tomada de consciência da importância do trabalho interdisciplinar na tentativa de compreender a complexidade das relações sociais, a partir, principalmente, do ponto de vista dos sujeitos sociais envolvidos nessas relações. Isso é uma tarefa de abordagem qualitativa. O estudo que relatamos, procurou seguir esses passos, porém, não se pretende conclusivo: é, antes, um começo de conversa, um trabalho introdutório. Constitui-se em reflexões para estimular outras reflexões. Cada capítulo aqui desenvolvido é para ser retomado, questionado e aprofundado. Nessa busca incessante, nesse processo cambiante e dialético, a intencionalidade é a mesma da primeira à última página: o relato de uma experiência de grupo operativo no Hospital-Dia (o desafio da construção de uma alternativa de atendimento em saúde mental).

Referências Bibliográficas

- 1 - COSTA, Jurandir Freire. Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989. 175 p.
- 2 - VELHO, Gilberto. Desvio e divergências: uma crítica da patologia social. 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. 144 p.
- 3 - SAIDON, Osvaldo et alii. Práticas grupais. Rio de Janeiro: Campus, 1983. p.111.
- 4 - GONÇALVES, Lúcia Maria Rodrigues. Trabalho social e saúde mental: reflexão crítica acerca da ação contraditória do serviço social. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1980. p.99.
- 5 - GUATTARI, Félix & ROLNIF, Suely. Micropolítica: cartografias do desejo. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p.33.
- 6 - FLEMING, Manuela. Ideologias e práticas psiquiátricas. Porto:Afrontamento, 1976. p.110-111.

BIBLIOGRAFIA

AFANÀSSIEV, V.G. Fundamentos da filosofia. 2.ed. URSS, Progresso, 1982. 430 p.

ARTAUD, Antonin. Os escritos de Antonin Artaud. Tradução, prefácio, seleção e notas WILLER, Claudio. Porto Alegre: L & PM, 1983. 167 p.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Notícias Psiquiátricas. Boletim informativo da APERJ, nº 209, mai/jun/jul 1991. 5 p.

BARHTIN, Mikhail. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Hucitec, 1986. 120 p.

BAPTISTA, Suely de Souza. O avesso da convivência - o estudante de enfermagem no ciclo básico. Rio de Janeiro. Tese de Livre Docência. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1988. 193 p.

BARBIER, René. A pesquisa-ação na instituição educativa. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. 219 p..

BAREMBLITT, Gregório (org.). Grupos: teoria e técnica. 2.ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986. 219 p.

BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 3.ed. São Paulo: Brasil Debates, 1982. 158 p.

BASAGLIA, Franco. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326 p.

BERLINGUER, Giovanni. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196p.

BERLINGUER, Giovanni. Psiquiatría y poder. Barcelona: Granica, 1977. 121 p.

BERLINGUER, Giovanni. Medicina e política. 3.ed. São Paulo, 1987. 199 p.

BICALHO, Milton. Grupo Operativo. In: MENEZES, Daniel. Grupos intersecções. Belo Horizonte, 1985. p.11-17.

BIRMAN, Joel & DELGADO, Pedro. Extinção dos manicômios é muito polêmica. In: SANTAGELLO, Angela et alii. 43ª Reunião da SBPC. Rio de Janeiro, 1991. Jornal do Brasil, 20.07.1991, p.4. (Caderno Ciência Suplementar).

BLAYA, Marcelo. Tratamento hospitalar com orientação psicanalítica. Porto Alegre: Globo, 1961. 89 p.

BLAYA, Marcelo. Conceito e indicações do hospital-dia psiquiátrico. Rev. AMRIGS. Porto Alegre, v.4, n.3, p.64-68, 1973.

BLEGER, José. Temas de psicologia: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 113 p.

BOLTANNSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191 p.

BOTTOMORE, Tom. Dicionário do pensamento marxista. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. 454 p.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1989, 314 p.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Repensando a pesquisa participante. 3.ed. São Paulo, 1987. 252 p.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). Pesquisa participante. Cadernos Cedes nº 12. São Paulo: Cortez, 1987. 64 p.

CAMPOS, Maria Auxiliadora. O Hospital-Dia como alternativa assistencial em Psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1986. 153 p.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. 307 p.

CAPLAN, Gerald. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 324 p.

CERQUEIRA, Luiz. Resistências às práticas comunitárias. Neurobiologia. Recife, v.41, n.2, p.273-288, abr/mai/jun 1978.

CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria Social: problemas brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984. 306 p.

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Rio de Janeiro, 25 a 28 de junho de 1987. 16 p. (Relatório final).

CONTEL, José Onildo Betroli. Quinze anos de hospital-dia: contribuição ao estudo da prática de comunidade terapêutica, psicoterapia de grupo e princípios psicanalíticos em hospital psiquiátrico no Brasil. J. Bras. Psiq., Rio de Janeiro, v.40, n.4, p.163-169, 1991.

COOPER, David. Psiquiatria e anti-psiquiatria. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1989. 162 p.

COSTA, Jurandir Freire. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4.ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989. 187 p.

COSTA, Jurandir Freire. Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989. 175 p.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. Cidadelas da ordem: a doença mental na República. São Paulo: Brasiliense, 1990. 80 p.

DAMETTO, Carmem. O psicótico e seu tratamento. Rio de Janeiro: ORTTAG, s/d. 159 p.

DANTAS, Luis Fernando. Redução da ansiedade e da defensividade em psicoterapia de grupo. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1975. 117 p.

DELGADO, Pedro. A revisão da lei da saúde mental. In: COSTA, Cristiane. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 19.10.1990. p.1. (Caderno Cidade).

ECO, Humberto. Como se faz uma tese. São Paulo: Perspectiva, 1988. 172 p.

I Encontro sobre Tratamento das psicoses em Instituição. (GOLDBERG, Jairo Ideal & CARROZZO, Nelson J.) (org). Rio de Janeiro, UERJ, agosto de 1989. 99 p.

EPINAY, Michele Laline d'. A doença como linguagem. Campinas:
Papirus, 1988. 165 p.

FLEMING, Manuela. Ideologias e práticas psiquiátricas. Porto:
Afrontamento, 1976. 156 p.

FOUCAULT, Michel. A história da loucura na idade clássica. São
Paulo: Perspectiva, 1978. 555 p.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão.
Petrópolis: Vozes, 1977. 280 p.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 8.ed. Rio de Janeiro:
Graal, 1989. 296 p.

FREIRE, Paulo et alii. O processo educativo segundo Paulo
Freire e Pichon-Rivière. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1989.
80 p.

FURTADO, Tania Regina da Silva. "Hospital-dia IPUB-UFRJ - dois
anos depois". J. Bras. Psiq., Rio de Janeiro, v.38, n.6,
p.337-338, 1989.

FURTADO, Tania Regina da Silva. Sobre a pesquisa e o trabalho
com psicóticos em hospital-dia. J. Bras. Psiq., Rio de
Janeiro, v.40, n.4, p.159, 1991.

GAJARDO, Marcela. Pesquisa participante na América Latina. São Paulo: Brasiliense, 1986. 94 p.

GERMANO, Raimunda Medeiros. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1983. 118 p.

GLAT, Rosana. Somos iguais a você: depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: Agir, 1989. 224 p.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 158 p.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. 3.ed. São Paulo: Perspectiva, 1990. 315 p.

GONÇALVES, Lúcia Maria Rodrigues. Trabalho social e saúde mental: reflexão crítica acerca da ação contraditória do serviço social. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1982. 145 p.

GRAMSCI, Antonio. Concepção dialética da história. 7.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987. 341 p.

GREIMAS, Algirdas Julien & LANDOWSKI, E. Análise do discurso em ciências sociais. São Paulo: Global, 1986. 283 p.

GRIVET, Leila de Oliveira. Subsídios para implementação de uma metodologia multidisciplinar em unidade de hospital-dia para pacientes esquizofrênicos. Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1988. 222 p.

GUATTARI, Félix & ROLNIF, Suely. Micropolítica: cartografias do desejo. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 328 p.

GUATTARI, Félix. As três ecologias. 3.ed. Campinas: Papirus, 1991. 56 p.

HABERMAS, Jurgen. Dialética e hermenêutica. Porto Alegre: L & PM, 1987. 136 p.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1987. 163 p.

HOLANDA, Aurélio Buarque. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1500 p.

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

INFANTE, Raffaele. Hospital-dia: uma nova proposta do Instituto de Psiquiatria. J. Bras. Psiq., Rio de Janeiro, v.36, n.5, p.265-266, 1987.

INFANTE, Raffaele. Ecologia da saúde mental: uma nova perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro, UFRJ, 1988. 107 p.

INNOCENZI, Rosane Fátima de Queiroz. O grupo operativo na instituição-escola e a investigação do psicólogo. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1983. 93 p.

IRVING, Susan. Enfermagem psiquiátrica básica. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979, 292 p.

JENNER, Frederick Alexander. Conferência. Rio de Janeiro. J. Bras. Psiq., v.39, sup.2, p.145-165, 1990.

JONES, Mawell. Comunidade terapêutica. Petrópolis: Vozes, 1972. 196 p.

KRAMER, Bernard. Day hospital a study of partial hospitalization in psychiatry. New York: Grune & Stratton, 1962. 99 p.

LOYELLO, Washington. Para uma psiquiatria da libertação. Rio de Janeiro: Achiamé, 1982. 107 p.

LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Maril. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUZ, Madel Therezinha. As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986, 295 p.

MACHADO, Roberto. Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Foucault. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 218 p.

MAILHIOT, Gérald Bernard. Dinâmica e gênese dos grupos. São Paulo: Duas cidades, 1970. 188 p.

MARSIGLIA, Regina Giffoni et alii. Saúde Mental e Cidadania. São Paulo: Mandacaru, 1987. 93 p.

MEDEIROS, Tácito Augusto. Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Tese de Mestrado. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977. 165 p.

MELO, Cristina. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986. 94 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. Tese de Doutorado. Escola de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz do Rio de Janeiro, 1989, 366 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza & SOUZA, Helena de Oliveira. Na dor do corpo, o grito da vida: primeira leitura dos dados da pesquisa memória social da saúde - doença na classe trabalhadora, desenvolvida no âmbito do Projeto Educação, Saúde e Cidadania. Rio de Janeiro: Departamento de Ciências Sociais/ENSP/ FIOCRUZ, 1990. 36 p. (mimeo).

MINZONI, Maria Aparecida & SCATENA, Maria Cecília M. Estudo da assistência de enfermagem numa comunidade terapêutica. Enf. Novas Dimensões. São Paulo, v.1, n.2, p.85-93, mai/jun 1975.

MIRANDA, Cristina Maria Loyola. O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. Tese de livre docência em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro, 1990. 227 p.

MOFFATT, Alfredo. Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular. São Paulo: Cortez, 1980, 247 p.

MORAIS, Regis et alii. Construção social da enfermidade. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978. 199 p.

MOREIRA, Diva. Psiquiatria: controle e repressão social. Petrópolis: Vozes, Fundação João Pinheiro, 1983. 84 p.

MOURA, Eliana Amorim. Função social do profissional de serviço social no processo de organização popular. Algumas indicações preliminares - um estudo de caso. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1983. 133 p.

OLIVEIRA, Jeanie Lobato. Grupo operativo: uma alternativa terapêutica no Hospital-Dia. Monografia do curso de especialização em saúde mental. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1990. 89 p.

ORTIZ, Renato. A consciência fragmentada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980. 192 p.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. O processo grupal. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986. 107 p.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. Teoria do vínculo. 3.ed. São Paulo: Martins Fonte, 1988. 143 p.

PITTA, Ana & CAVALCANTI, Maria Tavares. Loucura e transformação dos projetos sociais. J. Bras. Psig., Rio de Janeiro, v.39, sup.2, p.195-205, 1990.

PY, Luis Alberto (org.). Grupo sobre grupo. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. 205 p.

POLETTI, Rosette A. Cuidados de enfermeria: tendencias y conceptos actuales. Barcelona: Rol, 1980. 158 p.

ROSENFELD, Herbert. Impasse e interpretações fatores: terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteiriços. Rio de Janeiro: Imago, 1988. 360 p.

ROZITCHNER, Leon. Freud e o Problema do poder. São Paulo: Escuta, 1989. 189 p.

SAIDON, Osvaldo et alii. Práticas grupais. Rio de Janeiro: Campus, 1983. 171 p.

SEVERINO, Antonio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 17 ed. São Paulo: Cortez, 1991. 252 p.

SILVA, Gracielle Borges. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986. 143 p.

SILVA, Maria da Luz. A comunicação como processo interativo do relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente. Rio de Janeiro, J. Bras. Psiq., v.40, n.7, p.371-375, 1991.

SILVA, Maria Ozanira. Refletindo a pesquisa participante. São Paulo: Cortez, 1986. 174 p.

SINGER, Paul et alii. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981. 166 p.

SOUZA, Abnael Leal de. Bahia de Todos os Loucos: um estudo de psiquiatria social. Salvador: Contemp., 1984. 114 p.

SZASZ, Thomas. Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 229 p.

TAUSK, Victor. Tausk e o aparelho de influenciar na psicose. In: BIRMAN, Joel (org.). São Paulo: Escuta, 1990. 133 p.

TEIXEIRA, Sonia Beatriz Sodré & AZARADEL, Lea Gana. O setor de família no Instituto de Psiquiatria da UFRJ: Reflexões sobre 10 anos de experiência. Trabalho apresentado no I Encontro de Terapêutica de Família, Salvador, julho de 1988. 3 p.

THIOLLENT, Michel. Metodologia da pesquisa-ação. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1986. 108 p.

TORREY, E. Fuller. A morte da psiquiatria. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 208 p.

TRAVELBEE, Joice. Intervencion en enfermeria psiquiatrica: el proceso de la relacion de persona a persona. Colombia: Carvajal, 1979. 257 p.

TRIVIÑOS, Augusto. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

TUNDIS, Silvério Almeida & COSTA, Nelson do Rosário (org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p.

VAZQUEZ, Adolfo Sanchez. Filosofia da praxis. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 454 p.

VELHO, Gilberto. Desvio e divergência: uma crítica da patologia social. 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. 144 p.

WAELHENS, Alphonse. A psicose: ensaio de interpretação analítica e existencial. Rio de Janeiro: Zahar, 1990. 181 p.

ANEXO I

FORMULARIO DE OBSERVAÇÃO DE GRUPO OPERATIVO

Data:

Coordenador:

Observador:

Pontualidade no ingresso:

Emergente de abertura:

Medo dominante:

Extensão da pré-tarefa:

Cooperação:

Comunicação (verbal):

Metacomunicação:

Aprendizagem:

Tele (clima grupal):

Sub-grupos:

Atitude diante da mudança:

Intensidade do medo à perda:

Intensidade do medo ao ataque:

Projeto grupal:

Temas tratados:

Temas omitidos:

Sonhos:

Líderes e papéis:

Encerramento do grupo:

ANEXO II

O PERFIL DA CLIENTELA DO GRUPO OPERATIVO DO HOSPITAL-DIA

Os dados aqui apresentados foram relacionados, conforme sua pertinência para este estudo, dentre aqueles obtidos a partir da consulta aos prontuários e estudos de caso de clientes do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria/UFRJ, durante período de coleta de dados (setembro de 1989 a julho de 1990) quando 23 clientes participavam da atividade de grupo operativo. A clientela do grupo operativo caracteriza-se por ser composta de pessoas entre vinte e sete e quarenta anos de idade, solteiras, do sexo masculino e sem filhos (cerca de 78% para os quatro atributos destacados). 50% são de cor branca; os demais são de cor parda, morena, mulata; poucos clientes, 8,6% são de cor negra, 70% são nascidos no Estado do Rio de Janeiro, outros nasceram nos Estados de Minas e Santa Catarina, 52% têm apenas o 1º grau completo ou incompleto, 26% têm o 2º grau completo ou incompleto e 22% chegaram à universidade. Destas, 13,4% concluíram os cursos de Psicologia, Sociologia e Geologia. Aproximadamente 64% moram na zona sul (área programática de saúde 2 sul - RJ) e centro da cidade. Outros moram na zona norte do Rio (zona urbana e suburbana). Cerca de 52% dos participantes desenvolviam algum tipo de trabalho remunerado antes da primeira internação. Hoje, igual percentual recebe auxílio-doença e cerca de 13% encontram-se aposentados. A maioria dos participantes, 52%,

apresentou a primeira "crise" entre dezessete e vinte e dois anos e 34% entre vinte e três e vinte e oito anos de idade. 68% já tiveram mais de quatro internações em hospitais e/ou clínicas psiquiátricas. 52% dos participantes iniciaram o tratamento no H.D. em 1988, e 34% deles iniciaram o tratamento em 1989. Cerca de 79% têm contrato terapêutico com a instituição de três vezes na semana.