

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS

CURSO: PSICOLOGIA

Possibilidades e impasses no atendimento
domiciliar multidisciplinar em saúde mental

CESIRA BERTONI JARDIM

Brasília
Junho/2005

CESIRA BERTONI JARDIM

Possibilidades e impasses no atendimento
domiciliar multidisciplinar em saúde mental

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de bacharelado em Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde (FACS) do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB, sob a orientação da Professora Tania Inessa Martins de Resende.

Brasília

Junho/2005

***Aos meus filhos
Tomás e Gustavo.***

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de me dedicar cinco anos em busca do que há de melhor no ser humano.

À minha Mãe, exemplo de resiliência, fé, ética e solidariedade.

Ao Torquato, pelo amor e crédito imprescindíveis.

Ao Horácio e a Silvia, com quem tenho o privilégio de compartilhar o valor à família, à cultura, ao trabalho e ao bem viver.

Ao Guilherme e Carlos Henrique, referenciais do que há de melhor no composto filhos netos-sobrinhos-primos-amigos.

À Isabel Vieira de Carvalho, que exerce com maestria o que muitos almejam.

Aos exemplares mestres José Bizerril Neto, Claudia Feres, Elizabeth Tunes, Fernando Rey, Francisco Cecchin, Leida Motta, Mauricio Neubern, Shyrlene Brandão e Virgina Turra.

Aos colegas – pelo riso e o re(viver) do que já não me lembrava ou não conhecia.

À Anunciação, Dalila, Sélia, Dr. Renato, Mário e Oliveira – personagens admiráveis dessa história.

À Anete, Edir, Elisa, Fabrício, Fátima, Lídia, Gloria e Waldir – personagens essenciais dessa história.

À Tania Inessa Martins de Resende, que de forma singular soube cativar, inspirar e orientar.

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.*

Fernando Pessoa

SUMÁRIO

Introdução	8
Capítulo 1 – Saúde mental e reforma psiquiátrica no Brasil	10
1.1. Família e psicose.....	17
Capítulo 2 – Programa Vida em Casa	21
2.1. Visita domiciliar.....	28
2.2. O psicólogo e a equipe multidisciplinar.....	33
Capítulo 3 – Resiliência: sim à autonomia e não à exclusão	43
3.1. – Descrição de caso.....	47
Considerações finais	55
Referências bibliográficas	59

RESUMO

Este estudo discorre sobre questões relacionadas à saúde mental e à reforma psiquiátrica no Brasil, e o impacto que os transtornos mentais podem representar para as famílias de baixa renda. Para tanto, utiliza-se de pesquisa bibliográfica dividida em três capítulos, entrelaçada a exemplos empíricos do estágio no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo em Taguatinga, Distrito Federal. A fim de registrar e divulgar alternativas de prevenção e tratamento sob a ótica antimanicomial, apresenta-se o Programa “Vida em Casa” que provê o atendimento domiciliar a pacientes considerados graves e crônicos. Este programa é extensivo, quando possível, aos familiares, mediante o trabalho de equipe multidisciplinar composta por profissionais e/ou estagiários de enfermagem, psicologia, psiquiatria e serviço social. Assim, abordam-se aspectos relacionados à teoria e prática da visita domiciliar e o trabalho multidisciplinar e seus impasses e possibilidades nesta proposta de atendimento. Por último, os temas exclusão, resiliência e autonomia se apresentam imbricados e imprescindíveis ao tema proposto e ao longo do trabalho. A descrição mais detalhada de um caso específico mostra que a intervenção psicossocial domiciliar, ampliada e aliada à rede social, oferece recursos significativos na compreensão das demandas em saúde mental, permitindo constatar a riqueza da aprendizagem e resultados decorrentes desta proposta.

ABSTRACT

This study deals with issues of mental health and the psychiatric reform in Brazil and, in particular, with the impact of mental disorders on low-income families. The bibliographic research is divided into three chapters with the addition of empiric data gathered during internship in the São Vicente de Paulo Psychiatric Hospital in Taguatinga – the only psychiatric hospital in the Federal District. The “*Vida em Casa*” (Life at Home) program – which provides home treatment to serious and chronic patients, is studied in order to observe and publicize alternatives to prevention and treatment from an anti-hospitalization perspective. This same program is extended, when possible, to family members through the assistance of a multidisciplinary team of nursing staff, psychologists, psychiatrists, social assistants and their interns. Accordingly, the study comprises the theory and the practice of home assistance and the multidisciplinary work, their impasses and possibilities. Finally, exclusion, resilience and autonomy are necessarily taken together. The detailed account of a specific case suggests that home-assistance clinics closely knitted with the social network offer meaningful insights in responding to the demands of mental health. The outcome is a rich learning process which grants support for the home-assistance perspective.

INTRODUÇÃO

O presente estudo se propõe a apresentar reflexões sobre aspectos relacionados à reforma psiquiátrica, à saúde mental, o impacto dos transtornos mentais na família e os tratamentos diferenciados possíveis. A intenção é contrapor os moldes vigentes e os conceitos arcaicos aos novos – ainda não consolidados e nem assimilados, ao cotidiano dos que demandam tratamento, em caráter eventual ou permanente, e seus familiares. A literatura sobre o tema é ainda escassa e carente de estudos sistematizados sobre o planejamento, a prática e a avaliação de resultados dos trabalhos já implantados ou em desenvolvimento, já na perspectiva da nova lei de reforma psiquiátrica. A fim de enriquecer as considerações, serão acrescentados alguns relatos e dados empíricos sobre a participação da autora no estágio supervisionado externo do Núcleo de Psicopatologia e Subjetivação do UniCEUB no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, em Taguatinga, Distrito Federal, sob a supervisão da Professora Tania Inessa Martins de Resende. O estágio possibilitou a atuação na equipe do **Programa Vida em Casa**, e a participação em dezenas de visitas domiciliares multidisciplinares a pacientes de transtornos mentais em famílias de baixa renda, residentes em Brasília.

No primeiro capítulo são revistos autores que tratam sobre o tema da loucura, e alguns movimentos sociais e históricos que culminaram na reforma psiquiátrica. Como alento, a reforma trouxe a emergência ética de uma postura dialógica, o respeito à singularidade e a inclusão da família no tratamento para a retomada da cidadania e reinserção na sociedade dos pacientes com transtornos mentais. A família entra em cena, após anos de exclusão do processo, imposta por uma visão reducionista, segregadora e hierárquica da doença mental. À família coube culpa, distanciamento e perplexidade. Ao paciente coube solidão, descrédito e medo.

.No segundo capítulo, promove-se a narrativa da experiência do **Programa Vida em Casa**, proposta inovadora de tratamento domiciliar multidisciplinar, realizada no Hospital São Vicente de Paulo. Os resultados demonstram a concretude e o alcance possível das novas formas de conviver e cuidar dos pacientes acometidos por transtornos mentais e seus familiares. São discutidos os fundamentos, desafios e práticas da visita domiciliar, acrescidos de reflexões sobre a construção do papel do psicólogo em trabalhos de equipes multidisciplinares. Para tanto, algumas experiências empíricas do estágio ilustrarão as percepções da autora sobre os benefícios e os impasses desta proposta de trabalho, incluindo considerações sobre as redes sociais e sua relevância no cenário terapêutico e transversalidade entre a instituição hospitalar, a escola e a comunidade.

O trabalho conclui, no terceiro capítulo, privilegiando a resiliência como preponderante para a recusa da exclusão e fortalecimento da autonomia. O estudo da resiliência tem representado um grande avanço no rompimento de pretensas teorias e técnicas universais e dicotômicas, produtoras de diagnósticos definitivos e estigmatizantes, que desconsideram o sujeito e sua capacidade de transformação e reintegração. A descrição do atendimento a uma criança e sua família ilustrará a integração entre a teoria e a prática, entre a academia e a sociedade, a fim de diluir parâmetros rígidos e previsíveis que reificam a doença mental.

Romper com padrões implica em lidar de forma crítica, ética e criativa com a imprevisibilidade e os limites. Ademais, permite estabelecer e valorizar novas configurações de vínculo, revisão de conceitos teóricos e práticos com o objetivo maior de produzir efeito emancipador a fim de evitar a perpetuação da marginalização – padrão recorrente quando se discute doença e saúde mental. O enfoque prático pode ser crucial para o melhor entendimento das dinâmicas envolvidas no processo preventivo e no tratamento de casos crônicos. Assim, o trabalho procura contribuir para o rompimento de premissas fossilizadas e nocivas no que tange a postura pessoal e profissional que desconsidera a singularidade e a subjetividade do sujeito.

CAPÍTULO 1

Saúde mental e reforma psiquiátrica no Brasil

A loucura tem sido companheira inseparável do homem ao longo de todo o seu trajeto conhecido pela história. As referências à loucura são abundantes desde os primórdios seja através de registros religiosos ou estudos antropológicos das sociedades primitivas. Foucault (1975) afirmou que:

(...) não existe cultura que não seja sensível, na conduta e na linguagem dos homens, a certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular: estes homens não são considerados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais. Há neles algo que fala da diferença e chama a diferenciação (p. 87).

Os registros do trajeto histórico do **controle** da loucura remontam ao século XVIII, pertencentes a uma rede comum, a única de que se dispunha à época, com vistas à repressão à desordem, mendicância, e ociosidade .

O hospital psiquiátrico nasceu em 1793, quando o médico Philippe Pinel assumiu a direção do Hospital de Bicêtre na França. Nesse período, Pinel iniciou um processo de libertação dos pacientes considerados loucos, outrora acorrentados com presos comuns, para colocá-los em locais de tratamento especializado. A atitude de Pinel teve importância crucial, pois imprimiu, pela primeira vez, um caráter médico à doença mental e criou o hospital psiquiátrico (Foucault, 1991).

Esta iniciativa ocorreu ao final do século XVIII, com as idéias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa, e a Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos, que propiciaram o movimento de denúncias contra as internações arbitrárias, e os maus-tratos a que eram submetidos os doentes mentais tratados da mesma forma que ladrões e mendigos. Da tentativa de reeducação moral e religiosa a experimentação de grotescas formas de “tratamentos médicos” percorreu-se um longo e cruel caminho para lidar com a doença mental (Costa, 2000).

Posteriormente, o que de início correspondeu a uma atitude de humanização, passou a representar uma postura de cerceamento da liberdade e do direito de ir e vir dos pacientes. As instituições manicomiais se tornaram locais de sofrimento e de dor, símbolo da repressão ideológica do louco. Vale ressaltar que essa forma de exclusão tornou-se também objeto de outros interesses políticos e econômicos. Por seu caráter fechado e segregador, as instituições psiquiátricas que perduram por quase três séculos, passaram a ser alvo de críticas dos profissionais de saúde, dos cientistas sociais e também por parte da sociedade. Pode-se perceber a dificuldade de se instaurar uma posição consoante aos direitos humanos, a partir da constatação de Moreira (1993 apud Camarotti, 1997), quando aponta que em geral os hospitais psiquiátricos absorvem uma população composta, majoritariamente, por não cidadãos, pois seu discurso é desacreditado e são, historicamente, ilegítimos, tanto social como moralmente. Esta ausência de status de cidadania consolida sua posição de exclusão na sociedade.

É indubitável a relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde mental. A pobreza, em seu espectro mais amplo, abrange a falta de posses materiais, um estado permanente de meios insuficientes, podendo incluir-se nisto a falta de recursos sociais ou educacionais. Desemprego, baixo nível de instrução, privação e o desabrigo, afetam a maioria em países pobres bem como – em menor escala - os países desenvolvidos. Os pobres e os desfavorecidos acusam maior prevalência de transtornos mentais e comportamentais, fator que pode ser explicado tanto pela maior incidência de transtornos mentais graves entre os pobres em função das questões sociais acima mencionadas, como pela queda dos mentalmente enfermos na pobreza. Embora haja controvérsia no tocante à determinação de qual desses dois mecanismos é responsável pela prevalência maior entre os pobres, os indícios disponíveis parecem indicar que ambos são relevantes. O mecanismo causal pode ser mais válido para transtornos de ansiedade e depressão, enquanto a teoria da queda na pobreza seria mais aplicável para uma prevalência maior de transtornos psicóticos e uso de substâncias entre os pobres. Não havendo apoio social disponível organizado, como frequentemente ocorre no Brasil, a progressão de transtornos mentais ocorre em larga escala. A carência generalizada de serviços de saúde mental atinge não só a esfera da população

pobre, como também a classe média, devido a cobertura limitante de seguros de saúde. A conseqüente incapacidade de obter tratamento adequado fortalece os padrões destrutivos de baixa auto-estima, isolamento e desesperança. O estigma destrói a noção de que os transtornos mentais são patologias tratáveis e o círculo vicioso se instala (OMS, 2001).

Basaglia (1985) nos alerta para o caráter excludente e estigmatizante predominante que pretensamente se justifica para “proteger os sãos dos assaltos da loucura” (p. 113). Nesse sentido, os mecanismos de convivência pressupõem a exclusão da proximidade com a pobreza e com a loucura – exemplos muito vivos e perturbadores da constatação de que estes são, antes de serem pobres e loucos, sujeitos “sem poder social, econômico ou contratual: uma mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e acontraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade” (ibídem).

As críticas e as discussões ético-ideológicas sobre a assistência psiquiátrica tradicional acabaram por desembocar nos entendimentos da reforma psiquiátrica. Esse movimento surgiu de experiências isoladas em diversos países e adquiriu força na congregação de vários saberes e sujeitos da loucura.

A reforma psiquiátrica é complexa e tem em seu cerne a desospitalização e a desinstitucionalização. Estes termos abrangem desde a abolição dos manicômios até a racionalização de recursos financeiros na área da saúde e, principalmente, o atendimento aos pressupostos do exercício da cidadania. A desinstitucionalização prescinde da hierarquia tradicional e busca a participação e autodecisão dos pacientes e familiares, a interlocução e livre trânsito, para que não se instalem novas formas de segregação, dependência e exclusão. Seja entre o viés ideológico ou pragmático, o que prevalece é o convívio libertário e tolerante com os transtornos mentais, maior envolvimento da família da comunidade e o diálogo entre a psiquiatria, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e profissionais de saúde envolvidos na área.

Ao percorrermos a trajetória mais recente da história sobre a loucura, devemos nos lembrar dos obstáculos à implantação da reforma psiquiátrica: “os preconceitos sociais – mitos de periculosidade e da incapacidade, a resistência dos setores psi, e a chamada indústria da loucura, no contexto de todo o processo de mercantilização da saúde” (Lobosque, 2001, p. 26).

O que efetivamente demarca uma real distinção entre os projetos de reforma é a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sofre metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da reforma psiquiátrica (Amarante, 2000).

Hoje é inegável que uma das metas prioritárias no campo da assistência psiquiátrica é a inversão do padrão atual de atendimento, ainda basicamente fundado no tratamento hospitalar. Na sociedade brasileira atual, excludente, rígida e hierárquica, os grupos sociais desprovidos de poder e significação, mas possuidores de identidade permanecem alvos preferenciais dos aparatos de controle, rotulação e reclusão (Costa, 2000).

Com propriedade, escreve Amarante (1996):

(...) o conceito de cidadania dos doentes mentais, implícito no discurso na prática de Basaglia, se relaciona à ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos dos mesmos. Mas não apenas isso, porque, de tal concepção, são muitos os que dela partilham. Melhor dizendo, não se trata de, com base na idéia de cidadania como valor universal, admitir sua extensão a todo o tecido social. Trata-se, sobretudo, de ampliar ou diversificar, em um prático trabalho de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. Trata-se ainda, não de deixar o louco viver a sua loucura, porém de, em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim, trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos. A desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É manifestação ética, sobretudo, se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventa – prática e teoricamente – novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos” (p. 115).

A assistência psiquiátrica no Brasil tem, pois, percorrido um longo caminho de transformação que nos leva a pensar sobre o que anteriormente, de uma forma equivocada, era chamada de ação reabilitadora, diante de uma visão em que o manejo técnico da psicose estava distanciado de uma prática política e social. O modelo de intervenção medicalizador, o sistema manicomial como função excludente do homem enquanto ser social e o elevado índice de internações psiquiátricas são as principais denúncias que se evidenciam durante esse percurso. De acordo com Ferreira (2001 apud Pitta, 2001) surge a partir disso, o seguinte cenário:

(...) alternativas extra-hospitalares sem diminuir as ações medicalizadoras, as internações e muito menos evitando a cronificação e o hospitalismo. Deflagra-se a crise da saúde mental e percebe-se, então, que a preocupação no gerenciamento da saúde não dá conta de uma demanda que reflete a falência da organização social, num país onde a população tem como oferta de condições de vida o desemprego, o aumento tributário, a impossibilidade de lazer saudável e de conquistar novos espaços, e, sobretudo, o desespero como produto do não-reconhecimento de si como cidadão, obtendo como galardão final o sofrimento físico e psíquico (p. 131).

O sancionamento da lei 10.216, em abril de 2001, de autoria do deputado Paulo Delgado, que ficou durante 12 anos em tramitação no Congresso Nacional, estabelece como princípio norteador “a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por recursos extra-hospitalares, além de disciplinar a chamada internação psiquiátrica involuntária”¹. O longo período de discussão no Congresso propiciou alguns estados se anteciparem e elaborarem leis que fundamentassem, em conjunto com as portarias do Ministério da Saúde, os princípios da reforma da assistência psiquiátrica nos estados (Conceitos, 2002).

Apesar da sensível diminuição de leitos e do avanço na consolidação dos CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial), hospitais-dia, moradias assistidas e outros serviços, a assistência psiquiátrica no Brasil ainda possui a marcante hegemonia do

¹ <http://pvc.datasus.gov.br>

hospital psiquiátrico enquanto único recurso terapêutico, principalmente, em alguns estados da federação, onde praticamente inexistem alternativas de internação psiquiátrica (Conceitos, 2002).

As mudanças estruturais de reorientação do modelo assistencial em saúde mental inauguram uma nova lógica marcada pela crítica ao reducionismo biologizante da abordagem dos transtornos mentais, em que a reclusão e a prescrição indiscriminada de psicofármacos constituem uma estratégia terapêutica única e universal (Conceitos, 2002).

Igualmente, do ponto de vista do financiamento, apenas 9, 42% do total de gastos em saúde mental são destinados aos recursos extra-hospitalares, ficando o restante da verba para a internação psiquiátrica em hospitais públicos e privados (Delgado *et al*, 2001). Vale acrescentar ainda, que a descentralização, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), tem evidenciado a importância das ações dos gestores municipais na implementação e estruturação de serviços de assistência à saúde mental (Conceitos, 2002). A literatura pertinente atual apresenta um panorama de experiências bem-sucedidas e inspiradoras de casos isolados, na esfera municipal ou estadual nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco e no Distrito Federal, próximo ao nosso acompanhamento *in loco*, o Instituto de Saúde Mental, (ISM), que tem histórico irregular na manutenção de suas práticas e conquistas.

Em algumas dessas experiências, percebe-se a atuação simultânea de diversos saberes - formulação de programas baseados no modelo de reabilitação psicossocial, em que é oferecida aos indivíduos incapacitados e debilitados, a “oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e atividades de lazer que dão um senso de participação e de valor pessoal” (OMS, 2001, p. 94).

Outra visão necessária é aquela que inclui o planejamento fora das instituições para que os pacientes possam ser acolhidos e socialmente reabilitados, de maneira que suas diferenças não sejam violentadas e que haja a possibilidade de comunicação e respeito. Que possam, também, obter formas de produção adequadas à sua essência e ser reconhecidos como sujeitos capazes de produzir, além de permitir-lhes recontactar sua natureza através de

sua terra, sua cultura, de maneira que reconheçam a liberdade em si mesmos. Ferreira (2001 apud Pitta, 2001).

Evidentemente, os serviços substitutivos ao atendimento hospitalar são de fundamental importância; entretanto, há que se mencionar também que uma abordagem que se pautar somente na reabilitação poderá levar a impasses que vão à direção contrária ao que pretende o próprio fundamento da política da reabilitação, ou seja, levará a dependência das novas formas de acolhimento destes pacientes a casas de abrigo, centro de atenção psicossocial, hospital-dia e outros. Assim, tais modalidades de atendimento preconizadas pela reforma, por si só, não interferem na subjetividade dos pacientes que devem estar comprometidos com seus sintomas (Lobosque, 1997). Em sendo assim, cabe aos profissionais de saúde envolvidos e fiéis aos princípios da reforma estarem atentos para as questões de autonomia e do crédito às competências de cada família.

A experiência dos trabalhos reabilitativos, que incluem as visitas domiciliares e acompanhamento sistemático dos pacientes em seu ambiente próprio, tem permitido constatar significativa redução do número de reinternações. Ou seja, quando aliada a terapia medicamentosa é oferecida ao paciente a oportunidade de falar e intervir sobre a história de sua doença, quando lhe é oferecido outros meios de acolhimento, escuta empática e possibilidades terapêuticas, a estabilização da psicose é mais bem assegurada, surgindo espaços nos quais o sujeito pode elaborar significações para o seu delírio. A estabilização desses pacientes pode levar à reinserção na vida familiar e comunitária, possibilitando até estabelecer laços de trabalho, para assim alcançar melhores condições sociais.

Nesse contexto, as palavras diálogo e vínculo ressurgem. São instrumentos importantes nas nossas relações, no questionamento com a liberdade. Promover um cotidiano nas relações terapêuticas não excludentes e a construção de um novo significado das interações e transformações mútuas entre paciente e terapeuta, requer ir além de encontrar brechas e sim estabelecer novos parâmetros entre a autoridade (e a prioridade absoluta da eficácia) e a norma institucional. A prevalecer essa tônica, a dimensão técnica do conhecimento também se fortalece.

1.1. Família e psicose

O núcleo familiar ou família nuclear ocidental moderna detem a maior parcela de responsabilidade na educação, formação, identificação e atenção a qualquer sinal de desequilíbrio de saúde e desvio de comportamento de seus membros. A ruptura de expectativas que tendem à normalidade no ciclo vital (nascer, crescer, estudar, namorar, casar, trabalhar, constituir família, se aposentar) constitui um fator de angústia e cobrança social.

Esta condição caracteriza as sociedades industriais que nasceram no final do século XVIII na consolidação do modo capitalista de produção, cuja referência de normalidade é a capacidade das pessoas estarem incluídas no jogo das exigências da sociedade (Ariés, 1981).

De acordo com Oliveira & Silva (2002), o olhar prevalente para o fenômeno do adoecimento mental, sob a égide médica, sintonizada com a situação citada acima, focaliza os sintomas, conflitos, problemas na comunicação, as desabilidades efetivas, cognitivas, laborativas e relacionais. Ou seja, em duzentos anos de psiquiatria, a assistência ao doente individual tem reservado pouco espaço para a incorporação e implicação afetiva ou operativa dos familiares no decurso do tratamento de seu ente consanguíneo.

Esta noção contribuiu para o distanciamento histórico da família que depositava todo o crédito ao saber positivista e científico. Aos poucos, ficou oficializada a exclusão não só do paciente, mas também da família, o que gerou inúmeros agravantes, gerando maior preconceito, violência e segregação.

Melman (1998) afirma que o acometimento de doença mental no membro de um núcleo familiar tende a se transformar numa realidade permeada por sofrimento e dor. Tal evento representa uma crise, que é expressa pela gravidade de sua manifestação e devido ao longo tempo de duração dos sintomas, os fracassos sociais dos pacientes, e as dificuldades de comunicação e interação produzindo, no portador individual e nos familiares, vivências de frustração e desespero e um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária.

Freud (1930) já apontava a dimensão individual, familiar e comunitária no texto “O Mal-estar na civilização” quando afirma:

(...) incompatibilidade entre amor e civilização parece inevitável e sua razão não é imediatamente reconhecível. Se expressa a princípio como um conflito entre a família e a comunidade maior a que o indivíduo pertence. Já percebemos que um dos principais esforços da civilização é reunir as pessoas em grandes unidades. Mas a família não abandona o indivíduo. Quanto mais estreitamente os membros de uma família se achem mutuamente ligados, com mais freqüência tendem a se apartarem dos outros e mais difícil lhes é ingressar no círculo mais amplo da cidade (p. 105).

O modelo hospitalar hegemônico no Ocidente reforça a necessidade do isolamento da doença (e, conseqüentemente, do seu portador) para melhor observá-la e estudá-la. Ora, se o projeto psiquiátrico e o seu objeto de intervenção é a doença, o sujeito doente tem suas relações familiares e sociais empobrecidas o que retroalimenta o mito de que é a suposta acomodação dos familiares frente ao sofrimento mental (ou a sua autodesobrigação frente ao tratamento), assim como a desobrigação autorizada pela instituição prestadora de assistência (uma vez que a impede de acessar o intra-muros hospitalar), uma roda viciosa e viciada que tende à manutenção do estatuto da culpa e abandono (Oliveira & Silva, 2002).

Assim sendo, é inegável que a prática de desvencilhar o doente de sua matriz, familiar, cultural e comunitária pode trazer malefícios insondáveis. Sabemos que toda organização familiar segue parâmetros gerais e dela se espera que cumpra determinadas funções, e seus membros desempenhem papéis específicos. Algumas famílias diferem em sua dinâmica e no modo como os membros interagem entre si e é nessa variação que pode haver funcionalidade ou não nas relações. A família, como base do desenvolvimento emocional do indivíduo, forja a identidade e trocas emocionais bem como representa o eixo de numerosas contradições e até de verdadeiros paradoxos biológicos, simbólicos, patológicos e criativos (Miermont, 1999).

A interação complexa, embora com matizes específicos, entre a família e o psicótico, não difere da complexidade de qualquer outra interação humana em seus componentes básicos. Existem motivações inconscientes e conscientes nas interações familiares que podem ser positivas ou negativas e o entrecruzamento entre estes fatores culminam no desenvolvimento da saúde mental, ou eventualmente, em uma armadilha interacional. O desempenho de cada um e de todos na família pode resultar numa interação profundamente perturbada, na qual pode se emaranhar um ou mais membros num contexto simbiótico e perturbador. Há uma imbricação entre valores e normas de uma cultura e a subjetividade e a emocionalidade de um indivíduo (Miermont, 1999). Para tanto, o tratamento ideal envolve essa trama, na qual padrões foram desenvolvidos e constituem um dos fatores determinantes no desencadeamento e manutenção da psicose.

Diferentes abordagens e pressupostos vêm de forma gradativa e complementar, realizando estudos e trabalhos de êxito com a psicose. As relações familiares são “norteadoras, definidoras e contenedoras da história subjetiva do indivíduo” (Costa, 2001, p. 134). Não poderia ser diferente em relação ao sujeito psicótico.

Conseqüentemente, os transtornos mentais graves podem representar um sofrimento inenarrável a muitos pacientes e suas famílias. Sua complexidade é um permanente desafio e nenhum modelo dicotômico ou simplificador pode abarcar o desafio imposto pela singularidade individual e familiar. O modelo hospitalocêntrico, consagrado e oficializado até recentemente, visava isolar o doente da família e da sociedade o que demonstrou agravar ainda mais a doença. O modelo contemporâneo passou a demandar e privilegiar o convívio familiar, embora o apoio de políticas públicas e das redes sociais seja ainda extremamente limitado e desordenado. A terapia familiar, e o apoio sistematizado de atendimento multidisciplinar têm lugar significativo nesta desafiadora tarefa, seja por via institucional ou particular, no sentido de promover o suporte e a possibilidade de redefinir sua história, acreditar na involução da doença e na mudança das seqüências patológicas.

O modelo de reintegração da família no tratamento da psicose foi brilhantemente desenvolvido pelo Grupo de Milão na Itália, que ampliou o fronte de colaboração da pesquisa relacional sobre as psicoses. A família

voltou à cena e passou a participar e também a merecer cuidados para que a seqüência de comportamentos de sua organização interna e interativa também fosse revista e novas estratégias, para o bem comum, fossem utilizadas.

Pallazolli, Cirillo, Selvini e Sorrentino (1988) registraram um dos grandes desafios de lidar com o paciente e sua família, em seu livro, *Os Jogos Psicóticos na Família*.

(...) a realidade é enorme e desmesurada em relação à nossa inteligência. Se quisermos avançar, nesse universo humano hipercomplexo, sem desesperar, devemos, antes de mais nada, nos colocar em uma posição de humildade. Inventar, passo a passo, pequenas estratégias para o conhecimento e para a solução de problemas temporais, individuais e locais, utilizarem as informações produzidas pelas ações, integrá-las para formular novos esquemas de ação, confrontar os seus efeitos, e assim por diante. Para nós, talvez seja apenas esse o caminho possível para avançar pacientemente no conhecimento (p. 319).

CAPÍTULO 2

Programa Vida em Casa

Após discussão sobre as questões prementes da reforma psiquiátrica e o impacto que a psicose exerce no contexto familiar, neste capítulo serão articulados os temas anteriores aos novos horizontes possíveis no tratamento dos transtornos mentais, privilegiando a visita domiciliar multidisciplinar e o papel do psicólogo. Para tanto, a descrição do **Programa Vida em Casa** se faz necessária a fim de informar sobre seus princípios, objetivos e resultados.

O referido programa foi implantado por iniciativa de sua atual Coordenadora, Assistente Social do Serviço Social do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), com base no Programa “De Volta pra Casa” do Ministério da Saúde. Este Programa atende ao disposto na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conforme Artigo 5º da referida lei, que determina que os pacientes há muito hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de hospitalização e alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Já a Lei 10.708 de 21 de julho de 2003 instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, propicia o pagamento mensal do auxílio realizado diretamente ao próprio beneficiário, no valor de um salário mínimo, por um período de um ano, “podendo ser renovado caso o beneficiário ainda não esteja em condições de se reintegrar completamente à sociedade” (<http://pvc.datasus.gov.br>).

Este Programa implantado há dois anos vem atender aos pressupostos da reforma psiquiátrica que visa a reabilitação psicossocial de pacientes para assistência, acompanhamento e integração social fora da unidade hospitalar, por meio de visitas clínicas domiciliares periódicas.

Os assistentes sociais que atuam nos serviços públicos de saúde mental enfrentam graves situações de pobreza de sua clientela. Entre eles, pessoas pobres, miseráveis, população de rua, abandonadas, sem renda, sem-teto, vítimas de uma exclusão cumulativa devido à baixa escolaridade, rompimento

de redes primárias e secundárias, internamentos sucessivos e conseqüente falta de renda.

Este novo benefício financeiro veio a reboque de outros benefícios já anteriormente estipulados por lei. Muitas vezes, um auxílio mensal garante o que necessitam os pacientes de baixa renda para não serem psiquiatrizados e internados. A inclusão de um beneficiado tem pois o mérito de prover senso de dignidade e a identidade de consumidores e de cidadãos.

Por outro lado, o que os benefícios continuados, em categorias previstas em lei para deficientes mentais e deficientes físicos graves e idosos promovem de benéfico, o mesmo não ocorre quando se trata de portadores de doença mental. Neste caso, o auxílio pode perpetuar a estigmatização e a cronificação pois muitas vezes a família precisa da continuidade e a confirmação da doença para que o benefício, por vezes única renda da família, se mantenha. Esta reação, consciente ou não, pode ter efeito significativo no tratamento e na evolução de alguns casos.

De qualquer forma, o auxílio financeiro é, na maioria dos casos, um aspecto proeminente do “Vida em Casa”. O atendimento multidisciplinar domiciliar prestado por equipe de profissionais de Enfermagem, Psicologia, Psiquiatria e Serviço Social inclui viabilizar a inclusão social e ampliar respostas às demandas inerentes aos que enfrentam as vicissitudes da doença mental em um ou mais familiares. Assim sendo, vislumbra prevenir crises, reinternações prolongadas, preparar a família para o processo terapêutico e medicamentoso do paciente, propiciar instrumentos para que o paciente readquira sua cidadania, e possibilitar prevenção primária e secundária de crianças e adolescentes do sistema familiar.

O Programa atende, prioritariamente, residentes das Regiões Administrativas (RA) de Samambaia, Taguatinga, Ceilândia e Recanto das Emas. O critério de admissão privilegia pacientes psicóticos com mais de dois anos de doença de baixo nível sócio-econômico. Até 2005, são mais de duzentas famílias incluídas com mais outras dezenas candidatas, aguardando a primeira visita da equipe. Esta é uma iniciativa de proporções imensuráveis e que a um baixo custo operacional, sustentado pelo apoio da direção do Hospital, e esforço individual louvável por parte de seus integrantes. Felizmente, coube ao Núcleo de Estudos de Psicopatologia e Subjetivação do

UniCEUB, o privilégio de ser recebido pelo Hospital para, juntos, a academia e a instituição, colocar em prática um sonho comum: imprimir qualidade ao atendimento em saúde mental em Brasília.

Em Brasília, a precariedade no atendimento em saúde mental é notória e preocupante. Ainda não se pode contar com nenhuma instituição nos moldes sugeridos pela reforma psiquiátrica bem como profissionais, em número, formação e aptidão, para trabalhar nestes moldes.

O Programa conta com uma equipe de três profissionais em horário integral: a assistente social e coordenadora do programa, um auxiliar de enfermagem e um assistente administrativo. Em horário parcial conta com dois médicos psiquiatras, uma psicóloga, e residentes em medicina, que cumprem carga horária parcial em horários diversos, pois seus contratos incluem atendimento também no ambulatório, pronto socorro e internação. A rotina de trabalho inclui além das visitas domiciliares (em média são realizadas 15 visitas semanais) o atendimento de familiares no próprio hospital, revisão e renovação de receitas médicas e respectivos prontuários, elaboração de declarações, laudos, relatórios, presença em reuniões e audiências da esfera jurídica e governamental.

Assim, além do planejamento logístico, a equipe tem providenciado eventuais saídas do auxiliar de enfermagem e do assistente administrativo, para acompanhamento dos pacientes mais graves à Caixa Econômica Federal para a abertura da conta para recebimento do benefício e acompanhamento em consultas médicas e odontológicas de emergência. Além dos esforços para atender a multiplicidade de demandas, com equipe em número muito aquém do mínimo necessário, há que se lidar com limitações outras tais como indisponibilidade de transporte, falta de combustível, atendimento de outros compromissos emergenciais por parte de algum integrante da equipe, a redução e/ou adiamento de visitas previstas por falta de tempo entre um deslocamento e outro e falta de medicamentos no estoque.

Ocorrem, com mais regularidade, os seguintes tipos de atendimento:

- Atendimento farmacológico com visitas periódicas do psiquiatra e assistente social;

- Atendimento farmacológico, com visitas mensais do auxiliar de enfermagem para aplicação de medicação injetável, e recolhimento do material para exame de sangue; com visitas de rotina do psiquiatra;
- Atendimento de terapia de grupo a algumas famílias da RA da Ceilândia, realizado por uma psicóloga do HSVP;
- Atendimento farmacológico, com visitas eventuais de toda a equipe, incluindo as estagiárias de psicologia.
- Famílias que recebem algum modelo dos atendimentos acima citados, concomitantes **ao atendimento psicoterápico semanal das estagiárias de psicologia.**

A coordenação e supervisão deste atendimento é realizada semanalmente, pela professora/orientadora do UniCEUB. Durante as supervisões os casos são relatados, e seus desafios e evoluções discutidos à luz da teoria e das percepções do grupo e da orientadora. O fator tempo nem sempre permite que o grupo usufrua da riqueza de todos os relatos e para tanto alguns atendimentos individuais se fazem necessários.

As visitas são, tentativamente, agrupadas por RAs, atendendo ao critério de periodicidade mensal para as medicações e a disponibilidade de médicos psiquiatras para a revisão. Algumas famílias recebem atendimento semanal sistemático das estagiárias de psicologia, que por sua vez, mantem os outros membros da equipe atualizados sobre as novas configurações e necessidades surgidas. Os papéis de cada um na equipe ganharam contornos mais concretos e o diálogo (mesmo que eventual) entre os diversos saberes, proporcionou um profícuo aprendizado mútuo.

O estágio também foi desafiador no que tange a novidade em seus moldes de atuação, em equipe com perfil hierárquico comum a instituições médicas, e ao status inerente ao de estagiária – nenhum vínculo empregatício, experiência prévia e a noção por parte de alguns profissionais do Hospital de que a função é predominantemente para observar e aprender, não necessariamente atuar. Conseqüentemente, para além de construir o papel da psicologia no trabalho da equipe em visita domiciliar, trata-se em também, de construir o lugar dos estagiários de psicologia, atentos ao grau de autonomia e confiança que a equipe dispõe, respeitando as nuances entre os comportamentos e reações dos outros profissionais e das famílias visitadas.

É preciso manejo e bom senso para lidar com as formações reativas à autoridade, ao enrijecimento das especialidades bem como a uma autorização difusa e questionável de um profissional por outro. Por vezes, poderá ocorrer uma superposição inevitável, pois os médicos são os responsáveis pela prescrição, no entanto não são os que ministram os medicamentos (o que caberá à família, ao próprio paciente ou à enfermagem) e também não serão os que necessariamente observarão os efeitos maléficos ou benéficos da prescrição.

Ao longo do estágio, após algumas semanas de convívio, pôde-se perceber por parte dos profissionais da equipe, interesse e respeito pelo lugar das estagiárias, indicado pela demanda de nossa opinião sobre os pacientes e indicado pelo movimento natural de nos incluir na entrevista de praxe. Posteriormente, as estagiárias passaram a ser referências de atuação e informações em relação às famílias que atendem em caráter semanal.

Apesar da falta de recursos, estrutura logística, administrativa, financeira, de vontade política, competência e ética para incentivos mínimos por parte da esfera governamental, tanto federal quanto local, iniciativas isoladas como este Programa, têm surtido grande efeito e servem de modelo, renovando o fôlego dos que apostam em sua expansão, a partir de seus resultados significativos. Para tanto, faz-se necessário o *follow-up* dos casos para a coleta de dados empíricos, e a posterior reflexão e planejamento dos resultados – passo fundamental para fortalecer seu andamento e divulgação. Os casos crônicos que não mais precisam de reinternações e a retomada do tratamento com maior organização e comprometimento por parte de pacientes e familiares, comprovam a sua eficácia. As visitas demonstram o largo espectro de atuação que inclui a impossibilidade que algumas famílias teriam de levar o paciente ao hospital para consultas e exames laboratoriais para verificar os efeitos da medicação sobre o organismo. Outras não teriam condições de levar os pacientes para os órgãos competentes para regularização da documentação; seja por motivos financeiros ou pelo comportamento comprometido dos pacientes. Não teriam, ainda, oportunidade de aprender sobre o benefício “De Volta Pra Casa”, ou de constatar a importância da regularidade das doses de medicação, do acolhimento, do

crédito na melhora, e sobre os cuidados que os próprios familiares também devem ter para si próprios.

Em alguns casos as famílias mantêm seus pacientes trancados e amarrados como única forma de cuidado e controle. Esse procedimento, mais desumano que a internação hospitalar diz das dificuldades práticas que enfrentam as famílias. Em muitos casos, as famílias solicitam a internação do paciente para que possam “descansar” e se reorganizar financeiramente e emocionalmente. Não é difícil constatar o adoecimento paralelo de um ou mais membros da família, principalmente aquele responsável pelo cuidado direto do paciente.

O médico psiquiatra da equipe não pode, a princípio, prescrever medicação emergencial a algum membro da família, além do paciente, que esteja em surto durante a visita. O procedimento de praxe é recomendar que o Corpo de Bombeiros seja acionado para que a pessoa seja levada ao pronto socorro do HSVP. Em alguns casos, as famílias alegam que o Corpo de Bombeiros já não atende mais as chamadas. Como proceder diante desse impasse? Muitas vezes, a violência física, a quebra de padrões mínimos de convivência civilizada ou o enclausuramento do paciente, é o que resta à família no controle do surto, aliada a vergonha perante a comunidade vizinha. Nesse sentido, seria interessante que o Hospital pudesse organizar uma equipe domiciliar adicional para casos emergenciais a fim de prover atendimento especializado, evitando os constrangimentos da contenção via Corpo de Bombeiros e internações desnecessárias.

Em visita da equipe à paciente E. de 30 anos, com diagnóstico de esquizofrenia (ex-interna da clínica Planalto), que reside com a mãe e fica permanentemente trancada em um cubículo com apenas um colchão, foi possível presenciar o grau de sofrimento generalizado. O auxiliar de enfermagem da equipe, em cada visita mensal, presta os únicos cuidados de higiene a esta paciente que, quando permitida, fica no quintal da casa (nua, pois não aceita vestir roupas). Os parentes residem na vizinhança e só as “visitam” quando uma das duas entra em surto (até a referida visita a mãe nunca havia sido levada ao médico). Os vizinhos chamam os parentes quando a mãe entra em surto e fica agressiva e estes a ameaçam e agredem fisicamente até que ela se “acalme”. O comprometimento é tão grande que

mesmo durante a nossa visita, quando a referida senhora começou a se alterar e gritar, seu jovem neto adentrou a casa, com uma criança no colo, e disse: *“deixa essa velha comigo que eu dou um jeito nela agora”*. As providências para atenuar esta crise foram tomadas junto ao aviso de que o Hospital denunciaria os maus-tratos as duas à polícia e ao Ministério Público. Neste caso, ficou evidente também o diferencial que a visita domiciliar traz para conhecimento mais abrangente dos casos possibilitando providências mais efetivas e pontuais.

Nesse sentido percebe-se que a desospitalização por si só também pode ser marginalizadora. Seria antiético empenhar a bandeira do regime antimanicomial, negando as vicissitudes dessa transição, que pode ser cruel, lenta e perversa, tanto quanto os horrores enfrentados nos moldes antigos de hospitalização. O caráter violento a que é submetida essa dupla de mãe e filha, a apenas 30 minutos da sede do Governo, é aviltante e coloca as propostas de tratamento antigas e modernas no mesmo patamar – da realidade velada e inaceitável. O paciente institucionalizado ao menos passa por um crivo estatístico e regimental; a essa mãe e filha resta uma sobrevivência alienada.

A reforma psiquiátrica, portanto é apresentada como um movimento progressista, em direção a um tratamento mais humano dos pacientes nas comunidades, mas é preciso estar atento ao custo que esta transição tem representado para as famílias e os pacientes. Sem dúvida é preciso avançar e não retroceder e desospitalizar é apenas parte da proposta. Se o atendimento alternativo não é suprido pode-se incorrer no risco de semear os moldes desumanos. Em alguns casos, passar alguns dias internados ainda representa alento e alívio para o paciente e família, como uma trégua para a próxima batalha. A liberação dos pacientes não implica em remissão total dos sintomas o que urge o componente da desinstitucionalização de prover o atendimento substitutivo consistente, ainda indisponível em Brasília. O que importa, seja na instituição psiquiátrica, no hospital-dia, nos CAPS ou nos ambulatórios, é mudar os conceitos de bem-estar social, de doença, de produtividade. É preciso ir além da noção assistencialista de se contentar com ofertas caridosas, fazendo dessa população eternos carenciados desprovidos de paixão e atitude. Na essência humana está implícita a paixão como forma de se relacionar com

a vida e devolver essa possibilidade ao paciente com transtornos mentais e seus familiares é um dever ético.

Para além dos entraves ideológicos, inevitáveis em trabalhos de equipe, estão as dificuldades de ordem prática. De uma maneira geral, o foco acaba sendo primordialmente farmacológico devido à deficiência de recursos humanos, logísticos e financeiros, a predominância do modelo médico e questões meramente práticas. À equipe é impossível prover atendimento psiquiátrico, psicoterápico e de serviço social, com a mesma qualidade e regularidade e infelizmente a maior parte das famílias não recebe o atendimento psicossocial. Sendo assim, além da articulação inicial administrativa de recebimento do benefício “De Volta Pra Casa” no valor de um salário mínimo, alguns pacientes só recebem a visita posterior mensal do auxiliar de enfermagem para aplicação da medicação injetável e coleta de sangue para o controle de hemograma.

Ficou evidenciado o quanto ainda é necessário investir no Programa para a expansão dos atendimentos e a criação do registro de dados, acompanhamento sistemático dos casos e encontros periódicos entre a equipe, estagiárias e a supervisora de estágio. Este apoio seria imprescindível para a contínua avaliação do processo, planejamento futuro além abrir novos espaços a profissionais de todas as áreas. Estes poderiam também usufruir de uma aprendizagem ímpar e do imenso sentido de responsabilidade, ética, dedicação e criatividade que o trabalho impõe.

2.1. Visita domiciliar

O contexto de trabalho em saúde mental que faz uso da alternativa da visita domiciliar é ainda novo e sem parâmetros consistentes no Brasil. A visita domiciliar tem tradição em programas de saúde de cunho educativo e preventivo, seja em caráter permanente ou eventual, tanto em iniciativas governamentais ou não-governamentais, consubstanciados em estatutos médicos, higienistas e sanitaristas a fim de contemplar metas como, por exemplo, o controle da mortalidade infantil, vacinação, doenças endêmicas (dengue, hantavirose, etc.) e compilação de dados demográficos e estatísticos para a realização de cálculos orçamentários na área de saúde. Ou seja, o

contexto domiciliar tem sido utilizado e abordado proveniente do conhecimento empírico, mais do que de pesquisas consolidadas de avaliação de sua utilização como meio de trabalho com famílias e pacientes de uma maneira geral.

A intrínseca relação família-comunidade trouxe também a dimensão da utilização da rede social em visita domiciliar. As famílias de baixa renda já possuem inúmeras fontes de acusação, desde outros membros da família até a sociedade de forma geral e alertam para que a postura do psicólogo não seja mais uma que desqualifique o que a família tem feito ou tentado fazer. Ausloos (1996 apud Brandão, 2001) nos mostra a importância dessa postura ao pontuar que “falar de família competente é, pois, uma maneira de dar à família a sua competência, antes de ter em conta as suas faltas” (p. 29).

A visão psicossocial está afinada com a tendência mundial de que o adoecimento mental necessita de dispositivos complexos para ser tratado. A possibilidade de incorporar a dimensão social à dimensão biológica e psicológica é essencial. As famílias que fazem parte de um programa de atendimento domiciliar, geralmente trazem muitas demandas. É preciso estar atento para os conteúdos que extrapolam o raio de ação da psicologia. Queixas muito amplas, e situações sócio-econômicas muito precárias trazem maior ansiedade e podem, mais facilmente, desnorrear os rumos a serem adotados. A definição do objeto e do objetivo contribui para que se atinjam algumas metas, particularmente no que tange a visita domiciliar. Os profissionais que realizam as visitas entram em contato com uma realidade de muitas facetas, e é preciso estar atento ao risco de se perder na multiplicidade de demandas, explícitas e implícitas.

Roth (2000 apud Brandão, 2001) aponta outra questão: o cuidado com informações que a equipe tem acesso quando entra na casa, as quais, muitas vezes, o paciente ou a família não escolheu revelar. Essa é uma questão ética importante. Por outro lado, alerta também para o fato de que essa cautela pode estar expressando as nossas dificuldades como profissionais ao lidar com questões complexas, que muitas vezes compreendemos como “além das nossas atribuições”. Nos trabalhos com equipes de *home care* o psicólogo terá uma contribuição que deve ser de um olhar diferenciado, que traga dimensões do processo da doença que nem sempre outros profissionais de saúde estão

aptos a considerar. Nessas outras dimensões, não estão apenas o sofrimento psíquico do paciente e suas adaptações no processo da doença. O contexto familiar e comunitário, as mudanças nos papéis atribuídos a cada membro da família também podem produzir questões complexas que necessitarão da intervenção terapêutica.

Brandão (2001) sintetiza, de forma exemplar, outra questão crucial no trabalho domiciliar junto a famílias de baixa renda:

(...) É preciso que estejamos atentos para que, sob a justificativa de não nos envolvermos em questões que estejam além da nossa alçada, não sejamos conduzidos por nossos preconceitos e dificuldades em reconhecer que famílias de baixa renda, ou que passem por dificuldades de saúde, têm uma dimensão psíquica, de sofrimento e de força, que está além das questões de saúde, da doença e da pobreza. O espaço para que outras dimensões sejam expressas deve ser criado pelos profissionais que se dispõem a se aproximar de contextos complexos, sem as delimitações implícitas no consultório ou no hospital (p. 128).

Tendo esses fatores em mente, podemos, em contraponto, considerar também, a condição pessoal, emocional e afetiva da equipe, sua vivência no contato com a pobreza extrema, com a violência, a exclusão e conflitos nos sentidos do alcance de seus propósitos. O contato e a concretude com a sempiterna inoperância do Estado e as limitações inevitáveis geram um sentido de impotência e ressonâncias que podem imobilizar, revoltar, anestesiá-lo ou até mesmo prejudicar o desempenho em cada visita.

Um dos caminhos a se adotar quando lançamos um olhar mais amplo sobre a realidade social, na qual intervimos, e que pode nos causar desânimo e perplexidade é delinear objetivos tangíveis, a partir da demanda da família e das possibilidades da equipe.

A maioria das famílias chamadas “multiproblemáticas” está constituída por famílias dos estratos sócio-econômicos mais carentes. Esse rótulo e essa situação social permitem supor, em torno dessas famílias, a presença ativa de vários sistemas e assistência social e de saúde. Nesses casos é particularmente útil realizar com a família uma “avaliação macro-sistêmica” para descobrir e definir quem participa dos cuidados. O objetivo maior é de

aumentar o poder de decisão e autonomia dos pacientes e das famílias, e, portanto, favorecer mudanças terapêuticas significativas. Ao mesmo tempo, “requerem tato político e uma permanente posição “one down” por parte dos convocantes e coordenadores” (Sluzki, 1997, p. 66). Por essa posição entende-se que a equipe deve centrar sua ação no sentido de evocar alternativas e decisões por parte dos familiares, e não impor e assumir o comando integral da situação.

Para o médico e terapeuta familiar americano Donald A. Bloch (1983), adentrar um lar e prestar atendimento domiciliar em caráter particular, sem apoio institucional, nos dias de hoje, torna-se quase que impraticável, especialmente em grandes cidades. A adequação de horários, as dificuldades de acesso, os horários em que uma visita pode ser feita, e o pagamento adequado a um investimento tão grande geralmente se tornam obstáculos plenamente justificáveis. A visita domiciliar, então, passa a ser mais inviável ainda a terapeutas de renome que, geralmente atendem a pacientes e famílias de alta renda. O autor, a partir dessa constatação, ressalta que apesar das dificuldades, as recompensas da visita domiciliar para a compreensão do diagnóstico e para a terapia deveriam superar a resistência. Segundo ele, frequentemente essa resistência baseia-se em outros tipos de razões, diferentes da impraticabilidade.

(...) Do mesmo modo que a família é capaz de sentir-se mais segura em seu território domiciliar, os profissionais podem sentir-se mais seguros em ambientes onde, pelo menos em princípio, podem controlar o nível, a intensidade e a qualidade afetiva da interação. Neste sentido, é tão perigoso para o clínico deixar a segurança de seu consultório e expor-se ao espaço familiar, quanto o é para a família vir ao consultório (p. 56).

Assim sendo, ensinar o procedimento da visita domiciliar clínica demonstra o valor de insistir em sua consecução, como parte da rotina de terapeutas que vêm nesta prática, um baluarte complementar essencial.

A aproximação do pesquisador em relação ao objeto estudado resgata sua responsabilidade e sua ética na produção de conhecimento. Mas para que haja, de fato, um compromisso do pesquisador, é necessário incorporar seu papel como sujeito, como parte da história e da humanidade, rompendo a dicotomia existente. Essa mudança é fundamental quando se pretende realizar

uma ciência socialmente útil, como aponta Santos (1999). Para isso, Morin (2000a, 2001) propõe que a ciência seja mediada por uma antro-po-ética, que leva em consideração o indivíduo, a sociedade e a espécie. Para o autor, este é um compromisso que vai além do desenvolvimento de uma consciência pessoal, mas é uma missão antropológica na busca de uma cidadania planetária.

Cada visita domiciliar realizada é uma incógnita e por vezes há a sensação de que a visita foi invasiva, devido ao constrangimento e o distanciamento dos familiares em relação à equipe e a representação da doença. Nesses casos, verifica-se concomitantemente o distanciamento dos familiares em relação ao paciente identificado e à disposição em auxiliar no tratamento. Já em outros casos, as visitas parecem trazer um alento incomparável para a família e o paciente. Assim, a equipe vai construindo sua prática e auto-regulação, para estar melhor preparada para os efeitos que causam as visitas. Por outro lado, pode-se vislumbrar, ao menos que o caráter “artesanal” ao qual o grupo do **Programa Vida em Casa** se impõe, permite um grau considerável de liberdade, reflexão e criação necessários ao tratamento como também o estabelecimento de novos rumos para correção e experimentação. Os resultados positivos têm comprovado essa observação.

Vale ressaltar também, que alguns trabalhos quantitativos veiculados na mídia identificam famílias do universo de baixa renda como entidades problemáticas, diminuídas em seus recursos próprios. Essa identificação colabora na geração do fosso social, como se estes sujeitos fossem outros seres, e, portanto recipientes, quase que automaticamente, de ações experimentais, sem compromisso de continuidade e excelência. A visita domiciliar, seja sob os auspícios da psicologia social comunitária, hospitalar ou clínica, demanda um treinamento novoparadigmático. Morin (2000) apud Schnitman, (1996), indica que este treinamento foge aos requisitos de ordem, regulação e alinhamento em que era moldado o conhecimento antes da proposta de se trabalhar num clima de imprevisibilidade. Os autores dessa linha pós-moderna caracterizam a atualidade como um tempo de crise epistemológica, onde a incerteza toma conta da certeza, o pensamento complexo substitui o simples e as intervenções previsíveis são encaradas como imprevisíveis. Estas considerações são extremamente relevantes no que tange

à formação do psicólogo e o distanciamento da academia dos movimentos sociais e o contexto sócio-político e econômico do país.

2.2. O psicólogo e a equipe multidisciplinar

Os obstáculos para o pleno funcionamento do tratamento integrado em saúde mental nos serviços públicos não se resume à falta de estruturação e verbas desses serviços. De maneira geral é preciso admitir que essa abordagem integradora ainda não faz parte da cultura em nosso país e conseqüentemente da realidade nas instituições.

A saúde mental no Brasil parece, assim, estar diante de um paradoxo. Por um lado, aumenta o coro dos profissionais defendendo a prática do tratamento integrado, que une as diversas formas de psicoterapia às múltiplas opções da terapêutica medicamentosa. Ao mesmo tempo, somam-se cada vez mais os achados de pesquisadores corroborando a idéia de correlação entre psique e soma. Entretanto, as realidades econômica, institucional e até de diversidade teórica não param de impor obstáculos à união dessas duas práxis.

A atuação do psicólogo neste tipo de proposta é ainda incipiente em algumas regiões do país. Pode-se observar que nos serviços públicos de saúde, a disponibilidade e divulgação desse valioso serviço é ainda ínfimo diante da grande demanda.

Em entrevista à Revista Viver, o médico Francisco Lotufo Neto, um dos diretores do Ambulatório da Ansiedade (Ambam) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP afirma que “todo mundo fala, mas estou para ver nascer uma equipe multidisciplinar” (2000, pg. 25). Ele se refere às dificuldades de estabelecer um consenso entre profissionais vindos de diferentes formações – como o médico, o enfermeiro, o assistente social e o psicólogo – e que, portanto seguem diferentes orientações teóricas e, além disso, nem sempre conseguem encontrar limites claros entre suas atribuições. Há resistência à terapêutica integrada, tanto da parte de psicoterapeutas contra a medicação psicotrópica como da parte de psiquiatras contra a psicoterapia, impasse provavelmente decorrente da falta de atualização por parte de muitos profissionais.

Os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade comparecem assiduamente nas leituras sobre o tema. Almeida & Mishima (2001) apontam que um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilita maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos. Quando se considera que a unidade produtora dos serviços não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo isoladamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde-doença, e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias.

Já Peduzzi (1998) observa que a interdisciplinaridade diz respeito à produção do conhecimento. Tem, portanto, caráter epistemológico; é a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento. A multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais. O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, e prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde.

Segundo Marazina (1992) é preciso ter clareza de que o trabalho em equipe é uma utopia a ser atingida e trabalhada, o que atingiria a transdisciplinaridade, ou seja, capacidade da equipe em produzir o seu saber singular. Assim, segundo ele, “é preciso fluidificar o trânsito do saber” (p. 15).

Todos parecem concluir que o núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, sendo necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral. Assim sendo, o trabalho

multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que, concomitantemente devem flexibilizar a divisão do trabalho; preservar as diferenças técnicas entre os trabalhos especializados; argüir a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes, bem como nos processos decisórios e tornarem consideração a interdependência dos trabalhos especializados no exercício da autonomia técnica.

O desafio está colocado no sentido de re-construir nos espaços de formação e de capacitação contínua, uma nova visão sobre a integração no trabalho de equipe para que possamos pensar no cuidado à saúde como mais que "um ato, uma atitude" (Boff, 1999, p. 46).

No que tange a formação e a atuação específica do psicólogo, citamos Figueiredo (2002) que afirma que hoje o leigo logo pensa no psicólogo clínico, e quem se decide a estudar psicologia quase sempre é com a intenção de se tornar um clínico. Embora durante muitos anos essa especialização nem existisse legalmente, atualmente é a principal identidade do psicólogo aplicado. Figueiredo atribui à “crise da subjetividade privatizada” o incremento pela procura dos serviços da psicologia clínica o que faz com que o psicólogo clínico acabe se tornando uma figura quase popular entre certas camadas da população. Por experiência da subjetividade privatizada, o autor implica o nosso reconhecimento como seres livres, diferentes, capazes de experimentar sentimentos, com desejos e pensar independentemente dos demais membros da sociedade como pré-condição para que formulem projetos de psicologia científica. A outra pré-condição seria a experiência de que não somos assim tão livres e tão diferentes, pois existe a suspeita de que há outras “forças invisíveis” nos controlando e de que não conseguimos ver com clareza as causas e significados de nossas ações. Isso, portanto, nos levaria a investigar o que há por detrás das aparências.

Assim sendo, a psicologia, como ciência e profissão, surgiu com a modernidade, com o capitalismo, no momento da nossa história em que a vida privada e a individualidade passam a ser valorizadas.

Interessante notar que a formação de psicólogos nem sempre privilegia a loucura e parece estar alheia a mudanças de comportamento da contemporaneidade. Ao final da graduação, muitos terão passado pelos estudos de psicopatologia de forma superficial, teórica e longínqua além de

constrangedora; por várias razões dentre as quais sinalizaria duas: a primeira, pela opção pessoal, consciente ou não, para que a incógnita permaneça e a segunda pela não-oportunidade institucional e institucionalizada que promove a perpetuação do sentido excludente vigente e o descrédito que impera no imaginário de cada um.

Cabe questionar a distância da academia e conseqüentemente da psicologia em seu locus maior de atuação, ou seja, no ápice do sofrimento psíquico. O normal e o patológico, seja no sentido histórico, sociológico, biológico ou psíquico, comandam o cerne da atuação do psicólogo. No entanto, a psicose permitiu compreender o funcionamento normal da vida psíquica. Conhecer, ver, escutar, presenciar a patologia psicótica é um dos caminhos para desmistificá-la – ou talvez, uma vez mais, dela fugir.

Segundo Patto (1999), a grande maioria de projetos pedagógicos e currículos dos cursos de Psicologia no Brasil ainda trazem “uma marca positivista, experimentalista, patologizante e adaptacionista, característica do início do século XX” (p. 225). A concepção generalista e tecnicista pode ser nociva ao exercício da profissão de forma crítica e afinada com a subjetividade, individualidade do sujeito bem como a reprodução de recortes teóricos incoerentes e antiéticos. O estudante fica, pois, a mercê de currículos fragmentados, sem nenhuma referência aos movimentos sociais e as implicações sócio-econômicas.

Já Amorim (2003), em sua crítica e reflexão sobre a formação do psicólogo, aponta para o “vazio reinante” acerca do projeto antimanicomial nas faculdades de psicologia. Ao percorrer o trajeto histórico da emergência da psicologia como ciência e profissão, tece considerações sobre os interesses vigentes e a influência da política e economia sobre o desempenho teórico-metodológico relativo à psicologia como um saber que “faz o jogo dos poderosos”. Vale, porém, ressaltar a fragmentação da crítica que a autora imputa ao tema, responsabilizando o neoliberalismo pelo *modus operandi* predominante. Apontar regime políticos e econômicos como coadjuvantes e não como uma estratégia seria mais viável, pois incorre no risco de conceder-lhes a responsabilidade plena como se o tema pudesse ser restringido a uma relação causa e efeito.

Afinal, não há conhecimento ou demonstração objetiva da relação causa e efeito de um regime político ou sistema econômico com um determinismo intelectual em qualquer área das ciências sociais. Dito de outro modo, qualquer ramo das ciências sociais pode ser manipulado para o fim de servir a um propósito político ou econômico. Mesmo nos regimes totalitários (nazismo, fascismo e comunismo) bem como nos regimes autoritários, militares ou civis, na América Latina, sempre foi possível, ainda que para muito poucos, manter viva a chama do pensamento livre no desenvolvimento das ciências sociais..

O neoliberalismo não deixa de ser, na verdade, um slogan de campanha crítica das antigas esquerdas socialistas cujos modelos de justiça social mediante dirigismo estatal fracassaram absolutamente ao final da década de 1980. Isto não quer dizer que o capitalismo tenha sido bem sucedido. Esse novo modelo mostrou-se concentrador de renda, com o que fez surgir o que cientistas sociais chamam de “a nova exclusão social”. (Aranha & Martins, 1993, p. 261). Vale dizer, pessoas razoavelmente educadas, até mesmo da classe média, nesse modelo perdem oportunidade de trabalho e ganho, com a conseqüente perda de renda e qualidade de vida.

Surge daí, para muitos, uma angústia social de larga repercussão, ainda que não contabilizada objetivamente. Por isso mesmo, parece precipitado atribuir a esse novo modelo econômico, anti - cientificamente denominado neoliberal, a causa direta do aumento das “doenças mentais, suicídios, violência social e extermínio dos grupos sociais mais fragilizados” como cita a referida autora (p. 4).

As conseqüências desse novo quadro econômico tendem a exigir um retorno à presença maior do Estado para funções de assistência social. Isto se dá num quadro de profunda desconfiança em planejamento, visto estar muito próximo na lembrança o fracasso dos dirigismos estatais de esquerda ou de direita (Aranha & Martins, 1993).

Na verdade, as duas linhas de argumento não têm referencial histórico que as justifique. Se o Estado dirigista não foi capaz de prover justiça social sem endividamento insuportável e proibição da liberdade de expressão também o capital privado não se mostrou, em momento algum, capaz de atender as demandas sociais no tempo e no volume exigido pelos excluídos sociais.

Ainda no âmbito político, concomitantemente a imprevisibilidade econômica e política do país, o projeto de lei nº. 3.657/89, apresentado em 1989, pelo deputado Paulo Delgado, e conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica teve o mérito de se tornar uma lei que produziu efeitos antes de ser aprovada, pois intensificou o debate e a popularização da causa da reforma desencadeada pela iniciativa de revisão legislativa. Assim sendo, uma vez mais fica provado que há brechas em qualquer contexto político e econômico para a contestação e atuação da sociedade, do pensamento livre e o desprendimento das relações de causa e efeito.

As iniciativas e as equipes que dentro de um sentido utópico têm conseguido atuar com um saber inovador também prestam sua contribuição nessa perspectiva. O inconformismo com falas que transitam entre o “melhor do que nada” ou “melhor do que antes” ou “ao menos não usam mais eletrochoques”, “ao menos recebem visitas mensais” dizem do que representa apenas o início de uma estratégia a ser consolidada e expandida e não um recurso heróico e passageiro que um pequeno grupo deve sustentar.

É indiscutível a urgência da formação de profissionais com olhar antimanicomial, desinstitucionalizante, valorizador da cidadania, com sólido referencial teórico, sócio-cultural e técnico, sem repetir padrões hegemônicos de formação voltados apenas para a prática clínica de caráter privado e excludente (Lobosque, 1997, p. 56).

Ao longo do estágio no **Programa Vida em Casa**, verificou-se a importância de combater o pessimismo, a rotina e estimular a participação e o envolvimento de todos os atores envolvidos na cena, promovendo um novo estatuto terapêutico e reabilitativo.

A receptividade por parte dos familiares às estagiárias de psicologia fica tácita durante as visitas, o que corrobora a afirmação de Figueiredo (2000) quanto a popularidade que a psicologia clínica tem angariado no imaginário de certas camadas sociais. Por vezes, alguns membros da família já iniciam a conversa automaticamente, como se não pudessem perder nem um minuto sequer da oportunidade. Simples gestos de atenção e simpatia de nossa parte parecem ter um significado especial – como se para além das questões do paciente, das questões administrativas e práticas, alguém poderia ouvi-los e saber de suas angústias e sofrimentos particulares.

Esta receptividade confirma a grande necessidade de expandir ainda mais o acesso ao acompanhamento psicossocial no Programa.

Igualmente importante, seria alinhar de forma criteriosa a indicação das famílias que receberão o atendimento psicossocial a fim de conciliar a atuação ao perfil da família. Cabe mencionar, ainda, alguns indicadores de conduta que deveriam ser considerados nas visitas em respeito ao espaço e a autonomia familiar, quais sejam: respeitar os horários pré-estabelecidos para as visitas, avisar sobre imprevistos, avisar e pedir permissão sobre mudanças na equipe na equipe, usar trajés adequados e discretos (sem jaleco), usar o crachá, evitar fazer anotações e demonstrar interesse e cuidado genuíno com os hábitos da família.. É preciso cuidado com as visitas de cunho didático, seja para a psicologia, psiquiatria ou serviço social. Agregar outros profissionais ou um grande número de pessoas em caráter eventual, sem funções definidas e real compromisso com o programa e as famílias pode ser invasivo, desrespeitoso e antiético.

Aos estagiários de psicologia é desafiador participar de visitas esporádicas e de rápida duração, pois restringem a sua participação e evocam preocupação ética. Afinal, é mais fácil estabelecer o papel do médico psiquiatra que revisa os sintomas e a medicação e faz as anotações no prontuário. Como também é mais objetivo o papel da assistente social que preenche formulários, fornece instruções a respeito do Programa, dos benefícios, procedimentos jurídicos e assuntos afins. Ao auxiliar de enfermagem cabe aplicar a medicação injetável e/ou prover cuidados específicos. E ao estagiário de psicologia? A atuação é variada e centrada principalmente na escuta empática, o que implica em sondar, acolher e interagir de acordo com o que o paciente ou os familiares demandam e a situação permite. O desafio é funcionar como um “olho” ao processo da visita, no exíguo tempo disponível para colaborar no que for possível; até mesmo na entrevista de praxe do psiquiatra para dar novos sentidos aos sintomas, falas e comportamento. Como ressalta Melman (2002), o trabalho em equipe que faz uso de visita domiciliar e conseqüentemente de reabilitação psicossocial deve ser entendido como um processo que visa reabilitar e desenvolver novas atitudes e comportamentos tanto nos pacientes como nos familiares e nos técnicos, a fim de “engendrar movimentos inovadores de produção de trocas afetivas e de sociabilidade” (p. 84).

Morin (1998) alerta que o pensamento complexo inclui trabalhar com a incompletude e a incerteza. Ao contrário do paradigma dominante que buscava o controle, eliminando vieses e minorando os erros, no paradigma emergente o conhecimento é construído no diálogo com a incerteza e com outros saberes, inclusive o senso comum. Para Santos (1989; 1999a), o senso comum é uma forma de saber e, quando considerado pela ciência como tal, possibilita a democratização de um saber construído. O autor propõe que o saber científico torne-se senso comum, pois o diálogo entre esses saberes pode trazer dúvidas às “certezas” produzidas pela ciência e transformar o conhecimento científico em sabedoria de vida.

Outro conceito de fundamental importância nesse processo de compreender e ampliar o foco de intervenção tem sido o de rede social. Dabas (1995) define rede social como “um sistema aberto que, através de um intercâmbio dinâmico entre seus integrantes e com integrantes de outros grupos sociais, possibilita a potencialização dos recursos que possuem” (p.10). Essa definição revela que o trabalho em rede permite utilizar os recursos existentes no grupo comunitário, estratégia que mobiliza a rede social, que amplia a capacidade auto-reflexiva, aperfeiçoa a organização autogestiva e provoca mudanças na subjetividade do meio social, da família e das pessoas.

Já Sluzki (1997) define rede social pessoal como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (p. 41). Para que essa rede existente seja explicitada é importante desenhá-la, para que o indivíduo ou grupo se conscientize da sua dimensão e possa utilizá-la de modo construtivo.

Em alguns momentos, falar em rede traz uma perspectiva, ora conceitual ora técnica, mas alguns autores têm ressaltado a importância de considerar o “pensar” em redes sociais como uma epistemologia, no sentido que requer uma mudança de postura do profissional na relação com o outro como sujeito e não mais como objeto. O “pensar” e agir em rede possibilita ao profissional compartilhar conhecimentos e intervir com o objetivo de desenvolver as competências das pessoas e instituições que fazem parte da comunidade (Dabas, 1995; Sluzki, 1997).

A mudança epistemológica de se trabalhar com redes sociais, além de implicações profissionais, também traz modificações pessoais, na medida em

que o profissional passa a pensar em sua própria rede e conscientiza-se de sua responsabilidade pessoal. (Sluzki, 1997).

O grande desafio desse século, diferentemente do século anterior, não é de avançar científica e tecnologicamente, mas é desenvolver habilidades pessoais e humanas além da técnica. É ampliar a capacidade humana de diálogos com diferentes áreas, não excluindo a importância das especialidades, mas resgatando no diferente o que falta em mim (Morin, 2001).

É preciso, na atual conjuntura, questionar quais são as reais necessidades da humanidade, pois nossas deficiências não são tecnológicas, são humanas e, porque não, espirituais. Maturana (1997) expressa isso muito bem:

(...) Nossas dificuldades atuais como humanidade não se devem a que nossos conhecimentos sejam insuficientes, ou a que não disponhamos de habilidades técnicas necessárias; elas surgem da perda de sensibilidade, da nossa perda de dignidade individual e social, da nossa perda de auto-respeito e respeito pelo outro (p.69).

A entrada em uma casa, geralmente pequeníssima, da equipe tem significados importantes para qualquer contexto familiar. Há uma gama imensa de percepções e reações dicotômicas: hospitalidade/desconfiança, raiva/aceitação, vergonha/dependência, por parte de pacientes e familiares, que por sua vez evocam sentimentos contraditórios e “ressonâncias” inevitáveis em cada um da equipe. Nestes sucessivos encontros e desencontros despontam a presença do que aponta Maturana (1997).

Por fim, vale ressaltar o que Pakman (1993) alerta sobre a complexidade de atendimento domiciliar em famílias de baixa renda. Os profissionais envolvidos podem colaborar ainda mais para sua marginalização, na medida em que intervêm nesse contexto, como hiperespecialistas, fazendo um corte na ação, que facilita sua atividade profissional, porém distancia e limita sua capacidade de prestar real ajuda. O profissional, para atuar na família ou na comunidade, necessita de uma visão ampla dos aspectos que permeiam o contexto, embora possam atuar em ações menores e mais circunscritas. O autor aponta, ainda, a necessidade de qualquer equipe que trabalhe em contexto de pobreza econômica, ficar atenta às limitações verdadeiras e questionar a pobreza da intervenção programada. Nem sempre a

equipe ou a instituição (ou instituições ali representadas) se pautam por parâmetros de excelência e tem noções claras do significado e valor de sua atuação. A equipe do HSVP se encontra em plena construção em torno desse objetivo e para tanto conta com o caráter mediador da psicologia.

CAPÍTULO 3

Resiliência: sim à autonomia e não à exclusão

O primeiro e mais importante representante entre os teóricos que abordaram o tema resiliência e sentido de vida foi Vitor Frankl. A partir de sua experiência como prisioneiro em campos de concentração e de sua formação em psiquiatria, Viktor Frankl criou a terapia centrada no sentido, a Logoterapia. Frankl considerava que a principal força motivadora no indivíduo é a busca e descoberta do sentido pessoal de vida, que possibilita a manutenção da saúde mental e integridade, mesmo sob condições adversas (Frankl, 1990). Frankl ressalta ainda a importância de dar ao paciente “sentido à existência e tornar o paciente capaz de encontrar o sentido da existência, ampliando, por assim dizer, o seu campo de visão, de modo que ele perceba o espectro completo de possibilidades pessoais e concretas de sentido e valores” (p. 74). Em consonância com esse conceito é que a resiliência torna-se fundamental para o processo de reabilitação em saúde mental. Este termo pertence originalmente ao campo da física e significa: “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica” (Frankl, p. 75) Como conceito psicológico, tem sido utilizado para designar a capacidade de indivíduos que enfrentam toda a sorte de adversidades cumulativas, sem prejuízos imediatos e definitivos para seu desenvolvimento e saúde.

O processo de reabilitação em saúde mental deve considerar sobre as condições adversas enfrentadas pelos pacientes antes, durante e após a manifestação da doença. Do ponto de vista da ação, conhecer a dinâmica da resiliência com o objetivo de promovê-la, além de identificá-la, constitui uma interessante perspectiva em reabilitação psicossocial. Como explicitam Valentini & Vicente (2001 apud Pitta, 2001):

(...) Afinal, a observação, o registro, o diagnóstico e prognóstico geralmente se centram nas faltas, nas seqüelas, nas dificuldades. Esta visão tem condicionado as perspectivas de resolução dos problemas em profecias negativas, criando um “futuro anunciado”. Tal fenômeno se manifesta, por exemplo, na forma de pensar sobre a evolução da

psicopatologia, nas perspectivas para os pacientes que oscilam entre o embotamento afetivo, traços residuais e cronificação. Com o conceito de resiliência, o modelo deixa de ser o dano e passa a ser o do desafio. As considerações sobre os problemas são acompanhadas do reconhecimento das possibilidades de enfrentamento. Substitui-se a profecia sobre o futuro centrada na doença pelo reconhecimento das diferenças individuais, da variedade de tipos de rede de pertinência de sujeitos, pela dinâmica institucional etc. Neste modelo o futuro não é conhecido ou pré-concebido. Ele precisa ser construído. Esta construção fundamenta-se no sentimento de esperança, que passa a ser coletiva quando está presente na equipe ou na instituição (p. 53).

A expansão do conceito de resiliência à equipe e à instituição é extremamente interessante no que tange a manutenção da confiança e motivação da equipe. Evoca reflexões sobre o grau de resistência que supomos ser possível ou impossível mediante contextos de miséria e sofrimento tão distantes da nossa realidade: afinal não há como conhecer o objeto se não for feito um exercício de me encontrar nesse objeto também (Santos 1999). Por isso, todo conhecimento é autoconhecimento, aproximando-nos pessoalmente do que estudamos.

Durante as visitas domiciliares do estágio e no decorrer do acompanhamento do caso descrito ao final deste trabalho, convivemos e aprendemos com exemplos de resiliência. Mesmo diante de situações extremamente graves e constantes, presenciamos demonstrações concretas dos que não se permitiram sucumbir e ainda confiam na dinâmica do viver.

Dentre as várias hipóteses sobre o desenvolvimento da resiliência, o psicólogo deve estar atento à sua importância dentro das várias intercorrências nas famílias acompanhadas para auxiliar no estímulo de certas habilidades que prevêm a mudança de atitude perante a doença, a tolerância à tensão, o afastamento da revolta e da autocompaixão, a sublimação por meio de atividades ocupacionais e artísticas como forma de reintegração e tolerância com seus próprios limites.

Como ressalta Maldonado (1997) em seu livro “Os Construtores da Paz - Caminhos da Prevenção da Violência”, crianças e jovens que foram submetidos a situações de abuso físico, sexual ou psicológico tendem a

tornarem-se adultos abusadores quando não conseguem superar o trauma. Já aqueles que receberam ajuda para fortalecer a auto-estima e a resiliência tendem a ajudar outras pessoas que enfrentam crises semelhantes na vida: ao serem compreendidas e acompanhadas, tornam-se mais compreensivas, e desenvolvem seu potencial de empatia e solidariedade. Sem continência afetiva, crianças e jovens passam pelas crises com muito sofrimento, solidão, angústia e desamparo. O forte desafio de obter sucesso ante a adversidade, sem recair no insulamento atrás de imagens de si e do outro reduzidas apenas aos parâmetros, valores e habilidades inerentes à experiência adversa, requer, portanto, altas doses de solidariedade, diálogo e abertura emocional.

Um dos pressupostos para o desenvolvimento de resiliência e autonomia em crianças e adolescentes implicaria em que os adultos que os cercam tenham sabedoria para escutá-los e compreendê-los ante as circunstâncias que enfrentam; encorajando a expressão dos sentimentos de tristeza, raiva e medo; oferecendo o apoio indispensável para que se sintam mais seguros, conquanto incentivem sua independência e saídas para os problemas. Desta maneira, a auto-estima sai fortalecida e a capacidade de enfrentamento e competência aumenta.

Nesse sentido, nos reportamos aos conceitos da “pedagogia negra”, e “testemunhas auxiliadoras e conhecedoras”, da psicóloga alemã Alice Miller (2001). Segundo ela, a continência afetiva, seja via profissionais, familiares ou voluntários, pode definir e transformar a vida de uma criança. São aqueles que ao longo da vida de uma criança ou jovem, serão referências talvez únicas de afetividade, de confiança em si e em seu semelhante, e mesmo sob condições absolutamente adversas conseguirão, a partir deste referencial, preservar altos ideais de amor e valores positivos.

Se considerarmos a contemporaneidade onde as instituições e as normas sociais estão cada vez mais fracas e diluídas, tornando o homem pós-moderno mais suscetível e menos resistentes às frustrações, o estudo do comportamento aliado a resiliência é importante, pois implica na “capacidade universal que permite a uma pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou dominar os efeitos nocivos da adversidade” (Grotberg, 1995, p. 30).

Pesquisas passadas que priorizavam esta perspectiva, baseadas apenas no conceito de invulnerabilidade, ganharam novos rumos a partir deste

conceito. Vulnerabilidade foi entendida como a susceptibilidade ou predisposição ao estresse, mas percebeu-se a ocorrência de esforços por parte do indivíduo com o objetivo de habilitar-se a lidar com demandas específicas, externas ou internas, que surgem em situações traumáticas, ia além e a isso se denominou *coping*. Já o sucesso no esforço de adaptação ou superação do estresse, consolidado em fatores de proteção foi chamado de competência. Estes estudos e conceitos em permanente revisão só confirmam o fascínio e a relevância desta dinâmica humana em prol de sua estabilidade e identidade.

Considerando esses fatores, a reforma psiquiátrica em seus programas preventivos e diferenciados como o “Vida em Casa”, tem o grande desafio de incluir em sua gestão, a prevenção primária e secundária, a fim de construir defesas dos indivíduos mais expostos ao convívio com os transtornos mentais. O foco de atenção aos familiares sob alto risco pode ser uma estratégia inovadora e alentadora para os quadros de doença mental crônica que a equipe tem atendido. O convívio cotidiano, direto e prolongado com familiares com transtornos mentais implica em estresses potencialmente avassaladores e carecem de atenção especializada e consistente, com *follow-up* sistemático para minimizar os riscos, especialmente em crianças e jovens.

Nosso país tem um longo percurso histórico e político, impulsionado por ditames religiosos ligados à caridade e ao assistencialismo. De certa forma, aí se convive com a negação de direitos, que frequentemente permeia o contexto brasileiro, para suprimir a carência e irregularidade de serviços no campo de previdência e saúde. O pressuposto de uma relação desigual – doadores ou voluntários e carentes ou destinatários. Ora se o trabalho, a doação ou a iniciativa é gratuita e paliativa, produz uma contra-reação perniciosa, e ausência de crítica e autocrítica. Assim sendo, como afirma D’Incao (1992), é importante ter em mente o senso ético e a proposta de ir além das dificuldades no sentido da solidariedade, pois o paciente psiquiátrico e sua família podem assim tornar-se sujeitos de direitos e transformações que atingem as representações sociais, os projetos e a cidadania entram em pauta. Só assim a subjetividade, a afetividade e a autonomia poderão ter sua importância reconhecidas para a saúde mental.

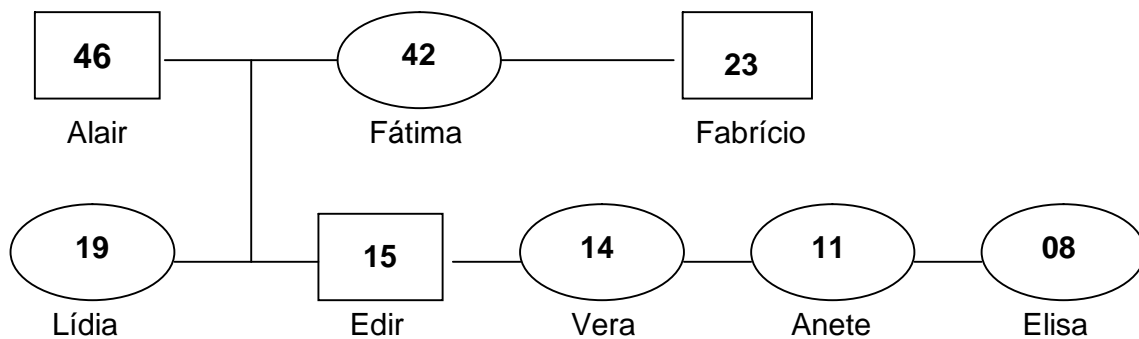
3. 1. Descrição de caso

A definição do caso que se segue não atende aos moldes tradicionais ou mais divulgados de visita domiciliar, atendimento clínico ou acompanhamento terapêutico ou terapia familiar. Foge aos padrões por sua imprevisibilidade, multidimensionalidade e inovação – ou seja, não se conjuga a parâmetros teóricos e técnicos como também não encerra em si um modelo. Traz em sua singularidade, motivações suficientes para o desmembramento de várias possibilidades e a renúncia de expectativas de resultados por parte da família atendida, ou de intervenção por parte da equipe; renuncia, também, a descrição de um estudo de caso postulado ou sonhado por ordenamento ou repetição de experiências prévias.

Tornou-se, pois, um caso que também evoca interesse e mobiliza até aqueles que dele só ouvem falar, pois transita entre princípios éticos, solidariedade humana, referenciais teóricos e técnicos que vão desde a psicologia social, comunitária, escolar, do desenvolvimento, redes sociais e terapia familiar. A multiplicidade de demandas, ao longo das 24 visitas realizadas ao longo de oito meses em 2004, aliada às características de cada um dos familiares, às constantes variáveis e sucessivas surpresas no decorrer do atendimento, provocam inevitáveis ressonâncias e a sensação de que ainda há muito a se alcançar.

A fim de facilitar a visualização e compreensão da dinâmica familiar em questão, incluímos o genograma e em seguida o relato sobre o atendimento realizado pela autora e uma colega de estágio:

Genograma familiar²



O atendimento foi sugerido e articulado após visita da equipe do Programa à referida família, em abril de 2004, quando foram constatadas as inúmeras demandas provocadas pela circularidade patológica entre os pais e o irmão mais velho e as vicissitudes evidentes no espaço físico da casa, no desamparo e suas conseqüentes inadequações. O quadro da família indicava intervenção preventiva e secundária regular e consistente a fim de prover continência mínima necessária.

A direção da escola dos três filhos menores foi contatada, a fim de se obter dados sobre o referencial concreto da escola sobre os sujeitos como alunos. A escola se demonstrou receptiva e forneceu informações sobre o comportamento, assiduidade e desempenho acadêmico ao mesmo tempo em que ofereceu uma sala para a realização dos atendimentos semanais. Ademais, prestou informações valiosas a respeito da evolução do comportamento dos pais e do filho mais velho e a preocupação de funcionários, professores e coordenadores com a situação a que estas crianças são submetidas. Informou ainda, que recentemente haviam se mobilizado para doar uma TV à família para que as crianças tivessem algum entretenimento enquanto estivessem em casa.

Foram realizados contatos, também, com duas vizinhas próximas que geralmente prestam assistência (doações de alimentos, roupas e acompanhamento a consultas médicas) quando necessário. Assim, foi estabelecida uma rede mínima de atuação e apoio social e suporte para

² Nomes fictícios.

eventuais emergências. Assim a proposta se configurou no sentido de promover interface entre a família, escola, vizinhança e a equipe do Hospital, na expectativa de criar vínculos, obter auxílio mútuo e promover estratégias de enfrentamento e organização psíquica mais saudável mediante a difícil realidade externa.

O atendimento psicossocial, com ênfase em Anete, foi em caráter semanal, às quartas-feiras, na escola, durante 60 minutos, perfazendo um total de 24 sessões, entre os meses de abril e dezembro de 2004.

Nosso trabalho foi em busca de uma criança além da que nos foi apresentada cujo perfil incluía subir no telhado da casa e lá se isolar, não brincar com as colegas de escola, não chorar, não reclamar, não sorrir, não pedir, não se expressar, recusar ser reconhecida – comportamento autístico. Essa foi a Anete que nos foi apresentada. Além das adversidades inerentes a uma família de baixíssima renda, foi trazida ao mundo por uma mãe marcada com o diagnóstico de esquizofrenia. A esse desafio insondável, somaram-se nos últimos três anos, duas grandes perdas: a perda da visão de um olho e a perda paradoxal de um pai, que ainda era referência adulta e sustentáculo na família. Resta agora um pai ameaçador. O agravamento do alcoolismo, a ponto de ser preso e internado com síndrome de abstinência, alucinações, surtos de grandiosidade e erotomania, agressividade verbal e física, culminando em assédio sexual às filhas, acabou por esfacelar a família.

A partir daí, houve um desenrolar de fatos e de assistências eventuais, de conhecidos ou não, um tanto desconexas. Entre a mãe e o irmão de 23 anos, em sucessivos surtos, ambos há anos levados pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital São Vicente de Paulo, e o pai levado pela polícia para a cadeia ou para ser internado, a família recebia intervenções, ora do Hospital, ora do Juizado, da vizinhança, da escola e de um tio, cada qual com suas limitações, tentando prestar algum tipo de assistência.

Em qual referencial Anete poderia se apoiar e confiar? Como voltar a ser o que era ou o que ainda não conseguira ser? Anete ficou, assim, como personagem destoante dos irmãos, aparentemente menos suscetíveis às crises e mais abertos para expressarem seus enfrentamentos.

Dentre os quatro, Anete se destacava pelo movimento contrário. Lídia, Edir, Anete e Elisa, parecem se apoiar e ao mesmo tempo se subdividir. Eles

convivem, cada um a seu modo, com os outros três personagens da família – mãe, pai e irmão, sem saber bem o que esperar e o que fazer. Os quatro se unem, ainda que silenciosamente, ainda que trancados num quarto, onde se protegem, se eximem e se fortalecem para, juntos, à “realidade televisiva” improvisar uma realidade paralela. Assim, quem sabe, ser possível acordar para as surpresas que os aguardam no dia seguinte...

A partir do Programa “Vida em Casa”, desdobramentos favoráveis entram em cena. A mãe de Anete passou a receber visitas periódicas da equipe e medicação em caráter mensal o que tem evitado novos surtos e possibilitado gradual atuação nas funções de mãe e dona de casa. E com Anete se iniciou o atendimento psicossocial na escola.

Ao longo dos oito meses, o atendimento trouxe contornos, desafios e ganhos significativos. Aprendemos sobre imprevisibilidade e resiliência. Esta família, em toda sua complexidade, tem o dom de cativar. Cada um, em seu funcionamento particular, tem a capacidade de inspirar.

Daí por diante, foi se imprimindo ao trabalho um caráter interventivo e preventivo. Em meio ao caos, surge a possibilidade de um espaço fiel e insólito para Anete, finalmente algo mais consistente. A seu favor, o mesmo propósito – aceitação e escuta exclusiva e inclusiva. Apesar das incógnitas, Anete pôde, finalmente, ser vista e ouvida. Não estávamos ali para obter mais dados, confirmar hipóteses ou exigir um determinado comportamento ou resultado – este *modus operandi* ela já conhecia bem. Era preciso algo diferente: a “permissão” de simplesmente estar ali, atônita, dividida, encolhida. Vale indagar se esse comportamento não seria um indicativo favorável, no sentido de que, em sua reclusão, alguma unidade ela ainda tenta conservar em sua personalidade.

Não foi fácil Anete perceber que ali ela poderia simplesmente ser. Não foi fácil para nós perceber como chegar a isso. Ao longo do processo, todavia, a singularidade e a força de Anete foram se descortinando e foi possível vê-la, não mais como uma personagem de um *imbróglio* familiar, mas como alguém cuja complexidade das demandas pareceu tê-la sobrepujado - mas não derrotado. Ela simplesmente não estava à frente, estava na retaguarda, entrincheirada. O processo foi lento, de altos e baixos, até que no jogo “Combate” as defesas começaram a cair e as estratégias começaram a surgir.

Foi ali que teve a possibilidade de constatar que poderia assumir, comandar, cair, levantar, surpreender enfim.

A partir de um novo jogo, “Banco Imobiliário”, Anete faz questão de sempre trazer o seu próprio dado, para um jogo onde tudo é comprado e pago. Ela é dona de muitas propriedades. Faz poupança e planos, controla e calcula as finanças. Até desafia as regras, mas aí entram as “opponentes” que a relembram que as regras precisam ser seguidas, que é melhor enfrentar o desafio do que fugir, e que sempre há como negociar e procurar uma solução. Ouve também que estão ali para ajudá-la a se manter assim ao que ela então se consola e se alegra com os momentos de “sorte” apesar do “revés” estar sempre por perto.

Hoje Anete já não fica mais no telhado. Ela agora põe cor em seus desenhos onde também aparece um enorme e grandioso sol. Um sol que além de sorrir, dá gargalhada! Sim, Anete dá muitas risadas. Ela agora já está à frente no combate. Responde. Indaga. Lidera. Brinca. Em sua “propriedade” real ainda há pouquíssima luz, alimento, dinheiro, conforto e adequação. No entanto, ela já não se recusa a ver. Tem nessa divisão do olhar, entre a luz e a escuridão, um novo aliado – novos óculos, feitos especialmente para ela, que a ajudam a lembrar que a escuridão não vai tomar conta. Pode assim perceber a possibilidade de atuar de forma concreta e autônoma, ao contar que tirou “10” na prova, ao se declarar “vencedora”, pois é assim que disse querer terminar o jogo em nosso último encontro. Foi assim que Anete, entre a “sorte” e o “revés” conseguiu descer do telhado para o “combate”!

Eis que surgem, ao final do estágio, as limitações, os prazos, o desejo de continuar e a conseqüente impossibilidade. Há separações inevitáveis e naturais, mas há outras que só deveriam acontecer pelo desejo recíproco.

Ficam também presentes, as relações entre subjetividade social e sujeito. Não há como fragmentar os conceitos relacionados à identidade e personalidade dos campos de ação e prática social do sujeito. As emoções relacionadas à segurança, auto-estima e identidade aparecem integradas dentro de uma mesma configuração de sentido. Portanto, a subjetividade, que representa uma realidade não acessível de forma direta que tampouco pode ser interpretada de forma padronizada, nos remete aos meandros do dinamismo entre o individual e o social (Rey, 2003). No trabalho com esta

família, as intermediações e intervenções transitam permanentemente entre os dois, o que representa um desafio a mais. O atendimento de um sujeito, no contexto familiar, escolar e comunitário ao mesmo tempo, fez presente o social e o individual de forma avassaladora – muito diferente do atendimento clínico tradicional.

Estas questões confundem e prescindem de um “treinamento novoparadigmático” (Costa, 2004, p. 87). Para atuar nesse contexto, é preciso ampliar a visão e estar atento para as armadilhas, a fim de evitar a perpetuação da marginalização da família e permitir um efeito “emancipador” (Morin, 1996 apud Schnitman, 1996, p. 277).

Segundo Rey (2003, p. 249) “uma experiência ou ação só tem sentido quando portadora de uma carga emocional”. As experiências com esta criança e sua família evocam, pois, uma imensurável carga de sentido. Para tanto, uma nova configuração ao vínculo traria algum alento, pois ainda há muito que fazer – a manutenção da parceria entre o Hospital e o UniCeub poderia garantir a continuidade do atendimento, extensivo aos outros membros da família.

Algumas questões se apresentam nas intervenções em situações de risco, limítrofes e focais. Não é difícil nos perdermos na linha tênue entre boa vontade, ternura, indignação, olhar crítico entre o clínico e o social, entre a técnica e a ética. Nem sempre o planejamento teórico abarca as necessidades presentes e urgentes em uma atuação permeada pela solidariedade; nem sempre é possível apostar nas competências do sujeito mediante a exacerbação de carências de um mesmo contexto. O momento é de transição. Sabemos quão importante que esta criança e sua família continuem a acreditar na sustentabilidade dos recursos que ora têm e nos que ainda poderão vir a ter num futuro próximo. Sabemos da importância do fortalecimento das redes sociais, que em seu conceito evocam a mobilização da rede natural de contatos para o desenvolvimento e mudanças, para a resolução de crises (Dabas, 1993).

Afinal, lembramos que Anete ainda se assusta e se retrai e não podemos controlar o que isso pode representar. Ao menos, fica a concretude de que ela parece já saber que consegue jogar, e assim, quem sabe, melhor se preparar para a próxima rodada e encontrar o seu lugar.

Coube-nos estar atentos aos permanentes desdobramentos fugidios dos processos psíquicos e não menos atentos às pontes que cada membro da família lançou em direção ao mundo externo a fim de prestar apoio a estas pontes no momento oportuno.

Um desses momentos configurou-se durante uma visita, quando a autora ao auxiliar a mãe a encontrar alguns documentos para a regularização de seu benefício, se deparou com uma certidão de nascimento de Vera (?), nascida em 1990. Ao ser indagada sobre esta criança a mãe respondeu, demonstrando grande agitação *“foi a mulher, que era professora do Fabrício que levou ela de mim, ela roubou minha filha quando ela tinha três meses”*. A mãe relembrou o episódio com detalhes e os externou com tristeza e revolta .

Aparentemente esta professora não podia ter filhos e se aproveitou da proximidade com a família. Hoje esta criança teria entre 14 e 15 anos de idade e seu paradeiro é desconhecido. Lídia informou posteriormente que seus pais deram queixa à polícia que chegou a localizar a seqüestradora, há muitos anos atrás. No entanto ela conseguiu fugir e desde então não se teve mais notícia. Anete e Elisa, nesse momento expressaram que a *“mãe sempre avisava para tomar cuidado porque uma mulher roubou nossa outra irmã quando era nenê”*. Esta experiência representa para cada membro desta família um emaranhado de significados e pode ter tido impacto significativo na evolução do quadro de esquizofrenia da mãe. Agora, caberá à família e ao serviço social do Hospital, após avaliação criteriosa, decidir sobre os caminhos a tomar sobre a questão. Lídia afirmou que *“agora nem adianta mais procurar por ela, ela deve estar melhor que a gente, não ia querer deixar de ser filha única pra ficar aqui nessa confusão toda”*.

A revelação sobre este fato insólito surgiu por acaso, mesmo após meses de convívio com esta família. Talvez outros tantos meses para vir à tona ou não. Uma vez mais, fica evidente o quanto a visita domiciliar pode ser crucial para “mapear” o espaço externo para obter um mapa do espaço interno de pacientes ou das famílias. Informações esquecidas, segredos e fatos velados, de forma consciente ou não, podem ser essenciais ao acompanhamento do caso, e revelar a natureza de eventos por um caminho que não estaria disponível de outro modo. A equipe pode assim, em “sentido real, realizar uma jornada através do tempo e do espaço e conduzir um tipo de

investigação arqueológica” (Bloch, p. 53), mantendo sempre princípios éticos e profissionais.

Não só Anete, mas toda a família pôde experimentar ao longo desse período o contato com a realidade a partir de uma relação confiante com alguém que proporcionou *afeto catalisador*, para que aos poucos, este contato pudesse se estender a outras pessoas e ao ambiente. O Programa Vida em Casa foi e tem sido o agente terapêutico desta família e substituiu os agentes de outrora: da polícia, do corpo de bombeiros, e os oficiais de justiça da Vara da Infância.

É um caso emblemático que demonstra como as ações preventivas e interventivas podem minimizar os efeitos do contínuo sofrimento imposto não só aos que são desafiados pelos transtornos mentais, mas às crianças e jovens que são constituídos mediante este intenso fenômeno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao assistir o insólito espetáculo do grupo de rock *Metallica* com a Orquestra Sinfônica de São Francisco, fiquei fascinada por esta iniciativa e *performance* única e bem sucedida. O fascínio foi provavelmente decorrente dos saltos de minha imaginação. Ao acompanhar a sincronia, interação, força e beleza do resultado deste encontro outrora improvável, não pude evitar fazer paralelos da **intensa** música dos famosos músicos com a loucura; da Orquestra com o trabalho multidisciplinar; e do maestro, idealizador da inovação, com a psicologia !

Podemos continuar dando saltos rumo a outras iniciativas de sucesso quando, nos tratamentos sob a ótica antimanicomial, unimos o sofrimento psíquico aos vários saberes, sob a mediação da psicologia na proposta multidisciplinar. Imaginar esta interface, em seus vários tons e ritmos, de forma harmoniosa, nos instiga a ver o lado possível, desafiador e belo que há no trabalho em saúde mental.

Lançar-se ao contato direto no trabalho diferenciado e inovador com a doença mental é transformador e permite constatar a subjetivação possível aos que experimentam este fenômeno, a partir de ações plenas de bom-senso e afetividade – orquestradas com maestria!

Aqui se buscou conhecer e informar sobre o universo complexo da loucura. Procurou-se melhor compreender as progressivas ações em prol da humanização em torno do sofrimento mental, que culminaram na reforma psiquiátrica e impulsionaram desde leis e movimentos sociais até atuações isoladas e anônimas, porém persistentes e efetivas.

Ao aceitar participar deste desafio foi possível perceber a urgência de revisão na formação do psicólogo e sua atuação. A psicologia a ser ensinada deve promover o rompimento do caráter predominantemente clínico e elitista, e a partir de um arcabouço conceitual instrumentalizar o aluno a construir o seu conhecimento e formas de intervenção contextualizadas. Esta atuação inovadora poderá contribuir para que se instaure um novo paradigma em relação à saúde mental, eximindo a psicologia de compactuar com o aspecto

excludente que o ápice do sofrimento mental impõe, corroborado pelo anonimato massificado narcísico da sociedade pós-moderna, que cada vez mais substitui a subjetividade pela individualidade. Sem esta revisão será difícil romper com a divisão clássica entre a loucura e a razão, perpetuando-se a exclusão como decorrência natural e perversa.

Ficaram também renovadas as noções sobre o valor da permeabilidade. Não como virtude, mas como atitude que conduz à elaboração e à postura de uma nova visão de si e do outro. Isto possibilita agregar e construir saberes e o efeito emancipador desejável contra a omissão e a exclusão nas relações hierárquicas que se estabelecem em nossa sociedade. São estas mesmas relações que perpetuam os malefícios do rótulo e dos modelos acabados e determinam que o impasse maior não é a doença em si, mas, sobretudo a relação que se estabelece com ela.

Foi possível também constatar que é fundamental cuidar para não pensar o trabalho da psicologia em grupo como uma simples transposição do trabalho individual. A visita domiciliar não se configura como terapia familiar ou atendimento clínico. É antes de tudo um conhecimento co-construído, surgido de uma experiência coletiva e intensa, partindo da premissa de trabalhar com o paradigma da competência e não de que são disfuncionais. Ressalte-se que o convívio com estas famílias, vitimizadas por sua condição marginal, muito nos revelaram sobre força afetiva e potencial para ir de encontro a novas competências.

A reabilitação psicossocial, que envolve um conjunto de práticas intersetoriais de saúde, previdência, moradia, trabalho, escola e lazer pode parecer utópica. Contudo, a rica experiência junto ao Programa Vida em Casa a fez parecer possível e instalou a noção de sua real possibilidade apesar do muito que há por fazer.

Ao percorrermos a trajetória da família descrita no último capítulo, nos deparamos com um exemplo de extremo desamparo. Ao longo do tratamento, novas demandas foram surgindo e as variáveis foram inúmeras e percebeu-se que o atendimento deveria se expandir para os vários membros da família, que se encontra esfacelada, e onde cada membro procura subsistir e fazer uso dos mecanismos defensivos possíveis para manter um mínimo de estabilidade. A estas famílias, em fronteiras culturais e econômicas diferentes das que

usualmente são atendidas em consultórios ou até mesmo em ambulatórios, cabe-nos esforços para aproximá-los dos benefícios do atendimento psicossocial.

Apesar das variáveis e dificuldades comuns a um atendimento nesta situação peculiar, vale acreditar na efetivação de uma visão estratégica compartilhada, atualmente imprescindível para a continuidade do atendimento a esta família. Assim, poderão continuar desenvolvendo estratégias de enfrentamento aos desafios que hão de surgir, já com novos referenciais de vínculo e afeto.

Tematizar sobre saúde mental, enfim, abrange pobres e ricos, são e doentes, categorias inexoravelmente instáveis. Aos que se iludem em sustentar esta dicotomia resta se deparar com a realidade semeadora de desigualdades e de muros e de reparar naqueles que tem maior lucidez de perceber o quão nocivo e desintegrador pode ser a manutenção de um oásis particular. Os que sustentam uma suposta distância segura entre o normal e o patológico podem se surpreender quão efêmera é esta fronteira que pode a qualquer momento trincar. Seu limiar é intrigante e tênue e qualquer instrumento ou teoria que proponha hipóteses e soluções absolutas e definitivas, será limitado epistemologicamente, filosoficamente e eticamente.

Discorrer sobre saúde mental sob uma ótica positiva fortalece os ganhos já alcançados, e permite afastar de forma mais consistente o preconceito, o medo, o pessimismo e o caráter excêntrico que permeia o imaginário e a realidade dos que enfrentam este fenômeno. Para tanto, a idéia central do tema proposto decorreu do desejo de transpor barreiras e atravessar fronteiras, sair do mundo privado que serve de refúgio contra esse “doente incurável”, produto do descaso e do ocaso, que é o país da maioria.

Quando nos deparamos com a miséria e o sofrimento humanos, podemos escolher dois caminhos: da alienação ou da indignação. A experiência vivida no contato direto com os pacientes e suas famílias foi determinante para escolher o caminho mais difícil e angustiante. Porém ampliou os horizontes para fazer um movimento contrário ao da desistência de se incomodar com o Brasil da maioria, degradado por uma minoria. Escolher conhecer e se envolver com esta maioria e a ela outorgar o que lhe nega a minoria é possibilitar um modelo integrador, um foco de resistência.

Aos que tem a coragem e a disposição de sair dos muros e adentrar outros mundos é concedida a experiência singular de se apropriar de si mesmo de criar outra humanidade, re-significar conceitos e aumentar o grau de consciência ética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. C. P & Mishima, S. M. (2001). O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo v. 5, n. 9, pp. 150-153.
- Amarante, P. (2000). O homem e a serpente. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amorim, S. M. F. (2003). A formação do psicólogo em questão. Em: Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aranha, M.L.A. & Martins, M.H.P. (1993). Filosofando. São Paulo: Moderna,
- Assad, M. M. & Monteiro, C. P. (2001). Em: Conceitos, João Pessoa: v. 5, n. 7, pp. 176-179.
- Basaglia, F. (1985). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Bloch, D. A. (1983). Técnicas da psicoterapia familiar: uma estrutura conceitual. São Paulo: Atheneu.
- Boff, L. (1999). Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes.
- Brandão, S. (2001). Visita domiciliar: ampliando intervenções clínicas em comunidade de baixa renda. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília. Brasília.
- Camarotti, M. H. (1997). Perfil da situação clínica, familiar e psicossocial de pacientes esquizofrênicos: follow-up de oito anos de funcionamento do Instituto de Saúde Mental do DF. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Campos, R. (2000). Uma opção de futuro. Revista Viver, n. 118, Ano XI. pp. 43-45.
- Chiattonne, H. B. C. & Angerami, V. A. (1987). Psicologia no hospital. São Paulo: Traço.
- Costa, I.I. (2001). Mal-Estar, Subjetividade e Psicose: Reflexões a partir do sistema familiar. Revista Mal-Estar e Subjetividade. Ano/vol. 01, n. 001, pp. 124-137. Universidade de Fortaleza.
- Costa, L. F. (2003). E quando acaba em malmequer? Brasília: Universa.

- Costa, W.R. (2000). Cidadania e Loucura. Petrópolis. 6ª Ed.
- Dabas, E. & Najmanovich, D. (1995) Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. pp. 436-455. Buenos Aires: Paidós.
- D'Incao, M.A. (1992). Doença Mental e Sociedade. Rio de Janeiro: Graal.
- Figueiredo, L.C. & Santi, P.L.R. (2002). Psicologia. Uma (nova) introdução. São Paulo: Educ.
- Foucault, M. (1975). Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Frankl, V.E. (1990). A questão do sentido em psicoterapia. Campinas: Papyrus.
- Freud, S. (1974). Mal-estar na civilização. Edição Standard Brasileira Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XXI, Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho originalmente publicado em (1930[1929])
- González Rey, F. (2003). Sujeito e Subjetividade. São Paulo: Thomson.
- Lobosque, A. M.(1997). Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec.
- _____, A.M.(2001). Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond.
- Maturana, H. (2000). Seres humanos individuais e fenômenos sociais Humanos. Em: M. Elkaim (Org.), Terapia familiar em transformação (pp. 143-149). São Paulo: Summus.
- Melman, J. (2002). Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Ed. Ltda.
- Miermont, J. (1999). Dicionário de Terapias Familiares: Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morin, E. (1998). Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2ª Ed.
- Morin, E. (1996). Epistemologia da complexidade. Em Schnitman, D.F. (Org.) Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oliveira, N. A. & Silva, A.L. (2002). Em: Manual de Enfermagem. Saúde Mental, USP, pp. 205-210
- Organização Mundial da Saúde (2001). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a saúde no mundo.

- Palazzoli, M.S.; Cirillo, S.; Selvini. M.; Sorrentino, A.M. (1988). Os Jogos Psicóticos na Família. São Paulo: Summus.
- Patto, M. H. S. (1999). Formação Profissional, Compromisso Político e Luta Antimanicomial. Em: Fernandes, M.I.; Scarcelli, I.R.; Costa, E.S. (Orgs.). Fim de Século: Ainda Manicômios ? São Paulo: IPUSP.
- Peduzzi, M. (1998). Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- _____, M. (2000). A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. Seminário: O enfermeiro no programa de saúde da família. São Paulo.
- Pitta, A. (2001). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec. 2ª Ed.
- Programa de Volta Pra Casa. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. <http://pvc.datasus.gov.br>. Consultado em 12/04/2005.
- Tenório, F. (2001). Reforma psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário. Em: Figueiredo, A.C. & Cavalcanti, M. T. (Orgs.) A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições a IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro
- Sluzki, C. E. (1997). A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Valentini JR.W. & Vicente, C. (2001). Reabilitação psicossocial em Campinas. Em: Pitta, A. A reabilitação psicossocial no Brasil. (pp. 48-54) São Paulo: Hucitec. 2ª Ed.