

Sofrimento e desinstitucionalização. Construindo redes de apoio em saúde mental

Nilson Gomes Vieira Filho

Doutorado em Psicologia Clínica, Université Paris VII. Pós-Doutorado em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo (SP). Prof. Dr. Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

End.: Faculdade de Psicologia. Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000. Campus Universitário (UFAM). Manaus. Amazonas. CEP: 69077-000.

E-mail: ngovi@uol.com.br

Resumo

O conceito de “síndrome de institucionalização” em Franco Basaglia é revisto e reformulado para a prática dos serviços substitutivos em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Essa síndrome é entendida como um tipo de adoecimento de origem psicossocial decorrente da evolução do processo de sofrimento psíquico construído ou reforçado no percurso de adaptação à institucionalização do sujeito/usuário vivenciando relações de subordinação e constrangimento moral e/ou psicológico, durante a intervenção e/ou internação em ambiente hospitalar, ambulatorial ou outra instituição total. A terapêutica deste quadro clínico está implicada no processo de desinstitucionalização e transformação da cultura excludente manicomial que vem introduzindo normatividade na relação contratual de cuidados, dando condições de possibilidade

para ações clínicas interdisciplinares, sobretudo, em trabalho articulando o serviço de saúde mental e a atenção básica (saúde da família). Nesse contexto, a relação terapêutica dialógica e em rede social supõe um processo empático dual e ampliado a outros membros da equipe do serviço e a(s) pessoa(s) da(s) relação(ões) significativa(s) do sujeito/usuário, como também reflexões sobre as transferências multifocais. O diagnóstico interdisciplinar previsto é co-construído no cotidiano e em reunião(ões) da equipe com o conjunto dos profissionais como parte integrada ao projeto terapêutico do sujeito/usuário em coerência com seu tratamento em saúde mental territorial, incluindo neste uma rede de apoio. Espera-se que essa reformulação teórica possa contribuir para futuras pesquisas interdisciplinares em psicologia.

Palavras-chave: Sofrimento Psíquico. Institucionalização. Terapêutica em Rede Social. Saúde Mental. Saúde Da Família.

Abstract

The concept of “institutionalization syndrome” in Franco Basaglia is reviewed and reformed to the practice of alternative services in mental health in the context of Brazilian psychiatric reform. This syndrome is understood as a kind of a psychosocial illness consequence of the evolution of the patient psychological suffering, built or reinforced, in the course of adaptation during the process of institutionalization experiencing relations of subordination and moral/ or psychological constraint into intervention and/or hospitalization or another total institution. Therapy in this clinical condition is implicated in the process of deinstitutionalization and the social transformation of the hospice culture of exclusion that has been introducing normativity in the contractual relationship of mental health care giving conditions of possibility for interdisciplinary clinical actions, particularly in articulating the work of mental health services and primary care (family health). In this context, therapeutic dialogical relation and social network approach suppose a dual empathic process that could be extended to other members of staff service and the person (s) of the relationship (s) significantly (s) of the patient and reflections about multifocal transfers. The interdisciplinary diagnosis expected is co-constructed in everyday

life and in reunion (s) with the staff of professionals as a part of the therapeutic project of the patient being coherent with his community mental health treatment, including a network support. It is expected that this theoretical reformulation could contribute to future interdisciplinary research in psychology.

Keywords: Psychological Suffering. Institutionalization. Network Therapeutic Approach. Mental Health. Public Family Health.

Resumen

El concepto de “síndrome de institucionalización” planteado por Franco Basaglia es revisto y reformulado para la práctica de los servicios comunitarios en salud mental dentro del contexto de la reforma psiquiátrica brasileña. Este síndrome es entendido como un tipo de dolencia de origen psicosocial que transcurre en el proceso de adaptación a la institucionalización en el cual el paciente vivencia como sufrimiento las relaciones de subordinación y de opresión moral y /o psicológica en el ambiente del hospital o en forma ambulatoria o en otra institución total. La terapéutica de este cuadro clínico esta implicada en la desinstitucionalización y la transformación de la cultura excluyente manicomial que produce normatividad en las relaciones de cuidado propocionando las condiciones para las acciones clínicas interdisciplinares, sobretodo, quando articula la intervención entre el servicio de salud mental y la atención primaria de medicina de familia. En este contexto, la relación terapéutica dialógica y en red social supone un processo empático entre terapeuta y paciente pero ampliado en relación a los otros miembros del equipo del servicio y a la(s) persona (s) de la(s) relación (nes) significativa(s) del sujeto/paciente. Asimismo, las reflexiones sobre las transferências multifocales que se pasan en estas relaciones. El diagnóstico interdisciplinar previsto es co-construido, en el cotidiano, en la(s) reunión (nes) del equipo de profesionales, y que integrada a el proyecto terapéutico del sujeto/paciente. Este proyecto es coherente con su tratamiento en salud mental comunitaria que incluye también una red de apoyo social. Se espera que esta reformulación teórica pueda contribuir a las futuras investigaciones interdisciplinares en psicología nel tema propuesto.

Palabras clave: Sufrimiento Psíquic. Institucionnalización. Terapéutica de Red Social. Salud Mental. Medicina De Familia.

Résumé

Le concept de “syndrome de l’institutionnalisation” suivant Franco Basaglia est revu et reformulé pour la pratique des services sectorisés de santé mentale dans le contexte de la réforme psychiatrique brésilienne. Ce syndrome est compris comme une spécificité d’être malade dont l’origine est psychosociale, conséquence d’une évolution du processus d’une souffrance psychique construite ou renforcée dans le parcours d’adaptation à l’institutionnalisation du sujet/patient où il éprouve l’expérience des relations de subordination et de contrainte morale et/ou psychologique pendant l’intervention et/ou l’enfermement dans l’ambiance hospitalière, ambulatoire ou une autre institution totale. Le traitement thérapeutique de ce cadre clinique est impliqué dans le processus de désinstitutionnalisation et de transformation de la culture excluyente asilaire qui a introduit de la normativité dans la relation contractuelle de soin engendrant ainsi des conditions de possibilités d’actions cliniques interdisciplinaires plutôt orientée dans le travail thérapeutique qui articule l’intervention entre le service sectorisé de santé mentale et celui de la médecine de famille. Dans ce contexte, la relation thérapeutique dialogique et en réseau social suppose un processus d’empathie entre le thérapeute et le patient, entre le thérapeute et les membres du groupe soignant et les personnes de(s) la (les) relation(s) significative(s) du sujet/patient. Les réflexions sur les transferts multifocaux doivent être aussi envisagés dans la compréhension de ces relations. Le diagnostic interdisciplinaire prévu se fait dans l’ambiance quotidienne en co-construction de sens avec les professionnels dans la(es) réunion(s) du groupe soignant. Diagnostic considéré comme un élément intégré au projet thérapeutique du sujet/patient et en cohérence avec son traitement en service sectorisé qui inclut aussi un réseau de soutien social. On espère que cette reformulation théorique puisse contribuer pour les prochaines recherches interdisciplinaires en psychologie dans ce domaine d’études.

Mots clé: souffrance psychique, institutionnalisation, thérapeutique de réseau, santé mentale, médecine de famille.

Sufrimento e desinstitucionalização. Construindo redes de apoio em saúde mental

Introdução

Um dos problemas relevantes enfrentados na reforma psiquiátrica dos serviços psicossociais substitutivos, em saúde mental, é o da chamada “síndrome de institucionalização” percebida em muitos usuários egressos de internações em hospitais psiquiátricos, sobretudo, aqueles com recidivas. Eles se diferenciam geralmente de outros usuários que nunca foram itinerantes em instituição total psiquiátrica (GOFFMAN, 1961/1996) e tendem a apresentar maiores dificuldade no tratamento territorial principalmente no que diz respeito à reinserção social, capacitação ocupacional e nas mediações conflituosas nas relações com seus familiares. As internações teriam lhes causado relevante sofrimento, em alguns casos, algo semelhante a um processo traumático e/ou induzido condutas sociais mais atípicas que as pessoas comuns decifram, muitas vezes, como de “loucos/desviantes”.

Basaglia & Ongaro Basaglia (1966/ 1981) destacam que essa “síndrome de institucionalização” era já conhecida, ao menos, desde o trabalho de Barton (1959) sobre a neurose institucional, como também pelo uso do velho termo “artefato manicomial”. No primeiro caso, trata-se essencialmente de um processo semelhante à neurose, induzido e produzido pela situação ambiental instituída de caráter “total”, dando lugar a um tipo de adoecimento psíquico no internado que se sobrepõe a seu adoecimento mental; no segundo, de algo “externo” à doença mental visto tradicionalmente como consequência quase que inevitável às internações prolongadas.

Questionando esse modo de ver tradicional, os referidos autores entendem que esse “artefato” não pode ser aceito acriticamente, mas derivado de coerções, humilhações e autoritarismo sofridos pelo sujeito em situação de paciente internado em hospital psiquiátrico. Dessa situação de opressão vivida e internalizada decorre, geralmente: ausência de projeto de vida (principalmente da dimensão de futuro), sensação de vazio emocional, regressão

psicológica, perda da individualidade e da liberdade de cidadão etc. Sintomatologia construída no interior das relações instituídas de característica oprimido/opressor, em organização de trabalho hierárquica estilo instituição total e na ação terapêutica que se fundamenta no modelo médico-reparatório (GOFFMAN, 1961/1996)

A mudança dessa condição institucionalizante supõe, antes de tudo, o retorno do sujeito/usuário a sua situação de liberdade e de direitos de cidadão, passando de uma relação de tutela a relação de contrato (terapêutico) entre cidadãos. E, paralelamente, a possibilidade concreta de um tratamento sócio-sanitário, interdisciplinar/saúde mental, em ambiente não hospitalar psiquiátrico e de caráter territorial. Não se trata de uma transformação mecanicamente produzida, mas de um processo de desinstitucionalização, entendido como desconstrução cultural-histórica do modelo hospitalocêntrico manicomial e a concomitante construção de um modelo territorial/ comunitário voltado para o reconhecimento social e inserção social do sujeito que sofre de adoecimento mental (BASAGLIA & GIANICHEDDA, 1977/1982). Nessas novas circunstâncias, ele teria a possibilidade de se assumir como sujeito-social, nas suas relações com o mundo societário circundante, de ressignificar sua concepção de sofrimento e de adoecimento, bem como a possibilidade de agir, enfrentado, junto com os profissionais de saúde e pessoas de sua rede social significativa, as malhas da exclusão social alimentadas pela cultura institucional manicomial.

Apoiando-se nessa perspectiva basagliana, desenvolve-se, nesse artigo, uma teorização concernente à “síndrome de institucionalização” no sentido de tornar esse conceito mais operacional para a prática terapêutica preconizada para os serviços psicossociais territoriais da reforma psiquiátrica brasileira.

O sofrimento e adoecimento oriundo da institucionalização

Sufrimento: ato ou efeito de sofrer. Sofrer: “suportar, agüentar, padecer” (CUNHA, 1997). Entende-se por experiência de sofrimento psíquico aquela referente ao sofrer de origem subjetiva e intersubjetiva do sujeito em situação relacional e ambiental e em contexto sociocultural específico. A partir desta experiên-

cia, ele atribui algum sentido e significado ao seu sofrimento, de forma consciente/inconsciente, que repercute em seu ego e na sua vida cotidiana.

Se o sofrimento se expressa como “perda de sentido” existencial (BARUS-MICHEL, 2004), esse sentido manifesto remete a uma situação/contexto vivida como praticamente insuportável na qual o sujeito não estaria agüentando o mal estar que lhe acomete, padecendo em conseqüência de uma experiência de existência humana que percebe como “sem sentido”. Trata-se, então, de uma experiência vivida em situação/contexto no limite de sua capacidade pessoal/social de suportar esse mal estar.

O processo patológico (do grego: *pathos*, em sua dimensão semântica de sofrimento) se constrói a partir desta experiência-limite e de seu impacto subjetivo/intersubjetivo/corporal na história de vida do sujeito que sofre. Processo que se elabora e se constitui na concretude do cotidiano, nas circunstâncias institucionais das pressões e tensões opressivas exercidas sobre o sujeito/usuário durante seu período crítico de passagem pela prática de cuidados de lógica manicomial, quando ele é estrangido a se adaptar ou se ajustar à normalização relativa ao papel reificado de “doente mental/louco” em organização hospitalar, ambulatorial ou outra.

A “síndrome de institucionalização” seria já um processo de sofrimento e adoecimento decorrente da repetição, intermitência ou persistência, da referida experiência-limite (*sofrimento-institucionalização*), vivenciada e aprendida na relação instituída “terapêutica” de caráter de dominação, sem comunicação ou reciprocidade dialógica, e em contexto sociocultural “contagiado” pela rede de instituições totais (concretas ou “difusas” no imaginário social), tendo como influencia importante aquelas psiquiátricas manicomiais. E essa síndrome pode perseverar mesmo depois que a situação de opressão não seja mais institucionalmente real.

Entende-se que esse processo patológico seria classificável como um tipo específico de “síndrome de adaptação”, essencialmente entendida como um conjunto de sintomas ligados ao sofrimento e ao adoecimento do sujeito, de origem psicossocial, referente a situações relacionais vividas por ele de estrangimento moral e/ou psicológico em contextos socioculturais específicos

como e.g. o estresse culturogênico, o institucionalismo, o assédio moral etc. Dialeticamente, pode-se dizer que é destacado nesse contexto o polo negativo da adaptação do sujeito ao meio ambiente social e ambiental, sendo vista como ajustamento, coerção, dominação, controle.

Nesse sentido, ao “negar” (dialeticamente) ou não aceitar essa situação como natural o profissional de saúde organiza em sua prática, em desconstrução institucional total, estratégias e táticas de intervenção dialógica (VIEIRA FILHO, 2003), territorial e em rede social (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004), no sentido de reverter as situações concretas de amarras dos constrangimentos acima mencionadas e possibilitar um projeto terapêutico e de vida mais adequado a sua condição de cidadão que possa agir positivamente na experiência de recuperação da saúde do sujeito/usuário.

Sofrimento e sua relação com a palavra estresse

O dicionário Michaelis (2010) define o estresse como “força ou influência desagradável; pressão, tensão; exercer pressão sobre; estressar, submeter à tensão; enfatizar, colocar ênfase em”. Em países de língua inglesa, se observou que associam a palavra estresse ao sofrimento, “o estresse concebido como grande peso, força invisível ou carga que de alguma maneira pressiona a pessoa de cima para baixo (e.g. cabeça, ombros, peito)” (HELMAN, 2003, p.278- 279).

No dicionário Houaiss (2010) de língua portuguesa, a palavra estresse é de origem etimológica anglo-normando: *distress*, que corresponde ao francês antigo: *distrece*, estreiteza. Mostra-se também com raiz, no latim, *strictus, a, um*, participio passado de *stringere*: cerrar, apertar comprimir. E o sinônimo da palavra estresse em português é *estricção*, sendo definida como “constricção, compressão, aperto”.

A palavra *estafa*, associada popularmente ao estresse, era usual no Brasil nos anos 50 e 60, justamente no período de importante desenvolvimento da industrialização capitalista periférica e de significativa migração da população rural para os centros urbanos.

Estafa: “grande trabalho, cansa, fadiga, maçada” (FERREIRA, 1979). Esse excesso de trabalho estaria provocando cansa, fadiga nos trabalhadores, provavelmente pela impossibilidade de superar as condições concretas estafantes, ao menos, a partir de negociações nas relações de trabalho, dando lugar ao sofrimento provavelmente ligado à dificuldade de realização das prescrições de tarefas pelo gerenciamento patronal (LHUILIER, 2006).

Outra palavra do senso comum que se relaciona ao estresse é “esgotamento” e às vezes aparece acompanhada do adjetivo “nervoso” (SILVEIRA, 2000). Esgotamento: extenuação, debilidade, enfraquecimento, prostração (FERREIRA, 1979). No CID-10 (Ustun et al., 1998) *nervios* está incluído como transtorno cultural relacionado ao estresse, manifestando-se através de episódios recorrentes de muita tristeza ou ansiedade com queixas relacionadas a dores de cabeça, muscular, fadiga, insônia, agitação etc.

O estresse enquanto síndrome geral de adaptação

Nota-se, então, que, antes que a palavra estresse fosse definida no campo das ciências biológicas e psicológicas ela já tinha surgido com sentidos ligados a contextos socioculturais diversificados. De fato, o conceito ou a noção de estresse são usados de forma polissêmica e em diferentes abordagens, não apresentando uma unidade conceitual universal. Destaca-se geralmente a associação do estresse aos mecanismos de adaptação do sujeito ao meio ambiente em que vive e serão citados a seguir apenas alguns autores conhecidos para ilustrar essa temática.

Os trabalhos de Selye, realizados desde os anos 30 do século XX, são reconhecidos como dando início ao uso científico do termo estresse. Focalizam geralmente um estado de tensão do ser vivo que era entendido, nas pesquisas experimentais com animais, como sem causa específica e que se manifestava através de mudanças neurofisiológicas em diferentes órgãos e glândulas endócrinas.

Quando Selye (1952) abordou o estresse como “síndrome geral de adaptação”, suas teorizações tiveram uma importância

maior a nível internacional. Diz-se “síndrome geral” visto que se tratava de reações do organismo consideradas “inespecíficas” aos agentes externos do meio ambiente, de caráter negativo, que afetavam diferentes partes do organismo desencadeando uma defesa biológica sistêmica, cujos mecanismos homeostáticos estavam co-relacionados aos processos de adaptação e de resistência a estes agentes e variavam em cada indivíduo. Em caso de progressão desta “síndrome”, três fases foram observadas: reação de alarme, resistência e exaustão. Ressalte-se que Selye (1952, 1956) não tinha uma perspectiva teórica dogmática tendo aberto discussões sobre esse tema.

Lazarus & Folkman (1984) critica a teorização de Selye, sobretudo, pela ênfase atribuída à dimensão fisiológica do estresse. Destaca a importância da dimensão psicológica em seu enfoque transacional-cognitivo, mas não parece fazer questionamentos críticos sobre o conceito de adaptação. Brevemente, nas transações entre o indivíduo e o meio ambiente, ocorrem processos cognitivos, perceptivos, emocionais, fisiológico etc. Essas variáveis mediadoras compreendem uma fase de avaliação precedente a uma fase de ajustamento ou “*coping*”.

A avaliação, ou “estresse percebido”, se inicia quando o sujeito identifica uma situação determinada, distingue algumas de suas características (e.g. ambigüidade, gravidade), faz uma apreciação dos recursos pessoais e sociais para reagir a essa situação. Diz-se “controle percebido” do estresse na medida em que o sujeito estima sua capacidade para enfrentá-lo. A(s) fase(s) de “*coping*” corresponde(m) às diversas tentativas ou estratégias de enfrentamento do sujeito para responder às exigências desta situação estressante, obviamente influenciada pelo contexto onde ocorre. O estresse propriamente dito ocorre quando essa situação é avaliada como excedendo seus recursos pessoais e sociais podendo ameaçar seu bem-estar.

Helman (2000/2003), partindo de uma crítica sociocultural aos trabalhos de Selye, desenvolve o conceito de “estresse culturalogênico” destacando que a experiência cultural da pessoa pode tanto protegê-la contra o estresse quanto aumentar a probabilidade de ocorrência do mesmo. Esse estresse culturalmente induzido e

produzido aparece com *efeito nocebo* (da etimologia latina *noceo*: sofrer de dor), i. é., um efeito decorrente da experiência sociocultural excludente e mortificante para a pessoa. Cita, como um dos exemplos, a experiência de internação prolongada em instituição total psiquiátrica, pois, “envolve uma mudança importante no espaço vital e impõe um novo conjunto de fatores de estresse aos internos dessas instituições, conforme descrito por Erving Goffman (1961/1996) no seu trabalho sobre o impacto desses ambientes totais sobre seus internos” (HELMAN, 2003, p.270).

Devereux (1966/1972) esboça uma teorização sobre a natureza subjetiva do estresse, distanciando-se dos referenciais anteriores, podendo-se assimilá-lo ao sofrimento psíquico (BARUS-MICHEL, 2004) na medida em que se refere a uma experiência subjetiva desestabilizadora do sujeito e que afeta sua homeostase. Para ele, um determinado fato sociocultural pode desencadear um estresse quando deixa de ser algo externo ao sujeito e se transforma em estrutura psíquica. Esse fato passa assim a ser “interno” ao sujeito enquanto material psíquico (consciente e inconsciente), aprendido, produzido, tendo um sentido que lhe é atribuído, o qual pode ainda variar com o tempo.

Consequentemente, seguindo Devereux (1966/1972), pode-se falar de estresse como patologia endógena na medida em que uma modificação do meio sociocultural, mesmo se considerada objetivamente ínfima, mas subjetivamente significativa, seja suscetível de desencadear uma mudança relevante no organismo. Mudança essa relacionada, a sua vez, tanto as características intrínsecas ao funcionamento do próprio organismo humano quanto aos mecanismos de defesa do ego ao enfrentar essa situação. As defesas disponibilizadas nesse enfrentamento falham e ao invés do impacto sociocultural ser minimizado ele é ampliado, assim ocorrendo devido à significação ou ao sentido que é atribuído a este fato.

Nessa processualidade, pode haver também influência do passado com a possível mobilização de pequenos “impactos” emocionais interiorizados e acumulados durante a história de vida da pessoa, que contribuiriam para uma reação massiva e em cadeia, na qual o organismo reage patologicamente e de tal modo que vários sistemas orgânicos seriam afetados. Reação deriva-

da de modificações na homeostase do organismo que funcionaria mais como reguladora das variações do organismo em função das situações que o sujeito enfrenta em contextos socioculturais do que para assegurar a estabilidade orgânica perfeita do mesmo.

Questionando a adaptação como critério de normalidade

Devereux contesta o uso do conceito de adaptação em saúde mental que a psiquiatria norte-americana dos anos 50 utilizava como critério de definição de normalidade. Sua crítica revela que “o critério de adaptação não procede de uma reflexão propriamente científica, mas de um mito social ou de processos que fundamentam a atribuição de estereótipos culturais” (DEVEREUX, 1970/1972, p.263). Dizendo de outro modo, a naturalização ideológica da concepção de homem normal como aquele adaptado/ajustado à sociedade capitalista ocidental e ao meio ambiente específico onde vive remete a um mito social artificialmente criado e produtor de estereótipos culturais.

Adaptação: “processo pelo qual um ser se ajusta a uma nova situação de vida; acomodação” (HOUAISS, 2010). Sendo assim, na medida em que o critério de normalidade é definido como mecanismo natural de ajustamento e acomodação do homem ao meio ambiente as implicações psicossociais são mui preocupantes em se tratando da adaptação as situações de constrangimento e pressões à normalização em organização funcionando aos modos de uma instituição total, a exemplo de internação hospitalar psiquiátrica e em creche.

Em internação hospitalar psiquiátrica manicomial, se observa “a expropriação de todo elemento subjetivo na experiência de ‘estar fora da norma’; a anulação da história individual e coletiva e a confirmação do caráter exclusivamente biológico de fenômenos também vinculados às condições sociais, ambientais, psicológicas e relacionais [...]” (ONGARO BASAGLIA, 2008, p.24). Na pesquisa de Spitz, com crianças em creche, foi observado que a síndrome do institucionalismo apresentada por elas “progredia proporcionalmente à privação afetiva, e que, a partir de determinada etapa da privação, as manifestações clínicas tornavam-se irreversíveis”

(ARANTES, 2006, p.41.).

Nesses exemplos, o sujeito/usuário está submetido a um sistema institucional opressivo a que ele deve se adaptar, ou se dobrar, sob a pressão das circunstâncias, às necessidades exigidas pelas normas dominantes adotadas pelas instâncias hierárquicas de poder, nas quais sua experiência humana e necessidades básicas tendem a ser relegadas ao plano secundário.

Portanto, é fundamental a concretude prática de um processo de desconstrução desse sistema organizacional e contextos socioculturais opressivos para possibilitar a criação de uma nova normatividade (CANGUILHEM, 1966/2009) que possa reverter essa situação sociopatogena gerada por mecanismos de adaptação excludentes. Normatividade entendida como a criação coletiva e individual de normas e valores que atendam ao desenvolvimento de modos de vida próprios do ser humano, respondendo positivamente as suas necessidades básicas (ou vitais) e de inserção psicossocial. Esse novo contexto, não opressivo, pode dar origem à emergência do sujeito/usuário e em condições existenciais adequadas à sua vida e saúde.

Daí a importância histórica do movimento da luta-manicomial marcado pela participação dos usuários, familiares e outros agentes sociais; das conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde mental ocorridas nessas últimas décadas com a colaboração ativa deles; as novas normas referentes ao tratamento prioritariamente comunitário (legislações, portarias etc); projetos em políticas públicas e pesquisas científicas temáticas na área financiadas por órgãos governamentais etc.

Uma prática dialógica terapêutica e em rede social

A relação contratual instituída entre cidadãos de direito, em saúde mental, implica um posicionamento dialógico do(s) profissional(ais) da equipe terapêutica do serviço territorial.

Martin Buber (1965/1979, p.409) argumenta que “o principal requisito para o surgimento do diálogo genuíno é que cada um deve considerar seu parceiro tal como ele realmente é. Toma

consciência dele, de suas diferenças em relação a mim, no modo definitivo e único que é peculiar a ele. E eu o aceito como vejo, para que possa me dirigir seriamente à sua própria pessoa”.

Como seria esse diálogo na relação instituída profissional e sujeito/usuário ?

A relação instituída pressupõe uma relação de autoridade e de poder/saber. O exercício de autoridade do terapeuta no posicionamento dialógico (VIEIRA FILHO, 2003) indica parceria (reciprocidade e horizontalidade) e colaboração mútua com o parceiro sujeito/usuário. A interlocução entre parceiros acontece através da mediação da instituição de saúde com suas normas, relações conflituosas e contradições, inserida numa lógica estatal e sistema social (capitalismo ou outro).

O terapeuta está situado em um campo de força social que o coloca em posição dita hierarquicamente “superior” ao sujeito/usuário. Nesse tópico ele atua minimizando essa assimetria no bojo da contradição (dialética) do poder/saber terapêutico e do contrapoder/saber do sujeito/usuário que supõe um “jogo” de mediações dialógicas que possa convergir numa orientação que beneficie a condição de saúde e de vida deste cidadão. Nessas mediações, a aceitação do usuário como sujeito com suas diferenças peculiares a sua maneira de ser humano e seu direito de inclusão no sistema social onde vive é uma premissa de base para uma relação de comunicação dialógica com ele. Esse é um pressuposto implicativo que deve ser constantemente trabalhado pelo profissional e sua equipe.

Não há aqui uma referência a um “sujeito psicótico” com sua maneira de “ser psicótica”. Esses adjetivos são impróprios e remetem a formas de estereótipos que demarcam uma simbólica de poder que discrimina e objetifica o outro com suas diferenças, não mais peculiares, mas “exóticas”, criando uma distância na relação de cuidados que dificulta ou mesmo bloqueia uma relação afetivo-emocional e de confiança entre o profissional e o usuário, impossibilitando qualquer processo dialógico. Portanto, uma atenção crítica às relações simbólicas de poder no cotidiano é importante, visto que, nessas situações, pode haver reducionismos, “jogos” de influência entre visões terapêuticas concorrentes,

objetificações do outro por expressões acríicas de termos de diagnóstico, enquadramento do usuário em categorias simbólicas excludentes etc.

Na relação de comunicação dialógica entre profissional e sujeito/usuário, a ênfase é dada na compreensão da experiência existencial e de saúde/saúde mental. A suspensão de interpretações e julgamentos *a priori*, enquadrando o sujeito em determinadas categorias simbólicas institucionais, é fundamental para se buscar uma compreensão mútua que considera o entendimento do usuário referente à sua experiência própria. Ao menos, essas duas percepções diferentes emergem nesse processo comunicativo no qual um acordo tácito é necessário para que encontrem uma linguagem comum que seja facilitadora da confiança mútua e da aliança terapêutica.

O sujeito/usuário faz, geralmente, uso de uma linguagem do senso comum ligada às situações socioculturais cotidianas que vivencia, expressando-a de modo personalizado e/ou em grupo. Pouco importa se ele recorre à linguagem dos *nervos* (SILVEIRA, 2000) ou outra; trata-se de subjetividades emergentes e deve-se fazer o esforço de entendê-las associadas à sua cultura interiorizada, contexto societário e sem discriminação referente ao nível de instrução escolar.

Esse saber/fazer implica um vai-e-vem dialético entre prática e teoria e vice-versa, sem superposições interpretativas sobre os sentidos e significados da experiência do usuário tentando co-construir esse deciframento junto com ele a partir de sua visão de mundo singular. Co-construção que se elabora e se comunica com probabilidade de emergência de contradições, contornos, retomadas, que podem ir se superando no cotidiano.

Diagnóstico interdisciplinar integrativo como parte do projeto terapêutico

Na prática manicomial, a ênfase é dada na figura do médico-psiquiatra e no seu poder/saber, em relação de dominação, no acompanhamento terapêutico. O foco da intervenção é, geralmente, no diagnóstico unidimensional de transtorno mental, não

considerando ou relegando ao segundo plano o referido “artefato” da institucionalização visto como consequência praticamente natural da internação. Aqui, a dita “hipótese diagnóstica” psiquiátrica se confunde com a reificação do transtorno mental enquanto objeto de intervenção dando lugar a interpretações que valoriza deduções lógicas deste transtorno em detrimento das inferências das observações clínicas complexas do caso em análise.

Entretanto, na prática psicossocial em saúde mental dos serviços substitutivos, o trabalho terapêutico se realiza em equipe interdisciplinar e em relação dialógica e de cooperação com o usuário, a família e a comunidade. O diagnóstico interdisciplinar em saúde mental é entendido como um elemento importante da complexidade do projeto terapêutico do sujeito/usuário que se elabora e se constrói no acontecer cotidiano da instituição. Ressalte-se que esse projeto inclui também o processo de inserção social coerente com a perspectiva de normatividade anteriormente abordada. Inserção que implica o reconhecimento social marcado pela historicidade do sujeito/usuário, numa determinada sociedade e cultura, bem como a possibilidade dele intermediar como cidadão nas redes de relações humanas.

Nessa co-construção diagnóstica entre os profissionais da equipe, inclui-se a parte ativa comunicada (verbalmente ou não) pelo usuário, família, comunidade. Associa-se projeto terapêutico, projeto de vida do sujeito/usuário e hipótese diagnóstica interdisciplinar cuja decisão reflete um acordo tático da equipe. Essa hipótese (clínica), muitas vezes subjacente no cotidiano, se caracteriza como uma busca pragmática com o intuito de compreender, gradativamente, a problemática existencial, sociocultural, e de saúde/saúde mental do sujeito usuário, sendo assim objeto de constantes discussões e revisões teórico-prática. Deve ser compreensível para o conjunto dos profissionais, evitando-se argumentação confusa e prolixa e buscando focar alguma problemática pertinente para o caso e a intervenção durante as reuniões da equipe interdisciplinar.

Nesse contexto, um olhar atento ao itinerário terapêutico do sujeito/usuário possibilita situar os percursos de cuidados à saúde/saúde mental do mesmo em organizações oficiais ou não. E,

a partir daí, perceber quando iniciou sua experiência de sofrimento-institucionalização e como o serviço que lhe ofereceu cuidados interpretou e respondeu institucionalmente a essa problemática.

A instituição total (hospital psiquiátrico, ambulatório, família, ou outra) aparece, muitas vezes, como um espaço relevante nesse percurso do usuário, cuja passagem contribui para a construção ou ampliação de sua experiência de aflição. O processo de institucionalização, internalizado e apreendido, o desestabiliza e o desequilibra, psicologicamente e socialmente, quando afeta principalmente sua posição ou status social, coloca-o numa relação de subordinação, onde prevalecem as prescrições psiquiátricas e as situações de coerção e humilhação decorrentes desta relação e ambiente doentio (ROSENHAN, 1973/1994). Situação que pode influenciar negativamente sua auto-estima (estigmatização, estereótipo) e o processo de desenvolvimento de sua identidade (pessoal/social) assim como seu reconhecimento societário. Ele fica ainda socialmente vulnerável, ao estereótipo de “doente mental/louco/desviante”, ao assumir o papel de “doente mental” durante a internação ou consulta ambulatorial e ao ser influenciado a desempenhar esse papel na convivência com as pessoas nas redes sociais.

Sendo assim, a prática em desinstitucionalização requer, na ação de cuidados, “o resgate da história, dos vínculos, das relações, a conquista dos direitos perdidos ou nunca garantidos; e, sobretudo, a recomposição da globalidade das necessidades (básicas), anteriormente fragmentadas através das divisões das diversas disciplinas e do isolamento em espaços separados” (ONGARO BASAGLIA, 2008, p.25).

O trabalho terapêutico interdisciplinar e integrativo

Na prática, a compreensão da experiência de sofrimento-institucionalização não se faz isolando essa aflição e tratando-a com uma terapêutica especializada. De fato, essa experiência de sofrimento deve ser entendida em seu processo evolutivo, podendo chegar ao estado de adoecimento ou de “síndrome de institucionalização” e ainda estar associada a algum(uns) transtorno(s)

mental(ais) e mesmo a outra(s) doença(s).

O sujeito-usuário pode apresentar essa síndrome associada e.g. ao transtorno esquizofrênico, ao transtorno depressivo, a hipertensão arterial e a diabetes. Por isso entende-se que a hipótese diagnóstica interdisciplinar deve tentar conectar articuladamente esses vários focos. A complexidade é ainda maior quando se acrescenta ainda cuidados culturais ou religiosos em organizações “informais” (VIEIRA FILHO, 2005), e.g. doença dos nervos, obsessão de espírito, doença de santo.

Nesses casos, a terapêutica deve também ser atuada de forma integrativa e coerente, tentando conectar esses diferentes focos patógenos derivados de saberes clínicos que não podem ser vistos em abordagens isoladas umas das outras, mas incluídos em um sistema interpretativo interdisciplinar que prioriza o momento prático da resposta colaborativa da equipe terapêutica a demanda complexa de cuidados do sujeito/usuário, relacionados as suas necessidades básicas referentes à saúde/saúde mental.

Daí a importância de um trabalho em rede entre os profissionais, internamente, e em conexão com outros serviços (formais e informais) quando necessário (VIEIRA FILHO; NOBREGA, 2004). Por isso diz-se que essa terapêutica (plurifocal) é atuada prevendo a possibilidade de ações em conexões internas entre os membros da equipe, de outras organizações de saúde de origens diversas e também com pessoas/grupos ativados da rede pessoal significativa do sujeito-usuário. O trabalho terapêutico integrado entre o serviço substitutivo psicossocial e a atenção básica de saúde (saúde da família) aparece como fundamental e núcleo articulador comunitário dessa perspectiva (VIEIRA FILHO; ROSA; VITAL, 2008).

Sobre a construção da rede de apoio terapêutica em situação de “crise”

A expressão da experiência de sofrimento-institucionalização não emerge com facilidade através da fala do sujeito. Derivada de situação de coerção ou opressão essa experiência parece deixar traços negativos na memória e de inibição na fala, além de afetar

mecanismos de defesa do ego, podendo emergir de forma latente ou manifesta, consciente e inconsciente, e mesmo através da ênfase nas emoções ligadas à agressividade, a gritos “inexplicáveis”, as inibições nas interações sociais, aos rancores internalizados que ruminam nas conversações etc.

No cotidiano, essa experiência de sofrimento é susceptível de emergir através de uma situação de “crise” vivida pelo sujeito/ usuário marcada por rupturas e conflitos (BARUS-MICHEL, 1996) e pela perda de seu controle emocional em determinadas relações significativas, familiares ou não. Nessa situação, é importante trabalhar as rupturas e conflitos relacionais nas quais o sujeito está enredado explorando as possibilidades de superação, sem excluir a opção de uso de medicação e/ou outro tipo de intervenção de cuidados que seja pertinente ao caso específico. No agravamento do processo de sofrimento/adoecimento do sujeito/ usuário é necessário fazer avaliações contínuas nas ações terapêuticas e propor alternativas concretas.

Todavia, a intervenção de cuidados não pode ficar restrita ou isolada a esse momento de “crise” exclusivamente, pois essa ação faz parte do projeto terapêutico e do conjunto de atividades da prática da equipe do serviço territorial em relação ao sujeito-usuário. A construção de uma rede de apoio mais ampla e necessária ao tratamento deve ser elaborada em diálogo com ele e pessoa(s) de sua rede pessoal significativa. Exige que essa(s) pessoa(s) e profissionais estejam efetivamente disponíveis e solidárias para ajudá-lo nesse momento difícil da sua história de vida. Ficar disponível é estar com disponibilidade para ajudar nos cuidados à saúde do outro e dos outros afetados por essa situação mantendo constantemente conversações dialógicas.

Essa rede está suscetível de afetações recíprocas que podem ser positivas ou não. Nem sempre todo profissional da rede institucional e toda pessoa da rede pessoal significativa do usuário pode ser aceita na criação desta rede de apoio. Principalmente, quando há relações conflituosas internamente e que podem gerar “sobrecarga” ao sofrimento do usuário. É necessário perceber e dialogar com o usuário e o(s) acompanhante(s) no atendimento, sobre quem pode compô-la para que se possa apreciar quem pode

ficar com tempo disponível e quem está em condições efetivas e afetivas de fazer parte da mesma.

Em momentos de emergência de “delírio” esse significante pode ser lido criticamente, sempre a partir da experiência de sofrimento-institucionalização e de adoecimento, no contexto da história de vida do sujeito. Ao contrário, seria entender o “delírio” como signo, cujo significante se amalgama ao significado de transtorno mental e periculosidade social, sendo suscetível de induzir a contenção, repressão e o uso de mecanismos institucionais violentos.

A comunicação dialógica está, então, ligada, nesse caso, ao uso da linguagem contextualizada (verbal/não verbal) em situação e na tentativa de responder com emoção a emoção do outro. Mescla-se afeto e solidariedade e o terapeuta vai retroagindo às expressões emotivas diversas do sujeito com suas lógicas específicas impregnadas de subjetividades. Dificuldades de diálogo podem aparecer, sobretudo, em situações de *acting out* e que não podem ser trabalhadas com violência da parte do profissional.

O processo terapêutico, de fato, “se articula em momentos de empatia que instauram uma aceitação total pré-verbal que é determinante no processo de reconstrução da identidade e da auto-estima do paciente” (TRANCHINA, 1984, p.41). A empatia pode ser entendida aqui como a capacidade de sentir, de se emocionar e de se aproximar da experiência de sofrimento do outro numa interação solidária, guardando a reflexividade crítica nessa relação.

Esse processo empático que não é geralmente dual nos serviços psicossociais, mas vivenciado e ampliado para alguns membros da equipe e pode ainda se estender a outra(s) pessoa(s) da rede pessoal significativa do usuário. Articulado a este processo pode-se refletir sobre a transferência do usuário (familiares, pessoas significativas) e a contra-transferência (multifocal) dos profissionais. Esta última faz-se notar principalmente nos momentos em que a equipe reunida discute o acompanhamento terapêutico ao usuário: “os prós e os contras, a força do Eu, o peso da influência ambiental negativa, os significados dos gestos, palavras, inter-relações e seu desenvolvimento no tempo” (TRANCHINA, 1984, p.45).

Nesse contexto, os repertórios de tarefas e outras atividades de cuidados à saúde/saúde mental e de inserção psicossocial, podem ser escolhidas de forma compartilhada, mas a partir da visão de mundo do sujeito/usuário, de sua cultura interiorizada, evitando, assim, todo tipo de prescrições ditadas unilateralmente pelo profissional ou outrem.

Na continuidade desse processo terapêutico, pode haver necessidade de ações complementares de reabilitação psicossocial (SARACENO, 1999), entendidas aqui no sentido de intermediações que podem agir positivamente e simultaneamente na superação da “desabilitação” do sujeito por perda de funções ocupacionais após internações crônicas, ou pela “deficiência” provocada pela institucionalização por ele sofrida que limitou sua capacidade de desempenho. Daí a importância de condições concretas de oportunidades que devem ser oferecidas nas redes institucionais e comunitárias significativas para ele podendo-se incluir, quando existente, a possibilidade de atividades em cooperativas sociais ou outro tipo de inserção social.

Considerações finais

O conceito de “síndrome de institucionalização” (BASAGLIA & ONGARO BASAGLIA, 1966/1981) foi reformulado, nesse artigo, no sentido de contribuir para a prática terapêutica em rede social (VIEIRA FILHO; NOBREGA, 2004) nos serviços psicossociais da reforma psiquiátrica concernente ao sujeito/usuário egresso de intervenções e/ou internações que se orientam na lógica das instituições totais (GOFFMAN, 1961/1996).

Partindo da hipótese que essa síndrome, como patologia de origem psicossocial, se constrói na evolução do processo de adoecimento do *sofrimento –institucionalização* do sujeito e possíveis conexões com outras patologias, recomenda-se a terapêutica de rede para o serviço de saúde mental territorial que seja diretamente implicada no processo de desinstitucionalização. Clarificaram-se as condições para o diálogo terapêutico dos profissionais nas redes sociais, o diagnóstico interdisciplinar integrativo incluído no projeto terapêutico do sujeito/usuário, o trabalho terapêutico interdisciplinar da equipe, e finalmente as nuances da construção da rede de

apoio de cuidados em saúde mental quando o referido sofrimento/ adoecimento aparece através de uma situação de “crise”.

Destaca-se que esse quadro clínico complexo deve considerar a singularidade de cada sujeito/usuário, sua situação social e cultura vivida, visão de mundo pessoal/social, construindo simultaneamente um projeto terapêutico em coerência com a noção de normatividade e inserção social. E, recomenda-se que essa terapêutica de rede seja realizada em conexão direta entre o serviço psicossocial e a atenção básica-Saúde da Família como polo articulador das intervenções.

Espera-se que essas reformulações teóricas possam colaborar nas futuras pesquisas interdisciplinares em psicologia em saúde mental / saúde da família, e contribuir também para aperfeiçoar a prática terapêutica em rede social.

Referências

- Arantes, M. A. de A. C. (2000). Estresse, desamparo e angustia. In M. A. de A. C. Arantes, & M. J. F. Vieira, *Estresse* (pp. 39-64). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barton, R. (1959). *Institutional neurosis*. Bristol: John Wright and Sons.
- Barus-Michel, J. (2004). *Souffrance, sens et croyance: L'effet thérapeutique*. Ramonville Saint-Agne, France: Eres.
- Barus-Michel, J., Giust-Desprairies, F., & Ridel, L. (1996). *Crises: Approche psychosociale Clinique*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Basaglia F., & Giannichedda M. G. (1982). Il circuito del controllo: Dal manicomio al decentramento psiquiatrico. In F. Ongaro Basaglia (Org.), *Franco Basaglia Scritti II 1968 a 1980: Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica* (pp. 391-410). Torino, Italia: Giulio Einaudi.
- Basaglia, F., & Ongaro Basaglia, F. (1981). Un problema di psichiatria istituzionale: L'esclusione come categoria socio-psichiatrica. In F. Ongaro Basaglia (Org.), *Franco Basaglia Scritti I 1956-1968: Dalla fenomenologia all'esperienza di Gorizia* (pp. 309-328). Torino: Giulio Einaudi.

- Basaglia, F., & Ongaro Basaglia, F. (1982). Folia /delírio. In F. Ongaro Basaglia (Org.), *Franco Basaglia Scritti II 1968-1980: Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica* (pp. 411-444). Torino, Italia: Giulio Einaudi.
- Buber, M. (1979). Elementos do inter-humano. In C. David Mortensen, *Teoria da comunicação: Textos básicos* (pp. 403-416). São Paulo: Mosaico.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Cunha, A. G. da (1997). *Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa* (2ª ed). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Devereux, G. (1972a). Dedans et dehors: La nature du stress. In G. Devereux, *Ethnopsychanalyse complémentaire* (pp. 53-65). Paris: Flammarion.
- Devereux, G. (1972b). L'identité ethnique: Ses bases logiques et ses dysfonctions. In G. Devereux, *Ethnopsychanalyse complémentaire* (pp. 131-166). Paris: Flammarion.
- Ferreira, A. B. de H. (1979). *Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Goffman, E. (1996). *Manicômios, prisões e conventos* (5ª ed). São Paulo: Perspectiva.
- Helman, C. G. (2003). Aspectos culturais do estresse. In C. G. Helman, *Cultura, saúde e doença* (pp. 262-281). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Houaiss (2010). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa* [versão eletrônica]. Recuperado em 10 agosto 2010, da <http://Houaiss.uol.com.br>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Org.), *Handbook of behavior Medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Lhuillier, D. (2006). *Clinique du travail*. Ramonville Saint-Agne, France: Erès.

- Michaelis (2010). *Moderno dicionário Michaelis da língua portuguesa* [versão eletrônica]. Recuperado em 10 agosto 2010, da <http://michaelis.uol.com.br>
- Ongaro Basaglia, F. (2008). Saúde/doença. In P. Amarante & L. B. da Cruz (Orgs.), *Saúde mental, formação e crítica* (pp. 17-50). Rio de Janeiro: Laps.
- Rosenhan, D. L. (1994) A sanidade num ambiente doentio. In P. Watzlawick (Org.), *A realidade inventada: Como sabemos o que cremos saber* (pp. 117-143). Campinas, SP: Psy II.
- Selye, H. A. (1952). *The story of the adaptation syndrome: Evolution of the stress concept: Purely descriptive characterization of the adaptation syndrome*. Montreal, Canadá: Acta Inc Medical Publishers.
- Selye, H. A. (1956). *The stress of life*. New York: MacGraw-Hill.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte, MG: Te Corá.
- Silveira, M. L. da (2000). *O nervo cala, o nervo fala: A linguagem da doença*. Rio de Janeiro: EdFiocruz.
- Tranchina, P. (1984). Il segreto delle pallottole d'argento: Psicoterapia, servizio pubblico, psicosi. *Fogli di Informazione*, (99), 13-45.
- Ustun, T. B., Bertelsen, A., Dilling, H., Van Drimmelen, J., Pull, C., Okasha, A., & Sartorius, N. (1998). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Casos clínicos de adultos: As várias faces dos transtornos mentais*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Vieira, M. J. F. (2000). As funções orgânicas diante do estresse. In M. A. de A. C. Arantes & M. J. F. Vieira, *Estresse* (pp. 113-142). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vieira Filho, N. G. (2003). O processo dialógico na atenção terapêutica psicossocial: Contribuições de Paulo Freire. In *Anais do III Colóquio Internacional Paulo Freire* (pp.103-112). João Pessoa, PB: EDUFPB.
- Vieira Filho, N. G. (2005). A clínica psicossocial e a atenção de

cuidados religiosos ao sofrimento psíquico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira [versão eletrônica]. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(2), 228-239.

Vieira Filho, N. G., & Nóbrega, S. M. da (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: Contribuição teórica ao trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(2), 373-379.

Vieira Filho, N. G., Rosa, M. D., & Vidal, T. C. M. (2008). Intervenções em rede: a prática de apoio matricial entre saúde mental e atenção básica: Estratégia Saúde da Família [versão eletrônica]. In *Anais do VIII Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições*. Recuperado em: 10 agosto 2010, da <http://www.lefe.usp.net>

Recebido em 05 de Outubro de 2010

Aceito em 30 de Outubro de 2010

Revisado em 22 de Dezembro de 2010