

PUC

LÚCIA AGUIAR DE NEDEIROS CABRAL BORGES

"ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO AOS SETORES POPULARES:
UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES DE TERAPEUTAS E PACIENTES"

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, novembro de 1987.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 – CEP 22453

RIO DE JANEIRO – BRASIL

N.Cham. 150 B732a TESE UC

Título Atendimento psicoterapico aos setores populares



Ex.2 PUCB

0031153

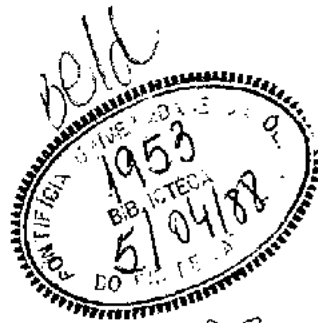
LUCIA AGUIAR DE MEDEIROS CABRAL BORGES

"ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO AOS SETORES POPULARES:
UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES DE TERAPEUTAS E PACIENTES"

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Anna Carolina Lo Bianco Clementino

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro



31453

150
Bf32
3522

Aos meus pais

A Antônio, meu marido e

Ao nosso filho que trago em mim

AGRADECIMENTOS

- a Anna Carolina Lo Bianco, pelo empenho com que se dedicou à trabalhosa tarefa de orientação dessa tese.
- a Marco Aurélio, pela colaboração e paciência com que me atendeu nos vários encontros que tivemos.
- a Benilton Bezerra, pela atenção dedicada em valiosas discussões sobre o tema desse trabalho.
- a todos os entrevistados que solicitamente concordaram em participar dessa pesquisa, fornecendo prestimosos depoimentos.
- aos amigos que com seu apoio e compreensão me ajudaram a superar as dificuldades que surgiram no meu caminho.
- à amiga Valeria que prontamente se ofereceu para ajudar na concretização final desse trabalho.
- ao Departamento de Psicologia agradeço a confiança depositada no meu trabalho.
- ao CNPq pelo apoio recebido.

RESUMO

Esse trabalho apresenta as principais idéias e concepções que terapeutas e pacientes de um serviço de psicoterapia a pessoas dos setores populares têm sobre essa forma de tratamento.

A partir da análise dessas idéias, é estabelecido o modo pelo qual esses sujeitos apreendem cognitivamente a experiência de: 1) tratarem psicoterapeuticamente pessoas de um outro grupo cultural diferente do seu e em condições de trabalho distintas das que caracterizam o atendimento em consultórios particulares; 2) fazerem tratamento psicoterápico em condições institucionais.

Num exame mais detido desses elementos é apontada a existência de uma discrepância acentuada de visões sobre a psicoterapia, que é atribuída a diferentes formas de apreensão do sofrimento psíquico e da subjetividade, as quais são apresentadas e discutidas.

Essa diferença de apreensão é entendida como sendo condicionada culturalmente e, em particular, como resultando de distintos processos de formação de identidade.

ABSTRACT

The present dissertation observes a Service of Psychotherapy in a State Mental Hospital, in order to study the main ideas and conceptions the psychotherapists and their patients have of the Service.

In view of these ideas it becomes possible to establish the way the subject realize the following two experiences: 1) the one of treating psychotherapeutically patients from a cultural group different from one's own, in conditions wich are different from the one's in their private practices with which they are more familiar; 2) the one of being treated psychotherapeutically in institucional conditions.

A detailed examination shows the existence of marked discrepancy in the way psychotherapists and patients see the psychotherapy , wich is put down to different ways of considering the psychic suffering and one's subjectivity, as examined.

Such difference is understood as culturally conditioned in terms of being a result of distinct processes of identity's formation.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 - A discussão sobre a diversidade cultural e lingüística circunscrita ao contexto de trabalhos em saúde mental	3
2 - METODOLOGIA	24
3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	34
3.1 - Características da instituição onde realizamos nossa investigação	34
3.2 - Representações acerca do que é psicoterapia: o ponto de vista dos terapeutas	40
3.3 - Como os profissionais problematizam o atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares	50
3.3.1 - Do fator "instituição"	51
3.3.2 - Do fator "especificidade da demanda"	64
3.3.3 - Propostas apresentadas pelos psicoterapeutas diante das vicissitudes impostas pelas características próprias à realidade de seus trabalhos	74
3.3.4 - Da repercussão, junto aos psicoterapeutas, da discussão sobre a diversidade cultural e lingüística	81
3.4 - Representações acerca do que é psicoterapia: o ponto de vista dos pacientes	91
3.5 - Características sócio-culturais da clientela investigada	107
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
ANEXOS	
1 - Roteiro das entrevistas com os psicoterapeutas	131
2 - Roteiro das entrevistas com os pacientes para levantamento de suas características sócio-culturais	134
BIBLIOGRAFIA	136

1 - INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, temos observado uma proliferação significativa de trabalhos em saúde mental com pessoas dos setores populares. Esses trabalhos, contudo, têm registrado um número razoável de insucessos, caracterizados fundamentalmente pelo abandono do tratamento, por parte dos beneficiados. A fonte dessas informações, por sua vez, é bastante restrita, limitando-se, basicamente, ao relato verbal desses trabalhos, feito entre os profissionais, e a uma bibliografia bastante escassa (1).

Paralelamente a esse relativo silêncio em torno do que vem se dando nessas práticas, vemos ser travado um intenso debate sobre a diversidade cultural e lingüística que é tratada como sendo uma questão problemática para a realização de trabalhos de saúde mental com pessoas dos setores populares. Nesse debate vemos ser levantadas questões bastante polêmicas que abalam, a nosso ver, a convicção muitas vezes generalizada entre os profissionais, de que o seu trabalho é essencialmente válido. A contundência das críticas levantadas é dada por elas se referirem a "elementos-chave" do aparato teórico em que essas práticas se baseiam, tais como o modelo de indivíduo pressuposto como universal pelas teorias "psi", relativizando sistematicamente um grande número desses elementos. Essa relativização se caracteriza por apontar que um comportamento, uma característica, uma atitude considerados típicos ou universais seriam circunscritos a contextos sócio-culturais específicos, a partir dos quais teriam se constituído, refletindo e re produzindo as normas pelas quais foram produzidos. Com o empreendimento de relativizações cada vez mais sofisticadas, dirigidas ao corpo teórico dos

(1) Para uma discussão sobre a expansão dos trabalhos em saúde mental aos setores populares ver Ramos (1983). Já em Lo Bianco (1981) vemos ser tratada a questão da realização de empreendimentos em saúde mental segundo modalidades alternativas, onde é discutida a expansão desses serviços à população como um todo. Para a verificação de algumas experiências de saúde mental envolvendo pessoas dos setores populares, ver Saidon e Kamkhagi (1987).

sistemas que fundamentam as práticas em saúde mental, o profissional dessa área acaba por se ver acuado na legitimação do seu trabalho, por se achar com poucos argumentos e respostas efetivas às questões que o debate sobre a diversidade cultural e lingüística levantada.

Uma outra dimensão da realidade das práticas de saúde mental com pessoas dos setores populares que vemos estar desarticulada dos discursos dos profissionais sobre os seus trabalhos e dos estudiosos sobre o assunto, refere-se ao modo pelo qual os pacientes vêm assimilando tais empreendimentos em saúde mental.

Ao todo vemos que, com relação às práticas de saúde mental com as camadas populares, existem três ordens de discurso que se desenvolvem independentes umas das outras, sendo que se falamos que os discursos dos profissionais e dos pacientes seguem o seu curso próprio, não é tanto pelo que dele sabemos, mas sim pelo que supomos, pois acreditamos que, com a proliferação dessas práticas, alguma coisa os profissionais e os pacientes nelas envolvidos têm dito e pensado, muito embora pouco os tenhamos escutado.

Considerando significativa a proliferação de trabalhos com pessoas dos setores populares e de extrema importância o debate que se estabeleceu sobre a questão da diversidade cultural e lingüística circunscrita a essa prática, pensamos em fazer um estudo que articulasse essas três ordens de discurso que mencionamos acima. Para tanto resolvemos investigar um trabalho específico de atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares em que objetivamos estabelecer as representações que terapeutas e pacientes têm sobre psicoterapia, como esses últimos têm assimilado essa forma de tratamento e qual a repercussão, junto a esses profissionais, do debate que dissemos ter sido estabelecido em torno da diversidade cultural e lingüística. Com essa investigação pensamos estar contribuindo para a abertura de um campo de pesquisa, visando uma reflexão mais abrangente sobre a realidade dos setores populares.

1.1 - A discussão sobre a diversidade cultural e lingüística circunscrita ao contexto de trabalhos em saúde mental:

Temos visto, ao longo dos últimos anos, a constituição do que poderíamos chamar de campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística circunscrita ao contexto de trabalhos em saúde mental, a partir, basicamente, da produção de textos que abordam essa temática. Nestes textos, seus autores refletem sobre uma série de questões que podem ser extraídas da problemática da diversidade cultural e lingüística existente entre os setores da população, trazendo tal reflexão para o âmbito das práticas em saúde mental com pessoas dos setores populares/classes trabalhadoras.

Percebemos que, ao longo da constituição desse campo de discussão, os textos vieram nos apontando críticas, ressalvas e avaliações sobre as práticas de saúde mental com pessoas dos setores populares / classes trabalhadoras, que seguiram uma ordem crescente de complexidade, em termos da adequação e mesmo da validade de se fazer trabalhos de tal natureza. Ou seja, quanto mais textos se produziram sobre o tema, mais contundentes se tornaram as críticas por eles levantadas.

No início, os textos procuravam trazer novos elementos, novos dados para a reflexão de se estar trabalhando com pessoas dos setores populares. Com o tempo, o que chamamos de campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística foi se incrementando e fornecendo recursos para os novos textos que passaram a ser produzidos, e que começaram a apresentar críticas bem mais constrangedoras, em termos da validade de serem realizados trabalhos de saúde mental, com pessoas dos setores populares. Vemos, então, ser criado o que poderíamos chamar de um corpo de conhecimento acerca da diversidade cultural e lingüística pensada para a situação do atendimento em saúde mental a pessoas dos setores populares, onde uma série de questões que foram levantadas pelos primeiros textos ganham uma articulação bem maior e mais direcionada para a situação do atendimento psicoterápico. Esse corpo

de conhecimento envolve questões tais como a aptidão lingüística necessária para a situação da psicoterapia (Bernstein, 1980; Ropa et alli, 1983); a linguagem estruturando um campo de relação (Labov, 1969; - Nicolaci-da-Costa, 1981); a capacidade demandada pela situação psicoterápica para perceber, no near, refletir e verbalizar sensações corpóreas mais sutis e principalmente sentimentos (Figueira, 1969; Boltanski, 1977,1979; Bezerra, 1983); o hábito de tomar como objeto do pensamento situações singulares da experiência individual (Ropa et alli, 1983), hábito esse demandado pela situação psicoterápica; a capacidade para perceber uma sucessão de fases no surgimento de um acontecimento físico e/ou mental e de supor uma relação de causalidade para esses acontecimentos (Ropa et alli, 1983); entre outras. Para cada uma dessas questões, às vezes para um grupo delas, vemos serem formuladas algumas críticas com relação à validade de se fazer atendimento de saúde mental, e mais precisamente psicoterápico, com pessoas dos setores populares, numa ordem crescente de contundência, como dissemos, configurando, a nosso ver, 4 sucessivos períodos na constituição do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística. Iremos ver adiante cada um desses períodos, as questões que seus textos trazem e porque os consideramos singulares. Por ora voltemos à caracterização do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística tal como vínhamos fazendo. Falávamos sobre a existência de uma gradação no teor das críticas que são feitas pelos textos que compõem esse campo, de forma a percebermos que, se no início, eles procuravam apontar apenas algumas questões sobre a diversidade cultural e lingüística que achavam importantes de serem levadas em conta pelos profissionais de saúde, em suas práticas de atendimento às camadas populares (Figueira, 1975), mais recentemente, eles têm argumentado que, sem uma compreensão efetiva da forma específica como esses indivíduos dos setores populares se percebem em quanto sujeitos e categorizam o seu sofrimento, os trabalhos de saúde mental com esses sujeitos estão fadados ao insucesso e, mais do que isso, não se justificam por, na verdade, não poderem cumprir em nada o que poderia ser visto como o objetivo básico de um trabalho em saúde mental, qual seja, o de aliviar o sofrimento psíquico de que se queixam esses indivíduos (Costa, 1984;

Bezerra, 1983).

As críticas mais recentes, levantadas por esses textos, à viabilidade e validade de se fazer trabalhos de saúde mental com as camadas populares dentro dos parâmetros habituais, levaram ao que chamáremos de perplexidade paralisante, por apontarem questões impossíveis de serem respondidas totalmente, num dado momento da história da constituição desse campo de discussão. Consideramos o efeito produzido por esses textos paralisador, por eles terem apresentado uma argumentação bastante extensa em que mostram que o modelo de indivíduo em que os profissionais de saúde se pautam teoricamente, e as noções de família e infância que utilizam correntemente, são apenas formas culturalmente possíveis dos indivíduos se definirem (Lo Bianco, 1981; Costa, 1982 e 1987; Bezerra, 1983 e 1987; Ropa et alli, 1983 e 1985), formas essas que não seriam compartilhadas pelos indivíduos das classes trabalhadoras. Com essa argumentação, vemos o profissional de saúde mental ser colocado numa situação de impasse, porque a ele é apontada uma incompatibilidade fundamental entre o modelo de indivíduo que lhe permite tratar das pessoas e o modo pelo qual a sua clientela composta por pessoas dos setores populares se definiria enquanto sujeito. O profissional de saúde passa a não dispor, portanto, de todos os recursos com que contava até então para justificar a sua prática com essa clientela. Por certo que lhe restaram outros argumentos, tais como a existência de uma procura por ajuda psiquiátrica/psicoterápica por parte de pessoas dos setores populares; a queixa dessas pessoas de estarem sofrendo, sofrimento esse que os profissionais reconhecem como psíquico. Os profissionais, contudo, perdem um elemento chave na justificação teórica de sua prática quando lhes é feita, pela argumentação referida acima, uma relativização do que constitui o pilar do sistema teórico em que se pautam, sendo lançados, então, na perplexidade paralizante que mencionamos. Apesar dos profissionais ainda contarem com elementos que apontam para a necessidade do seu trabalho, estes não foram suficientes para municiá-los dos recursos necessários para saírem desse impasse teórico em que foram lançados.

Num outro momento da constituição desse campo de discussão, o qual localizamos no presente, vemos ser acrescentados novos elementos para suas reflexões (Costa, 1987), elementos esses que pensamos ter respondido em parte à situação de impasse a que os profissionais dessa área foram lançados, por serem eles de ordem teórica e tocarem exatamente no ponto que tinha sido abalado pelas críticas anteriores, qual seja, como entender e abordar o sofrimento psíquico de pessoas que se diferem substancialmente do modelo de indivíduo utilizado pelas teorias "psi". Em primeiro lugar, diríamos que antes de municiar os profissionais de saúde com esse precioso elemento que é o de saber como se define o sofrimento psíquico da clientela de baixa renda, esse novo momento de constituição do campo de discussões reafirmou a própria existência desse sofrimento. Por mais que, entre os profissionais, o sofrimento psíquico da clientela de baixa renda fosse visto como um dos argumentos que lhes restaram para a justificativa de suas práticas, ele não se sustentava teoricamente, na medida em que os elementos que poderiam ser usados para a sua definição caíram por terra, com a relativização do modelo de indivíduo em que eles se pautavam. Essa relativização, portanto, lançou dúvidas sobre a própria possibilidade de se falar em sofrimento psíquico no tocante às queixas da clientela de baixa renda, ou melhor, a percepção que os profissionais tinham do sofrimento psíquico não lhes dava uma inteligibilidade teórica que frutificasse numa ação terapêutica fundamentada.

A reafirmação da existência de um sofrimento psíquico na queixa da clientela dos setores populares é a proposição de uma modalidade de compreensão de como ele se define, trouxeram para os profissionais da área, um revigoramento da crença de que é necessário um trabalho de saúde mental com essas pessoas mesmo que pouco se tenha dito ainda sobre como ele deve ser implementado. Pensamos, então, que esta seria uma próxima tarefa para os atuais e futuros autores do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística - a de precisar qual a abordagem adequada, em termos da técnica psicoterápica ou da pragmática de qualquer outra modalidade de intervenção em saúde mental, para o sofrimento psíquico dos indivíduos dos seto

res populares, tendo em vista uma forma específica de ser compreendido e definido teoricamente.

A existência desse campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística que vimos descrevendo sucintamente é restrita à dimensão da literatura, como dissemos logo no início. As polêmicas, as críticas que foram surgindo cada vez mais contundentes, a perplexidade que no seu seio foi gerada, o resgate da convicção da validade do trabalho com as camadas populares, enfim, todos esses momentos que detectamos na constituição do campo de discussão referem-se a uma postulação nossa baseada tão somente num debate que veio se estabelecendo a nível de uma bibliografia. Paralelamente a esse debate, vemos proliferarem experiências de trabalho nessa área onde as críticas levantadas por esse campo de discussão parecem não ter chegado (Ramos, 1983). Na verdade, pouco sabemos sobre essas experiências e sobre a repercussão que o debate empreendido por esse campo de discussão tem sobre elas, na medida em que o registro dessas experiências é escasso.

Essa aparente não confluência de discursos, entre o relativo ao campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística e o referente às práticas de saúde mental com as camadas populares, não invalida, a nosso ver, a relevância das questões suscitadas pelo campo de discussão. O seu debate nos parece de extrema importância para a reflexão da prática psicoterápica com pessoas dos setores populares, que a despeito de ser pouco conhecida, certamente vem sendo pensada de alguma forma pelos agentes que nela tomam parte. Nesse sentido, pensamos que uma outra tarefa para o campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística define-se pela tentativa de delimitação do que as pessoas envolvidas num trabalho de saúde mental com as camadas populares pensam a respeito de suas práticas, e qual a repercussão junto aos profissionais, do debate empreendido sobre o campo de discussão. Esse é o objeto do presente trabalho - o estudo de uma experiência de atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares, visando a delimitação das representações que terapeutas e pacientes têm sobre essa forma

de tratamento, e responder à indagação de qual a repercussão das críticas levantadas pelo campo de discussão, junto a esses profissionais. Veremos mais adiante, na metodologia, em que consistiu a pesquisa que norteou o nosso estudo e o que exatamente pretendemos investigar com ele. Por ora voltemos à nossa apresentação dos elementos que caracterizam o campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística e passemos a uma discussão mais detalhada dos momentos e das fases que o compõem e das questões que cada uma delas levanta.

Conforme falamos mais atrás, o campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística veio se constituindo ao longo de períodos, somando um total de quatro momentos. Achamo-nos, portanto, no quarto momento. O primeiro deles trata da questão da relativização do sofrimento psíquico. O segunda enfoca a relação da linguagem com a situação psicoterápica, o que discute em duas fases. O terceiro momento fala sobre o modelo de indivíduo com o qual as teorias "psi" trabalhariam e sobre a noção de projeto psicoterápico, também em duas fases. O quarto momento trata mais diretamente do sofrimento psíquico dos sujeitos das classes trabalhadoras. Vejamos agora o que é debatido em cada um desses momentos e fases.

O primeiro momento é inaugurado com o surgimento da relativização do sofrimento físico, empreendida, basicamente, pelo trabalho de Figueira (1975) que se baseou, por sua vez, nas idéias de Boltanski (1971). Apesar desse trabalho se referir ao sofrimento físico e não ao psíquico e incidir, portanto, sobre as práticas dos médicos, sobretudo, e profissionais afins, achamos que ele pode ser visto como operando um certo deslocamento de questões com relação ao atendimento de saúde mental também. Sua idéia básica pode ser traduzida pela afirmação de que o sofrimento físico, enquanto uma modalidade possível de percepção de sensações orgênicas, não é da ordem da natureza, tão somente. A sua percepção depende de toda uma forma estruturada de se decodificar, categorizar e expressar sensações orgênicas, a qual é determinada culturalmente, variando portanto de um grupo cultural para ou

tro. Essa forma estruturada de perceber e interpretar o sofrimento físico e as sensações orgânicas em geral, é condicionada, por sua vez, à linguagem, ou seja, para todas as operações que o ato de traduzir uma sensação orgânica em sofrimento físico envolve, o sujeito depende de uma habilitação linguística própria que lhe forneça um vocabulário adequado para tal tarefa. É também a linguagem que vai permitir aos sujeitos disporem de todo um código de conduta corporal orientando-os do vestir-se ao alimentar-se, do que é considerado saudável ao que é considerado vício, e assim por diante. Esse código de conduta corporal se constitui enquanto uma "cultura somática" normatizando os sujeitos em todas as suas relações com seu próprio corpo.

Com relação às práticas de assistência à saúde, a relativização do sofrimento físico traz duas questões básicas: a primeira diz respeito ao dado de que o que é considerado "grave" e eliciador de um grande sofrimento, por parte do profissional de saúde, pode não ser assim percebido e considerado pelo paciente; a segunda é consequência da primeira e refere-se ao dado de que o paciente pode ter uma concepção de tratamento para o seu sofrimento diferente da imaginada pelo profissional, concepção essa que pode motivá-lo a buscar a ajuda do tratamento de uma forma não usual para o profissional de saúde.

Vejamos mais detidamente em que consiste cada uma dessas questões. Ao falarmos que a relativização do sofrimento físico postula a existência de diferentes formas de se vivenciá-lo, perceber e expressar as sensações orgânicas não estamos nos referindo ao que, de uma forma ou de outra, os próprios profissionais de saúde falam e que diz respeito à existência de uma variação na tolerância à dor. Queremos antes nos referir a uma nova forma de compreender as diferenças de expressão do sofrimento físico que nos é fornecida pela sua relativização, que aponta para uma determinação cultural de tal comportamento. Essa relativização, portanto, coloca em cheque a concepção de sofrimento do profissional de saúde no que esta se pretende única e universal. Evidentemente que não estamos nos referindo aos postulados

teóricos em que se baseia a prática desse profissional mas sim à apreensão cognitiva que este tem sobre o sofrimento, no que ela traduz uma forma culturalmente específica de ver e lidar com o corpo, em todas as suas manifestações. Com isso vemos serem questionadas interpretações acerca da forma como determinados pacientes experienciam seu sofrimento, que a explicam sistematicamente como sendo "desviante" e a tratam segundo uma perspectiva "negativista", ou seja, que considera esse comportamento "desviante", como efeito de uma falta, remetendo portanto a um modelo de sofrimento (Figueira, 1975). A relativização do sofrimento físico limita esse modelo de sofrimento à manifestação de uma forma culturalmente possível de se pensar e experienciar o corpo, fruto da "cultura somática" de um dado setor da população (Figueira, 1975).

Da mesma forma que a relativização do sofrimento físico circunscreve um conjunto de concepções que detecta entre os profissionais de saúde, a um modelo de sofrimento relativo à "cultura somática" específica de setores da população, ela também questiona a presunção de universalidade presente na visão corrente dos profissionais de saúde, de que uma vez sofrendo de alguma doença o sujeito busca pela ajuda de um tratamento médico (ou para-médico). O sujeito que sofre fisicamente mas não procura ajuda médica em tempo hábil ou então busca formas não muito ortodoxas de tratamento provoca estranheza nos profissionais de saúde que reagem interpretando a atitude desse sujeito como sendo fruto da "resistência" dele em reconhecer a sua doença ou como decorrendo da sua ignorância, e assim por diante (Figueira, 1975). Ou seja, os profissionais de saúde tendem a interpretar as diferentes atitudes dos pacientes com relação ao encaminhamento que dão ao seu sofrimento, segundo seus próprios modelos que encaram como únicos. A perspectiva que relativiza o sofrimento físico diz que a forma como os sujeitos buscam resolver o seu sofrimento é determinada culturalmente, variando, portanto, ao longo dos indivíduos de uma mesma sociedade (Figueira, 1975; Boltanski, 1979). É novamente uma suposição de universalidade que a relativização do sofrimento físico faz "cair por terra", ou antes, questiona, no sentido de

chamar a atenção dos profissionais de saúde para o caráter etnocêntrico e normatizador que as suas práticas podem ter.

Um outro ponto que também pode ser visto dentro dessa questão de que a relativização do sofrimento físico opera um descentramento com relação a possíveis modelos de como os sujeitos devem reagir para solucionar o seu sofrimento, refere-se ao dado de que a situação da consulta e de exame médicos também pode ser percebida de diferentes formas, conforme a inserção cultural dos indivíduos, uma vez que tal percepção é norteadada pela "cultura somática" (Boltanski, 1979). Portanto, se alguns sujeitos experienciam o exame médico como uma situação dirigida para o tratamento do seu mal estar, na qual compreendem o envolvimento de seus corpos sob esse ângulo, outros indivíduos podem viver com bastante estranheza tal situação, o que pode, inclusive, dificultar a sua volta ao médico. Ou seja, a apreensão do sentido de uma determinada situação envolvendo o corpo depende do que pode ser dela apreendido em termos do conjunto de atitudes prescritas por uma determinada "cultura somática", no que estas se referem à saúde, ao embelezamento, ao adestramento, ou ao prazer do corpo. Essa relativização do sentido que a situação do exame médico pode ter lança uma outra luz sobre o dado de determinados sujeitos não procurarem por ajuda médica num tempo hábil, por exemplo, e sobre outras atitudes "inexplicavelmente" aversivas com relação ao tratamento médico (Figueira, 1975).

Apesar de todos esses descentramentos propiciados pela relativização do sofrimento físico se referirem ao corpo e ao tratamento médico fundamentalmente, achamos que essa relativização coloca em cheque, também, o atendimento em saúde mental, por nela estar implícita uma relativização da noção de saúde em geral (e por contrapartida de sofrimento), quando fala do conceito de "cultura somática", que pode ser estendida ao plano do psíquico. Portanto, ~~da mesma forma que o médico deve ter em mente que a atitude diferente de seu paciente em relação ao sofrimento e à consulta médica pode se dever ao dado deste ter uma percepção do sofrimento físico distinta da sua,~~

o profissional de saúde mental também deve estar atento para a possibilidade de do seu paciente ter uma aceção bem distinta do que seja saúde e doença, e não interpretar as atitudes "estranhas" dele baseando-se unicamente no seu próprio modelo.

O segundo momento da constituição do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística se inicia com o estabelecimento das habilidades lingüísticas necessárias para a situação psicoterápica, vista em quanto um conjunto articulado de atos lingüísticos. Ao escolhermos este momento como o segundo no processo de constituição do campo de discussão, nos pautamos antes no tipo de questão que ele discute, e na complexidade do que levanta para a reflexão acerca da prática psicoterápica com pessoas dos setores populares do que na cronologia de seus textos. Outro ponto importante de esclarecermos a respeito do modo pelo qual delimitamos os momentos singulares da constituição do campo de discussão refere-se ao dado de que não vemos os textos que compõem esse campo como exclusivos desse ou daquele momento. Um mesmo texto pode trazer questões que nos ajudaram a caracterizar mais de um momento de constituição do campo de discussão. Podemos dizer, então, que o critério central que utilizamos para delimitar os períodos constitutivos do campo de discussão consistiu na natureza das questões que são debatidas pelos textos.

Vemos esse segundo momento como mais complexo que o primeiro por ele tratar diretamente da situação do atendimento psicoterápico a pesoas das camadas populares/classes trabalhadoras. Apesar da linguagem já ter sido apontada como um elemento fundamental na compreensão da diversidade cultural, neste segundo momento ela é analisada mais detidamente na situação específica do atendimento psicoterápico. Este é caracterizado pelo envolvimento de uma série de expedientes lingüísticos tais como: a habilidade para verbalizar experiências singulares vividas muitas vezes como descontínuas; a capacidade para participar de uma relação de comunicação centrada no "eu" do paciente, que dessa forma é avaliado e revisto; a capacidade para lidar

com uma relação onde não há uma direção explícita da comunicação e a autoridade é ambígua; a habilidade para se despojar dos valores e regras que normatizam o comportamento dos indivíduos fora da situação terapêutica em prol de um relato sobre si, sobre suas próprias motivações; a crença de que a cura do paciente é conquistada a partir de uma relação baseada fundamentalmente na verbalização de suas experiências individuais, que dessa forma podem ser transformadas (Bernstein, 1980) (1).

Todas essas habilidades lingüísticas demandadas pela situação psicoterápica não seriam possuídas pelos sujeitos, indistintamente. A aquisição e o usufruto delas estariam condicionados pelo tipo de código lingüístico, se "elaborado" ou "restrito", predominantemente utilizado pelos indivíduos e pelo tipo de relação com a autoridade em que eles foram socializados (Bernstein, 1980). A existência de diferentes códigos lingüísticos e de diferentes tipos de relação com a autoridade dependem, por sua vez, da estrutura social onde eles se dão. Portanto, indivíduos com diferentes inserções sociais muito provavelmente disporão de códigos lingüísticos diferentes que os capacitará lingüisticamente de forma distinta, para as várias situações da rede social (Bernstein, 1980).

Com relação ao atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares, essa caracterização da situação psicoterápica em termos da linguagem nos traz a questão de que a eficácia dessa forma de tratamento, ou ainda, o próprio estabelecimento da situação terapêutica, depende de uma habilitação lingüística específica por parte do paciente, habilitação essa que é condicionada culturalmente. Um outro ponto que essa caracterização levanta, e que nos parece interessante de ser pensado em relação ao atendimento aos setores populares, é o dado da psicoterapia ter como pano de fundo a crença de que a cura do paciente é obtida mediante uma relação baseada fundamentalmente na verbalização de suas experiências singulares, que dessa for

(1) Esse artigo foi publicado originalmente em 1963.

ma são transformadas. A relativização dessa crença de que a psicoterapia envolve essencialmente a verbalização e que esta é capaz de modificar o comportamento dos indivíduos nos parece bastante problemática para a reflexão das práticas psicoterápicas com os setores populares. Com ela, o profissional passa a ter que pensar duas vezes antes de atribuir a dificuldades psicológicas o descrédito de determinados indivíduos que duvidam que uma "conversa" possa resolver o seu problema. Podemos ver também, nessa relativização, um outro elemento redimensionador da definição corrente de psicoterapia - esta dependeria em muito da ocorrência de uma congruência de concepções entre paciente e terapeuta acerca do que é essa forma de tratamento, para ser bem sucedida, além da sua já mencionada dependência de uma habilitação linguística específica por parte do paciente; ambas condicionadas culturalmente.

Na segunda fase desse segundo momento, a caracterização da situação psicoterápica em termos da habilitação linguística vista como socialmente determinada, é complexificada por uma relativização da noção de competência linguística. Nessa fase vemos ser feita uma crítica à idéia de que determinados indivíduos seriam mais competentes do que outros por apresentarem um desempenho linguístico mais sofisticado, ainda que condicionado socialmente, idéia essa que podemos identificar na conceituação de "código linguístico" elaborado e "restrito". Falam os autores dos textos dessa fase (Labov, 1969; Bernstein, 1973; Nicolaci-da-Costa, 1981), que o comportamento linguístico dos indivíduos varia ao longo de uma mesma sociedade e deve ser sempre entendido no contexto onde surgiu e onde tem a sua funcionalidade.

Questionam também as avaliações que correntemente são feitas sobre o desempenho linguístico dos indivíduos, alegando que os instrumentos utilizados são tendenciosos, no sentido de serem construídos a partir de um referencial linguístico específico, de forma a medirem, então, a maior ou menor desenvoltura dos indivíduos neste referencial linguístico e não permitirem uma efetiva compreensão do seu comportamento linguístico. Apesar de estarem se referindo a outras situações que não a psicoterápica (e mais precisamente a situações de avaliação escolar e de pesquisas em linguagem) achamos de suma

importância as críticas levantadas por esses textos porque consideramos possíveis de serem transpostas para a situação psicoterápica. Ao relativizarmos o desempenho lingüístico dos indivíduos segundo uma perspectiva não "negativista", isto é, que considera que a diferença de desempenho não é fruto de uma "carência" nem caracteriza uma limitação do indivíduo; e ao apontarmos a não neutralidade das situações de avaliação de desempenho lingüístico, esses textos nos remetem à questão de que a relação entre os indivíduos é estruturada pela linguagem, que possibilita a própria configuração desse campo de relação. A participação da linguagem na configuração desse campo de relação, segundo esses últimos textos, nos parece ser pensada de uma forma mais radical que a adotada na primeira fase desse período de constituição do campo de discussão, pois para eles a linguagem é vista como estruturando uma dada situação não por estar habilitando os indivíduos para ela, mas sim por estar permitindo o estabelecimento do próprio solo onde ela se dá. Transpondo essa visão da linguagem para a situação psicoterápica, temos que a problemática de se atender indivíduos das camadas populares não é dada tanto pela suposta "incompetência lingüística" desses sujeitos para tal, mas sim pela consideração de que esta situação é estruturada lingüisticamente de uma forma bastante específica que pode ser totalmente avessa ao modo pelo qual certos indivíduos se relacionam lingüisticamente. Entendemos que a radicalidade de dessa outra visão da linguagem pensada para a situação do atendimento psicoterápico reside no dado dela excluir a possibilidade de se resolver a discrepância entre as habilitações lingüísticas demandadas pela situação psicoterápica e as possuídas pelo paciente, através de uma tentativa de aproximação entre essas habilitações, via adaptações no "setting" e na abordagem terapêutica ou via treinamento dos pacientes, pois para esta visão, a diferença cultural e lingüística não se dá sobre um mesmo eixo, a partir do qual se possa falar em mais ou menos preparado para a situação psicoterápica, por exemplo. Nesse sentido distinguimos uma segunda fase no segundo período de constituição do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística, em que vemos serem sofisticadas as críticas e ressalvas feitas à prática psicoterápica com pessoas dos setores populares.

A essa segunda fase segue-se o terceiro momento na constituição do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística, onde a postulação de que a situação psicoterápica demanda uma habilitação lingüística específica, por parte do paciente, é incrementada pela postulação de que essa habilitação lingüística compõe, junto com outras tantas, um modelo de indivíduo pressuposto pelos sistemas teóricos que fundamentam as práticas psicoterápicas (Ropa et alli, 1983 e 1985). Essas outras habilitações referem-se à "reflexividade", ao "esprit d'examen" e à "problematização" que são elementos pensados a partir das idéias de Boltanski (1977, 1979) e de Bourdieu (1974). A "reflexividade" é definida como o grau de intensidade com que o sujeito percebe e discrimina suas sensações corporais e as traduz para uma linguagem comunicável (Boltanski, 1977, 1979). Ambas as operações envolvidas nesta noção estão condicionadas culturalmente conforme vimos quando falamos sobre a relativização do sofrimento físico e sobre o conceito de cultura somática. Isto quer dizer que indivíduos com diferentes inserções sociais apresentam diferentes formas de "reflexividade" que podem não ser congruentes com o que é demandado pela situação psicoterápica.

A "reflexividade" é associada ao "esprit d'examen" (Boltanski, 1977), que se refere ao hábito, socialmente transmitido, de considerar que tudo é passível de ser colocado sob exame, de ser pensado. Esse hábito, por sua vez, em muito se aproxima da "problematização" que é definida como a disposição para identificar problemas, refletir sobre eles e considerar que eles são fruto de alguma coisa a partir da qual foram desencadeados, seguindo um certo curso (Bourdieu, 1974). Tanto o "esprit d'examen" quanto a "problematização" são associados à ação da escola que, muito antes de se restringir à tarefa de transmissão de conhecimento, socializa os indivíduos numa forma de pensar caracterizada pela intenção intelectual, que seria a disposição de achar que tudo é passível de ser explicado porque segue um curso próprio que pode ser apreendido.

Segundo essa perspectiva, a situação psicoterápica e o sistê

ma teórico em que se baseia tal prática lidam com um modelo de indivíduo em que todas essas habilitações são tomadas em uma de suas possíveis modalidades e consideradas como universais, ou seja, para as teorias "psi" o indivíduo "saudável" seria capaz de pensar sobre si próprio e comunicar verbalmente suas sensações e sentimentos com relativa facilidade; seria capaz de perceber, discriminar e refletir sobre os seus problemas que através do exame de suas causas e do seu desenvolvimento podem ser resolvidos. Esse modelo de indivíduo pressupõe, portanto, um alto grau de "verbalização", de "reflexividade" e uma disposição acentuada para problematizar.

Segundo os autores desse período de constituição do campo de discussão, esse modelo de indivíduo pressuposto pelas teorias "psi" poderia ser identificado, a nível da sociedade, com o indivíduo fruto da ideologia individualista e com o sujeito da sociedade disciplinar, conforme a caracterização que fazem a partir das obras de Dumont (1968, 1974 e 1985) e Foucault (1975, 1977, 1978, 1979, 1981), respectivamente. Portanto, a psicoterapia vista enquanto uma forma de tratamento que se baseia em sistemas teóricos fundados num modelo de indivíduo que é específico de determinados setores da população (basicamente as camadas média e altas, segundo os autores) não seria aplicável a todos os indivíduos de uma sociedade. E isso porque para uma terapêutica ter esse efeito com os indivíduos é necessário que ela seja percebida como tal por eles (Figueira, 1978). A percepção de um tratamento como terapêutico, por sua vez, depende do indivíduo reconhecer nele, visto enquanto um sistema simbólico, uma semelhança ou uma congruência com a visão de mundo do(s) sistema(s) simbólico(s) ao(s) qual(is) se acha vinculado, principalmente ao que o funda enquanto sujeito, que no caso do sujeito passível de ser clientelizado pelas teorias "psi", é o modelo de indivíduo que viemos descrevendo (1).

(1) Para uma maior compreensão de como se caracteriza esse modelo de indivíduo, ver também Figueira (1981) e Velho (1981).

Percebemos como bem mais problemática a argumentação levantada por esse período de constituição do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística por ela agrupar uma série de elementos que vieram sendo relativizados ao longo dos outros períodos, numa única categoria, a do modelo de indivíduo, que relativiza também. Essa relativização que faz ao modelo de indivíduo que diz existir nas teorias "psi", tem um caráter muito mais contundente na crítica às práticas psicoterápicas com os setores populares, por nela ser questionado um "elemento-chave" dos sistemas teóricos que orientam essas práticas, conforme vimos no início desse capítulo.

A segunda fase desse terceiro momento na constituição do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística caracteriza-se por trazer uma problemática bastante semelhante à da primeira fase, distinguindo-se, no entanto, pelo dado de, à relativização do modelo de indivíduo pressuposto pelas teorias "psi", acrescentar a idéia da existência de um conjunto articulado de expectativas com relação ao tratamento psicoterápico, sobre o qual é fundamental haver um consenso entre terapeuta e paciente para que o tratamento seja bem sucedido; consenso esse que de alguma forma fora apontado quando falamos da necessidade de haver uma congruência de visões de mundo entre o sistema simbólico a que se vinculam o paciente e o tratamento psicoterápico. Esse conjunto, por sua vez, remete a uma série de elementos que podem ser associados ao modelo de indivíduo que sustenta as teorias "psi", conforme vimos na caracterização da fase anterior.

A esse conjunto articulado de expectativas com relação à psicoterapia, os autores dão o nome de "projeto psicoterápico" (Costa, 1982; Bezerra, 1983) que definem como a antecipação do tratamento na consciência, pelos sujeitos envolvidos na situação psicoterápica, a qual funcionaria como um ponto básico, norteador do tratamento. Os autores dão essa definição de projeto baseando-se no conceito de "projeto" de Schutz (1979), que diz que existe projeto sempre que há uma ação com um objetivo determinado.

O "projeto psicoterápico" é delimitado por quatro noções fundamentais: a noção de cura, a noção de causalidade, o que é denominado por tempo-memória e a noção de indivíduo (Bezerra, 1983).

A noção de cura se desdobra no "desejo de cura" e no "investimento no benefício psicológico". O "desejo de cura" refere-se aos motivos pelos quais o indivíduo busca um tratamento psicoterápico que por sua vez, dependem da percepção do sofrimento que os indivíduos têm. Essa percepção está sujeita à inserção social e cultural dos indivíduos, conforme vimos ao discutirmos a relativização do sofrimento físico e a noção de "reflexividade". O "benefício psicológico" diz respeito às expectativas do terapeuta e do paciente com relação ao tratamento que podem ser remetidas, por seu turno, às visões de saúde dos sujeitos envolvidos na situação psicoterápica. Conforme vimos na discussão do conceito de "cultura somática", essas visões de saúde podem variar ao longo de uma dada sociedade, conforme a vinculação social e cultural dos indivíduos e a "cultura somática" do grupo a que pertence (Bezerra, 1983).

A noção de causalidade diz que terapeuta e paciente postulam a existência de uma causa para o sofrimento queixado pelo último, muito embora essa possa ser diferente, para terapeuta e paciente, suscitando discórdias entre eles. Podemos acrescentar ainda a essa noção o dado de que nem todos os indivíduos possuem o mesmo hábito, socialmente transmitido, de "problematizar" e discriminar uma causa para os acontecimentos, principalmente os referentes às experiências singulares vividas pelos sujeitos, conforme vimos na discussão da noção de "problematização".

A categoria denominada de tempo-memória refere-se à capacidade do terapeuta e do paciente buscarem no passado as raízes do sofrimento do último, e de investirem num empreendimento presente (a psicoterapia) visando resultados futuros (a resolução do sofrimento do paciente). Essa capacidade está assentada, portanto, numa concepção linear do tempo, sendo

que a rememoração varia em qualidade e quantidade conforme a inserção sócio-cultural dos indivíduos e conforme as limitações objetivas de sua realidade, de forma que quanto maiores são elas, mais difícil é, para o indivíduo, pensar o futuro como um "campo de possibilidades" (Bezerra, 1983).

E por fim a última noção envolvida na idéia de projeto psicoterápico diz respeito ao dado de que este estaria assentado sobre um modelo de indivíduo produzido socialmente e historicamente, caracterizado por este ser visto como o centro de tudo, reduto de sentimentos e emoções, e dotado de um espaço interno, solo para a subjetividade, conforme vimos quando discutimos o modelo de indivíduo fruto da ideologia individualista (Dumont, 1968 e 1974).

Portanto, é a idéia de que a psicoterapia se pauta num modelo de indivíduo que é produzido social e historicamente e que não é compartilhado por todos os setores da população, que mais uma vez surge nesta segunda fase do terceiro momento de constituição do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística, conforme dissemos ao introduzi-la. A novidade que vemos surgir nessa segunda fase é traduzida pelo dado de que nela a questão da congruência de expectativas dos sujeitos envolvidos na situação terapêutica é analisada mais detidamente, a partir da elaboração da noção de "projeto psicoterápico", que se por um lado reforça a contundência das críticas à realização indiscriminada de atendimentos psicoterápicos com toda a população, por outro nos intruduz num caminho que pode levar a uma resolução do impasse gerado pela relativização da noção de indivíduo presente nas teorias "psi", por nos fornecer um quadro articulado dos elementos que estão em jogo para terapeutas e paciente, na situação psicoterápica. Achamos que com esse quadro temos uma noção mais precisa do que é problemático na incompatibilidade de modelos de indivíduo que pode ocorrer entre paciente e a prática psicoterápica e com isso, localizar com mais facilidade para que elementos na investigação sobre essa situação deve se dirigir. Esse avanço que a noção de "projeto psicoterápico" nos leva em termos do impasse a que os profissi

onais foram lançados pela relativização da noção de indivíduo, não é suficiente, todavia, para resolver tal impasse. Este só é aliviado com a delimitação do sofrimento psíquico vivido pelos sujeitos que não compartilham do modelo de indivíduo suposto pelas teorias "psi", inaugurando, por fim, o quarto momento de constituição do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística.

Neste quarto momento de constituição do campo de discussão e que se refere ao presente, vemos ser dado um "passo" significativo em direção ao estabelecimento de um corpo teórico que trata do sofrimento psíquico de indivíduos que não se definem pelo modelo de indivíduo da ideologia individualista, trazendo para a psicoterapia com pessoas dos setores populares, a possibilidade dela se configurar como uma prática eficaz e teoricamente legítima.

O sofrimento psíquico é definido como um sofrimento que o sujeito considera especial por percebê-lo como mais radical do que os outros (Costa, 1987). Assim o percebe porque sente-se atingido ou fracassando numa dimensão do seu "eu" da qual pouco se distancia por vivê-la como inevitável e universal. Essa dimensão é a sua identidade psicológica, que é definida, em princípio, como sendo orientada por dois eixos: a diferença de sexos e a diferença geracional, ou seja, o núcleo da identidade psicológica de um indivíduo é definido pelas representações e imagens de masculino e feminino, adulto e criança, pais e filhos, ditadas pelas normas sociais.

Essa definição de identidade psicológica, por sua vez, não é universal. Sua dependência dos eixos diferença de sexos e diferença geracional é relativa a uma modalidade de identidade que pode ser relacionada ao modelo de indivíduo da ideologia individualista, podendo ser, portanto, circunscrita historicamente e socialmente. A identidade psicológica dos sujeitos das classes trabalhadoras segue uma outra referência além da relativa aos eixos diferença de sexos e de gerações, que é a identidade social de

ser trabalhador. Para esses sujeitos, o ser trabalhador é tomado como uma condição inquestionável da natureza humana. Segundo Costa (1987) esses sujeitos parecem ver o trabalho como um "fato natural". Considera essa situação como um efeito da ação da ideologia do "trabalho livre" que teria fabricado a representação de que ser homem é ser trabalhador. O sofrimento psíquico dos sujeitos das classes trabalhadoras, portanto, é dado pela existência de um conflito na identidade social de ser trabalhador, vivida por eles como identidade psicológica. Ao serem questionados ou impossibilitados de cumprirem plenamente o que essa identidade de ser trabalhador prescreve, esses sujeitos experienciam um sentimento de invalidez e um sofrimento especial, por se sentirem atingidos no que do seu "eu" é inquestionável. Esse sofrimento, por sua vez, é vivido como uma doença dada a radicalidade de que ele se reveste para esses sujeitos, que não dispõem de outro expediente, que não o adoecimento, para expressar a sua dor.

Dessa forma Costa (1987) descreve a "doença dos nervos" que percebe como bastante difundida entre as queixas da clientela de baixa renda. Considera essa forma de adoecimento como expressiva do modo pelo qual os sujeitos das classes trabalhadoras experienciam e traduzem o seu sofrimento psíquico, que é específico e distinto do comumente apresentado pelos sujeitos das camadas médias e altas da população.

Esse quarto momento da constituição do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística apresenta, portanto, uma série de novos elementos para a compreensão da especificidade do adoecimento psíquico das classes trabalhadoras, "arejando" a situação de impasse a que tinham sido lançados os profissionais de saúde mental que se dedicam ao tratamento das camadas populares, conforme falamos quando descrevemos, em linhas gerais, o campo de discussão. Esse encontra-se assim constituído.

Conforme vimos no início desse capítulo, achamos que o debate que veio sendo feito em torno da diversidade cultural e lingüística, ao lon

go da constituição desse campo de discussão, não respondeu ainda a todas as questões que nele foram levantadas. Restaram-lhe duas delas: 1) a de saber como abordar, ao nível da prática psicoterápica, esse sofrimento psíquico específico dos sujeitos das classes trabalhadoras; e 2) a de procurar investigar (a) qual a repercussão de toda essa discussão sobre a diversidade cultural e linguística, junto aos profissionais que trabalham nessa área, e (b) o modo pelo qual os pacientes vêm assimilando a psicoterapia, enquanto uma forma de tratamento.

O presente trabalho dedica-se à tentativa de responder essa segunda questão, conforme mencionamos no início do capítulo. Passemos agora a uma exposição mais detalhada do que consistiu nossa pesquisa, quais seus objetivos e objeto, e de que procedimentos ela se compôs.

2 - METODOLOGIA

Essa pesquisa tem como objetivo básico investigar um trabalho de atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares. Antes de delimitar os procedimentos adotados para a realização de tal empreendimento, pensamos ser necessário explicitar o que entendemos por "investigar".

Nessa investigação, consideramos como fundamental o relato dos psicoterapeutas e dos pacientes, o que consistiu a fonte de dados principal dessa pesquisa. O fato de termos privilegiado a fala desses sujeitos como fonte para nossa investigação não nos excluiu da posição de considerarmos que, como qualquer outra fonte, esta também está sujeita a "falseamentos". Ainda que tenhamos orientado o contato com essas falas a partir de um questionário estruturado previamente, consideramos que tanto da parte dos psicoterapeutas quanto dos pacientes ocorreram "falseamentos" de correntes da própria situação de testagem, que consiste uma entrevista com uma pesquisadora. Também não desprezamos o dado de que numa situação de avaliação como a de entrevistas dirigidas por questionários, os sujeitos tendem a apresentar respostas e comportamentos que consideram ideais. Além disso, poderíamos considerar que o comportamento adotado pelas pessoas nas entrevistas estava condicionado por "determinantes inconscientes" das ordens mais diferentes possíveis, mas significativos para a nossa investigação, para os quais deveríamos construir procedimentos que os detectasse e avaliasse. Talvez possamos resumir essas breves considerações sobre os riscos de se tomar a fala dos entrevistados como fonte principal da nossa investigação, pela afirmação de que a questão básica subjacente a elas é de se o discurso dos sujeitos numa situação de entrevista traduz fidedignamente a realidade que pretendemos retratar. Essa questão, por sua vez, nos leva a uma outra mais fundamental que é a de saber o que estabelecemos como os parâmetros do que estamos chamando de "realidade que pretendemos retratar".

Pretendemos com essa pesquisa atingir a realidade do discurso

dos principais sujeitos envolvidos na situação psicoterapêutica, que são, ao nosso ver, o terapeuta e o paciente. Consideramos que o discurso desses sujeitos configura uma realidade, a realidade do que pensam sobre a situação de trabalharem e de serem submetidos a essa forma de tratamento. Acharmos que o seu discurso traduz de alguma forma a realidade desses trabalhos, seu cotidiano, pois que retrata um dos elementos que compõem essa realidade, que é o plano de como esses sujeitos integram numa organização própria e dirigida, os fragmentos que condensam o conjunto de vivências, experiências de que é formado o seu cotidiano, na situação do atendimento psicoterápico. Consideramos que esse plano, por sua vez, é perpassado por uma série de fatores tais como a assimilação de discursos hegemônicos sobre o assunto, a tentativa de se adequar ao que se supõe conveniente para uma situação de entrevista, a tentativa de adequar e significar o conjunto de experiências do cotidiano seguindo modelos que traduzem de forma mais próxima o modo pelo qual os sujeitos lidam com experiências similares, quer no que tange ao fato de envolver o sofrimento psíquico, quer no que se refere ao fato de ser uma relação de poder com uma figura "superior" na hierarquia social, e assim por diante. Esses outros fatores, contudo, não invalidam o discurso apresentado pelos sujeitos e a tentativa que por eles é feita de serem "autores" de sua realidade, no que optam por essa e não aquela forma de expressá-la. Nossa análise poderá se tornar mais rica, contudo, se pudermos articular a esse discurso explícito apresentado pelos sujeitos, determinantes outros que não suas próprias intenções. É nosso objetivo também, atingir esse outro nível que coexiste com o discurso manifesto dos sujeitos sem que com isso desprezemos o caráter "afirmativo" deste, ou seja, consideramos que ele faz parte de uma realidade que pretendemos investigar, não o consideramos como um mero falseamento.

Com relação às entrevistas propriamente ditas, elas foram organizadas de forma a conter um número determinado de perguntas que visavam avaliar as expectativas dos sujeitos em relação à psicoterapia e o modo pelo qual estes mediram a eficácia dos tratamentos (ver roteiro dessas perguntas

em anexo). De um modo geral, as entrevistas estiveram abertas para outras questões além das determinadas a priori, introduzidas a partir do desenrolar da fala dos sujeitos; sendo que, com os pacientes, essa liberdade de questões foi a regra, ou seja, esperávamos que os próprios pacientes fossem falando sobre as questões e os orientávamos apenas no sentido de termos respondidas as nossas perguntas.

Reunindo o conjunto dos dados obtidos com as entrevistas, podemos estabelecer o modo pelo qual os sujeitos definem psicoterapia e que representações têm acerca dessa forma de tratamento. Por representações entendemos a forma pela qual esses sujeitos organizam, num discurso coerente, suas idéias acerca de psicoterapia, conforme explicitamos acima, ao falarmos sobre o objeto da nossa investigação. Insistimos em distinguir representações de definições e esclarecer que o nosso objeto são as representações, por acharmos que ao organizarem a sua percepção das experiências singulares que compõem o seu cotidiano num discurso estruturado, os sujeitos estão falando de algo mais que meras definições. Ao nosso ver, eles estão se "apropriando" de suas percepções e conferindo a elas um sentido que, por mais que seja determinado por fatores sociais, culturais e institucionais, lhes é particular. Consideramos, então, que esses sujeitos estão falando dos seus projetos (Bezerra, 1983) no sentido de estarem dando uma intenção a uma ação, ou seja, eles estão falando de uma ação específica, a de fazer psicoterapia, e da intenção que ela envolve que é medida pelo relato de como definem essa ação.

Mais especificamente, podemos estabelecer as representações que os sujeitos têm acerca da psicoterapia a partir das respostas que dão diretamente à pergunta do que é psicoterapia; a partir da discussão dos casos que escolheram para relatar (no caso dos terapeutas) ou a partir da discussão dos seus próprios tratamentos (no caso do paciente); através do relato dos problemas com que se depararam no desenrolar desses tratamentos e das definições de melhora e piora, onde de alguma forma, remetem seu discurso

para o que acham que é psicoterapia, por definirem os problemas em compara
ção a um modelo, a um ideal. Também chegamos ao estabelecimento das repre
sentações dos sujeitos acerca do que é psicoterapia através da exposição dos
motivos que levam ou levaram os pacientes em busca dessa forma de traten
to, onde falam então do que consideram ser o objeto próprio dessa forma de
tratamento.

Quando dissemos que o objeto da nossa investigação é o discur
so do sujeito sobre psicoterapia e que para nós ele representa o modo pelo
qual esses sujeitos organizam, de uma forma coerente, a percepção do conjun
to de experiências singulares que compõem o seu cotidiano com relação ao
tratamento, não estamos excluindo a possibilidade de que este discurso seja
contraditório e que, à primeira vista, não faça sentido. Ao definirmos re
presentação como essa articulação de sentido particular feita pelos sujeitos
seguindo uma certa coerência, queremos antes referir-nos a um ato de cogni
ção intencional empreendido pelos sujeitos do que à produção de um texto ne
cessariamente coerente e lógico.

Voltando às condições objetivas que nortearam a nossa pesqui
sa, resta-nos esclarecer sobre o local em que ela foi feita, sobre o período
em que foi feita e o número de sujeitos entrevistados. Antes porém, iremos
ver um outro ponto condicionante da nossa pesquisa sobre o qual pensamos de
senvolver algumas considerações. Este ponto refere-se ao dado de termos pri
meiro eleito a psicoterapia como a forma de intervenção psicológica solo de
nossa investigação e, segundo, termos escolhido a psicoterapia de base ana-
lítica entre as várias formas de orientação teóricas e técnicas existentes
em psicoterapia. Escolhemos a psicoterapia por, primeiro, necessitarmos de
limitar um espaço determinado no solo das práticas em saúde mental, na medi
da em que pensamos que cada uma delas traz questões específicas que não te-
ríamos condições de abordar conseqüentemente num mesmo trabalho. Em segundo
lugar, elegemos a psicoterapia por considerarmos ser ela a forma de interven
ção psicológica que se apresenta como mais bem fundamentada e estruturada

internamente e por acharmos que ela é a intervenção que melhor dá conta do sofrimento psíquico. Entre as várias formas de se conduzir uma psicoterapia elegemos a de base analítica por ser a mais comumente praticada pelos profissionais e por considerarmos a Psicanálise como o sistema teórico que nos fornece uma compreensão e abordagem mais sistemáticas do sofrimento psíquico.

Ao escolhermos a psicoterapia de base analítica como solo para nossa investigação não nos baseamos num modelo determinado a priori. Pautamo-nos exclusivamente pela avaliação dos psicoterapeutas sobre seus trabalhos, guiando-nos pelo que os próprios alegaram ser sua forma de trabalhar. Também não restringimos a nossa amostra em função dos terapeutas fazerem a ressalva de que em alguns momentos precisam fazer algumas modificações na sua forma de trabalhar, dadas as circunstâncias do local em que realizam seus trabalhos e a diferença da clientela em relação ao consultório.

Com relação ao local da pesquisa, escolhemos o ambulatório do hospital Jurandir Manfredini por esta ser uma instituição que oferece o serviço de psicoterapia à comunidade externa, há cerca de 5 anos, e por atender uma clientela predominantemente de baixa renda e pertencente aos setores populares. Portanto, podemos considerar tal instituição como já tendo consolidado esse tipo de serviço.

Ao escolhermos este local para nossa pesquisa, nos defrontamos com uma série de injunções institucionais, organizacionais e políticas, algumas próprias de um hospital público localizado num grande manicômio e outras específicas da instituição. Em virtude disso dedicamos um capítulo, entre a apresentação dos dados, para uma breve exposição das características dessa instituição, conforme o que podemos detectar observando o seu cotidiano, segundo o depoimento dos entrevistados e segundo o que está escrito nos documentos da própria instituição.

Com relação à clientela alvo, que dissemos ser composta de pessoas pertencentes aos setores populares, deixamos ao encargo dos psicoterapeutas a escolha da amostra. Dizíamos a estes que estávamos interessados em contactar uma clientela de baixa renda e que os terapeutas considerassem como pertencentes às camadas populares. De posse de nossas indicações, os terapeutas escolheram então a amostra. Escolhemos não precisar o que entendemos por setores populares e população de baixa renda, e delegar aos psicoterapeutas a delimitação da amostra, por considerarmos que mais importante do que controlarmos a amostra a partir do que pensamos envolver tais categorias, era saber como os psicoterapeutas se orientariam nessa questão. Acreditamos não ter comprometido o valor da nossa pesquisa com tal procedimento, por vários motivos. Em primeiro lugar, o nosso objetivo com essa pesquisa era estudar um trabalho de atendimento psicológico a pessoas dos setores populares, conforme dissemos. A instituição que escolhemos como solo para nossa investigação se destina ao atendimento do público em geral e para tanto oferece serviço gratuito, o que acaba por moldar sua clientela, de forma que para a própria instituição e para o público em geral, ela é vista como sendo destinada à população de baixa renda. Ainda que não haja uma definição precisa do que seja população de baixa renda, até porque a visão que se tem da instituição como sendo destinada a essa população não é fundamentada em nenhuma regra da instituição, acreditamos poder adotar também essa visão e considerar que a grande maioria das pessoas que frequentam esse serviço são de baixa renda. Com isso pensamos poder dizer que relativamente independente do critério pessoal que cada psicoterapeuta adotou para escolher o seu paciente de baixa renda, a amostra resultante de alguma forma reflete essa população.

Um outro fator que nos fez considerar como não problemático o não precisar o que entendemos por setores populares e população de baixa renda diz respeito à heterogeneidade dessa população aqui no Brasil. Pensamos que os setores populares e nossa classe trabalhadora são bem mais heterogêneos do que as classes trabalhadoras européias por exemplo. Achamos que

traçar o perfil dos setores populares ou das classes trabalhadoras brasileiras constitui objeto de um único trabalho, bastante dispendioso por sinal.

Não está ao alcance da nossa competência realizar tal empreendimento com o presente trabalho. Por outro lado, quisemos envolver a questão da diversidade cultural e lingüística associada a situações de atendimento psicoterápico em nossa pesquisa, por acharmos de extrema importância as críticas que ela trouxe para esse campo de trabalho. Achamos que, no atual momento, a melhor solução seria não enveredar por uma tentativa hercúlea de delimitar, enquanto conceito, o que entendemos por classes trabalhadoras e setores populares, e utilizá-los orientando-nos pelo o que eles significam para os sujeitos da amostra.

Nesse ponto então poderíamos nos deparar com a seguinte crítica: mas qual seria então a validade de nosso estudo se ele parte de toda uma linha de preocupações que surge de um campo de discussão que se criou em torno do atendimento de saúde (e mais precisamente psicoterápico) a pessoas dos setores populares/classes trabalhadoras/população de baixa renda? Nesse campo de discussão o que está sendo questionado é a adequação de se fazer um trabalho psicoterápico com pessoas que, segundo esses estudos, fogem aos parâmetros utilizados pela psicoterapia e pelo psicoterapeuta, por apresentarem características culturais totalmente adversas a esses parâmetros.

Esse campo de discussão acaba apontando, por fim, para a hipótese de que o insucesso dos tratamentos psicoterápicos com este setor da população se deve a essa peculiaridade cultural. Portanto, se concordamos com as idéias defendidas nos estudos feitos nesse campo de discussão, como sustentar que nosso estudo é relevante para esse mesmo campo de discussão se não conseguimos delimitar precisamente o que denominamos por setores populares/classes trabalhadoras? Pode-se argumentar, por exemplo, que os resultados que obtivemos com as entrevistas com os pacientes não são significativos pois não "controlamos" adequadamente a amostra. Pode-se dizer, também, que as conclusões que deles tiramos referem-se a uma amostra não representativa, enfraquecendo portanto o seu alcance.

Com relação a todas essas possíveis críticas a que estamos sujeitos, diríamos que, em primeiro lugar, boa parte dos estudos que se fizeram dentro desse campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística e suas implicações para trabalhos com pessoas dos setores populares, também não apresenta uma definição rigorosa do que chamam por setores populares/classes trabalhadoras, sem que com isso consideremos invalidadas suas conclusões. Em segundo lugar, achamos que o que essa literatura coloca sobre a diversidade cultural procede com qualquer grupo cultural investigado, ou seja, adotar uma perspectiva que aborda a questão da determinação cultural e da relativização do comportamento humano conforme a inserção sócio-cultural dos indivíduos não depende, ao nosso ver, de se estar lidando com grupos culturais estanques e claramente distintos. Isto é, pensamos ser possível analisar o discurso dos indivíduos numa situação específica de atendimento psicoterápico envolvendo pessoas de grupos culturais diferentes, segundo essa perspectiva que mencionamos acima, mesmo que esses grupos tenham pontos em comum e não sejam nitidamente distintos. Não consideramos que nossa pesquisa tenha sua validade abalada se entre a nossa amostra de pacientes encontramos indivíduos de classe média bastante empobrecida ou indivíduos que, apesar de serem considerados como pertencendo à categoria "população de baixa renda", compartilham, com os setores médios, uma série de valores dominantes na sociedade. Na verdade achamos que essa interpenetração de grupos, junto com uma coexistência de uma enorme multiplicidade de realidades culturais, traduz muito mais fidedignamente a realidade de nossos grandes centros urbanos, do que se estivéssemos lidando com uma amostra claramente delimitada em termos de suas características culturais.

Voltando à questão de como foi selecionada a nossa amostra, diríamos que, ainda que ela não tenha sido feita tomando-se como base um conceito previamente definido de camadas populares, achamos necessário dizer quem foi entrevistado, isto é, levantar o perfil sócio-cultural dessa clientela. Nesse sentido, fizemos uma série de perguntas aos pacientes, visando situá-los em termos das suas características sócio-culturais (um roteiro

dessas perguntas pode ser visto em anexo). Procuramos agrupar essas perguntas pelas variáveis: dados pessoais, ocupação, escolaridade, naturalidade/imigração, religiosidade, convívio social/recreação/lazer.

Ainda com relação à amostra, falta-nos esclarecer sobre o seu tamanho. Ela abrange um total de 20 sujeitos, sendo 10 terapeutas e 10 pacientes. A cada terapeuta arguido entrevistamos um paciente por ele indicado. Achamos que uma amostra de 20 sujeitos seria suficiente para o tipo de investigação a que nos propusemos, que privilegia a dimensão do discurso, visto enquanto configurando, ele próprio, uma realidade passível de ser estudada. Dedicamo-nos, portanto, a uma análise qualitativa do discurso e não quantitativa.

No decorrer dos primeiros contatos com a instituição em que consultamos sobre a viabilidade de nossa pesquisa, conversamos também com outros profissionais/psicoterapeutas sobre o seu trabalho, a título de nos informarmos sobre a instituição, suas características, sua história, seu momento atual. Nessas conversas, os psicoterapeutas falaram sobre os seus trabalhos, depoimentos esses que utilizamos nas nossas avaliações finais dos dados obtidos.

A nossa pesquisa foi realizada durante o período de um ano e meio, tendo sido iniciada no começo de 1986 e finalizada no meio de 1987. Neste período empreendemos, portanto, todos os passos necessários para a concretização da pesquisa, que foram:

1 - escolha da instituição local de nossa investigação para o que seguiu-se o critério de existir o serviço de psicoterapia há um mínimo de dois anos;

2 - observação do seu cotidiano, coleta de informações sobre suas características, mediante entrevistas com os profissionais e leitura de documentos da instituição;

3 - contato com os psicoterapeutas do ambulatório e marcação de suas entrevistas, após esclarecimento sobre a pesquisa;

4 - realização das entrevistas com os psicoterapeutas;

5 - contato com os pacientes indicados pelos psicoterapeutas, que eram consultados diretamente por nós ou eram consultados previamente pelos psicoterapeutas, conforme já tivessem finalizado seus tratamentos, ou não;

6 - realização das entrevistas com os pacientes;

7 - primeira organização dos dados obtidos com as entrevistas, os quais foram alocados pelas variáveis:

a) O que é psicoterapia;

b) Definições de melhora/sucesso;

c) Definições de piora/insucesso;

d) Dificuldades encontradas no tratamento;

e) O que levou ao tratamento;

f) (só no caso dos terapeutas) Como os profissionais problematizam o atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares;

8 - delimitação do perfil sócio-cultural da clientela entrevistada.

Tendo apresentado os principais pontos em que nos baseamos para a realização de tal pesquisa, seus objetivos, seu objeto e de que passos ela se estruturou, pensamos estar preparados para seguir com o nosso trabalho e vermos, então, o que obtivemos como resultados.

3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1 - Características da Instituição onde realizamos nossa investigação

Iniciaremos a apresentação dos dados obtidos com a pesquisa com a exposição das características da instituição escolhida para solo desta investigação.

O Jurandir Manfredini é um hospital psiquiátrico localizado na Colônia Juliano Moreira que, por sua vez, se vincula à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde (MS). Por volta da criação do Jurandir Manfredini, a Colônia Juliano Moreira, juntamente com as outras instituições vinculadas à DINSAM, passaram a ser administradas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), de forma que a nossa instituição alvo também está vinculada ao MPAS.

O Jurandir Manfredini é um hospital de agudos que se destina ao atendimento da comunidade externa local, delimitada pelos bairros de Barra da Tijuca e Jacarepaguá, que compõem a área programática IV do Município do Rio de Janeiro. Presta assistência a nível ambulatorial, a nível de pré-internação, internação e a nível comunitário; a previdenciários e não previdenciários. Dessa forma provê a comunidade com serviços de atenção primária, secundária e terciária em saúde mental.

Esse hospital é composto pelos seguintes setores: pré-internação/emergência, que consiste num ambulatório de crise e pronto-socorro psiquiátrico; internação; ambulatório de adultos e egressos; clínica de orientação da infância e adolescência; supervisão do atendimento à família(1)

(1) Originalmente, o hospital tinha um setor dedicado exclusivamente à mobilização dos recursos comunitários, através da visita domiciliar e do incremento da participação da comunidade no funcionamento do hospital. Atualmente estas atividades não estão localizadas num setor específico, fazendo parte das atividades do hospital como um todo. Podemos afirmar

O setor ambulatorial além de atender adultos e egressos, crianças e adolescentes, presta assistência a nível neurológico e em terapia ocupacional aos pacientes indicados por outros setores do próprio hospital. Oferece consultas individuais ou em grupo, conforme a orientação dos profissionais responsáveis por tais atendimentos.

O setor de urgência é o único que presta assistência a pessoas que não pertencem à área programática IV. As decisões de encaminhamento feitas por qualquer setor são tomadas sempre pelo Conselho de Supervisão, que são instâncias adjuntas a cada um dos setores.

O Jurandir Manfredini foi criado em 1982 com o objetivo de tornar-se um modelo alternativo em psiquiatria. Nesta época a Colônia Juliano Moreira passava por um processo de transformação, cujo objetivo básico era a reversão da cronificação maciça dos pacientes. Uma das primeiras medidas tomadas com este processo de transformação foi o bloqueio da entrada de novos pacientes para os núcleos (hospitais de crônicos) da instituição, dado o enorme contingente de pacientes crônicos (cerca de 2.600) com pouca ou nenhuma perspectiva de regresso à sociedade. Na medida em que a Colônia Juliano Moreira era uma instituição pública, ela teve que responder a essa recusa de novos pacientes com uma resposta alternativa, dado que uma instituição pública não pode negar atendimento. Essa resposta consistiu na criação do hospital Jurandir Manfredini, que pretendia oferecer um atendimento em moldes bastante diversos dos que levaram à cronificação maciça referida acima.

O caráter alternativo que o hospital Jurandir Manfredini pretendia ter baseava-se numa série de procedimentos de funcionamento que pode

que, apesar do hospital dizer que continua prestando esse tipo de serviço, ele não vem sendo realizado com a mesma intensidade almejada quando da existência de um único setor a isto dedicado.

mos agrupar em duas ordens: uma que denominamos de político-administrativa, e outra mais diretamente ligada ao funcionamento do hospital.

A ordem que chamamos de político-administrativa refere-se ao objetivo do hospital de participar do programa de integração regionalizada de serviços de saúde do setor público da AP-IV, e da hierarquização dos serviços. Essas duas metas de trabalho, a regionalização e a hierarquização, que foram defendidas pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) em dezembro de 1982, partem de uma avaliação política de como estava, na época, o serviço previdenciário em saúde. Esta avaliação apontou, basicamente, a inversão de princípios no atendimento desqualificado e desarticulado feito pelas instituições de saúde públicas e conveniadas. Com a hierarquização e a regionalização dos serviços, pretendia-se tornar mais produtivo, lógico e humano o atendimento em saúde, pela integração e portanto pela complementaridade dos recursos de uma determinada área geográfica, e pela distribuição hierárquica dos serviços. A nível da saúde mental, o Jurandir Manfredini foi o primeiro hospital a adotar tal procedimento sendo eleito a "porta de entrada para o sistema" na AP-IV, ou seja, ele foi denominado instituição referência para casos mais complexos de atendimento em saúde mental, e ficou responsável pelo provimento logístico (farmacológico) das outras instituições públicas da área.

Com relação ao funcionamento propriamente dito, o hospital pretendia ser alternativo pela adoção de uma série de medidas tais como: limitar rigorosamente o tempo de internação dos pacientes; submeter todas as decisões técnicas e administrativas a conselhos consultivos; oferecer um atendimento ambulatorial com um tempo mínimo de 30 minutos; oferecer o serviço de psicoterapia; incrementar a participação comunitária no funcionamento do hospital, e na gestão da saúde pública local; entre outras. Esta última medida tinha também um caráter político-ideológico, na medida em que, segundo o projeto inicial do hospital, ela era o começo de um processo que redundaria no extermínio do hospital. Ao ter como objetivo o tornar-se modelo

alternativo em psiquiatria, o hospital postulava o seu próprio fim e a assunção, por parte da comunidade, da gestão da saúde. O objetivo último do hospital era, então, deixar de ser uma referência de tratamento, pois que enquanto tal necessariamente centralizava o poder sobre a gestão da saúde mental, e passar para a comunidade esse papel, após um longo e árduo trabalho de fomentação dessa consciência crítica e de formação de lideranças locais. Podemos dizer então, que em síntese, o objetivo do hospital era ser um meio e não um fim, em prol de uma gestão mais democrática da saúde mental pública.

Esta visão acerca do que seria o objetivo último do hospital não é consensual, além de que a implementação deste objetivo foi parcialmente impedida pelo extermínio do setor de mobilização comunitária.

Uma outra visão presente entre os profissionais do hospital, relaciona o caráter alternativo deste à sua proposta de oferecer um serviço de qualidade, baseado fundamentalmente no controle do uso abusivo de medicação e na adoção da psicoterapia como um elemento fundamental na abordagem da doença mental. Segundo essa visão, tratar eficientemente da doença mental envolve lidar de forma sistemática com os vários determinantes desta e não apenas aliviar farmacologicamente seus sintomas, e nem discutir indefinidamente os determinantes sociais desta forma de adoecimento. Essa visão considera que a psicoterapia atende muito bem a esse propósito.

Podemos ver que essa visão se difere da anterior por propor um fortalecimento do ambulatório no que delega a esse a garantia da qualidade do atendimento em saúde mental. Ao falar da importância desse atendimento ambulatorial de qualidade, essa visão atribui, também, uma importância e uma razão de ser ao hospital, ainda que fale num controle e numa diminuição do número de internações, que acredita ser atingido mediante um tratamento mais adequado da doença mental, como o psicoterápico. Vemos, também, que entre essas duas visões existe um outro embate atingindo a questão do saber especializado versus saber popular. Enquanto a primeira visão fala da supre

macia do saber popular, ao menos no controle político da gestão da saúde pública, a segunda visão enfatiza a relevância do saber técnico/especializado, quando considera que a melhor forma de se tratar da doença mental passa pelo trabalho de um especialista. Esse embate, contudo, não se sustenta se nos perguntarmos como essas duas visões vêem o lado político e o lado técnico de cada uma, ou seja, nós não sabemos exatamente se a primeira visão exclui o saber técnico de todo, na medida em que ela não explicita qual o papel do técnico de saúde na sua proposta; nós não sabemos, também, se a segunda visão considera o hospital psiquiátrico como definitivamente necessário ou se a reformulação dele que ela propõe é estratégica.

Boa parte do que foi estipulado para ser a forma ideal de funcionamento do hospital não pode ser cumprida. Em avaliação feita ao final de 1985, portanto no início da realização de nossa pesquisa, a instituição apontou uma série de desvios em seu funcionamento contemporâneo, com relação ao que se almejava alcançar. Parte desses desvios foram atribuídos a fatores externos à instituição, como o fato dela estar sendo obrigada a atender a comunidade da AP-V também, desde a sua criação até o momento em questão. Na época a instituição achava-se lotada, com um índice grande de re-internações devido, entre outras coisas, à dificuldade de contato com os familiares e com a comunidade local dos pacientes provenientes da AP-V. Um outro fator apontado como estando provocando essa re-incidência de internações e consequente cronificação foi a natureza da clientela em questão, considerada de difícil prognóstico, tanto do ponto de vista psiquiátrico (70% de esquizofrênicos), quanto do ponto de vista "humano social", pois essa clientela era composta, em sua maioria, por pessoas marginais ao sistema produtivo e com poucas chances de inserção social (sem família, sem amigos).

Outros desvios foram detectados em fatores internos à instituição. Estes foram: a insuficiência do trabalho técnico de assistência aos internos e à comunidade externa e a insuficiência do trabalho comunitário. Estes dois desvios foram atribuídos, por sua vez, à falta de pessoal

ocupando os quadros nas diferentes especialidades (foram apontadas as especialidades de psiquiatria, psicologia, estágios e terapia ocupacional); à falta de entrosamento entre os diversos setores, grupos de trabalho, e às vezes entre membros de uma mesma equipe. Essa falta de integração foi vinculada à insatisfação vivida por boa parte dos técnicos com as condições de trabalho e com o limitado alcance do seu poder de pressão junto aos altos escalões da instituição. As críticas feitas pelos técnicos se referem tanto a questões de ordem trabalhista como vínculos e condições de trabalho, quanto a questões de ordem funcional, como o fato de projetos e programas apresentados à instituição ora serem acatados e desenvolvidos, ora serem recusados e dificultados, dependendo das injunções políticas da ocasião.

Um outro desvio em relação ao projeto inicial apontado pelos profissionais, foi o fato das internações e das altas não estarem sendo feitas por decisão multidisciplinar. Queixaram-se também de não estar havendo um atendimento intensivo ao interno em todas as enfermarias.

No momento em que nossa pesquisa se iniciou, estas eram as condições em que a instituição se apresentava. Acreditamos que sua configuração atual em muito se diferencie do quadro que apresentamos, dada a suscetibilidade a injunções as mais diversas possíveis, que caracteriza as nossas instituições públicas. Dentre os elementos que certamente contribuíram para a modificação do quadro que aqui apresentamos podemos citar as mudanças de direção da Colônia e do hospital, reforma nas instalações do hospital, greve dos funcionários. Vejamos agora o que psicoterapeutas e pacientes pensam sobre os tratamentos que fazem.

3.2 - Representações acerca do que é psicoterapia - o ponto de vista dos terapeutas

Conforme foi explicada na discussão da metodologia, as representações que os entrevistados têm sobre a psicoterapia são estabelecidas a partir das respostas que eles dão à questão de como definem essa forma de tratamento e através da discussão que fazem sobre os casos clínicos que escolheram para relatar na entrevista. Ao definirem a psicoterapia, os entrevistados falam sobre o que pensam ser os objetivos e propósitos dessa forma de tratamento. Falam também sobre o alcance desse trabalho, portanto, sobre sua eficácia. Ao discutirem os resultados do caso que escolheram para tal, os entrevistados avaliam a eficácia do tratamento em questão e, inevitavelmente, comparam esses resultados com suas expectativas iniciais. Essas, por sua vez, estão pautadas no que os entrevistados estabelecem como sendo o alcance da psicoterapia, em termos genéricos. Em resumo diríamos que a discussão que os entrevistados fazem sobre o que é psicoterapia se complementa na avaliação que eles fazem sobre os tratamentos escolhidos para a nossa pesquisa, e as reflexões que esses mesmos entrevistados fazem sobre a eficácia desses tratamentos retomam suas definições iniciais sobre a psicoterapia e os objetivos desta.

Podemos dizer que as respostas dadas pelos psicoterapeutas ao que acham que é psicoterapia são agrupáveis em quatro conjuntos. Elas se pautam, contudo, numa única premissa que é a de considerar que a psicoterapia é um tratamento dirigido fundamentalmente ao psiquismo humano. Este, por sua vez, é marcado pela presença do inconsciente. Podemos dizer, portanto, que na base de todas as definições sobre psicoterapia acha-se a premissa de que existe um inconsciente no psiquismo humano e de que é com esse elemento que a psicoterapia vai lidar. Voltando às diferentes respostas dadas pelos psicoterapeutas, podemos encaixá-las nos seguintes grupos:

- 1 - a psicoterapia enquanto um instrumento estratégico numa

instituição psiquiátrica pública;

2 - a psicoterapia como um tratamento que leva as pessoas a se modificarem para "melhor" e a modificarem suas vidas;

3 - a psicoterapia como o tratamento que provê o melhor prognóstico para o doente mental, levando-o à cura ou para mais próximo dela;

4 - a psicoterapia como uma forma de tratamento cujo procedimento básico seria assinalar as motivações inconscientes do comportamento humano permitindo ao paciente auto-conhecer-se e aprender novas formas de expressão que não via sintomas.

Com relação ao primeiro conjunto de respostas, cabe esclarecer sobre que injunções da instituição os psicoterapeutas se referem ao pensar a psicoterapia como a melhor estratégia de ação numa instituição psiquiátrica pública. Os entrevistados acham que, apesar do Manfredini ter sido criado para, entre outras coisas, barrar a cronificação do paciente (1), o ambulatório pode cronificar o paciente se o medica tão somente e se o afasta sistematicamente do processo produtivo, através da licença médica e do benefício-saúde. Pensam que a psicoterapia pode evitar que o paciente se cronifique na medida em que ele assim teria outro tratamento além do medicamento, no qual sua "demanda" seria discutida e não reforçada por um atendimento sem questionamentos. Vejamos como essa problemática é colocada abaixo:

- " O ambulatório também cria uma cronificação. O asilo cronifica internando. O ambulatório cronifica licenciando, afastando do processo de produção, medicando, sedando. O Manfredini é pra acabar o asilo mas pode

(1) Ver exposição sobre as características do Hospital Jurandir Manfredini, no início da apresentação dos dados.

cronificar noutra dimensão. Tendo em vista isso, qual a melhor forma de trabalhar no ambulatório? Psicoterapia e ..."

- " A estratégia para se trabalhar num serviço desse (numa instituição psiquiátrica pública) é interpretar a demanda manifesta que fala da medicação e do benefício, e a demanda latente que é variável."

O atendimento puro e simples da demanda manifesta da cliente la é criticado pelos psicoterapeutas, tal como podemos ver na citação acima. Fazem esse questionamento porque acreditam que subjacente a essa demanda e xiste uma outra, inconsciente, que é fundamental para o deciframento da pro blemática do sujeito e para o conseqüente alívio do seu sofrimento.

Portanto, a definição da psicoterapia como um instrumento es tratégico fala da sua especificidade em ser um tratamento que se dirige ao psiquismo e ao inconsciente, mas fala também do efeito benéfico dessa for ma de trabalho numa instituição psiquiátrica pública, e é por esse último as pecto que essa definição se distingue dos outros três conjuntos que aponta mos inicialmente. Os entrevistados atribuem à psicoterapia o papel de asse gurador da qualidade de um serviço alternativo de atendimento em saúde men tal, tal como o hospital em questão pretende dar. Eles acham que a psicotera pia garante a qualidade de um serviço alternativo e evita a cronificação porque ela é um tratamento que lida com os verdadeiros motivos do adoecimen to psíquico do sujeito, propiciando uma reversão efetiva da estagnação da doença. Consideram que, dessa forma, o paciente é de fato tratado e não apenas acudido em momentos de crise.

Nessa explicação que os psicoterapeutas dão sobre porque a psicoterapia é importante numa instituição psiquiátrica se acha presenta tam bém o que designamos como premissa fundamental das respostas dadas ao que é psicoterapia. Os psicoterapeutas vêem a psicoterapia como o tratamento que lida, por excelência, com problemas da ordem do psiquismo e da subjetividade

na medida em que consideram que é através dela que o sujeito pode chegar a uma modificação de uma situação vivida subjetivamente, como é o caso de uma doença "em estagnação". Mais especificamente, falam os entrevistados em "mecanismos de defesa", "complexo de Édipo", "jogo de identificações durante a infância", que dizem ser injunções estruturais na formação do sujeito. En quanto tais, a psicoterapia lida com todos esses elementos, afirmam os en trevistados, quer "interpretando-os", quer "compreendendo-os".

É também a partir dessa premissa fundamental que os psicoterapeutas chegam à segunda definição de psicoterapia, na qual dizem que, ao lidar com esses elementos fundamentais na formação do sujeito, estão propiciando ao paciente uma "melhora", a possibilidade deste resolver seus problemas efetivamente. Consideram também que se o paciente "melhora" ele pode lidar de uma forma mais eficaz com as suas dificuldades em relação a situações objetivas da sua realidade, pode mesmo vir "a reformular sua postura com a própria vida, com o seu cotidiano".

Para os psicoterapeutas é demasiado evidente que a psicoterapia traz mudanças significativas para o paciente e este consegue realizar mudanças na sua vida. Nesse sentido, consideram que a psicoterapia tem um alcance maior do que tratamentos que apenas respondem objetivamente às demandas manifestas sem abordar os conteúdos subjacentes.

Os entrevistados também falam da psicoterapia como tendo um maior alcance do que os tratamentos que objetivam somente a remissão dos sintomas. Consideram a psicoterapia como o tratamento que oferece as melhores perspectivas de melhora em relação ao diagnóstico do paciente, levando-o à cura ou para mais próximo desta. Essa forma de ver a psicoterapia constitui o que designamos como terceiro conjunto. Acreditamos poder associá-la a uma forma de compreensão "mais médica" do tratamento, no sentido em que ela lida com categorias mais próximas do discurso médico, tais como diagnóstico, prognóstico, quadro. Ainda que nesta definição seja a premissa fundamental o

que mais uma vez se presentifica, nos parece possível ver também uma proximidade com relação ao discurso médico pelo tipo de preocupação que ela traz, preocupação essa que remete ao modelo "doença-cura", mais corrente na medicina. Esta definição não foge, contudo, à idéia básica de todas elas. É em virtude do psiquismo, em sua dimensão mais "verdadeira", estar sendo tratado, que a psicoterapia é considerada eficaz pelo psicoterapeutas. Para eles a psicoterapia oferece melhores prognósticos porque procura entender o significado inconsciente dos sintomas ao invés de apenas medicá-los. A psicoterapia trabalha com a "causa do sintoma", ela é um lugar para se entender o porquê dos sintomas. Analisando com mais cuidado essa forma de ver a psicoterapia que designamos como terceiro conjunto, percebemos que ela se aproxima do discurso médico não tanto por defender suas idéias mas sim por empregá-las numa contraposição "estratégica" ao que seria genuinamente psíquico e importante de ser abordado numa psicoterapia, que é o inconsciente. Ou seja, ao mesmo tempo em que vemos, nesse terceiro conjunto, a preocupação com questões pertencentes ao discurso médico, tais como "A psicoterapia é o tratamento que te dá o melhor prognóstico", vemos esses elementos do discurso médico serem desprezados em prol do que seria o objetivo último da psicoterapia, que seria trabalhar com o inconsciente, "marca registrada" do psiquismo humano.

É novamente a partir da premissa fundamental que fala que a psicoterapia é um tipo de tratamento que se dirige ao psiquismo humano e portanto ao inconsciente, que vemos se constituir o quarto conjunto de idéias sobre o que é psicoterapia. Nesta forma de ver a questão, falam os psicoterapeutas que, após tomar contato com o que está reprimido, o paciente pode buscar outras formas de "expressar seus desejos" sem ser pelo sintoma. O contato do paciente com "conteúdos inconscientes reprimidos" lhe permite o acesso a outras vias de "saída" para o inconsciente, falam os psicoterapeutas. Nesse sentido, consideram que com o sucesso da psicoterapia ocorre uma aprendizagem, o paciente "aprende" novas formas de "expressar o seu desejo", formas essas que estariam mais próximas da "verdade do sujeito". Essa

aprendizagem propiciada pela psicoterapia teria duas dimensões: uma "interna" ao sujeito relativa ao seu "processo" de contato com o reprimido, e outra "externa", relativa ao novo discurso que a psicoterapia deixa como legado ao sujeito. Essa última acepção da aprendizagem que se dá na psicoterapia pode ser vista no depoimento seguinte:

- " De certa forma o tratamento é sempre assim, você tem um discurso e aprende outro. Por exemplo: 'eu estou passando mal porque não consigo subir em prédios altos porque sinto vertigem', e passa para 'eu estou mal porque não posso assumir meus desejos'".

Com relação à primeira acepção da aprendizagem que ocorre na psicoterapia falam os psicoterapeutas que através desse "processo" de desvelamento do sintoma o paciente toma contato com o que lhe é mais íntimo e a partir disso passa a ter uma maior autonomia sobre o que o seu psiquismo lhe impõe, passa a ser mais dono de si próprio. Portanto, além da aprendizagem, a psicoterapia propicia aos sujeitos uma maior autonomia com relação à determinação psíquica do seu comportamento. Essa autonomia, por sua vez, é fruto do "processo de auto-conhecimento" permitido pela psicoterapia.

Tendo sido apresentado o que detectamos como os principais pontos levantados pelos psicoterapeutas acerca da psicoterapia, passemos a um pequeno esquema dos objetivos desse tratamento, conforme foram mencionados pelos psicoterapeutas nesses pontos. Portanto, para os entrevistados, a psicoterapia teria os seguintes objetivos:

- 1) Propiciar mudanças na "dinâmica interna" do paciente de forma a que ele possa
- 2) entender o significado dos seus sintomas. Tomando contato com esse saber o paciente pode
- 3) buscar novas formas de expressar seus "desejos" e ter assim
- 4) seus sintomas remitidos. Tendo seus sintomas eliminados
- 5) o paciente desfruta de um alívio do seu sofrimento, e conhecendo a "sua verdade", ele, o paciente,
- 6) pode ficar mais dono de si, mais

seguro e mais livre das suas injunções psíquicas. Essa segurança se reflete na possibilidade do paciente 7) realizar mudanças na sua pessoa (por exemplo, aparência) e mudanças nas suas relações com a família, amigos, trabalho, enfim, com seu meio.

A eficácia da psicoterapia, como falamos logo no início desse tópico, é definida pelos psicoterapeutas sempre em relação aos objetivos. Portanto, um tratamento é considerado eficaz ou bem sucedido na medida em que atende aos objetivos apresentados acima ou ao menos a parte deles, e de forma significativa. Na realidade, a principal medida de melhora usada pelos entrevistados é a percepção de mudanças "pessoais" no paciente. Por mudanças "pessoais" os entrevistados parecem querer se referir tanto a mudanças "internas", relativas ao psiquismo do sujeito, quanto a mudanças "externas" mais evidentes à observação, tal como podemos ver pelo uso de expressões como "conseguir se respeitar mais", ou "se sentir mais segura", ou ainda "ter resolvido algumas questões do Édipo".

Essa percepção da melhora, que os entrevistados têm dos seus pacientes, cujos tratamentos consideram bem sucedidos, vêm intimamente associada à percepção de que o paciente, a partir de sua mudança pessoal, pode agora lidar melhor com sua família, com o outro em geral, com o seu trabalho e com situações de vida complicadas. Para os entrevistados, essa mudança da relação do paciente com o outro, com a sua vida, é também vista como um sinal de melhora do paciente e, conseqüentemente, de eficácia do tratamento, mesmo que o psicoterapeuta não fale explicitamente em melhoras "pessoais". Quando o psicoterapeuta não menciona a mudança pessoal do paciente para apontar o bom resultado de um tratamento e apenas fala na mudança de atitude deste para com a sua vida, é porque ele pressupõe a ocorrência dessas mudanças pessoais no paciente. Vemos a seguir exemplos de situações em que o psicoterapeuta fala da melhora do paciente, apontando mudanças significativas na relação deste com o outro, com seu meio, com o trabalho:

- " As pessoas puderam lidar melhor com situações de relacionamento familiar...lidar com dificuldades grandes como o desemprego do marido...As pessoas ficaram mais inteiras, mais íntegras para lidar com as coisas..."

- "...pode reivindicar mais junto à família, para fazer suas coisas, seus programas..."

- "(o paciente está se fazendo) ser respeitado pelos outros..."

- " Já está assumindo mais sua própria vida...Já tem uma música na Globo..."

Um outro ponto que os entrevistados parecem eleger como indicativo de melhora do paciente e, conseqüentemente, de sucesso do tratamento, é a mudança de atitude do paciente com relação à sexualidade, quer num sentido "objetivo" quer num sentido "subjetivo", ou seja, quer essa mudança seja observável no comportamento sexual manifesto do paciente ("Ela passou a solicitar sexualmente o marido"), quer ela se refira à dinâmica interna da "identidade sexual" do sujeito e a sua conseqüente competência para lidar com situações de relacionamento sexual.

Um outro elemento que os psicoterapeutas utilizam como parâmetro para definir o sucesso de um tratamento é a eliminação dos sintomas e o acesso, por parte do paciente, ao conhecimento dos conteúdos inconscientes a eles ligados. Portanto, mais uma vez, a medida de avaliação dos resultados de um tratamento remetem aos objetivos que os psicoterapeutas pensam ser básicos num trabalho como esse.

E por fim, um outro índice estabelecido pelos psicoterapeutas para avaliar os resultados de um tratamento psicoterapêutico é a possibilidade

de do paciente se expressar de outras formas que não somatizando, e a aprendizagem por parte deste, de uma outra forma de falar sobre seus conflitos.

Portanto todas as situações, mudanças e manifestações consideradas, pelos entrevistados, como indicativas de sucesso do tratamento são estritamente ligadas ao que definem como sendo as metas da psicoterapia. De forma análoga, todos os parâmetros utilizados pelos psicoterapeutas para avaliar um tratamento como mal sucedido remetem também ao que pensam ser os objetivos da psicoterapia, só que nesses casos os entrevistados não detectam nenhum sinal de que os objetivos tenham sido atingidos. Com relação a essa lógica houve exceções: os entrevistados falaram de situações em que o tratamento fracassou por não ter nem chegado a se realizar e de situações em que houve uma melhora do paciente que depois se "estagnou".

Parece-me ser possível ver nessas exceções um começo para a discussão dos limites da psicoterapia, pois com relação às outras situações de fracasso do tratamento, os motivos são facilmente atribuídos, pelos psicoterapeutas, a fatores outros que não o tratamento, quer sejam eles as características pessoais do paciente, à dinâmica familiar a que ele está preso, o estágio de "cronificação" em que se encontra, os limites impostos pela instituição, ou ainda, as condições de vida "stressantes" a que o paciente se acha submetido.

O abandono e a estagnação do tratamento são portanto as duas situações que levam os psicoterapeutas a questionarem o seu instrumento de trabalho. Também tentam explicá-los pelos fatores apontados anteriormente, ou seja, pelas características individuais do paciente, pelas circunstâncias institucionais e pelas dificuldades sociais. Mas estes parecem não ser suficientes; os psicoterapeutas voltam para si próprios, dirigem sua atenção para o seu próprio instrumento. Questionam o alcance do seu trabalho de psicoterapeutas e se perguntam sobre a aplicabilidade dessa técnica de tratamento com pessoas em que vêem que ela não surte efeitos. Atribuem essa falta de

ressonância à existência de diferenças culturais entre a clientela e o aparato teórico que utilizam e a possíveis diferentes formulações de desejos, diferenças essas que consideram intransponíveis pela abordagem psicoterápica, pelo menos no seu atual estágio de desenvolvimento teórico. Falam também que talvez se deva reconhecer que a Psicanálise e a técnica psicoterapêutica não sabem o suficiente sobre a psicose para abordá-la de forma adequada e eficiente, isso no caso de pacientes com tal quadro clínico.

Toda a certeza e convicção com que os entrevistados falam sobre a eficácia da psicoterapia não os impede de verem limites no seu alcance, e de se envolverem em uma série de questionamentos sobre essa forma de trabalho, sobre as implicações dela estar sendo feita numa instituição, e sobre o dado de estarem lidando com uma clientela diferente da que lidam em seus consultórios, a qual, de uma forma ou de outra, é tomada como referência para o entendimento desse tipo de tratamento. Esses questionamentos serão vistos com maior profundidade no próximo tópico.

3.3 - Como os profissionais problematizam o atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares

O presente capítulo se distingue do anterior por tratar basicamente do que é problemático, do que é duvidoso, no trabalho psicoterápico que os entrevistados fazem. Portanto, após o levantamento de um verdadeiro "ideário" sobre a importância e eficácia de um trabalho como a psicoterapia, como vimos no tópico anterior, iremos agora nos enveredar por caminhos não mais tão seguros. Por certo que os entrevistados apresentam convicções, "ideologias" e mesmo propostas mais sistemáticas de se lidar com os problemas que existem na questão do atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares - teremos agora a oportunidade de conhecê-las - contudo, é digno de se registrar que não é só de certezas e convicções de sucesso que são feitas as reflexões dos psicoterapeutas sobre o seu trabalho.

Como vimos no capítulo anterior, a discussão que os psicoterapeutas fazem sobre o que é psicoterapia e qual a sua eficácia os leva também ao reconhecimento de limites no alcance dessa proposta de trabalho. Ao refletir sobre eles, pode-se dizer que os psicoterapeutas centram o foco em dois fatores principais. Chamaremos a estes fator instituição e fator especificidade da demanda, que trataremos detalhadamente mais adiante.

De um modo geral, os psicoterapeutas são unânimes em dizer que um trabalho de psicoterapia em instituição é necessariamente limitado, e na medida em que as pessoas dos setores populares recorrem preponderantemente ao serviço destas instituições públicas ou conveniadas, um trabalho de psicoterapia com elas também é quase sempre limitado. Com relação ao segundo fator apontado, falam os psicoterapeutas que a demanda dessa população é, em muitos pontos, diferente da existente entre a clientela corrente dos consultórios particulares. Os entrevistados pensam sobre essa questão da demanda ser diferente, apontam os elementos pelos quais ela se distingue, tecem considerações sobre que repercussões essa diferença de demanda tem sobre

sua forma de trabalhar e refletem sobre o alcance do seu instrumento de trabalho em relação a essas pessoas dos setores populares, dadas as diferenças e semelhanças da sua demanda em relação à da clientela particular. Toda essa discussão sobre o fator "instituição" e o fator "demanda" empreendida pelos entrevistados, é concluída por uma retomada da discussão sobre as políticas de saúde que apresentamos logo no início do tópico sobre o fator "instituição", uma vez que diante de todas as complicações com que se deparam, os terapeutas tentam apresentar soluções a nível de propostas de trabalho em psicoterapia mais ou menos sistematizadas, abarcando a especificidade de ser com pessoas dos setores populares e numa instituição psiquiátrica pública.

3.3.1 - Do fator "Instituição"

Vejam agora com mais detalhes a questão do fator instituição - de que elementos ele é composto, como eles se articulam com a prática psicoterápica, qual o nível de complicação que os entrevistados delegam a tais elementos.

Para os entrevistados, a realidade de estarem trabalhando numa instituição psiquiátrica e pública lhes traz uma série de limites e parâmetros de funcionamento por um lado, e por outro, é dependente de outras tantas injunções a nível das políticas de saúde dos órgãos aos quais se vincula. Além disso, falam os entrevistados, existe toda uma lógica no funcionamento da rede de saúde pública e conveniada, sedimentada ao longo de anos, e por vezes autônoma às políticas de saúde e às filosofias propagadas pelos órgãos governamentais, com a qual têm que lidar por estarem trabalhando numa instituição que faz parte dessa rede. Essa lógica, por sua vez, é alimentada por 1) um circuito de interesses das clínicas conveniadas com os órgãos federais em absorver o máximo de recursos financeiros do Estado e 2) uma incapacidade deste de assumir integralmente sua responsabilidade sobre a saúde pública.

A conjunção desses dois elementos leva à configuração de uma realidade de atendimento ambulatorial marcada pela rapidez da consulta, pois quanto maior o número destas, mais a casa de saúde conveniada recebe do Governo. Essa situação teve uma modificação acentuada, na medida em que o INAMPS, atualmente, limita o pagamento a 4 consultas por hora (portanto cada atendimento tem a duração de 15 minutos em média). Muitos dos atuais clientes dos entrevistados, no entanto, foram atendidos pelo sistema anterior em que, às vezes, a cada paciente, cabiam apenas 5 minutos. Além do paciente ser atendido rapidamente, ele só volta a ser atendido uma segunda vez dali a algum tempo, pois como os ambulatórios estão sempre cheios, o profissional só pode remarcá-lo com um grande espaço de tempo. Falam os psicoterapeutas que, em geral, com essa limitação da duração e da frequência do atendimento, o profissional não tem condições de fazer um trabalho tão apurado quanto pretenderia e quase sempre acaba apenas medicando, e abusivamente. O paciente, por sua vez, acaba por não ser tratado, tendo a sua "doença" "cristalizada" por um tipo de tratamento que não lhe dá uma assistência devida. Segundo os psicoterapeutas, essa situação pode redundar numa cronificação do paciente, ou seja, ele continua apresentando o mesmo quadro clínico e só se mantém minimamente "bem" às custas de remédio. Sua família acaba por desacreditar da psicoterapia enquanto uma forma de tratamento, no que vê que o paciente não melhora, e decide, por fim, interná-lo em um dos seus momentos de crise subsequentes.

A cronificação é caracterizada, pois, pelos psicoterapeutas, pelo dado do paciente se achar dependente de um tratamento predominantemente medicamentoso, de pouca frequência, além de ter uma certa "cristalização" do seu quadro clínico. Além disso, segundo os entrevistados, também contribui para a cronificação, a dependência desses pacientes em relação ao benefício-saúde. Eles adoecem para sobreviver, dizem os entrevistados, pois não têm condições de fazerem de outra forma.

Os psicoterapeutas acham que essa estratégia de sobrevivência

adotada pelos pacientes que usufruem do benefício é muito difícil de ser desfeita, dadas as condições de vida massacrantes a que estes pacientes estão submetidos e a sua necessidade de sobreviverem de alguma forma. Segundo os entrevistados, para essas pessoas que vivem uma realidade "enlouquecedora" e que não conseguem arrumar alguma forma de sobreviver minimamente adequada, é quase que impossível não se envolver pela perspectiva de terem essa sobrevivência garantida fazendo apenas o que não lhes é nada difícil, isto é, adoecendo. Para os entrevistados, é muito difícil reverter esse mecanismo sobrevivência/doença adotado por essas pessoas, o que redonda muito frequentemente num fracasso dos seus tratamentos. Esse parece ser um dos principais motivos de não sucesso levantados pelos psicoterapeutas, tal como vemos no exemplo abaixo:

- " Os tratamentos mal sucedidos são daqueles pacientes muito pobres que entram no circuito do benefício, que têm um ganho terciário com a doença muito grande e que fica difícil reverter. Dependem daquele dinheiro pra viver."

Pode-se dizer que nessa situação da cronificação do paciente que sobrevive adoecendo existe, segundo o discurso dos entrevistados, tanto o aspecto das condições de vida e de trabalho miseráveis em que ele vive, como o aspecto de uma estrutura de atendimento em saúde pública não articulada com outras esferas também da responsabilidade do Estado, como a promoção de condições mínimas de trabalho para todos. O primeiro desses aspectos - as condições de vida da clientela - será tratado mais adiante quando falaremos sobre como os psicoterapeutas a caracterizam. Vejamos agora em que consiste o segundo aspecto, que é o que os psicoterapeutas pensam quando falam sobre uma política de saúde pública mais adequada.

De uma forma ou de outra, todos os psicoterapeutas atribuem ao Estado a responsabilidade sobre o atendimento e sobre a promoção de saúde da população. Consideram que a saúde é um direito de todo cidadão que

deve ser defendido por todos e, principalmente, pelos profissionais de saúde. Aceitam o princípio de que uma instituição pública deve atender a toda a população. Pensam que, para tanto, a instituição deve ter recursos humanos suficientes para absorver essa demanda. Criticam a proliferação de senfreada de convênios dos órgãos federais com clínicas privadas e principalmente a deturpação, por parte dessas, da filosofia de se prestar um atendimento de qualidade. Nesse sentido, defendem a reafirmação da responsabilidade do Estado pela saúde, através de uma melhoria dos serviços de suas instituições. Vêem que a saúde está ligada a uma série de fatores da vida das pessoas tais como trabalho, moradia, alimentação, etc. Podemos dizer que os entrevistados atribuem ao Estado, também, a responsabilidade sobre essas coisas, na medida em que consideram o benefício-saúde uma espécie de "tampa-buraco". Consideram que a gestão da saúde pública deveria estar mais articulada com outros setores da vida pública como condições de trabalho, moradia, para que fosse mais eficiente. Vêem, portanto, que a cronificação do paciente "pobre" se deve, em parte, a essa conjuntura político-social e institucional.

Continuando a apresentação de como os psicoterapeutas discutem o seu trabalho em relação a sua inserção numa instituição pública, gostariamos de falar sobre um outro ponto que levantam. Este ponto diz respeito à inserção trabalhista dos funcionários. Existe um descontentamento com as condições salariais por parte dos entrevistados. Vêem que esse aspecto é prejudicial ao seu trabalho pois além de terem que lidar com essas injunções institucionais mencionadas acima, ainda são desestimulados por uma remuneração baixa. Os entrevistados falam que da mesma forma que relacionam a doença de seus pacientes a suas condições de trabalho e de vida em geral, também é possível fazer essa associação com eles próprios, trabalhadores da saúde. Dizem então, que fica difícil fazer um bom trabalho, ter um bom desempenho, quando se ganha mal e as condições de vida em geral não lhe são favoráveis, conforme vemos no depoimento abaixo:

- "...Hoje em dia os próprios profissionais atendem de qual_uer jeito por desmotivação. Vejo como importante discutir situações des_{se} tipo, coisas como remuneração, força política, insalubridade... Se o país proporcionasse vidas mais dignas a coisa seria melhor. Da mesma forma que a gente vê como determinadas situações sociais adoecem as pessoas, a gente tem que ver o lado da gente."

Essa citação nos remete ainda a outras "reclamações" dos en_trevistados quando falam das condições de trabalho insatisfatórias, das ins_talações físicas precárias e da insalubridade. Aham que essas condições interferem tanto ao nível da motivação dos terapeutas para realizar tal trabalho como a nível técnico, na configuração do "setting" psicoterápico. Esse segundo aspecto das conseqüências das instalações precárias em ques_tões de alçada "técnica" será visto com mais detalhes adiante.

Os entrevistados também falam do espaço da instituição pelo aspecto que poderíamos chamar de simbólico. Aham que é problemático o hos_pital se localizar num manicômio com cerca de 2.600 pacientes crônicos, in_ternados, com a aparência, em sua grande maioria, de miseráveis indigentes, carregando o estigma de loucos. Aham que essa situação cria uma dificulda_de, ou antes, confere uma identidade espacial ao lugar onde realizam os seus tratamentos que deve ser levada em conta no entendimento destes e, até, das dificuldades por que passa. Como mostra um entrevistado, muitas pes_soas chegam a desistir de se tratarem neste hospital ao saberem que terão que passar pela colônia para lá chegarem.

A distinção entre espaço físico e espaço simbólico serve ainda para nos orientar na observação do que os terapeutas consideram que seja a interferência do espaço institucional sobre a "técnica" do tratamento psi_coterápico, sobre a qual falaremos agora. A princípio, a discussão da técni_ca é sempre feita por comparação aos atendimentos em seus consultórios parti_culares; essa comparação pode se dar de duas modalidades que têm implicações

bem distintas acerca da visão que os psicoterapeutas têm do trabalho na instituição. A primeira modalidade consiste em ver o trabalho de consultório como ideal por estar mais próximo de preencher todos os requisitos necessários para o estabelecimento de um "setting" psicoterápico. Para essa modalidade, então, um trabalho de psicoterapia em instituição deixa sempre a desejar em relação ao trabalho de consultório, por esta trazer uma série de variáveis e situações extraordinárias ao "setting" psicoterápico "propriamente dito", criando alguns impasses para os psicoterapeutas, que acabam tendo que fazer algumas adaptações, ou mesmo se submeter a elas (quando elas são impostas pela instituição). Vejamos quais são essas variáveis e situações extraordinárias impostas pela instituição e que adaptações os psicoterapeutas têm que fazer.

Segundo os entrevistados, uma primeira excepcionalidade criada pela instituição para a situação terapêutica, reside no fato da instituição estar sujeita a uma série de acontecimentos e mesmo acidentes cotidianos que "atravessam" também o espaço terapêutico, tais como obras, greve, etc. O hospital, por exemplo, pode precisar sofrer uma obra de conservação que é deliberada com muito mais autonomia em relação ao espaço terapêutico do que no consultório. Segundo os entrevistados, um psicoterapeuta pode decidir reformar o seu consultório também, evidentemente, mas quando o faz, procura trabalhar esse evento com os seus pacientes, notificando-os, procurando poupá-los dos transtornos que uma obra implica e coisas do gênero. Na instituição, essa modificação do "setting" provocada por uma obra tem muitos menos chances de ser trabalhada com o paciente, na medida em que a sua deliberação muitas vezes escapa ao controle do psicoterapeuta.

Um outro ponto extraordinário que os psicoterapeutas consideram é a questão da instituição oferecer muito mais elementos de referência para o paciente "significar" o seu tratamento, elementos esses que muitas vezes são avessos ao que foi contratado com o paciente como sendo um tratamento psicoterapêutico. Segundo os entrevistados, o hospital congrega di

versos espaços funcionais e, da mesma forma que o fato do hospital estar inserido num manicômio confere uma identidade ao hospital, muitas vezes repudiada pelo paciente, o hospital também proporciona uma identidade ou identidades a um tratamento psicoterápico. Essa(s) identidade(s) podem deixar o paciente confuso quanto ao modo como apreende o seu tratamento. Os entrevistados dão o exemplo do paciente que vai fazer a sua psicoterapia e que na sala de espera ouve gritos de outros pacientes internos. Falam também de pacientes que fazem psicoterapia consigo e que já foram internados, tendo más recordações desse período em que viveram na mesma instituição em que atualmente fazem psicoterapia.

Ainda dentro dessa forma de ver a instituição como interferindo negativamente no processo terapêutico, os psicoterapeutas falam da questão da instituição adotar medidas "objetivas", ou seja, que obedecem às suas normas e parâmetros de funcionamento, avessos à lógica de um tratamento psicoterápico, em relação aos comportamentos "subjetivos" dos pacientes, ou seja, atitudes que esses tomam a partir de emoções e sentimentos suscitados em seus tratamentos, que deveriam ficar apenas sujeitos à forma de compreensão e abordagem adotada na psicoterapia. Segundo os psicoterapeutas, essas atitudes "subjetivas" adotadas pelos pacientes deveriam ser "interpretadas" isto é, deveriam ser entendidas à luz do processo terapêutico e não tomadas como um acontecimento da ordem dos vários que se dão no cotidiano da instituição. Reconhecem, no entanto, que esse procedimento obedece a um ideal, ao ideal da situação do consultório que se configura como um espaço funcional dirigido apenas para a psicoterapia. Frisam, contudo, que consideram pernicioso ao tratamento terapêutico, o dado da instituição tomar uma atitude com relação a um paciente baseada unicamente nos seus princípios de funcionamento. Vêem, também, que o que permite que uma situação como essa ocorra é uma outra, considerada nociva ao desenvolvimento regular de um tratamento psicoterápico, que é a da possibilidade do paciente "deslocar" uma problemática do seu tratamento para a instituição, que se por um lado é um espaço contíguo ao do tratamento, por outro lhe é bastante avesso por estar sujeito às

tais normas e parâmetros de funcionamento acima referidas. Como exemplo citam o caso de uma paciente que era bastante aversiva a qualquer forma de abordagem psicoterápica em decorrência da sua problemática individual e que manifestava essa sua hostilidade em relação aos funcionários da triagem, a cada vez que ia ao hospital se consultar. Esses funcionários, por sua vez, passaram a hostilizá-la também, na medida inclusive em que ela atrapalhava o trabalho deles. Segundo os psicoterapeutas, essa paciente teve dificuldade de aceitar uma abordagem psicoterápica por se sentir rechaçada pela instituição que era o local onde se tratava.

Outro limite imposto pela instituição que os psicoterapeutas consideram problemático para o tratamento psicoterápico, do ponto de vista técnico, é a exigência de que a consulta individual dure 30 minutos e a consulta em grupo dure 1 hora e 30 minutos. Além disso, como o afluxo de pessoas que chegam à instituição é grande, os psicoterapeutas acabam por ter que atender cada paciente apenas uma vez por semana. Acha os entrevistados que 30 minutos é pouco tempo para se fazer uma consulta, ainda mais que, na prática, esse teto é reduzido para 25 ou 20 minutos, pois o profissional desconta algum tempo de consulta para preencher os prontuários. O mesmo fala com relação às consultas em grupo. Consideram os terapeutas que esse limite de tempo restringe o alcance de uma proposta de trabalho como a psicoterapia, que demanda encontros mais duradouros e frequentes. Chega-se mesmo a dizer que o que é feito não é psicoterapia a não ser que por psicoterapia se entenda "aquele bate-papo amigo". De qualquer forma, chamando ou não o que fazem de psicoterapia, os entrevistados são unânimes em afirmar que essa condição dada pela instituição os obriga a fazer adaptações na sua técnica, tanto em relação à forma como abordam o paciente, quanto a problemática que ele traz para a consulta. Veremos mais adiante que novos procedimentos são esses que os psicoterapeutas têm que fazer em função desse limite de tempo, no tópico em que falaremos sobre que propostas os psicoterapeutas apresentam diante das conseqüências provocadas pelos fatores "instituição" e "especificidade da demanda".

Ainda com relação aos limites impostos pela instituição ao atendimento, os psicoterapeutas falam da interferência negativa da instituição na técnica psicoterápica, decorrente da determinação de que as entrevistas de triagem ao ambulatório infantil sejam feitas em conjunto, ou seja, que crianças e seus pais sejam entrevistados juntos, num período de 30 minutos. Falam os entrevistados que essa deliberação da instituição prejudica a eficácia da entrevista de triagem enquanto um instrumento de avaliação.

Seguindo ainda essa perspectiva que considera a instituição como um fator que traz consequências prejudiciais ao trabalho psicoterápico, falam os psicoterapeutas que o não pagamento do tratamento é mais uma questão que pode ser problemática para o "setting" psicoterápico. Como o hospital é vinculado ao Ministério da Saúde, todo o atendimento é gratuito, inclusive a psicoterapia. Aham os entrevistados que com a exclusão do pagamento se perde um instrumento de trabalho, um recurso da técnica psicoterápica, deslocando-se o foco da relação terapeuta-paciente para o Estado, que é então, quem paga o tratamento.

Uma última questão levantada pelos psicoterapeutas acerca das restrições que a instituição impõe ao empreendimento tecnicamente correto de um trabalho psicoterápico é a desintegração entre as equipes de trabalho, entre os profissionais. Evidentemente que a desintegração entre os profissionais não é um fator colocado pela instituição da mesma forma que a determinação de que a consulta dure 30 minutos. O que os psicoterapeutas alegam é que, por se estar trabalhando numa instituição, o profissional está sujeito ao trabalho de outros profissionais de outros setores até porque os serviços são distribuídos e deveriam ser interligados. Por exemplo, quando um psicoterapeuta do ambulatório infantil recebe uma criança para tratá-la, ela já passou pelo serviço de triagem e de avaliação, que devem fazer um trabalho integrado. Esse trabalho conjunto muitas vezes não acontece por uma série de motivos: competição entre os profissionais que apresentam diferentes perspectivas de trabalho com psicoterapia e em instituição; falta de motivação

dos profissionais dadas as más condições de trabalho e o salário pouco compensador; falta de preocupação de alguns profissionais em fazer um trabalho realmente de qualidade; dificuldade de assimilar uma proposta de trabalho realmente inovadora; incoerência da instituição na consecução dos seus projetos, etc.

Para os psicoterapeutas essa desintegração interfere na garantia de qualidade dos seus trabalhos, do ponto de vista técnico. Por exemplo, um psicoterapeuta relatou um caso de um paciente seu que abandonou o tratamento e que voltou a procurar a instituição e estava se tratando lá novamente. Criticou o fato de não ter sido procurado para ser consultado a respeito do tratamento interrompido que o tal paciente havia feito com ele. Acha que quando um profissional recebe um paciente que já fez um tratamento da mesma natureza e o abandonou, deve procurar investigar o que aconteceu com tal paciente ao invés de passar a atendê-lo prontamente. Os psicoterapeutas exemplificam também com situações em que a triagem repete uma mesma indicação para um paciente que, a despeito de já ter recebido a primeira indicação para outra instituição, retorna ao hospital pedindo para ser tratado lá. Alegam os psicoterapeutas que se os profissionais da triagem fizessem um trabalho em conjunto, poder-se-ia, num caso desses, dar um acompanhamento mais adequado à situação, pois o profissional poderia dispor dos dados apreendidos pelo outro profissional na outra entrevista e ter melhores condições de entender "psicodinamicamente" o que estaria acontecendo com aquele paciente.

Aqui se encerra a nossa apresentação de que questões técnicas os psicoterapeutas atribuem à inserção do seu trabalho numa instituição, tendo em vista a comparação que fazem da psicoterapia em instituição com a psicoterapia em consultório, em que essa última é tomada como modelo.

A partir da segunda modalidade de comparação entre a psicoterapia em instituição e a psicoterapia em consultório particular, podemos ver

suscitadas questões técnicas muito diversas. Essa segunda modalidade consiste em ver a psicoterapia em instituição como um campo de trabalho específico, que se diferencia do campo de trabalho no consultório que não é tomado como "pior" nem "melhor". Essa forma de ver o trabalho em instituição indica que a instituição tem uma série de características que devem ser levadas em conta na elaboração de um projeto de trabalho em seu interior. Um ponto básico para a compreensão da instituição, falam os psicoterapeutas, é ter claro que ela está baseada no "equivoco", ou seja, o hospital, enquanto uma instituição de saúde, pretende ser o local da cura, pretende devolver a sanidade às pessoas que o procuram, quando na verdade é ele que produz essa demanda, é o hospital psiquiátrico que produz o doente mental. Segundo os psicoterapeutas, o hospital é um local de produção da "verdade da loucura", através das suas práticas diárias de observação, controle e classificação, e é a partir desse saber, que ele postula uma demanda por tratamento, que atribui às pessoas que lhe chegam e que já são entendidas dentro do contexto desse saber fabricado sobre a loucura. Para os entrevistados, os saberes em geral produzem os seus "objetos de conhecimento". Achan que desconhecer essa questão de que a instituição é que produz a sua demanda é problemático, pois aí o profissional ocupa um papel de reprodutor da ordem estabelecida. Esse risco do profissional ser aprisionado pelo discurso da instituição de saúde, de que ela vai devolver a saúde ao doente, não é exclusivo do profissional que trabalha em instituição, pois esse mecanismo que os psicoterapeutas chamam de "engodo da instituição" também acontece com o psicoterapeuta que só trabalha em consultório particular, na medida em que o saber que ele utiliza repete esse discurso da instituição de que vai suprir o que "falta" ao doente.

Com relação ao "engodo da instituição" e à produção de demanda feita por ela, os psicoterapeutas propõem algumas estratégias que serão vistas mais adiante, quando tratarmos das propostas que os entrevistados apresentam, tendo em vista as complicações criadas pelos fatores "instituição" e "especificidade da demanda".

Ainda dentro dessa modalidade que vê o trabalho em instituição como tendo sua especificidade, os psicoterapeutas falam que a instituição faz parte do processo terapêutico. Consideram a instituição como um terceiro elemento da relação paciente/terapeuta, frente ao qual o paciente deposita suas expectativas e demandas, da mesma forma que faz com o psicoterapeuta; ou seja, o paciente "transfere" para a instituição como "transfere" para o terapeuta. Os entrevistados falam então que o "setting" psicoterápico em instituição é diferente do de um tratamento em consultório, pois ele inclui a instituição também. Exemplificam essa configuração diferente do "setting" psicoterapêutico em instituição, falando de como é comum os pacientes esperarem que a instituição atenda a todos os seus pedidos, os proteja e os salvaguarde como se eles fossem seus filhos. Dizem que esse dado deve ser entendido como uma "transferência" do mesmo tipo de que fazem com eles, terapeutas, e que se deve trabalhá-la da mesma forma que trabalham com uma "transferência" em relação ao terapeuta, ou seja, deve-se interpretá-la.

Com relação à determinação imposta pela instituição de que os atendimentos durem 30 minutos, os psicoterapeutas lembram que essa determinação foi uma conquista obtida pelos profissionais de saúde, quando da criação do hospital. Consideram que esse teto de 30 minutos por atendimento significa um avanço em relação à maioria das casas de saúde privadas, conveniadas e mesmo do INAMPS. Vêem que é um avanço em termos de serviço e uma conquista para os profissionais porque, com esse teto, o profissional pode limitar o número de pacientes que atende numa jornada de trabalho e tem condições de fazer um trabalho de melhor qualidade do que se tivesse de atender indefinidamente todas as pessoas que buscam o serviço, tal como quase sempre acontece em outras casas de saúde. Vejamos como essa questão é colocada no exemplo abaixo:

- " Em 79 trabalhei numa clínica do INAMPS onde tinha um colega meu que já trabalhava lá e que o pessoal não gostava dele porque achavam que ele era muito vagaroso. No dia em que eu trabalhei lá, eu vi que ele

era rapidíssimo perto de mim!..(o psicoterapeuta fala sobre a obrigação do profissional atender o maior número de pacientes possível às custas da qualidade do serviço) .

E por fim, ainda dentro dessa forma de ver o trabalho em instituição como tendo uma realidade própria, determinando uma abordagem técnica específica, falam os psicoterapeutas sobre a questão do não pagamento dos tratamentos. Consideram que a gratuidade não acarreta nenhum problema especial para a psicoterapia, na medida em que é feito um contrato de trabalho com o paciente da mesma forma que no tratamento pago do consultório particular. Pensam os psicoterapeutas que essa idéia de que o pagamento é uma peça fundamental do tratamento é fruto de uma perspectiva privatista da psicoterapia que defende que ela seja privada. Alegam que a questão do pagamento diz respeito aos interesses do profissional e não aos do tratamento como comumente é colocado.

Em outros momentos, reconhecem os psicoterapeutas que o pagamento é um instrumento da psicoterapia sim e que a gratuidade implica na sua perda. Mas pensam também que é possível se fazer um tratamento gratuito com todos os elementos que existem no trabalho do consultório particular, a partir do momento em que o trabalho "engrena", pois consideram que nesse caso é estabelecido um contrato e que é isso que importa.

Essas foram as principais questões levantadas pelos psicoterapeutas acerca da relação entre estarem realizando um trabalho psicoterápico numa instituição e a técnica de um empreendimento psicoterápico. No início desse tópico, havíamos visto questões mais gerais, também apresentadas pelos entrevistados, relativa às injunções de se estar trabalhando numa instituição psiquiátrica ligada à rede pública de saúde. A discussão aqui feita sobre essas duas ordens de questões, as mais gerais e as relativas à técnica psicoterápica, marcaram o presente tópico que tratou das reflexões feitas pelos psicoterapeutas sobre os limites impostos à realização de um trabalho

psicoterápico tendo em vista o fator "instituição".

3.3.2 - Do fator "Especificidade da Demanda"

Como foi falado no início desse capítulo, a discussão empreendida pelos psicoterapeutas sobre os limites impostos a um trabalho de psicoterapia realizado numa instituição psiquiátrica e pública centra-se também sobre um segundo foco que designamos "especificidade da demanda". Vejamos agora de que elementos é composta a discussão sobre esse fator, qual o nível de problematização e preocupação dos argumentos levantados pelos entrevistados.

Ao falarem da clientela que atendem na instituição, os psicoterapeutas são unânimes em afirmar que ela em muito se distingue da que comumente freqüenta os consultórios particulares. Dizem os entrevistados que essa clientela, composta na sua maioria por pessoas provenientes dos setores populares, se caracteriza basicamente por estar sujeita a condições de vida bastante insatisfatórias, onde a violência, a miséria e opressão sociais se lhe apresentam cotidianamente, em vários setores da sua vida. Segundo os entrevistados, é bastante comum receber como pacientes pessoas subnutridas, vivendo situações "stressantes" há algum tempo. Falam eles que são pessoas que se encontram sem o mínimo necessário para uma vida digna, carentes das coisas mais básicas para a sobrevivência, tais como alimentação, moradia "decente", trabalho.

Segundo os psicoterapeutas, quando essas pessoas dos setores populares chegam a eles, vão buscando uma "melhora" rápida, um pronto alívio para o seu sofrimento. Falam os psicoterapeutas que esse sofrimento normalmente vem associado a essas condições de vida nada favoráveis, apontadas acima. Vêem então que a princípio, a demanda dessa clientela se caracteriza pelo desejo de obtenção de respostas imediatas para os seus problemas. Estes, por sua vez, referem-se principalmente a distúrbios somáticos, ou seja, se-

Segundo os psicoterapeutas, essa clientela da instituição queixa-se basicamente de sintomas e procuram um tratamento psicoterápico para se curar, ou antes, para terem seus sintomas extintos. Dizem os entrevistados que, muitas vezes, o paciente abandona o tratamento quando os seus sintomas e o sofrimento subsequente acabam.

Segundo os psicoterapeutas, os pacientes também buscam tratamento por estarem vivendo situações existenciais problemáticas e mesmo por estarem sofrendo psiquicamente, só que quando isso acontece é porque tais situações ou sofrimentos atingiram um nível quase insuportável. Portanto, dizem os psicoterapeutas, quer a queixa dessa clientela recaia sobre distúrbios somáticos, quer recaia sobre situações de vida complicadas ou sobre um sofrimento propriamente psíquico, a verdade é que todas elas falam de um sofrimento bastante intenso que os pacientes sentem como intolerável e demandam soluções imediatas. Falam os psicoterapeutas que a demanda dessa clientela clama por resoluções de problemas urgentes do tipo "meu pai me bate" ou "meu marido me espanca" ou "meu filho me rouba". Esses pacientes não procuram o serviço para resolver questões como "eu quero me conhecer".

Dizem os entrevistados que uma vez chegando a um serviço de psicoterapia com essas queixas descritas acima, os pacientes pedem explicitamente por medicação, licença médica ou benefício-saúde; essas são as principais formas pelas quais os pacientes vêem que sua demanda por respostas rápidas será atendida, afirmam os psicoterapeutas.

Segundo os psicoterapeutas, é possível relacionar essas demandas e os pedidos com que os pacientes chegam a um serviço de psicoterapia, principalmente o que se refere ao benefício-saúde, às características da clientela.

Explicitam os psicoterapeutas que dadas as condições de vida extremamente desfavoráveis a que essa população se acha submetida, onde uma

grande maioria é sub-empregada ou desempregada, a questão da sobrevivência depender vitalmente do trabalho é uma tônica. Quando essas pessoas adoecem, afirmam os psicoterapeutas, sua maior preocupação é com o retorno ao trabalho pois dependem unicamente dele para sobreviver. Acha os psicoterapeutas que é em virtude desse tal quadro que os pacientes demandam um tratamento que traga resultados a curto prazo e que solicitem o auxílio do benefício - saúde, que em muitas situações passa a ser a única forma de sobrevivência encontrada por essa clientela.

Dizem os entrevistados que também é possível relacionar a demanda e os pedidos predominantes dessa clientela com a questão deles terem uma outra concepção de saúde e doença. Ou seja, para os psicoterapeutas, essa clientela que chega à instituição demandando um tratamento com resultados rápidos e pedindo medicação e benefício-saúde, tem uma visão de doença e saúde próprias, diferente da comumente utilizada pela clientela dos consultórios particulares. Dizem os entrevistados que essa visão da clientela com posta por pessoas dos setores populares é congruente com a sua demanda e suas queixas.

Segundo os psicoterapeutas, os pacientes dos setores populares associam saúde com a possibilidade/capacidade de trabalhar e por conseguinte se consideram doentes quando estão incapacitados de trabalhar. Falam de como, então, é importante para essa clientela um restabelecimento rápido de sua saúde, ou, mais precisamente, de sua capacidade laborativa.

Falam também os psicoterapeutas que da mesma forma que essa clientela abandona o tratamento quando seus sintomas acabam, ela nem busca tratamento se o seu sintoma não a impede de trabalhar. Quer dizer, segundo os entrevistados, esses pacientes, em sua maioria, só buscam tratamento quando sofrem de algum "mal" que os aflige fisicamente, portanto visivelmente, e que além disso os impossibilita para o trabalho. "O trabalhador não procura o médico se seu sintoma não o impede de trabalhar". Dizem que esse tipo

de busca por tratamento é nitidamente perceptível na triagem. Esses pacientes abandonam o tratamento quando vêem que o "mal" sumiu e que podem então voltar ao trabalho; portanto, pensam os entrevistados, que a medida de melhora para essa clientela é dada pela sua capacidade de poder retornar ao trabalho.

Ao falarem da existência de formas próprias dessa clientela pensar o que é doença, os psicoterapeutas vão mais adiante e detectam, junto a essas pessoas, todo um modo de pensar sua vida e de valorar, que se estrutura numa hierarquia também própria. Um primeiro elemento que os psicoterapeutas apontam como pertencendo a essa forma própria de ver as coisas, da clientela de baixa renda, é a passividade. Dizem os entrevistados que essas pessoas dos setores populares vêem tudo o que as rodeia com uma postura bastante passiva, de não questionamento; a realidade é aceita como um dado irreversível em relação ao qual manifestam inclusive uma certa deferência. Pode-se dizer que, para os entrevistados, essa passividade constitui o solo sobre o qual os outros elementos da visão de mundo dessas pessoas se assentam.

Um segundo elemento apontado pelos psicoterapeutas como característico dessa hierarquia de valores própria de pessoas dos setores populares é a forma como vêem a sexualidade. Mais uma vez, acham os psicoterapeutas que subjacente a essa forma de encarar, está a passividade. Falam que o nível de questionamento das pessoas que vão ao hospital é muito baixo. Dificilmente as mulheres questionam a sexualidade, afirmam. Por exemplo, marido é aquele que coloca comida dentro de casa, "dificilmente se fala no prazer".

Ao falarem dessa passividade com relação à sexualidade, os psicoterapeutas apontam para a existência de uma "estrutura emocional" própria dessa clientela caracterizada por uma demarcação rígida de papéis. Segundo os psicoterapeutas, essas pessoas atribuem ao homem e à mulher, papéis

bastante estereotipados, excludentes entre si e visivelmente distinguíveis. Para os psicoterapeutas, a forma com que essa clientela distingue papéis masculinos de papéis femininos é diferente de como a classe média lida com a sexualidade. Apesar de considerarem que pessoas de classe média-alta têm preconceitos em relação à sexualidade, vêem que elas adotam uma atitude muito mais intelectualizada e ambígua frente à distinção de papéis entre os sexos, em contraste com a demarcação clara e excludente feita por pessoas dos setores populares.

Um outro ponto em relação ao qual os psicoterapeutas vêem a marca da passividade que parecem considerar estrutural na visão de mundo dessa clientela, é sua relação com o poder. Segundo os psicoterapeutas, essas pessoas não questionam o lugar de poder do médico, do terapeuta, do governante político, do patrão e assim por diante. Elas querem apenas que o poderoso lhes diga a verdade ou o que fazer, ou que lhes proteja. Segundo os entrevistados, essas pessoas são submissas ao poder, às instituições do Estado, às normas vigentes e ao "discurso hegemônico" e reproduzem essa submissão no tratamento, o que veremos com detalhes mais adiante.

Os psicoterapeutas consideram que essa postura da clientela de acatar o poder, também pode ser vista na sua apreensão da realidade social. Essas pessoas dificilmente criticam o Governo, afirmam os entrevistados. Segundo os psicoterapeutas essa visão acrítica que a clientela tem em relação à realidade fica patente na forma como ela fala e lida com a violência que cotidianamente lhe ameaça. Esclarecem os terapeutas que a violência que é presente na vida desses pacientes é da ordem do banditismo. Nesse sentido relatam situações do tipo da de um paciente que chegou atrasado porque tiveram tiros perto de sua casa, sendo que se ele não ficasse tomando conta dela, poderiam invadi-la.

Dizem os entrevistados que é bastante comum pessoas dos setores populares falarem de situações de violência com uma certa naturalidade,

como se tratassem de assuntos banais. Vêem, também, que essas pessoas muitas vezes tomam atitudes de evitação, de afastamento dessas situações violentas que assolam o seu cotidiano, sem procurar buscar ou mesmo pensar em alguma forma mais definitiva de resolvê-la, quer seja recorrendo às autoridades competentes, quer seja apelando ao Governo, por exemplo. Para os psicoterapeutas, essas saídas adotadas por pessoas dos setores populares para a violência, são uma forma de "defesa". Ao falarem da violência com naturalidade, essas pessoas estão evitando lidar com seus próprios medos e sofrimentos. Relatam, então, situações de pacientes que contam com uma naturalidade ao seu ver descabida, que o vizinho foi morto a facadas, por exemplo. Falam que numa situação dessas, essas pessoas estão nitidamente se "defendendo".

É quando essas mesmas pessoas não brincam o carnaval para não correrem o risco de serem machucadas ou mesmo mortas, para citar um exemplo dado pelos psicoterapeutas, elas estão também de alguma forma se "defendendo" da violência, concluem eles. Os entrevistados chamam a atenção para o dado de que todas essas formas de defesa adotadas por essas pessoas de baixa renda refletem sua passividade diante desta realidade violenta.

Falam os psicoterapeutas que é a partir dessa passividade "estrutural" da forma como pessoas dos setores populares vêem e se colocam no mundo, que elas buscam um serviço de psicoterapia. Quando essas pessoas buscam se tratar é porque se vêem acossadas pela "dureza" de suas vidas, afirmam os entrevistados. Segundo os psicoterapeutas, a procura dessas pessoas por um tratamento psicoterápico é fruto de um fracasso ou ao menos de uma incapacidade muito grande de lidar com as barreiras colocadas por uma realidade massacrante. Citam o exemplo que consideram típico, de pessoas que perderam a capacidade de se auto-valorizarem e que percorrem o itinerário do licenciado. Dizem que essa situação ocorre predominantemente com homens que são desvalorizados quase que totalmente. Eles não têm trabalho, a família marginaliza, os amigos abandonam. Dizem que é muito comum eles chegarem com a queixa de impotência sexual, brigas, ou de "passou a beber". O que existe

por detrás dessas queixas, afirmam os psicoterapeutas, é uma impotência geral e uma opressão de há muito tempo. Falam os entrevistados que a impotência dessas pessoas se reproduz na forma como elas procuram o serviço de psicoterapia, pelo que elas esperam de um tratamento como esse e pela forma como vêem a figura do terapeuta.

Segundo os psicoterapeutas, essa clientela, de um modo geral, tem uma expectativa de que o terapeuta resolva "ativamente" os seus problemas, seus sintomas, que tome a dianteira na resolução do seu sofrimento. Para os entrevistados, essas pessoas esperam que o terapeuta seja ativo respondendo "objetivamente" as suas dúvidas, orientando-as em suas vidas, medicando os seus sintomas. Os pacientes também vêem o terapeuta como aquela pessoa que vai decidir se eles continuam ou não no benefício; portanto, para esses pacientes, o terapeuta é que vai decidir sobre a sua sobrevivência, e quando este se despe desse papel, ficam desorientados.

Dizem os terapeutas que essa expectativa que os pacientes têm de que o terapeuta seja "ativo" em relação a eles, se traduz, ao nível da técnica, por esperarem respostas "objetivas" aos problemas que trazem para as sessões e por esperarem que o terapeuta assuma o controle da situação terapêutica. Falam os terapeutas que através desse tipo de expectativa, os pacientes reproduzem a sua "passividade" em relação ao poder. Dizem que os pacientes costumam ser muito deferentes diante do terapeuta, tomando a sua palavra como a verdade última sobre todas as coisas. Os psicoterapeutas citam, inclusive, exemplos de pacientes que lhes dizem "Deus no céu e o senhor na terra". Os entrevistados reconhecem, também, que essa atitude dos pacientes de acatarem solícitamente a palavra do terapeuta é fruto de um desejo de melhora e de cooperação. Açam que a expectativa que os pacientes têm de que o terapeuta resolva todos os seus problemas quase que magicamente, ou seja, sem muito esforço por parte de si próprios, pode ser entendida à luz do saber clínico, e nesse sentido pode ser detectada também entre os pacientes de consultório. Explicitam os terapeutas, que faz parte do processo terapêu

tico o paciente "depositar" no terapeuta um poder e um saber maior que o seu e esperar dele uma atitude "ativa" frente à sua demanda. Dizem que nesse evento o paciente está atribuindo ao terapeuta o papel dos seus pais que eram aquelas pessoas mais poderosas e que decidiam sobre suas vidas, e chamam esse fenômeno de "transferência". Essa transferência ocorre em qualquer situação terapêutica, quer seja a clientela composta por pessoas dos setores populares quer seja composta por pessoas das classes médias-altas. Existe uma diferença contudo, afirmam os entrevistados, que reside no dado desta temática da impotência ser mais pregnante, estar mais marcadamente presente entre as pessoas dos setores populares.

Concluem os psicoterapeutas que, quer estejam os pacientes atribuindo ao terapeuta o controle da situação da terapia, quer estejam os pacientes atribuindo ao terapeuta o poder decisório sobre suas vidas, quer estejam atribuindo as duas coisas, a psicoterapia é vista como esse espaço onde terão seus problemas, sintomas e sofrimentos resolvidos, mediante a atuação do profissional, que se baseia num saber que escapa ao controle ou à capacidade de compreensão por parte dos pacientes. Portanto, para os pacientes, a psicoterapia é mais um espaço que está fora do seu alcance e do qual dependem, da mesma forma que várias outras esferas de sua vida, afirmam os entrevistados.

Conforme foi dito logo no início dessa apresentação do que os psicoterapeutas consideram como sendo a hierarquia de valores própria dessa clientela de baixa renda, é postulada, pelos psicoterapeutas, a existência de uma "estrutura emocional" também própria dessa clientela e que é associada às suas condições de vida desfavoráveis e à presença marcante da violência em suas vidas. Além de uma demarcação nítida de papéis, sobre a qual já se falou, postulam os psicoterapeutas que essa "estrutura emocional" também se caracteriza pela existência de um código próprio dessa clientela de baixa renda. Esse código, por sua vez, se define por abranger temas específicos, congruentes com a sua realidade "externa" e "interna". Esses temas re

ferem-se basicamente a situações de violência de vida, de contrastes sociais, de "carência", de abandono. Pode-se dizer portanto, que a naturalidade com que esses pacientes relatam situações de violência é fruto não só de uma "passividade estrutural" como da existência de um código próprio que se caracteriza pela pregnância de temas dessa ordem. Ou seja, é possível afirmar que para os psicoterapeutas a "estrutura emocional" das pessoas dos setores populares se define por uma sintaxe própria, que poderíamos identificar na questão da passividade e da delimitação mais rígida de papéis, e por uma temática própria que cobriria assuntos relativos à realidade de vida opressiva vivida por essas pessoas.

Com relação à sintaxe, os psicoterapeutas acrescentam um outro dado que consideram básico na caracterização dessa "estrutura emocional" própria de pessoas dos setores populares que é a linguagem. Referem-se aqui à linguagem enquanto articuladora do pensamento e não apenas como expressiva ou enunciativa.

Afirmam que a "estrutura emocional" das pessoas é definida, dentre outras coisas, pela relação da linguagem com o pensamento. Explicam que a estrutura emocional de um sujeito adulto é formada ao longo da sua história, na qual têm papel fundamental as "identificações" durante a infância. Essas "identificações", por sua vez, se dão num contexto cultural onde a educação formal age conferindo um eixo, ao que os psicoterapeutas chamam de "jogo de identificações da infância", inserindo o sujeito humano na ordem simbólica. Portanto, para os psicoterapeutas, uma pessoa que tem menos acesso à educação formal dispõe de um instrumental simbólico menos eficiente para o "jogo de identificações da infância". Concluem que é possível falar que pessoas dos setores populares dispõem de menos recursos simbólicos para lidar com a realidade, por terem tido menor acesso à educação formal, ao longo de suas vidas.

Os psicoterapeutas se preocupam em distinguir o que estão

chamando de "recursos simbólicos" dos conteúdos aprendidos através da educação formal. Afirmam que o dado de um sujeito dispor desses recursos simbólicos não implica que ele faça o mesmo uso ou apresente o mesmo repertório de conduta lingüística que um outro sujeito que também disponha desses recursos simbólicos. Frisam que a relação entre ter acesso à educação formal e dispor de recursos simbólicos para lidar com a realidade não é mecânica, pois uma pessoa que não teve o mesmo acesso à educação formal que a grande maioria das pessoas dos setores médios pode dispor também de recursos simbólicos. Afirmam que a questão é saber qual é o parâmetro de educação formal necessária para um sujeito usufruir dos recursos simbólicos com os quais um tratamento psicoterapêutico lida, sem cair numa posição etnocêntrica de identificar esse parâmetro com a cultura dominante.

Ao fazerem tal afirmação os psicoterapeutas estão reconhecendo que a psicanálise e o instrumental técnico com que trabalham na psicoterapia lidam com um tipo de sujeito próprio que dispõe de uma capacidade específica de simbolização. E ao reconhecerem essa particularidade de sujeito da psicanálise, estão admitindo a possibilidade da inadequação ou da falta de ressonância dessa disciplina com determinadas pessoas que não atendem a esse modelo. Os psicoterapeutas não só admitem essa possibilidade como apontam situações objetivas em que percebem a ocorrência de um impasse entre as características pessoais da clientela e a capacidade de simbolização demandada por essa forma de trabalho. Relatam, então, diversas situações em que suas intervenções interpretativas surtem efeitos inesperados do ponto de vista da escuta psicanalítica, que fazem pensar numa real incapacidade desses pacientes entenderem o que está se passando no tratamento. Concretamente, falam os psicoterapeutas que esses impasses se caracterizam por silêncios mútuos ininteligíveis analiticamente, e que não é possível pensá-los unicamente como formas de "resistência" ou de "defesa", isto é, com categorias próprias ao saber que utilizam. Acreditam que o que ocorre seja antes um fenômeno de coexistência de formas paralelas de perceber uma dada realidade. Diante de tal impasse, os psicoterapeutas não chegam efetivamente a propor adapta

ções e/ou soluções, mas tecem algumas reflexões sobre os seus trabalhos e o distinguem dos seus trabalhos em consultório, em função dessa diferença de clientela, ainda que tais diferenças e mesmo adaptações que fazem no manejo da técnica não sejam saídas para o impasse que detectam. Veremos em seguida que adaptações são essas.

Basicamente são essas as questões levantadas pelos psicoterapeutas acerca do que designamos "especificidade da demanda". Com o encerramento desse tópico temos um apanhado dos principais pontos trazidos pelos entrevistados para a discussão sobre o atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares. Essa discussão não está, contudo, concluída. Veremos no próximo tópico quais são as principais propostas elaboradas pelos psicoterapeutas diante dos obstáculos que encontram, em virtude de estarem realizando um trabalho psicoterápico numa instituição psiquiátrica e pública e de estarem lidando com uma clientela que apresenta características específicas.

3.3.3 - Propostas apresentadas pelos psicoterapeutas diante das vicissitudes impostas pelas características próprias à realidade dos seus trabalhos:

Iremos por ora apresentar as propostas empreendidas pelos psicoterapeutas, dando início ao penúltimo tópico desse capítulo sobre como os profissionais problematizam o atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares.

De alguma forma já foram citadas, ao longo da discussão feita nos dois tópicos anteriores, algumas soluções/adaptações propostas pelos psicoterapeutas para as vicissitudes e impasses com que lidam no seu cotidiano de trabalho. Estas serão retomadas aqui por isso ser necessário para a explanação do que pretendemos ver neste tópico - as estratégias de trabalho construídas pelos psicoterapeutas em virtude das condições institucionais e da clientela, a que estão submetidos.

Uma primeira proposta de trabalho que podemos detectar nas críticas e problematizações feitas pelos psicoterapeutas ao seu trabalho envolve uma série de aspectos tratados na discussão da questão institucional. Essa proposta parece se configurar como a mais completa e mais ricamente estruturada, por englobar vários elementos levantados pelos psicoterapeutas acerca do seu trabalho e por ser explicitada enquanto uma proposta de trabalho embasada numa visão ideológica e teórica do atendimento psicoterápico em uma instituição psiquiátrica e pública. Segundo o depoimento dos psicoterapeutas, essa proposta de trabalho é sustentada por três pilares: a defesa e o fortalecimento do serviço público baseados no princípio de que o Estado tem o dever de promover a saúde; a barragem da cronificação asilar através da evitação das internações maciças e do fortalecimento do atendimento ambulatorial; a busca de um serviço ambulatorial de qualidade mediante o privilégio do tratamento psicoterápico sobre o tratamento medicamentoso.

Essa proposta de trabalho parte de uma visão crítica do sistema de saúde pública e conveniada, a qual foi apontada no início da discussão do fator "instituição". Tal como pode ser relido nessa parte deste trabalho, os psicoterapeutas acham que o Estado é responsável pela saúde pública e deve atender a toda a população. Para tanto defendem a criação e a manutenção de condições mínimas para que as instituições públicas ofereçam esse atendimento e de qualidade. Enquanto proposta de trabalho específica para a instituição em que atuam, defendem a luta pela garantia da continuidade desse serviço público e pela sua qualidade. Acreditam que esta última é atingida pela ênfase no atendimento ambulatorial, visando a redução do número de internações e conseqüentemente, evitando o afastamento do paciente do seu meio familiar e social e a sua submissão a condições mais extremas de tratamento. Pensam que esse fortalecimento do ambulatório se dá através da utilização da psicoterapia como recurso terapêutico principal, pois consideram ser esse o meio mais eficaz de se tratar o paciente adoecido mentalmente, sem cronificá-lo. Ou seja, para os psicoterapeutas, a questão não é apenas a da reforma do hospital psiquiátrico pela substituição da internação, e portan

to do tratamento curativo intensivo, pelo tratamento ambulatorial, de caráter mais preventivo no sentido em que através da intensificação desse tipo de tratamento, estar-se-ia evitando um agravamento da doença do paciente). Para os psicoterapeutas é importante que se ofereça à população um tratamento efetivo da doença mental e que não cronifique como o tratamento medicamentoso, quando feito de forma indiscriminada e maciça, tal como dizem acontecer na maioria das Casas de Saúde. Nesse sentido, sua proposta de trabalho para a instituição em que estão se completa com a eleição da psicoterapia como o recurso terapêutico básico no fortalecimento do ambulatório.

Com relação à possibilidade de diferentes modalidades de trabalho em psicoterapia, os psicoterapeutas propõem que esta seja breve, ou seja, que sejam feitos contratos de tratamento de duração limitada, e que seja em grupo. Propõem essa modalidade de psicoterapia porque acham que ela atende tanto às exigências de uma técnica de tratamento psicoterápico que consideram eficiente, quanto à necessidade de se prestar atendimento a uma clientela numerosa. Ou seja, segundo os psicoterapeutas, essa modalidade de tratamento preenche dois requisitos que consideram básicos para o trabalho que fazem em instituição, que são: a importância de se fazer um atendimento de qualidade e a necessidade de se atender em larga escala, uma vez que pertencem a uma instituição pública.

Com relação ao aspecto técnico dessa proposta de trabalho, falam os psicoterapeutas que ela também é a mais adequada por ser mais congruente com as características da clientela em questão. O trabalho psicoterápico com um contrato de tempo determinado vem mais ao encontro da demanda, dessa clientela, por resultados rápidos. Evidentemente, acrescentam os terapeutas, que o seu trabalho, como qualquer modalidade de psicoterapia, não visa pura e simplesmente a atender a demanda manifesta dos pacientes. Reconhecem no entanto que as pessoas têm expectativas diferentes que podem ser respondidas sem danos para a eficácia do trabalho psicoterapêutico. Afirmam que esse é o caso da proposta de psicoterapia breve, que fazem. Com relação ao

aspecto da sua proposta de trabalho ser grupal dizem os psicoterapeutas que ele se deve, fundamentalmente, ao objetivo de que seja trabalhado também a "dimensão institucional" e não apenas a "psicodinâmica". Para entendermos o que os psicoterapeutas querem dizer com "dimensão institucional", faz-se necessário retomarmos uma distinção feita no tópico que discute o fator "instituição". Conforme foi apresentado neste tópico, os psicoterapeutas pensam de duas formas diferentes a relação do fator "instituição" com o seu trabalho e, mais especificamente, com a técnica psicoterapêutica: uma delas considera que a instituição é sempre nociva ao trabalho terapêutico e implica necessariamente numa limitação do seu alcance; a outra vê a instituição como uma realidade de trabalho específica que deve ser levada em conta na elaboração e execução desse trabalho, e não como uma ameaça ao empreendimento psicoterápico. É portanto, a partir dessa segunda forma de ver a relação da instituição com o trabalho psicoterápico, que os psicoterapeutas falam sobre a importância de ser incluída a "dimensão institucional" em sua proposta.

O que chamam de "dimensão institucional" diz respeito à especificidade da interferência/ação da instituição no trabalho terapêutico. A justificativa e explicitação da importância de se exercer uma clínica psicológica associada a um trabalho "institucional" podem ser vistas como uma segunda proposta apresentada pelos psicoterapeutas para lidar com as dificuldades, entraves, especificidades de um trabalho em instituição. Por certo que essa segunda proposta se articule com a primeira na medida em que ela é, em parte, mencionada para justificar o trabalho de grupo, enquanto uma opção técnica. Essa proposta se reveste de um caráter mais teórico, no entanto. Rigorosamente falando, ela pode ser vista como o alicerce teórico para a proposta número um, que tem mais um caráter estratégico-político. Juntas se completam.

Nessa proposta, os psicoterapeutas falam a partir de um ponto de vista teórico que considera que a doença mental não é fruto apenas de uma etiologia baseada numa história sexual infantil. Alegam que a "dimensão

institucional" também contribui para a produção e reprodução da doença mental, quer seja ela a Família, o Hospital, o Estado e assim por diante. Pensam então, que uma prática psicoterapêutica em instituição deve necessariamente envolver essa "dimensão institucional". Esclarecem que trabalhar com a "dimensão institucional" significa manter a atenção também voltada para as injunções institucionais e as relações de poder nelas presentes. Para tanto, se pautam na leitura de uma literatura que inclui temas de sociologia, política, psicanálise e análise institucional.

Ainda dentro desse ponto de vista teórico, falam os psicoterapeutas sobre a importância do profissional ter sempre como alvo de críticas e reflexões o seu papel de trabalhador de saúde mental, numa dada instituição. E isso porque consideram que o seu trabalho e mesmo o seu próprio saber não estão isentos de pertencerem à rede de relações de poder que se dá intra e inter-institucionalmente. Ou seja, consideram que o psicoterapeuta pode exercer pura e simplesmente o papel de reprodutor da ordem estabelecida se não empreende uma atividade constante de auto-crítica e, principalmente, se não está ciente do caráter ilusório da instituição que sempre propõe o preenchimento de uma falta que ela mesma produz(1).

Procurando sintetizar, diria então que essa proposta fala de uma visão "crítica" acerca do saber e das práticas em saúde mental, que aponta para a vinculação de ambas a injunções institucionais e de poder. Essa proposta se desmembra numa segunda parte que consiste na defesa, por parte dos psicoterapeutas, da inclusão dessa visão "crítica" no cotidiano do seu trabalho. Tecnicamente isso se traduz pela postura dos psicoterapeutas assinalarem para os pacientes, no decurso do processo terapêutico, não só elementos da sua história individual mas também elementos relativos às "forças instituintes" subjacentes e determinantes do modo pelo qual suas doenças se or-

(1) A esse respeito, ver o que os psicoterapeutas falam sobre o "engodo de instituição" no tópico que discute o "fator instituição".

ganizam, enquanto uma "estereotípiã", um "status quo". E é nesse aspecto que essa segunda proposta se articula à primeira, no que esta última defende o trabalho de grupo, pois que os psicoterapeutas consideram que o grupo é o melhor local para se analisar a atuação das instituições na configuração e manutençãõ da doença mental.

Um aspecto que vemos como importante de ser assinalado nessa segunda proposta é o seu projeto de articular uma visão teórica e "crítica" à prática institucional clínica. Os psicoterapeutas enfatizam que a questão não é apenas a de se problematizar o estatuto da doença mental e apontar a sua determinação social. Há que se trazer essa discussão para o seio do seu trabalho, para tanto propõem o tipo de intervenção técnica que mencionamos acima.

Uma última proposta apontada pelos psicoterapeutas para lidar com as dificuldades e peculiaridades do seu trabalho se refere mais particularmente ao fator "especificidade da demanda".

No tópico que discute a especificidade da demanda, vimos os psicoterapeutas falarem sobre um desnível entre a capacidade de simbolização de parte da clientela e a simbolização requerida por um trabalho psicoterapêutico baseado na psicanálise. Queixavam-se os psicoterapeutas de impasses que, então, surgiam em termos de uma não assimilação, por parte do paciente, da intervenção interpretativa do terapeuta, impasses esses que os psicoterapeutas atribuíam ao descompasso na capacidade de simbolização. Ainda nesse tópico, vimos que os psicoterapeutas não sabem exatamente como resolver tal situação. Contudo, falam eles em alguns procedimentos adotados na sua prática clínica, frutos da percepção dessa particularidade nas características dessa clientela. Passemos a tais procedimentos.

Os psicoterapeutas relatam que mesclam uma postura mais interpretativa com outra de "reforço de ego" no decurso dos tratamentos que rea

lizam. Vejamos em que consistem tais posturas. Os psicoterapeutas identificam mais prontamente a prática da "interpretação" com os ditames da psicanálise. Definem-na como o assinalamento dos elementos inconscientes subjacentes ao discurso "manifesto" do paciente. Consideram esse procedimento como o que traz os resultados de maior alcance, em termos da organização psíquica que se acha assentada sobre a doença. Reconhecem que esse procedimento exige uma demanda específica por parte do paciente e determinadas características psicológicas.

Quanto ao que denominam de "reforço do ego", falam os psicoterapeutas que este procedimento consiste em lidar predominantemente com o discurso "manifesto" do paciente, sem se referir ao inconsciente. Nesta forma de trabalhar, o psicoterapeuta responde mais diretamente à demanda do paciente por orientação, esclarecimento ou mesmo consolo. Afirmam que esse procedimento é eficaz enquanto uma forma de ajuda que propicia um alívio mais imediato do sofrimento que o paciente está vivenciando.

Um outro procedimento, visto pelos psicoterapeutas como uma forma de atender a essa problemática do descompasso na capacidade de simbolização, é o trabalho em grupo formado por pessoas que vivem situações comuns (por exemplo, grupo de mães sem companheiros). Em trabalhos como esses se dá uma troca de experiências e informações, afirmam os psicoterapeutas, que redundam num "reforço do ego". Dizem os psicoterapeutas que o grupo, nessas condições, funciona como um solo para que os seus integrantes consolidem suas identidades através de um fortalecimento mútuo destas.

Podemos dizer, no entanto, que para os psicoterapeutas, esses procedimentos não são soluções efetivas para as dificuldades decorrentes do descompasso entre as características da clientela e o perfil psicológico exigido pela psicanálise. É possível dizer, pelo depoimento dos psicoterapeutas, que continua em aberto a questão de se prestar um atendimento próprio para o sofrimento psíquico de uma dada clientela que parece não assimilar

o tratamento que se pauta na psicanálise.

Essas foram, basicamente, as propostas apresentadas pelos psicoterapeutas para lidar com as particularidades do seu trabalho, por este ser realizado numa instituição e com uma dada clientela. Como vimos, estas propostas envolveram ações específicas a nível da organização da instituição e da técnica do atendimento psicoterápico. Partiram da constatação de questões existentes a nível da realidade institucional e suas implicações na técnica do tratamento, e de questões provenientes das características específicas da clientela, ambas demandando propostas próprias, segundo os psicoterapeutas.

Com esta apresentação encerramos o terceiro tópico do polémico capítulo que trata da questão de como os profissionais problematizam o atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares.

3.3.4 - Da repercussão, junto aos psicoterapeutas, do debate empreendido pelo campo de discussão sobre a diversidade cultural e linguística.

Uma vez concluída a discussão sobre as propostas que os psicoterapeutas apresentam para lidar com a especificidade do seu contexto de trabalho e da clientela que atendem, gostaríamos de dedicar o presente tópico ao estabelecimento de alguns comentários sobre o conjunto dessas reflexões feitas pelos terapeutas, visando determinar qual o nível de repercussão, junto a eles, da discussão sobre a diversidade cultural e linguística a que nos referimos no início desse trabalho.

Dentre o conjunto de problemas e entraves detectados pelos terapeutas na situação específica de seus trabalhos, gostaríamos de retomar quatro questões básicas na organização do seu discurso e indicativas, a nosso ver, de como eles discutem, direta e indiretamente, a diversidade

cultural e lingüística se dando nesse contexto. São elas: 1) o dado dos teapeutas perceberem a instituição em que trabalham como limitadora e tolhedora de suas atividades profissionais, conforme vimos no tópico que discute o fator "instituição"; 2) o dado de perceberem a instituição em que trabalham como um contexto diverso do de consultório, que lhes abre todo um outro campo de atuação, percepção essa que se pauta, por sua vez, numa forma de entender a doença mental que aponta para a importância da determinação "institucional" na produção da doença mental, conforme vimos, também, no tópico que fala sobre o fator "instituição"; 3) o dado dos psicoterapeutas verem que a psicanálise, enquanto o referencial teórico básico de suas práticas, lida com um modelo de sujeito que parece não ser compartilhado por boa parte da clientela alvo de seus tratamentos, trazendo para esses verdadeiros impasses, conforme vimos na discussão do fator "especificidade da demanda"; 4) e por fim, o dado dos pacientes considerarem bastante difícil obter sucesso nos tratamentos, ou mesmo realizá-los apenas, tendo em vista uma cliente-la que percebem como extremamente "carente", "oprimida" por suas realidades sociais, chegando mesmo a apresentar uma "estrutura emocional" própria, marcada pela "submissão" e "passividade", conforme vimos na discussão sobre o fator "especificidade da demanda".

Veamos, pois, como os psicoterapeutas estão tratando a questão da diversidade cultural e lingüística em seus discursos, e mais especificamente, a partir dessas quatro questões que extraímos deles.

As questões 1 e 4 que falam da "instituição limitadora" e da "clientela limitada", respectivamente, nos parecem passíveis de serem agrupadas numa mesma categoria, no sentido de interpretarem tanto as diferenças relativas ao contexto de seus trabalhos como as decorrentes de se estar lidando com uma outra clientela, como negativas. Nessas duas visões, os teapeutas falam das diferenças como estando necessariamente introduzindo os tratamentos que fazem num nível inferior ao que estipulam ser o ideal. Todas as modificações e adaptações que realizam ou que consideram necessárias para

que os tratamentos sejam prejudicados o menos possível, se dão sobre esse solo. Ao falarem sobre a contingência de se estar lidando com pessoas pertencentes aos setores populares nas quais detectam diferenças com relação à clientela dos consultórios particulares, os psicoterapeutas estão, de alguma forma, discutindo a questão da diversidade cultural e lingüística. Ao centrarem o foco de suas preocupações na percepção de diferenças que decodificam a partir dos seus modelos de contexto de trabalho e de clientela, pensamos ser possível dizer que, para esses sujeitos, a discussão sobre a diversidade cultural e lingüística, dentro da perspectiva que procuramos lhe dar, no início desse trabalho, acha-se ausente. Ou seja, para esses sujeitos, a questão de estarem lidando com uma clientela que pode não perceber como terapêutico o tratamento que fazem, que pode estar vivendo uma forma de sofrimento psíquico e mesmo orgânico bastante diversa, que pode se ver de uma forma bastante distinta do que os terapeutas imaginam, não tem ressonância suficiente para se achar entre os problemas que vêm no seu cotidiano. Os problemas que detectam como decorrentes de estarem lidando com uma clientela diferente da que frequenta os consultórios particulares não apontam para a possibilidade de que essa clientela não seja abordável pelo instrumental teórico-técnico de que dispõem, em função de ter características diversas das que esse instrumental pressupõe dos sujeitos. Rigorosamente falando, segundo essa visão, os psicoterapeutas sequer postulam a existência de um sujeito próprio à forma de saber com que lidam. Parecem acreditar num sujeito universal e, quando falam em diferenças na clientela, não chegam a pensá-la como atingindo as postulações centrais do sistema teórico em que se baseiam. Ao falarem que a clientela que lhes chega na instituição lhes cria problemas, por ser diferente da usualmente encontrada nos seus consultórios, estão se referindo a uma ordem de problemas sanável por procedimentos técnicos; portanto, não vêm esses problemas como relativizando o modelo de sujeito com que trabalham, nem invalidando suas práticas. Na verdade, tais problemas têm mais o caráter de complicadores, uma vez que trazem aos psicoterapeutas mais trabalho, por terem que realizar procedimentos especiais tais como responder mais objetivamente a algumas demandas feitas pela clientela, "compre

ender" a passividade diante da violência vivida por esses pacientes, e assim por diante. Portanto, pensamos poder dizer que esses psicoterapeutas não vêm como problemático o fato de estarem lidando com pessoas dos setores populares, segundo a ótica específica da discussão sobre a diversidade cultural/lingüística que apresentamos no início desse trabalho, principalmente no que esta aponta para a inviabilidade de se fazer um trabalho psicoterápico com pessoas que não atenderiam, em muitos aspectos, ao modelo de indivíduo pressuposto para a situação psicoterápica. A discussão sobre a diversidade cultural e lingüística que esses psicoterapeutas fazem segue uma perspectiva que chamaríamos de etnocêntrica e não de relativizadora, por interpretar as diferenças da clientela alvo sempre em relação a um modelo de indivíduo congruente com a forma em que os terapeutas se percebem como indivíduos. Mesmo quando falam e descrevem uma estrutura emocional particular a pessoas dos setores populares é tendo em mente seus próprios modelos de indivíduo, na medida em que caracterizam tudo o que atribuem a esses indivíduos dos setores populares como "faltando", ou seja, por um pólo "negativo". Acharmos que ao caracterizarem a relação da clientela consigo próprios como "passiva", os psicoterapeutas estão se pautando no que normalmente detectam em suas clientelas de consultório particular e no que esperam ser a reação típica numa situação psicoterápica. Mesmo quando tomam o comportamento desses sujeitos como um dado e procuram entendê-lo, o fazem remetendo à falta de liberdade vivida por eles, à falta de condições mínimas de sobrevivência, à falta de poder decisório na vida pública, e assim por diante. Isto é, até quando procuram explicar o comportamento dessa clientela remetem-no para situações de "falta", de "carência".

Esta parece ser, então, uma das formas como os psicoterapeutas apreendem a questão da diversidade cultural e lingüística na realidade dos seus trabalhos. Não podemos dizer, de maneira alguma, que esta questão não é um ponto preocupante para os psicoterapeutas, mas podemos afirmar que a perspectiva com que a discutem não os leva a situações de impasse como pensamos que uma perspectiva relativizadora pode levar. De alguma forma, a

percepção que os psicoterapeutas têm acerca da situação a que são submetidos dada essa realidade de trabalho, os coloca numa posição semelhante à que consideram ser dos seus pacientes, ou seja, em relação a um modelo que têm de tratamento, acham-se em condições inferiores, da mesma forma que, frente a um modelo de sujeito que têm, seus pacientes encontram-se num nível inferior. É sempre remetendo à "falha" que essa visão apresentada pelos psicoterapeutas pensa a especificidade do atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares, quer no aspecto dessa clientela se distinguir da comente tratada nos consultórios e possuir uma "emocionalidade própria", quer no aspecto, resultante desses dois, do tratamento ter limitado o seu alcance e sua eficácia.

Com relação às questões 2 e 3 que discriminamos no início desse tópico para comentar como os profissionais discutem a diversidade cultural e lingüística em seus trabalhos, a situação já é um pouco diferente. Ambas detectam características na clientela que consideram problemáticas para o trabalho psicoterápico tal como é realizado comumente, e nesse sentido a chamamos possível agrupá-las para a discussão que estamos realizando nesse tópico. Os problemas que percebem como decorrentes de estarem lidando com uma clientela distinta da usualmente tratada, os fazem questionar seu instrumental de trabalho e a própria condição de terapeutas; nesse ponto pensamos poder aproximar as visões contidas nessas duas questões a uma discussão sobre a diversidade cultural e lingüística relativizadora, tal como a que emprendemos no início desse trabalho. As visões contidas nessas duas questões mostram-se discrepantes em alguns pontos, contudo. Os psicoterapeutas abordam a diversidade cultural e lingüística de forma um pouco distinta, principalmente no modo como solucionam ou encaminham os problemas que detectam nos seus trabalhos, decorrentes das diferenças culturais existentes entre a clientela alvo e a de consultório. Essa discrepância de visões se dá, também, ao nível do momento em que os psicoterapeutas detectam os problemas decorrentes da diversidade cultural e lingüística, o que, por sua vez, nos dá uma medida do momento em que passam a refletir sobre a questão da diver

sidade cultural e lingüística. Vejamos, então, que duas ordens de discrepâncias são essas existentes entre as duas visões que tratam a questão da diversidade cultural e lingüística de uma forma que consideramos próxima de uma perspectiva relativizadora.

Como enunciamos no início desse capítulo, na questão número 2, os psicoterapeutas vêem o fato de estarem trabalhando numa instituição como um dado a ser levado em conta, na medida em que consideram a instituição como um contexto distinto do contexto do consultório particular, que tem suas peculiaridades as quais orientam esse trabalho de forma diversa da reinante nos consultórios. Essa orientação diversa que apontam, pode ser traduzida pelo procedimento que adotam de assinalar, para os pacientes, o que chamam de "determinantes institucionais" agindo ao nível dos seus desejos, e não apenas o que se refere a suas histórias e à sexualidade, ao longo do processo psicoterápico. Para tanto consideram mais adequado o trabalho em grupo, o que também adotam. Estes procedimentos, por sua vez, partem de uma concepção acerca da doença mental que considera que essa não é apenas fruto do desenvolvimento sexual infantil, mas de injunções sociais e institucionais, como dissemos ao discriminar essa questão no início desse tópico. Para essa visão, então, sujeitos com inserções sócio-institucionais distintas, necessariamente apresentarão diferentes formulações de desejos. Nela, os psicoterapeutas articulam um modelo universal de subjetividade - fornecido pela psicanálise - com o que denominam de fatores "sócio-institucionais", por os considerarem fundamentais na constituição do sujeito. Pensamos que, ao colocarem o problema da subjetividade nesses termos, os psicoterapeutas demonstram uma preocupação com a diversidade cultural existente entre os setores da população, o que consideram um ponto relevante para os seus trabalhos. Essa diversidade cultural é percebida, no entanto, de forma distinta da empreendida pela perspectiva que chamamos de relativizadora por os psicoterapeutas assimilarem-na teoricamente de um modo em que ela passa a ser tomada segundo uma perspectiva universalista. Ou seja, a diversidade cultural é pensada a priori da situação de atendimento psicoterápico a pessoas dos

setores populares, e encaixada dentro de um modelo de subjetividade construído a partir de referenciais teóricos que os psicoterapeutas identificam no materialismo histórico, na sociologia, na teoria política e na análise institucional. A partir do material que obtêm com esses referenciais, os psicoterapeutas elaboram uma forma de "ler" o que se passa na situação psicoterapêutica e de lidar com esses pacientes. Portanto, a diversidade cultural, para essa visão, é um acontecimento já previsto e categorizado dentro do instrumental teórico com que lidam, e para tratá-las já dispõem de expedientes próprios, ao nível da prática psicoterápica. Com isso, acreditamos poder dizer que apesar de se referir à diversidade cultural e nesse sentido estar mais próxima de uma perspectiva relativizadora, essa visão não vê a questão da diversidade cultural no que ela traz de polêmico para o campo de reflexões sobre as práticas psicoterápicas com pessoas dos setores populares, porque ela continua lidando com um modelo universal de sujeito, assim como a visão proveniente dos referenciais "psi", distinguindo-se dessa última apenas pelo aspecto de ter o seu modelo incrementado pela contribuição de outros referenciais teóricos. Além disso, rigorosamente falando, essa visão não trata diretamente da diversidade cultural; a discussão que empreendem sobre este ponto é por nós depreendida a partir do discurso que proferem fundamentalmente acerca do que denominam de "dimensão institucional".

Com relação à questão número 3, a discussão sobre a diversidade cultural assume um caráter diferente. Nela os psicoterapeutas falam sobre a ocorrência de verdadeiros impasses no decorrer dos seus tratamentos, que atribuem ao dado de parte dessa clientela não se encaixar no modelo de sujeito próprio do referencial teórico em que se baseiam, tal como vimos na discussão da "especificidade da demanda" que aqui retomamos. Postulam que esses sujeitos obedeceriam a uma forma de subjetividade específica e distinta da construída pela Psicanálise, por terem passado por um processo socializatório distinto do vivido pelos sujeitos comumente atendidos em psicoterapia, processo esse que teria levado os sujeitos a terem modos próprios de simbolizar e perceber a realidade. Diante desta contingência, os psicoterapeu

peutas adotam alguns procedimentos tais como responder objetivamente a algumas solicitações dos pacientes, ter uma postura mais acolhedora e de "reforço". Consideram, contudo, que esses procedimentos não são resoluções mas sim "paliativos", pois acham que o que está sendo atingido é um elemento básico do referencial teórico que utilizam, qual seja o seu modelo de sujeito, e que uma solução efetiva deveria partir desse campo e não da prática psicoterápica.

Vemos se dar, nessa visão, uma percepção da diversidade cultural bastante mais próxima da perspectiva relativizadora que estamos tomando como parâmetro, pois nela a diversidade cultural existente entre a clientela alvo e o modelo de sujeito adotado pela psicanálise não é vista como fruto de uma situação social e existencial "negativa" no sentido de uma comparação com a realidade social vivida pelos psicoterapeutas, nem é assimilada por um modelo de compreensão da subjetividade que a veja como não problemática na situação psicoterápica, por colocá-la junto com outros tantos elementos que fazem parte da subjetividade. Para essa visão, a diversidade cultural é bastante problemática e leva os psicoterapeutas a uma perplexidade diante dos impasses que ela gera, chegando mesmo a fazê-los pensar sobre a validade dos seus trabalhos.

Ainda nessa visão, os psicoterapeutas não dispõem de instrumentos teóricos para pensar essa diversidade cultural que é percebida no momento de suas práticas, ou seja, a diversidade cultural tal como a percebem na situação de atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares, não tem lugar no referencial teórico que utilizam, de forma que esses psicoterapeutas só vão se deparar com os problemas dela decorrentes no atendimento psicoterápico. A diversidade cultural parece ser, então, um elemento que "pega" os psicoterapeutas desprevenidos, muito embora estejam começando a refletir sobre ela. Estas reflexões, no entanto, não envolvem o conhecimento de uma literatura a respeito, tal como a que mencionamos para caracterizar um campo de discussão que se criou em torno da diversidade cultural e

suas implicações para trabalhos de psicoterapia com pessoas dos setores populares.

Apesar de haver diferentes visões e formas de se discutir a diversidade cultural, conforme vimos ao longo desse tópico, pensamos poder dizer, a título de conclusão, que ela é predominantemente abordada por uma perspectiva que chamaríamos de "negativista" ou "reducionista", no sentido das características culturais da clientela composta por pessoas dos setores populares serem vistas como elementos que colocam esses sujeitos numa posição "inferior" em relação aos sujeitos de classe média, ou serem vistas como mais um dos elementos constitutivos da subjetividade. A discussão que se faz sobre a diversidade cultural preocupa-se antes com o que os psicoterapeutas chamam de determinantes "sócio-econômicos" e "institucionais", que são encaixados dentro de um modelo de realidade social em que esta é vista como tendo uma ação predominantemente opressiva. É possível falarmos, também, de um modelo de realidade social que age formando subjetividades, dentro dessa perspectiva "negativista/reducionista". Essa ação da realidade social sobre os sujeitos, todavia, segue regras comuns para todos os sujeitos, na medida em que ela se dá via o que os psicoterapeutas denominam de "dimensão institucional". Portanto, é a realidade social opressora ou normativa de subjetividades segundo processos mais ou menos universais, que está em jogo na discussão que os psicoterapeutas fazem sobre a diversidade cultural e linguística.

Achamos possível dizer, também, que nessa forma de ver a questão da diversidade cultural, os psicoterapeutas estão veiculando valores da ideologia individualista (Bezerra, 1983), principalmente quando utilizam um modelo de realidade social opressora e produtora de "negatividades". Neste modelo, a realidade social se opõe ao indivíduo que se vê massacrado e tolhido em sua natureza, sendo obrigado, por consequência, a ter suas potencialidades e capacidades limitadas na configuração de uma "emocionalidade própria". Portanto, para essa perspectiva "negativista" a diversidade cul

tural parece ser tratada desde um ponto de vista etnocêntrico, de forma a reproduzir um modelo de indivíduo, tal como o que denominamos de perspectiva relativizadora nos chama a atenção para evitarmos.

3.4 - Representações acerca do que é psicoterapia: o ponto de vista dos pacientes

Neste capítulo iremos ver que representações os pacientes têm acerca do que é psicoterapia (1). Chegamos a essas representações através das respostas e afirmações proferidas pelos pacientes com relação aos pontos: por que procuraram fazer psicoterapia; o que esperavam encontrar em seus tratamentos; como avaliam seus tratamentos; que tipo de problema detectam e que críticas e dúvidas têm a respeito dessa forma de tratamento.

Com relação ao que entendemos por representação, gostaríamos de retomar um ponto referente à sua natureza, qual seja, de que sua validade não está condicionada ao dado dela ser fruto de um conjunto articulado de idéias. Pelo contrário, achamos que uma representação pode ser o produto de idéias contraditórias provindas dos vários fatores que tomam parte na construção do discurso desses sujeitos. Queremos, com isso, esclarecer o leitor de que muito provavelmente iremos nos deparar com idéias por vezes excludentes, ao longo da apresentação e discussão das definições dadas pelos pacientes sobre psicoterapia. Vejamos agora como se configura esse conjunto de elementos que nos levaram às representações dos pacientes.

Ao longo da construção desse conjunto de elementos pudemos estabelecer dois grandes conjuntos semânticos, que veremos detalhadamente mais adiante. Diríamos que o primeiro deles acha-se bem mais próximo do que os psicoterapeutas pensam sobre psicoterapia e esperam que seus pacientes pensem. Ele é composto por um número de definições que se articulam razoavelmente "bem" entre si, formando um todo coerente e congruente com o que os psicoterapeutas majoritariamente esperam de seus pacientes. As definições sobre o que é essa forma de tratamento, o que ela envolve, que resulta

(1) Para uma maior compreensão do que entendemos por representações ver discussão sobre o objeto da nossa investigação na Metodologia.

dos traz e qual o papel do psicoterapeuta nisso tudo, seguem um curso bastante articulado que podemos construir gradativamente. Neste conjunto parece não haver muita polêmica ou críticas por parte dos pacientes com relação à validade e legitimidade dessa forma de tratamento. Por certo que levantam algumas questões que nos pareceram, contudo, passíveis de serem circunscritas à dimensão do procedimento técnico dos terapeutas e da interferência institucional nos tratamentos e na conduta dos psicoterapeutas. Estas questões, portanto, não atingem o cerne do trabalho psicoterápico, elas não incidem sobre o "ser ou não ser" desse trabalho mas sim sobre o "como ser". A própria existência dessas questões reflete uma assimilação e uma concordância com a psicoterapia, tal como ela é pensada, em linhas gerais, pelos psicoterapeutas, na medida em que elas são elaboradas por comparação com esse modelo de psicoterapia. Ou seja, quando os pacientes fazem suas críticas, eles imediatamente situam-nas no contexto da psicoterapia e alegam que a existência dos elementos que criticam não se coaduna com os princípios dessa forma de tratamento, vêem esses elementos como desvios em relação ao que imaginam ser o andamento "correto" da psicoterapia.

O segundo grande conjunto se apresenta como aparentemente bem mais confuso e destoante da visão corrente sobre o que é psicoterapia. Nele, os pacientes parecem não saber exatamente o que é essa forma de tratamento por esperarem coisas contraditórias dela, sendo que as idéias contraditórias que têm acerca do que a psicoterapia pode lhes dar atingem-na em pontos cruciais, de forma a nos parecer que, para os pacientes, a psicoterapia não faz sentido enquanto uma forma de tratamento eficaz. Por outro lado, defendem essa forma de tratamento como válida usando de argumentos, contudo, que nos parecem impróprios e deslocados de outros contextos, outras situações com que esses sujeitos se deparam. Esquematizando diríamos que, segundo essa visão, os pacientes criticam a psicoterapia pelo o que ela tem de psicoterápico e elogiam-na pelo o que atribuem a ela, que a nosso ver remete a outras ordens de suas vidas, principalmente o que poderíamos chamar de dimensão do cotidiano. Podemos exemplificar essa situação com o caso de um paciente

que critica o seu tratamento por nele ser "pressionado" pelo psicoterapeuta para falar de si, da sua família, ao mesmo tempo em que o elogia pelo psicoterapeuta ser muito educado, atencioso e por esperar, com ele, poder ter suas doenças orgânicas resolvidas, muito embora saiba que elas não têm solução e que o tratamento não vai modificá-las.

Esses dois grandes conjuntos não são claramente alinháveis por grupos de pacientes, ou seja, embora haja uma certa aproximação entre o primeiro conjunto de representações sobre a psicoterapia e o grupo de pacientes cujos tratamentos foram bem sucedidos e o segundo conjunto com o grupo de pacientes cujos tratamentos fracassaram, não é possível estabelecer um vínculo associativo estreito entre esses elementos. Ao construirmos esses dois conjuntos nos utilizamos de definições dadas pelos dois grupos de pacientes indistintamente, procuramos seguir a coerência de um pensamento que ia se formando e não a proveniência das idéias. Rigorosamente falando, encontramos entre os pacientes cujos tratamentos fracassaram ambas as visões sobre psicoterapia.

Vejamos agora como estão constituídos esses dois conjuntos semânticos acerca do que é psicoterapia, para os pacientes.

Para o primeiro grande conjunto vemos surgir como uma primeira definição de psicoterapia a afirmação de que ela é um lugar para se conversar, para se falar e, principalmente, se falar de problemas. Pode-se dizer que essa definição é básica no sentido de todas as outras remeterem a ela e no sentido de ser a resposta mais prontamente dada pelos pacientes. À psicoterapia os pacientes associam diretamente o falar, o bater-papo sobre seus problemas e o ser ouvido pelo psicoterapeuta, quer ela seja feita em grupo ou individualmente. Mesmo quando os pacientes tiveram experiências de internação psiquiátrica ou foram medicados conjuntamente ao seu tratamento psicoterapêutico, identificam a psicoterapia com a conversa, com o falar sobre si.

Com relação ao conteúdo dessa fala, ao tema dessas conversas, dizem os pacientes que na psicoterapia se fala predominantemente de problemas. Reconhecem como problemas sintomas somáticos como insônia, sonambulismo, até situações mais agudas e complexas de sofrimento que chamam de crises, e que envolvem tanto a existência de problemas mais diretamente ligados ao corpo, como situações de relacionamento e existenciais dramáticas. Como exemplo de crise temos o relato de uma paciente que a define como a ocorrência de momentos em que é incapaz de cuidar de si mesma, de sobreviver por conta própria. Nesses momentos fica sem comer, sem dormir, sem tomar banho e reconhece que se não é atendida e cuidada por outros, não sobrevive. Em outro exemplo de crise vemos uma paciente queixar-se da existência de momentos em que faz coisas de que não se lembra, em que perde o controle das suas ações, do seu entendimento e da sua memória. "Nas crises eu entrava num estado neutro", fala essa paciente.

Os pacientes que buscaram o tratamento psicoterapêutico em função de estarem passando por uma "crise", não o fizeram diretamente. Em sua maioria foram levados por outras pessoas para serem internados. No decorrer de suas internações ou mesmo após estas, iniciaram tratamentos psicoterápicos. Nesses tratamentos levaram o relato de suas crises e conversaram sobre elas. Nesse sentido vêem que a psicoterapia é um espaço para falar sobre essas suas experiências cuja ocorrência atribuem, entre outras coisas, à ausência anterior de um espaço como o da psicoterapia em que pudessem falar de seus problemas.

Portanto, podemos dizer que os pacientes vêem a psicoterapia como um lugar para se falar de sofrimentos em geral, quer esses estejam mais ou menos diretamente ligados ao corpo, quer eles digam respeito a situações mais ou menos agudas no sentido de demandarem soluções rápidas e objetivas como por exemplo o ser "contido" para não se matar.

Um aspecto importante dessa definição da psicoterapia como um

espaço para se falar é a natureza do interlocutor. O psicoterapeuta é visto, nesse diálogo/escuta, como aquele para quem se pode dizer coisas que normalmente não se pode dizer para amigos nem parentes. Ele é visto como aquela pessoa a quem se pode confiar segredos, coisas íntimas. A questão da confiança, ou seja, de que a psicoterapia é uma conversa que se dá entre pessoas cuja relação se baseia na confiança, é bastante recorrente no depoimento dos pacientes. Nesse sentido a figura do psicoterapeuta chega mesmo a ser comparada com a de um pai ou de uma mãe conforme vemos no exemplo que se segue:

- " O principal que o psicoterapeuta tem que ter é dar confiança para o paciente, que ele seja aquele pai, aquela mãe que a gente confia. Eu não sei se é carência minha, mas eu nunca tive isso na minha vida, a não ser com o ...(terapeuta)...já tive muito o que falar e não ter como desabafar...porque sinceramente, quando a gente encontra um médico com quem a gente pode desabafar, encontrou tudo! Porque se a gente não tem isso, nem o remédio faz efeito".

A partir desse exemplo podemos ver surgir um outro elemento associado à psicoterapia, que é a sua função de permitir um "desabafo". Podemos dizer então que uma segunda definição dada para a psicoterapia fala que ela é um lugar onde as pessoas podem desabafar e ter um alívio de seus sofrimentos. Esse desabafo é propiciado pela conversa, pelo poder falar sobre problemas e assuntos íntimos com alguém de confiança, e nesse sentido essa definição pode ser vista como um desmembramento da primeira. Ou seja, ao conversar sobre seus problemas com uma pessoa de confiança como o psicoterapeuta, o sujeito se sente aliviado e tem seu sofrimento minorado, falam os pacientes.

Para os pacientes o ato de desabafar parece ser a função terapêutica por excelência da psicoterapia. Quer dizer, o tratamento psicoterapêutico se dá predominantemente através da conversa e do poder falar, que trazem como resultado positivo o alívio do sofrimento que levou o sujeito a buscar tratamento.

Mas não só de desabafos e alívios consiste a psicoterapia, falam os pacientes. Ela também é vista como um "lugar de ajuda" em que o paciente é ajudado pelo psicoterapeuta a resolver os seus problemas, e isto pode ser encarado como a terceira definição de psicoterapia para o primeiro conjunto semântico acerca do que é psicoterapia. Com relação a como essa ajuda se dá variam as opiniões. Uma delas diz que o psicoterapeuta ajuda o rientando o paciente sobre o que fazer em relação ao seu problema. Falam os pacientes, então, que na psicoterapia o sujeito encontra respostas para os seus problemas, pois o terapeuta o esclarece em relação a eles. Essas solu-ções incluem também o extermínio de sintomas somáticos, caso esses se achem entre os motivos que fizeram o sujeito buscar ajuda na psicoterapia. Uma segunda opinião diz que o psicoterapeuta ajuda as pessoas a acharem soluções para os seus problemas, a partir delas mesmas, sem impor sua maneira de ver. Nessa opinião, os pacientes comparam a figura do terapeuta com a de peessoas mais cultas e mais experientes, que são capazes de esclarecer outras pessoas sobre o que estas têm dúvidas, sem dar uma única direção, sem dizer o que fazer.

Segundo os pacientes, o psicoterapeuta tem o poder de ajudar as pessoas por várias razões. Uma delas já foi mencionada e diz respeito à relação de confiança em que se apóia a psicoterapia. O psicoterapeuta é visto como uma pessoa em quem se pode confiar assuntos íntimos e embaraçantes, sem que eles venham a ser conhecidos por outras pessoas. Achem os pacientes que isso ajuda as pessoas que então ficam mais à vontade para falar. Um outro fator que também ajuda as pessoas a confiarem no psicoterapeuta reside no fato dele ser uma pessoa que estudou e que portanto "sabe das coisas", dizem os pacientes. Esse saber do psicoterapeuta confere a ele uma capacidade para ajudar as pessoas por ele dispor de um conhecimento geral sobre tudo. E, uma última razão para o poder de ajuda que o psicoterapeuta tem é atribuída, pelos pacientes, ao fato dele ter tido uma formação específica; o psicoterapeuta é aquela pessoa que aprendeu a conhecer as pessoas, a ajudá-las, dizem os pacientes.

Podemos dizer, então, que na medida em que a psicoterapia ajuda as pessoas a resolverem seus problemas, a se sentirem melhor, mais aliviadas, e a terem os seus sintomas extintos, ela promove uma mudança. Essa pode ser vista como a quarta definição de psicoterapia dada pelos pacientes, dentro desse primeiro conjunto semântico; ela é um tratamento que leva a uma mudança. Essa mudança atinge diferentes níveis, para os pacientes. Segundo estes, a mudança ocorre no próprio tratamento quando o sujeito passa a falar mais, a desabafar, a chorar. A mudança também ocorre a nível da vida do sujeito na medida em que ele passa a falar, a expressar mais suas opiniões em situações do seu cotidiano, a partir do que pode dizer e dialogar no tratamento, falam os pacientes. O tratamento também interfere na vida de quem se submete a ele, no que os sintomas acabam e as crises findam ou ficam sob controle. Mas onde a psicoterapia promove mais mudanças, ou melhor, onde promove mudanças que parecem ser específicas dessa forma de tratamento, é no próprio indivíduo que se submete a ela, dizem os pacientes. Segundo eles, as pessoas passam a discernir melhor o que fazer, o certo do errado, o que querem do que não querem, e tudo isso lhes confere maior segurança e auto-confiança, conforme podemos ver nos exemplos que se seguem:

- " ... eu procuro fazer mais as coisas que sinto vontade. Me sinto mais preparada para fazer logo e assumir as conseqüências".

- " Agora consigo separar mais as coisas (discernir)... (a psicoterapia) serviu para não dar muita bola para o que as pessoas ficam dizendo..."

Em algumas situações, a insegurança e a confusão generalizadas são as principais queixas do sujeito que busca tratamento. Nestes casos, o sujeito às vezes nem apresenta um problema "concreto" em sua vida. Nessa afirmação vemos os pacientes falarem da psicoterapia como um local de tratamento para questões de uma ordem bastante específica que denominaria de "entendimento". Essa categoria, por sua vez, se associa à categoria

"mente", conforme denominação dos pacientes e que será vista mais adiante.

Os pacientes relacionam essas mudanças nas suas capacidades de pensar sobre seus problemas e tomar atitudes às mudanças mais "concretas" que ocorrem em suas vidas, ou mesmo em seus corpos. Explicitando, falam os pacientes que seus sintomas acabam porque conseguem entender melhor o que se passa consigo próprios, o que por sua vez os leva a terem maior capacidade para resolver seus problemas, nas suas vidas. Suas crises acabam ou ficam sob controle porque conseguem compreender um pouco mais sobre o sofrimento que existe por detrás dessas crises e conseguem expressá-lo de outra forma. Portanto, vêem os pacientes que a modificação que a psicoterapia promove nos indivíduos é o motor das outras mudanças e das melhoras que o tratamento pode trazer. Nesse sentido, os pacientes comparam a figura do terapeuta com a de um professor que ensina "uma forma de re-educar a mente". Podemos fazer uma associação entre o que chamamos de capacidade para refletir sobre seus próprios problemas e o que os pacientes chamam de "mente" quando falam que a questão básica que estaria acontecendo na psicoterapia seria uma modificação no indivíduo.

A utilização da categoria "mente" parece ser básica no discurso dos pacientes, ou seja, tudo o que vimos nos referindo até agora como mudanças ao nível do próprio indivíduo, os pacientes intitulam por "mudou a cabeça, abriu a mente". Isso parece ser o que os pacientes vêem como de mais específico no tratamento psicoterapêutico. Agrupando essa afirmação com o que dissemos ser a definição básica de psicoterapia para esse primeiro conjunto semântico, podemos falar que, para os pacientes, a psicoterapia é um tipo de tratamento em que através da fala, da conversa, o sujeito passa por uma mudança na sua forma de ver seus problemas, o que lhe permite resolvê-los ou encaminhá-los de um jeito mais satisfatório, em termos de se sentir mais feliz consigo próprio, de ter seu sofrimento aliviado.

Como falamos anteriormente, os pacientes também apresentam

críticas à psicoterapia, ainda que dentro desse primeiro conjunto semântico, tudo nos pareça bastante simpático e otimista com relação aos resultados que essa forma de tratamento pode trazer. Estas críticas atingem dois campos de problemas: o do tratamento propriamente dito e o da instituição onde ele se dá.

Com relação ao tratamento propriamente dito, os pacientes discordam de algumas formas pelas quais ele é conduzido. Uma delas diz respeito ao tratamento de grupo. Falam os pacientes que no grupo o sujeito tem menos oportunidade de se expressar, de falar sobre o que lhe diz respeito mais diretamente. Nessa forma de psicoterapia a conversa gira mais em torno de assuntos gerais. Os pacientes acham que nessa situação o sujeito tem menos chances de resolver os seus problemas, principalmente se estes se relacionam com o não ter espaço para falar de si, para desabafar.

Uma outra crítica feita à condução do tratamento diz respeito à existência de diferentes expectativas do terapeuta e do paciente, em relação à gravidade da doença do sujeito e aos objetivos do tratamento. Há o relato de situações em que o terapeuta almejava uma melhora rápida do paciente, uma pronta resposta deste ao tratamento, enquanto o paciente percebia a sua doença como bem mais duradoura. Nessa situação, falam os pacientes, o terapeuta via a doença do sujeito como circunstancial e portanto mais passageira, e esperava do tratamento uma agilidade e presteza conflitantes com as expectativas do paciente.

Já com relação ao dado do tratamento ser feito em instituição, os pacientes fazem duas críticas: a primeira delas se refere à localização espacial do hospital. Este fica num lugar relativamente afastado dos centros e situa-se dentro de um grande manicômio que impõe às pessoas que lá vão uma realidade humana nada agradável; além disso o próprio hospital provoca constrangimento às pessoas que se dirigem a ele para fazer psicoterapia e que lá se deparam com outras, em situações bem piores, internadas ou

chegando para serem internadas. Os pacientes acham que a distância e o ambiente tornam difíceis, e por vezes dolorosas, as idas do sujeito que faz psicoterapia ao hospital. Falam que ter que lidar com os "loucos" do manicômio que ficam ao longo do caminho para o hospital ou ter que lidar com a presença de pessoas em crise "mexe" com o sujeito que vai para o hospital fazer apenas psicoterapia.

A segunda crítica feita pelos pacientes se dirige à ocorrência de divergências entre os profissionais da instituição sobre a forma de encaminhar o tratamento. Falam os pacientes que isso dificulta o bom resultado da psicoterapia pois o sujeito fica confuso. Dão o exemplo de situações em que os profissionais não conseguem chegar a um consenso a respeito da validade ou não do uso de medicamentos. Isso pode ser visto no depoimento seguinte:

- "... uns achavam que tinha que dar remédio e outros não. Por exemplo: a terapeuta me passou o remédio dizendo que não gostava disso e que não ia dar mais. Ao mesmo tempo o remédio era supervalorizado na instituição: dar remédio, a hora do remédio eram coisas muito marcadas".

Uma outra situação que os pacientes citam para exemplificar a existência de divergências na instituição é a da disputa de trabalho entre os profissionais. Falam que, por vezes, os profissionais concorrem pelo controle do atendimento desse ou daquele paciente; cada um querendo encaminhar o tratamento do seu jeito. Acham os pacientes que isso não é bom para o sujeito que fica confuso e assustado.

Uma terceira situação que os pacientes mencionam para falar sobre as discrepâncias existentes na instituição é o relato de situações de violência contra pessoas que estiveram e/ou estão internadas. Os pacientes reclamam da existência de maus tratos aos internos, tais como o abuso sexual a pacientes mulheres ou o descaso de médicos plantonistas em atender pa

cientes em crise, durante o seu sono. Além de reclamarem, os pacientes críticam a incoerência desses procedimentos em relação à psicoterapia e os seus objetivos.

Conforme falamos no início, esse conjunto de elementos que nos forneceu o primeiro conjunto semântico do que é psicoterapia para os pacientes, apresenta uma articulação interna significativa e mostra-se bastante congruente com a visão de psicoterapia corrente, apresentada pelos psicoterapeutas. As críticas feitas pelos pacientes à psicoterapia, dentro da visão fornecida por esse conjunto, reforçam ainda mais a adequação dessa representação de psicoterapia ao modelo genérico do que é essa forma de tratamento. O mesmo não podemos dizer com relação ao segundo conjunto semântico. Vejamos agora de que elementos ele se compõe e como podemos entender a lôgica que os articula.

Segundo essa visão uma primeira definição de psicoterapia diz que um bom tratamento é aquele onde o terapeuta não pergunta muito e onde o paciente também não tem que falar muito. Essa outra visão defende um tipo de tratamento que seja mais "simples", sem muitas perguntas embaraçantes e, principalmente, que não se tenha que falar ou ouvir conversas sobre assuntos íntimos, "preciosos" e perturbadores, tais como sexo, relação familiar, uso de drogas (maconha, etc.).

Na verdade, essa visão não chega a apresentar um modelo preciso do que seja psicoterapia. Como a deduzimos a partir das críticas que os pacientes fazem aos seus tratamentos, ela fala do que não deve ser ou do que é ruim na psicoterapia, revelando, a nosso ver, uma expectativa bastante discrepante por parte dos pacientes com relação ao que encontraram nos seus tratamentos. Poderíamos dizer, no entanto, que em substituição à conversa sobre essa ordem de assuntos e uma certa prontidão do psicoterapeuta em fazer perguntas, os pacientes vêem a psicoterapia, ou gostariam que ela fosse, um espaço em que eles fossem escutados no que têm a dizer, que não fossem "co

brados" para fazerem coisas ou responderem perguntas e que tivessem respondi-
das e atendidas as suas perguntas e queixas e, principalmente, resolvidos os
seus problemas. Por problemas referem-se a questões das ordens mais diver-
sas e não apenas os relativos ao que considerariamos como psíquico. Na
maior parte das vezes esses problemas referem-se a questões "concretas" rela-
cionadas à realidade de vida dessas pessoas, tais como conseguir uma casa
maior e própria, conseguir voltar a trabalhar, etc. Ao mesmo tempo em que
os pacientes esperam resoluções deste tipo por parte da psicoterapia, têm
consciência de seus limites, ou seja, reconhecem que o tratamento não é ca-
paz de resolver problemas dessa ordem porque estes dependem de injunções da
realidade de suas vidas.

Embora visivelmente contraditória essa dupla percepção que os
pacientes têm da psicoterapia, gostaríamos de considerá-la significativa de
uma dada circunstância de vida e perceptiva a que estão submetidos. Esses
sujeitos parecem não saber discriminar o que esperam de "bom" na sua vida
do que esperam de "bom" com o tratamento e, mais do que isso, parecem preci-
sar do tratamento para terem a esperança de que as mudanças para "melhor"
que almejam, sejam realizadas, ou antes, faladas. Usar o tratamento como u-
ma forma de veicular suas esperanças numa melhora de suas vidas parece ser
então o objetivo, ou antes, o uso principal que os pacientes fazem da psico-
terapia. Este uso pode ser visto como sendo resultado de um ato de apropria-
ção, por parte desses sujeitos, de um expediente que parece funcionar como
uma "válvula de escape" para as coerções que sofrem em seu cotidiano. Ele
também pode ser visto como um dado da impotência sentida por essas pessoas
no seu dia-a-dia, na medida em que ao mesmo tempo em que podem veicular as
suas esperanças de melhora, as vêem "cair por terra" quando se conscientizam
da limitação da psicoterapia diante do que precisam e almejam. Portanto, a
dupla percepção que os pacientes têm sobre a psicoterapia corresponde um
duplo efeito desta em relação aos sujeitos, assim nos parece, pois que, além
de alentadora de suas esperanças, a psicoterapia funciona também como sinali-
zadora da imutabilidade das condições de vida a que estão sujeitas es -

sas pessoas.

Um outro elemento que aponta para essa não-discriminação entre o espaço da psicoterapia e o espaço da "vida concreta", por parte dos pacientes, é a utilização de critérios "pessoais" para a avaliação dos tratamentos e, principalmente, da competência do psicoterapeuta. Um bom psicoterapeuta é aquele que cumprimenta sempre que vê o paciente, que é gentil e educado, que não faz "ignorância". Um bom tratamento é aquele em que o paciente é ouvido e conversa com um terapeuta "educado", com boa aparência e que agrada o paciente atendendo às suas solitações e não sendo muito solicitador.

Ainda dentro dessa visão, vemos os pacientes darem um peso relativamente grande aos seus sintomas, normalmente físicos e abundantes. Consideram que a psicoterapia é um lugar para se tratar deles e não entendem quando os psicoterapeutas procuram conversar sobre outros assuntos além dos seus sintomas, o que vivem como uma forma de "rejeição". Esperam resoluções rápidas para os seus sintomas, o que acreditam obter com medicamentos. Esperam que a psicoterapia, enquanto um tratamento que os ajudará a "melhorar" seja um espaço para a prescrição desses remédios. Consideram que um tratamento acaba quando o problema do paciente é resolvido. Portanto, se os sintomas acabam, não há porque continuar o tratamento, conversando indefinidamente sobre problemas. Segundo os pacientes, os problemas existem, fazem parte da vida e sempre existirão, portanto, eles por si só não justificam o prolongamento de um tratamento em que o sofrimento decorrente da existência dos sintomas foi aliviado com o extermínio destes.

Vemos aqui surgir uma outra contradição ou, ao menos, uma outra complicação. Falamos anteriormente que os pacientes vêem a psicoterapia como um espaço para resolverem seus problemas, os mais diversos possíveis. Vimos que, ao mesmo tempo que esperam esse tipo de solução por parte da psicoterapia, têm consciência das limitações dela para esse tipo de em

preendimento. Resolvemos, de certa forma, essa contradição, apontando para a questão de que a psicoterapia é vista mais como a possibilidade do sujeito a limentar esperanças de mudança do que como local onde irá realizá-la efetivamente. Agora vemos surgir uma outra visão sobre psicoterapia que diz que ela não é um lugar para se falar e se tratar de problemas outros que não os sintomas que levaram o paciente a buscar essa forma de tratamento. Mais ainda, essa visão exclui da alçada da psicoterapia a resolução dos problemas que povoam o cotidiano das pessoas e restringem o seu campo de ação ao tratamento dos sintomas.

Tentaremos resolver essa pequena complicação buscando invstiguar para que elementos essas visões estão apontando, os quais talvez sejam da mesma ordem. Antes, porém, gostaríamos de apontar um outro ponto que distingue essas visões e que se refere ao dado de que os pacientes falam que a sua doença não tem cura, só melhora. Quando falam que a psicoterapia é um espaço para tratar dos seus sintomas, mencionam uma outra categoria que é a do "nervoso", que é como denominam a sua doença. Esta é uma categoria que se relaciona aos sintomas ao mesmo tempo que não se reduz a eles. O "nervoso" se relaciona com os sintomas porque é através destes que os pacientes se referem a ele. Por outro lado, ele suplanta os sintomas uma vez que os pacientes falam em ter os seus sintomas extintos mas não serem curados do seu "nervoso". Voltaremos a falar sobre essa categoria mais adiante. Retornemos agora à nossa meta inicial de tentar entender a coexistência de duas visões contraditórias sobre psicoterapia, dentro desse segundo conjunto semântico. Vejamos então:

Em ambas as visões, os pacientes falam de uma impotência diante de suas realidades ou de uma imutabilidade destas. A visão que considera que a psicoterapia é para resolver apenas os sintomas justifica sua afirmção alegando que os outros problemas, os "problemas da vida", sempre existiram e continuarão existindo. A visão que vê a psicoterapia como um espaço de alento para as esperanças de mudança, assim a considera porque reconhece

que a psicoterapia não é capaz de resolver os problemas da sua vida, que experiencia como insolúveis.

Pensamos que as diferentes soluções na forma como os sujeitos percebem a psicoterapia deve-se ao fato destes se encontrarem em circunstâncias distintas, no sentido de suas capacidades de atuação sobre a realidade. Os pacientes que vêem uma imutabilidade na sua realidade mas que da psicoterapia só esperam o alívio dos seus sintomas, talvez estejam vivendo um tipo de sofrimento que lhes permite discernir um "melhorar no tratamento" de um "melhorar em suas vidas". Os pacientes que esperam da psicoterapia um "melhorar em suas vidas" talvez estejam vivendo um sofrimento que não lhes permite discernir um objeto próprio à psicoterapia. Ou ainda, os pacientes que esperam que o tratamento resolva os problemas das suas vidas ao mesmo tempo que os considera insolúveis, talvez não disponham da operação cognitiva de que outros dispõem, de perceber e categorizar o seu sofrimento psíquico de forma distinta dos seus outros sofrimentos. Quando falamos em distinção de diferentes ordens de sofrimento, não estamos excluindo a inter-relação entre eles, tal como apontam os pacientes, ao nos fornecerem os elementos que compõem o outro conjunto semântico acerca do que é psicoterapia. O que queremos apontar com relação a esses últimos sujeitos e a confusão que fazem ao atribuir um objetivo à psicoterapia e em seguida invalidarem-no, é sua incapacidade de encontrarem uma forma de falar de um sofrimento psíquico enorme, sem ser recorrendo a outras instâncias da sua vida que lhes são mais fáceis de perceber e categorizar, ao mesmo tempo em que percebem que o que vão buscar e podem esperar de um tratamento psicoterápico não é da ordem dessas instâncias. O reconhecimento, por parte desses sujeitos, de que existe um sofrimento psíquico que os faz procurar uma psicoterapia é expresso na contradição e impropriedade do seu discurso sobre o que a psicoterapia pode propiciar. Com isso queremos crer que esses sujeitos experienciam um sofrimento psíquico para o qual não dispõem da habilidade cognitiva para perceber enquanto uma categoria ímpar passível de ser falada. Nessa forma "imprópria" que os pacientes acham para falar do seu sofrimento, podemos

incluir também o uso da categoria "nervoso" para designar sua doença. A rigor, essa categoria parece ser fruto da única operação cognitiva possível de ser feita para a apreensão do sofrimento que vivenciam. Ela traduz bem a incongruência da forma como lidam cognitivamente com esse sofrimento, que se de um lado é delimitado por referências ao orgânico, através dos sintomas so máticos, por outro escapa a esse na medida em que o sofrimento persiste mes mo após o fim dos sintomas. Nesse caso o "nervoso" é atribuído às condições de vida, à dimensão do cotidiano, muito mais por falta de uma solução me lhor, do que por ser ela a referência "adequada" para o seu sofrimento. Asso ciar o "nervoso" à dimensão "concreta" do cotidiano resulta numa situação "i nadequada" para os sujeitos, por eles perceberem que o seu sofrimento tam bém se distingue dessa dimensão "concreta", quando falam que o tratamento não consegue resolver os problemas dessa ordem.

Portanto, misto de elementos que são associados ao orgânico e ao cotidiano, a categoria "nervoso" coloca os sujeitos numa situação cogniti va absurda que, a nosso ver, pode inclusive ser uma das fontes de seu sofri mento, que surge num espaço intermediário entre o orgânico e o cotidiano e é realimentado pela impossibilidade cognitiva de ser nomeado e tratado "adequadamente". A esse curto-circuito cognitivo se associa, por sua vez, um outro desencontro relativo a quando esses sujeitos buscam uma solução pa ra o seu sofrimento na psicoterapia. Nesse plano os pacientes são introdu zidos num espaço "impossível": ao psicoterapeuta não é dada a competência de resolver os problemas "concretos" que tanto afetam a existência desses sujei tos; a esses sujeitos é inevitável a recorrência constante ao relato e quei xa das suas dificuldades "concretas" para as quais o psicoterapeuta tem pou co ou nada a fazer, ao mesmo tempo em que rejeitam qualquer forma de ajuda que o psicoterapeuta possa dar. O único elo que permanece entre os dois, terapeuta e paciente, é o pedido e a prescrição de remédios e a esperança , por parte do paciente, continuamente desfeita e refeita, de que alguma coi sa mude em suas vidas.

3.5 - Características sócio-culturais da clientela investigada

Como falamos na Metodologia, ao final das entrevistas com os pacientes fizemos-lhes uma série de perguntas seguindo um roteiro construído previamente, com o objetivo de localizá-los em termos de suas características sócio-culturais. Com a organização dos dados assim obtidos pudemos construir um quadro que nos forneceu uma relativa orientação acerca da inserção sócio-cultural desses sujeitos na sociedade. Vejamos como se configura esse quadro:

Da nossa amostra participaram sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino em maior quantidade. São pessoas que cobrem uma faixa de idade dos 16 aos 48 anos, com maior concentração na sub-faixa dos 30 aos 40 anos. A maioria dos sujeitos já foi casada, achando-se no momento separada dos seus(suas) parceiro(a)s. Também encontramos na amostra, sujeitos casados e solteiros.

Quase toda a amostra é residente no bairro de Jacarepaguá (Freguesia, Praça Seca, Taquara), sendo que o restante mora em bairros adjacentes (Cidade de Deus), com apenas um sujeito morando em outro município (Nilópolis). Os sujeitos que moram em Jacarepaguá não só residem no mesmo bairro em que se localiza a instituição onde fazem seus tratamentos, como encontram-se no percurso do único ônibus que vai até o interior da Colônia Juliano Moreira. Os sujeitos que moram na Cidade de Deus, por sua vez, também não estão muito distantes da Colônia Juliano Moreira, pois, dependendo de onde moram, dispõem de condução direta (como o ônibus que faz ponto final em Curicica) para locais bastante próximos do hospital. Os demais sujeitos necessitam de tomar duas ou mais conduções para chegar ao hospital.

Todos os sujeitos da amostra moram com suas famílias. Por famílias consideramos tanto o ramo ascendente (progenitores, tios que criaram os sujeitos entrevistados) quanto o descendente (filhos, sobrinhos, netos), sem falar nos parentes da mesma geração (irmãos, primos, cunhados). A maio

ria dos sujeitos faz parte de uma unidade familiar (sujeitos de uma mesma família morando juntos) composta por 5 a 6 elementos, envolvendo duas gerações. Encontramos exceções, contudo. Alguns sujeitos moram com mais de 9 elementos de sua família, compondo grupos de pelo menos três gerações. Outros sujeitos moram com apenas mais 1 a 2 elementos de sua família constituindo a unidade familiar básica.

A grande maioria desses sujeitos mora com suas famílias e em casas próprias. Estas, por sua vez, pertencem a familiares do ramo ascendente (pais, tios, avós) ou foram herdadas desses últimos. A propriedade dessas casas foi conseguida, na maior parte das vezes, mediante ajuda do Governo (BNH, INPS). Os sujeitos que moram em casas alugadas gastam uma porcentagem bastante alta dos seus salários para pagar a mensalidade de seus aluguéis dependendo, por vezes, da ajuda de familiares.

Os sujeitos que moram em casa própria não gastam praticamente nada com moradia, sendo, em sua maioria, dependentes de seus familiares, apesar de quase todos trabalharem. Alguns contribuem financeiramente para a manutenção da casa e para o pagamento das contas.

A grande maioria dos sujeitos mora em casa/apartamento de sala e 2 quartos, quer somem um total de 5 a 6 pessoas morando juntas, quer sua família seja composta por 10 pessoas. A maior parte desses apartamentos/casas possui dependências de empregada, somando portanto, mais um quarto e um banheiro ao número total de cômodos. Existem exceções, como o caso de um sujeito que é empregada doméstica e mora com os tios/patrões numa casa de 5 quartos.

Com relação à ocupação, todos os sujeitos trabalham, exceto os que foram "encostados" por suas doenças e são licenciados pelo INPS. Mesmo eles, contudo, vivem de suas licenças que passaram a substituir seus salários. Entre os que trabalham, dois sujeitos apresentam um vínculo de tra

balho distinto dos outros: um é empregada doméstica na casa de tios, sendo que por isso não recebe um salário, mas sim o seu sustento e umas economias (Caderneta de poupança); outro é estudante universitário de medicina e exerce estágio remunerado. Esses dois sujeitos, contudo, apresentam uma jornada de trabalho maior do que os outros que têm um vínculo empregatício explícito em suas atividades profissionais. Estes últimos desempenham atividades administrativas, em sua maioria, ligadas a órgãos públicos. Os sujeitos que estão licenciados, quando trabalhavam, exerciam atividades de escritório, atividades ligadas à Construção Civil (Pedreiro, Estocador, Ajudante de Caminhão) e não qualificadas, em geral (Jardinagem).

Os sujeitos que trabalham o fazem em jornadas que variam de 36 h a 40 h semanais. Alguns deles fazem biscates para completar o orçamento mensal, aumentando, portanto, suas jornadas de trabalho. Em alguns casos, essas jornadas não são "corridas", ou seja, não são distribuídas de forma homogênea pela semana. São eles o caso do estagiário de medicina, que dá plantões no fim de semana, perfazendo um total de 51 h; e o da empregada doméstica que não tem hora de trabalho, e que mora no seu emprego. Todos os demais sujeitos que trabalham, o fazem aos sábados também.

Todos os sujeitos ganham em torno do salário mínimo da época (1), uns um pouco a menos, outros um pouco a mais, inclusive os licenciados. Alguns têm outras fontes de renda, como ajuda de parentes ou pensão de ex-marido. Os sujeitos que não são dependentes e que contribuem para o sustento da casa, quando não são o principal ou único responsável por essa tarefa, contam com uma renda familiar que varia de Cz\$ 6.000,00 a Cz\$ 9.000,00 (2).

(1) Ao longo da realização das entrevistas o salário mínimo variou de cerca de Cz\$ 1.600,00 a Cz\$ 3.000,00, em valores aproximados.

(2) Isso em valores atuais e aproximados.

A maioria dos sujeitos sustenta ou compartilha dos seus rendimentos com outras pessoas da família. Os que são dependentes da família, no sentido de serem menores de idade, ou de serem licenciados, contribuem para os gastos em casa ou dividem seus rendimentos com os familiares. Os que são chefes de família sustentam-nas, ainda que para isso contem com a ajuda dos outros membros. Os sujeitos que sustentam a família ou que compartilham seus rendimentos com outros membros, o fazem integralmente apenas com mais dois membros, sendo que o restante vive dos seus próprios rendimentos.

Com relação à escolaridade, praticamente todos os sujeitos estudaram ou ainda estudam. Entre os sujeitos da amostra, existem também analfabetos, pessoas que nunca foram à escola. Com relação aos cursos feitos, a amostra varia bastante, de forma a encontrarmos sujeitos com seus estudos concluídos em cada um dos níveis existentes na carreira escolar. Os sujeitos que cursaram apenas o primário ou que são analfabetos são os que exercem (ou exerceram, no caso dos licenciados), profissionalmente, as funções menos qualificadas, tais como serviço doméstico e atividades ligadas à Construção Civil. Os sujeitos que estudaram até o ginásio ou que completaram o 2º grau, são os que exercem atividades administrativas ou ligadas a escritório. E o único sujeito que está na universidade é o que realiza estágio remunerado. Excetuando os sujeitos que ainda se encontram estudando, apenas mais um sujeito demonstrou o desejo de continuar estudando para ascender profissionalmente e, principalmente, de status. Os demais não se manifestaram a respeito, dando por encerrado o assunto "estudar", inclusive os analfabetos.

Com relação à procedência geográfica, a maioria dos sujeitos nasceu no Rio de Janeiro (cidade). Alguns já moraram em outras cidades (São Paulo, Nova Iguaçu) mas por pouco tempo. Apenas dois sujeitos vieram de outros estados; um é proveniente do Município de Guarani (MG) e outro do Município de Bananeira (PB).

Os sujeitos que vieram de outros estados chegaram ao Rio de

Janeiro em períodos bem diferentes e por motivos bastante diversos. O sujeito que veio de Minas Gerais (e que atualmente tem 16 anos de idade), chegou ao Rio de Janeiro em 1984 e veio por causa de complicações familiares, brigava muito com um parente com quem morava e foi então trazido para o Rio. Pretende voltar assim que completar seus estudos (está na 5ª série) e se formar, pois Guarani é a sua terra. O sujeito que veio da Paraíba (e que está com 48 anos de idade) chegou ao Rio em 1957. Veio para cá para arrumar emprego e ganhar dinheiro, o que conseguiu na semana seguinte. Sente-se bem no Rio, gosta da cidade com a qual se acostumou e não pretende voltar para sua terra natal.

Os sujeitos que nasceram no Rio e que durante um certo tempo moraram em outras cidades, para lá foram por diferentes motivos e em períodos diferentes de suas vidas. O sujeito que morou em Nova Iguaçu foi para essa cidade quando criança acompanhando sua família. Após um pequeno período, voltou para o Rio se fixando em Jacarepaguá, onde está até o momento. O sujeito que foi para São Paulo morou lá já adulto. Foi em busca de mudar a sua vida, de novas perspectivas, o que acredita ter conseguido nesta outra cidade. Lá trabalhou bastante e estudou, o que até então não conseguira fazer direito porque, no Rio, se dispersava em festas e indo à praia. Voltou para o Rio depois que teve sua primeira crise (surto) e a pedido de sua mãe.

Com relação à religiosidade, os pacientes foram praticamente unânimes em dizer que acreditam em Deus. Apenas um discordou, dizendo nunca ter acreditado em Deus, embora exerça atividade religiosa com relativa frequência. Os pacientes também foram unânimes em associar a figura de Deus à fé, à esperança, o que normalmente era dito pela resposta "ele é tudo". Poucos sujeitos procuraram defini-lo "concretamente", por uma imagem física. Em sua maioria associaram-no à possibilidade de ter as suas aspirações alcançadas, de ter seus desejos realizados e, principalmente, à possibilidade de aspirarem e desejarem tão somente, nos momentos de dor e sofrimento. Al

guns sujeitos mencionaram a cura de suas doenças como uma das expectativas de que investem a figura de Deus, relatando, por vezes, situações em que foram ajudados por sua fé em Deus.

Todos os sujeitos já foram à Igreja Católica, alguns à Igreja Protestante, outros ao Centro Espírita e alguns a mais de uma Igreja. A grande maioria não frequenta nenhuma igreja, contudo. Alguns sujeitos já se dedicaram mais à prática religiosa, em alguns momentos de sua vida. Outros sempre a frequentaram mas pouco e, geralmente, em momentos singulares tais como casamentos, batizados, etc.

De um modo geral, os sujeitos não vêem um sentido de se frequentar a igreja/centro sistematicamente, e atribuem o grande valor da religião à renovação da fé e das esperanças que ela promove. Para isso pensam não ser necessária a ida constante à igreja mas sim o "diálogo" com Deus, o rezar, o que podem fazer na igreja ou em outros lugares.

Com relação à vinculação dos sujeitos às inúmeras redes que fazem parte do tecido social, encontramos o seguinte quadro. A maioria dos sujeitos não participa de organização nenhuma, alguns por não terem mais tempo, outros por não acreditarem (em partido político, por exemplo), outros por não gostarem de barulho e confusão (dos clubes esportivos, por exemplo) e outros, simplesmente, porque não estão participando no momento. Boa parte desses sujeitos, contudo, já frequentou clube esportivo e gostou, sendo que alguns pensam em voltar a se agremiarem. Outro sujeito já participou ativamente de grupos religiosos em que tinha encontros diários para a realização de estudos e tarefas. Esse mesmo sujeito também já praticou atividade política de forma intensiva, sendo cabo eleitoral de um candidato a deputado. Avalia como bastante positivas suas experiências com política e com grupo religioso porque considera que, em grupo, a pessoa aprende mais, conversa sobre vários assuntos e "procura esquecer a mesquinha, a ignorância ... é tipo uma corrente, a pessoa não está tão só".

Os sujeitos que estudam e/ou trabalham fora de seus bairros de residência vão a outros bairros diariamente. Os demais se ausentam de seus bairros com bem menos frequência (uma vez por mês e, alguns casos, até de 3 em 3 meses) por motivos ligados ao trabalho (receber o pagamento), a diversão (visitar parentes, ir à praia, ou simplesmente passear), ou para se tratarem (alguns semanalmente, outros quinzenalmente e outros mensalmente). Os sujeitos que saem com mais frequência de seus bairros para trabalhar ou/e estudarem, costumam sair mais frequentemente de seus bairros também para se divertirem.

Praticamente todos os sujeitos assistem televisão. Vêem preferencialmente as novelas, e com menos frequência, filmes e noticiários. Apenas dois sujeitos não assistem televisão, um por ficar sonolento vendo TV e outro por não ter um aparelho televisor. Ambos acompanham programas de rádio, em que procuram ouvir noticiários e programas de generalidades. Boa parte dos sujeitos também lê jornais para acompanhar as notícias, e outros para ver horóscopo e a programação televisiva. Fazem-no diariamente ou semanalmente.

Com relação às horas livres, a maioria dos sujeitos procura usufruí-las juntando lazer com tarefas domésticas (principalmente as mulheres), fazendo atividades tais como lavar e passar roupa ouvindo música, ou arrumar a casa vendo TV. Quando estão muito cansados, o que não é raro, apenas dormem ou descansam. Buscam usufruir suas horas livres se distraíndo com amigos também, os quais costumam encontrar em locais próximos às suas casas, normalmente em casas desses.

Com um quadro das características sócio-culturais da clientela assim estruturado, pensamos em fazer algumas correlações de seus elementos com as representações sobre psicoterapia que depreendemos do discurso dos pacientes. Embora não possamos fazer uma delimitação sócio-cultural dos pacientes por grupo de representações, por termos trabalhado com um "sujei

to ideal" e não com quantidade, acreditamos poder fazer algumas correlações. Vamos a elas.

Em primeiro lugar vemos que a nossa amostra de pacientes é razoavelmente heterogênea por nela encontrarmos sujeitos que identificamos como pertencendo à classe média, outros como pertencendo às classes trabalhadoras e outros como sendo de uma classe média bastante empobrecida, muito embora todos tenham uma renda semelhante, girando em torno do salário mínimo. A renda mensal parece ter sido, portanto, o critério adotado pelos terapeutas para selecionarem uma amostra de pacientes que considerassem como pertencendo aos setores populares, na medida em que ela resultou uniforme com relação a esta variável. O critério que nós utilizamos agora para distinguir os sujeitos da amostra pauta-se, por sua vez, no tipo de atividade profissional e na escolaridade, principalmente. Apesar de terem rendimentos próximos, achamos que um sujeito que trabalha em escritório, num cargo público, tem uma inserção na sociedade bastante distinta do sujeito que trabalha em construção civil.

Com a amostra assim delimitada, acreditamos poder ver na sua heterogeneidade uma possível explicação para a existência de dois grupos de representações bem distintos, entre os depoimentos dos pacientes. Achamos possível associar o segundo deles aos sujeitos das classes trabalhadoras, e o primeiro aos sujeitos da classe média e média empobrecida. Ou seja, achamos ser possível falar que os sujeitos que pertencem às classes trabalhadoras nos fornecem os elementos com os quais construímos o segundo grupo de representações, que é o que destoa da visão corrente sobre psicoterapia, enquanto os sujeitos da classe média (e média baixa) teriam nos fornecido os elementos a partir dos quais construímos o primeiro grupo de representações, que é o que tem uma visão congruente com a dos terapeutas. A comprovação dessas correlações, contudo, depende de uma investigação que utilize uma metodologia adequada para tal.

Um outro elemento interessante de verificarmos em termos dos conjuntos de representações dos pacientes, diz respeito ao dado do sujeito ser "encostado" ou não por motivos de saúde e, mais precisamente, por doença mental. Acreditamos ser mais provável que dos sujeitos licenciados por motivo de saúde tenha partido elementos que nos permitiram construir o segundo conjunto semântico sobre o que é psicoterapia, do que elementos em que nos baseamos para construir o primeiro conjunto. Pensamos isso pela correlação que achamos possível de ser feita entre a condição de encostado e o sentimento de impotência diante da vida e do sofrimento, apontados na representação que diz que a psicoterapia é um tratamento para resolver os problemas "concretos" ao mesmo tempo em que reconhece que isso não é factível. A achamos possível correlacionar, também, a condição de ser "encostado" pelo INPS com a forma como nesse segundo conjunto semântico os pacientes vêem o seu sofrimento. Nesse segundo conjunto, os pacientes percebem o seu sofrimento como anormal, considerando-o uma doença incurável. Esta situação nos parece bastante semelhante com a condição do "encostado" que se vê numa posição especial, em termos da sua inserção no processo produtivo, e que é definitiva.

Estas foram as principais correlações que pudemos estabelecer entre o perfil da clientela e suas representações sobre psicoterapia. Passemos agora à parte final deste trabalho, as considerações finais.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo pensamos em nos dedicar a algo um pouco diferente do que o estabelecimento definitivo de conclusões acerca de nossa investigação. Acreditamos ter apresentado uma série de dados, alguns conclusivos, sobre o que nos propusemos investigar, nos capítulos imediatamente precedentes. Com o presente capítulo gostaríamos, outrossim, de tecer alguns comentários sobre o que desse material percebemos como problemático.

Pensamos ter fornecido um quadro significativo das representações que psicoterapeutas e pacientes têm sobre o que é psicoterapia. Acreditamos ter apresentado, também, um apanhado dos principais problemas que terapeutas e pacientes vêem nessa forma de tratamento, respondendo, portanto, às questões de como os pacientes de um serviço em particular têm assimilado a proposta do tratamento psicoterápico e qual a repercussão da discussão sobre os problemas de se fazer um atendimento psicoterápico com pessoas dos setores populares junto a terapeutas que trabalham nessa área.

A partir dos dados que obtivemos em resposta às indagações que orientaram a nossa pesquisa, podemos dizer que, em alguma medida, existe uma congruência acentuada entre as representações dos terapeutas e parte das representações da clientela sobre o que é psicoterapia e sobre os problemas que detectam nessa forma de tratamento, nas circunstâncias em que ela é realizada. Em seus depoimentos os sujeitos apontam uma série de problemas que certamente não podem ser ignorados por qualquer literatura que se dedique a esse assunto. Esses problemas, contudo, não são o alvo da nossa preocupação do momento. Eles foram apresentados e discutidos nos capítulos referentes aos dados obtidos com essa investigação. No momento gostaríamos de ver o que nós detectamos como problemático e que se refere fundamentalmente à existência de uma discrepância acentuada, também, entre as representações dos psicoterapeutas e a outra parte das representações da clientela.

Consideramos como problemática a existência de diferenças muito grandes nas representações que terapeutas e pacientes têm sobre o que é psicoterapia, porque compartilhamos da opinião de alguns autores (Costa, 1982; Bezerra, 1983) quando afirmam que para um tratamento psicoterápico ser bem sucedido ele depende de que terapeuta e paciente compartilhem de um mesmo "projeto psicoterápico". Embora a noção de "projeto psicoterápico" tenha um sentido bastante específico que não é atingido em sua totalidade pela categoria "representação" que aqui utilizamos, pensamos ser possível entender o que os autores acima mencionam para a nossa questão. Com isso queremos dizer que consideramos problemático, para a realização de um tratamento psicoterápico, o dado de que terapeuta e paciente tenham representações bastante distintas acerca do que é terapia, porque pensamos ser difícil realizar um empreendimento se não há um consenso mínimo, pelas partes envolvidas, sobre o que seja ele (Figueira, 1978). Um outro motivo pelo qual consideramos problemática a discrepância de representações entre terapeuta e paciente refere-se ao dado dela estar apontando uma não congruência na intencionalidade dos sujeitos, uma vez que, segundo o uso que estamos fazendo dessa categoria, a representação é fruto, dentre outras coisas, do ato de apropriação pelo sujeito do seu cotidiano, de suas vivências, o qual, a nosso ver, constitui o solo do que estamos chamando de intencionalidade. Essa não sintonia na forma como paciente e terapeuta apreendem e se apropriam de suas realidades nos parece mais problemática do que o dado desses sujeitos estarem submetidos a diferentes discursos ideológicos ou ocuparem diferentes posições na hierarquia social, por nela estar em jogo uma dimensão da subjetividade mais difícil de ser percebida pelos indivíduos. Portanto, ao falarmos que terapeuta e paciente apresentam diferentes representações sobre a psicoterapia não só estamos dizendo que eles a definem de modo distinto mas, sobretudo, que fazem um uso cognitivo particular dela, e é essa discrepância que nos parece mais problemática para o "bom" andamento de um tratamento psicoterápico.

Vejamos agora como se configura exatamente essa discrepância

de representações entre terapeutas e parte das representações dos pacientes. Ela ocorre em vários níveis, tais como o modo pelo qual esses sujeitos defi nem psicoterapia, o modo pelo qual os pacientes vêem a figura do terapeuta e assim por diante, conforme pode ser visto retornando-se aos capítulos que falam sobre as representações que cada um desses grupos têm sobre psicoterapia. A discrepância nos parece mais problemática, contudo, quando tomamos as representações em sua totalidade e as confrontamos. Podemos então dis criminar 1) concepções sobre o que é psicoterapia, 2) seus objetivos e 3) concepções sobre o sofrimento com o qual ela lida; bastante adversas. Ex plicitando, vemos que, para os psicoterapeutas, a psicoterapia é uma forma de tratamento que, lidando com o inconsciente visto como um elemento funda mental do psiquismo humano, propicia aos sujeitos um alívio de seus sofri mentos e sintomas, através de um trabalho de assinalamento dos "determinantes inconscientes" dos seus comportamentos, que leva os sujeitos a tomarem um "contato mais estreito" consigo próprios e a buscarem novas formas de expres são para os seus "desejos", que não pelo adoecimento psíquico. Esse "auto-conhecimento" que é propiciado pela psicoterapia leva os sujeitos a se senti rem mais seguros e a terem maior autonomia sobre si próprios, fazendo com que eles modifiquem suas relações interpessoais e com o seu meio, em ge ral, no sentido de darem a elas uma direção mais condizente com as suas as pirações.

Antes de retomarmos a forma pela qual os pacientes vêem a psicoterapia para apontarmos a discrepância existente entre ela e o modelo dos psicoterapeutas, acima exposto, achamos importante esclarecer qual o ní vel de comparação em que estamos nos baseando para fazer essa análise. Para tanto, achamos ser útil uma exemplificação da congruência que percebemos en tre as representações dos terapeutas e a outra parte das representações dos pacientes. Para esta, a psicoterapia é uma forma de tratamento que se diri ge à "mente", na qual o sujeito passa por uma mudança na sua forma de ver as coisas, de ver os seus problemas, através de conversas sobre eles. A par tir desse maior entendimento sobre os seus problemas, que podem ser sinto

mas, problemas de relacionamento, de inibição, entre outros, o sujeito consegue resolvê-los de um modo "melhor", pois têm o seu sofrimento aliviado e fica mais feliz, e com isso passa a resolver "melhor", também, os seus problemas na vida.

Seguindo aqueles três pontos que mencionamos para discriminar as representações dos terapeutas das dos pacientes, vemos ocorrer aqui, com essas representações, um emparelhamento quase que ponto a ponto, senão vejamos: com relação à concepção do que é psicoterapia podemos equiparar a categoria "mente" utilizada pelos pacientes com a categoria "psiquismo" utilizada pelos terapeutas; com relação ao sofrimento com o qual a psicoterapia lida, vemos ambos os grupos de sujeitos remeterem-no para uma ordem comum, a do psiquismo, quer estejam falando de problemas de relacionamento, sintomas, ou simplesmente problemas, por distinção a problemas da vida; e com relação ao objetivo da psicoterapia todos são unânimes em apontar o alívio do sofrimento (já localizado como psíquico) mediante um trabalho de "esclarecimento da mente", conforme os pacientes, ou de "assinalamento dos determinantes inconscientes", conforme os terapeutas, que nos parecem possíveis de serem equiparados. Ainda com relação aos objetivos da psicoterapia, ambos os grupos de sujeitos falam que a efetivação deles leva os sujeitos a mudarem de atitude com relação a si próprios e com relação às suas vidas.

Essa equiparação pontual, todavia, não deve ser entendida sob um ponto de vista rigoroso. Ela é feita de uma forma em que procuramos antes uma rápida análise de sentido, por uma aproximação semântica, do que uma investigação mais aprofundada do contexto semântico que cerca cada uma das categorias utilizadas, com o que não estamos considerando, no momento, a questão do discurso competente versus o discurso leigo. Na verdade, para nossos objetivos, essa equiparação deve ser tomada pelo seu sentido geral, que pode ser depreendido do quadro que construímos com a enumeração dos elementos semelhantes nas representações dos pacientes e dos terapeutas. Com a equiparação sendo entendida sob esse ângulo, quisemos dar uma idéia do que

está em jogo para nós, ao compararmos as representações dos terapeutas com as representações dos pacientes.

Voltemos agora à discussão sobre a discrepância de representações entre terapeutas e parte das representações dos pacientes e vejamos como ela se dá.

Com relação ao que já foi enunciado como pertencendo às representações dos terapeutas sobre o que é psicoterapia, vemos os pacientes apresentarem concepções bastante destoantes em que, basicamente, falam que a psicoterapia é um tratamento em que não se deve ser forçado a falar muito, principalmente sobre assuntos íntimos e delicados como família, sexo, drogas; é um tratamento no qual o terapeuta conversa com o paciente e procura agradá-lo, ouve seus problemas e prescreve remédios. Através da psicoterapia o sujeito tem seus sintomas resolvidos e seus problemas "concretos" solucionados. Falam os pacientes, também, que a psicoterapia não é capaz de resolver seus problemas "concretos" por eles dependerem de injunções que não estão ao seu alcance e que ela não consegue curar totalmente suas doenças porque "nervoso" só tem melhora, mas não cura.

Essas concepções acerca do que é psicoterapia, qual o seu objeto e objetivos, não só são incongruentes com as representações dos terapeutas, como consigo próprias, se comparadas com a concepção corrente de psicoterapia, conforme vimos no capítulo que discute as representações dos pacientes. Interpretamos a incongruência interna desse conjunto de concepções que formam parte das representações dos pacientes, apontando para uma lógica cognitiva própria desses sujeitos. Esta seria caracterizada por uma tentativa, por parte deles, de verem suas esperanças de mudança renovadas através da psicoterapia, ao mesmo tempo em que se conscientizam da impotência da psicoterapia para resolver seus problemas. Concluimos falando sobre o que consideramos ser uma "inabilidade" desses sujeitos para perceberem e nomearem como psíquico um sofrimento que distinguem de outros existentes no

cotidiano, o que os leva a uma situação ingrata de procurarem e se comprometerem com um tipo de tratamento que não só não atende às suas expectativas, como se dirige a um objeto, o sofrimento psíquico, que lhes é inacessível, ao menos da forma como correntemente é tratado na psicoterapia. Cria-se então uma situação insatisfatória para ambos os lados, paciente e terapeuta; o primeiro por não obter uma resposta efetiva para suas expectativas de mudança de vida e para o seu sofrimento decorrente de suas condições "concretas" de existência desfavoráveis, o que vive como a impossibilidade de cura; e o segundo por não conseguir realizar o seu trabalho e ter que adotar algumas adaptações na forma como o encaminha, as quais considera paliativas, e isso quando não acaba por ser impedido de trabalhar, dada a falta de ressonância deste junto ao paciente, vendo-se, por fim, exercer unicamente a função de "psiquiatra".

Basicamente, o que vemos de problemático nessa discrepância de representações que nos motivou a escrever esse capítulo é de um lado, o fracasso total da psicoterapia em dar conta de um sofrimento que parece ser grande e dito aos "trancos e barrancos", e de outro, a aparente inabilidade desses sujeitos de nomearem e apreenderem seu sofrimento de uma forma "eficaz" (1) em termos cognitivos. Essa discriminação de motivos refere-se antes aos diferentes lados de uma mesma "moeda" do que a duas ordens completamente distintas de problemas, sendo que o lado relativo a como os pacientes categorizam seu sofrimento nos parece mais urgente de ser visto e analisado, até porque dele depende a resolução do lado relativo ao fracasso da psicoterapia, que a nosso ver só será efetivada a partir de uma re-estruturação teórica em que o sofrimento psíquico dessa clientela seja adequadamente compreendido e abordado.

Um primeiro ponto que pensamos ser importante de ser considerado numa análise do que acontece com relação à peculiaridade do modo pelo

(1) Falaremos, mais adiante, em que sentido usamos esse termo.

qual os pacientes categorizam o seu sofrimento é ver que a sua "inabilidade" para nomeá-lo como psíquico não é dada por uma "falta" de tentativas de soluções cognitivas, mas sim pela apropriação de uma categoria, a do "nervoso", que se não traz bons resultados, deve ser considerada para uma tentativa de compreensão do que se dá nesse campo. Além disso, pensamos que, rigorosamente falando, a utilização de uma categoria por parte dos pacientes para falar do seu sofrimento, por mais contraditória e "ineficaz" que ela seja, tem sua eficácia simbólica, no sentido dela estar traduzindo uma determinada realidade, e por ser, em alguma medida, fruto de uma atuação desses sujeitos sobre essa realidade. Portanto, quando falamos em ineficácia, devemos circunscrever o seu sentido ao plano da resolução do sofrimento vivido por esses sujeitos, ou seja, se falamos que a categoria utilizada pelos pacientes para falar do seu sofrimento é "ineficaz", é porque a consideramos inadequada para a percepção e encaminhamento deste sofrimento que ela traduz, tomando-se como referência um modelo corrente de percepção e expressão do sofrimento psíquico identificável nas teorias "psi"; mas não por não traduzir a realidade desse sofrimento. Nesse sentido, pensamos que a compreensão desse sofrimento que não se resolve, começa pela investigação da realidade que confusamente ele traduz. Vejamos então:

Conforme falamos no capítulo que discute as representações dos pacientes, a utilização da categoria "nervoso" parece ser a única solução cognitiva encontrada pelos pacientes para nomearem o seu sofrimento que percebem como doença. A partir do uso dessa categoria, os pacientes situam seu sofrimento entre as dimensões do orgânico e do cotidiano, referindo-se a ele tanto pela queixa de sintomas somáticos quanto pela queixa das condições de vida nada favoráveis a que estão submetidos. A referência a essas duas ordens de problemas não obedece a uma ordem que nos pareça clara, a princípio, pois de um lado os pacientes consideram que é o sofrimento decorrente dos sintomas que os motiva a buscar um tratamento psicoterápico e que justifica a procedência desse, e de outro consideram que a sua doença, o seu "nervoso" não se reduz aos sintomas, que podem ser extintos no decorrer do

tratamento, ao passo que a doença e o sofrimento que atribuem a ela permanecem, justificando então a continuidade do tratamento. Essa doença que permanece não é mais referida aos sintomas, mas sim às condições de vida, embora ainda persista a referência ao orgânico, no sentido em que o paciente usa a categoria de doença, "nervoso", para nomear o sofrimento que persiste. Portanto, manifestando-se ou não no corpo, o sofrimento é sempre referido a ele por ser apreendido enquanto doença, categoria essa que os pacientes parecem perceber como estando ligada ao orgânico. Mas é enquanto estando associado à dimensão do cotidiano que o sofrimento vivido por esses sujeitos parece ser mais fidedignamente caracterizado, pelo aspecto de ambos serem percebidos como insolúveis. A referência ao orgânico, pela queixa de sintomas e pelo uso da categoria doença e "nervoso", parece estar traduzindo uma percepção tida pelos pacientes de que eles não estão no seu estado normal, de que o sofrimento de que padecem é especial; ao passo que a referência à dimensão do cotidiano para falar sobre esse sofrimento parece traduzir o sentimento de impotência com que esses sujeitos o percebem.

Uma primeira pergunta, então, que poderíamos fazer, com relação a essa forma pela qual os pacientes nomeiam seu sofrimento, seria sobre a sua natureza: podemos considerá-lo como psíquico, conforme viemos fazendo ao descrever o modo "ineficaz" pelo qual esses sujeitos categorizam o seu sofrimento? Se este sofrimento é psíquico porque os pacientes não seriam capazes de nomeá-lo diretamente, tendo que para tanto, se utilizar das dimensões do orgânico e do cotidiano, com as quais realizam uma operação pouco comum em que ora eles se somam, ora eles se subtraem? Qual o estatuto de um sofrimento cuja natureza parece ser referida a um espaço oposto ao da interseção entre as dimensões do orgânico e do cotidiano, ou seja, que é dada pelo que esse sofrimento não se reduz ao orgânico e pelo o que ele não se reduz a um sofrimento decorrente apenas das condições de vida nada favoráveis? E por que a referência a essas duas dimensões e não outras?

Vamos por partes. Em primeiro lugar vejamos porque referi

mo-nos ao sofrimento desses pacientes como sendo psíquico, ao descrevermos o modo pelo qual o nomeiam como "inadequado", o que reconhecemos ter sido fruto de uma certa precipitação nossa que acreditamos ser significativa, todavia. Para tanto iremos recorrer a uma descrição e discussão dos seus discursos.

Em seus depoimentos, os pacientes mostram um certo desconforto quando são solicitados a caracterizar mais precisamente os seus tratamentos, o que consideram ser seu objeto e como esse se define, ou seja, têm dificuldade em caracterizar o seu sofrimento.

Em tais situações os pacientes escapam para um discurso desenfreado sobre os seus sintomas somáticos e sobre as péssimas condições de vida a que estão submetidos. Essa temática é bastante pregnante no seu discurso mesmo quando procura-se orientá-los para um relato mais voltado para as condições de seus tratamentos.

Nesta saída que os pacientes encontram para o desconforto que experienciam ao serem solicitados para falar sobre a psicoterapia e sobre o sofrimento com o qual ela lida, os pacientes parecem expressar, também, um outro desconforto para falar do seu sofrimento, que detectamos na reticência do seu discurso, que ora remete o seu sofrimento à dimensão do orgânico, ora remete à dimensão do cotidiano, de uma forma não conclusiva. Diríamos então que, como um todo, o depoimento desses pacientes se caracteriza por uma pregnância do relato do seu sofrimento, ao qual recorrem para responder a qualquer pergunta que lhes façam, caracterizando-o, a nosso ver, como um discurso "sobre si", como o "sujeito das suas orações", ou seja, ao invés de darem suas respostas às perguntas que lhe fazem, os sujeitos respondem com suas queixas que parecem estar no lugar do "eu faço isso" ou do "eu penso assim" e assim por diante.

Esse relato, por sua vez, parece ter uma natureza bastante

específica e distinta de uma concepção corrente presente nas teorias "psi", por exemplo, que vê no discurso "sobre si" uma função expressiva e "afirmativa" do sujeito, ou no mínimo de desabafo. Contrariamente a esses sentidos que o discurso pode ter, a fala que esses sujeitos proferem sobre si próprios é não conclusiva tanto no sentido de sintaticamente ela ficar incompleta, apesar de redundante, quanto no sentido de não ser resolutive para o sujeito, conforme a concepção de discurso a que nos referimos acima. Ela soa, então, despropositada porque é um discurso "sobre si" que em nada serve para o sujeito, pois fica girando em torno dele própria. É nesse sentido que o modo pelo qual esses sujeitos falam sobre o seu sofrimento é "ineficaz", sofrimento esse que identificamos como psíquico por ser proferido por um discurso "sobre si", ainda que nesse espaço o "si" seja traduzido pela recorrência às dimensões do orgânico e do cotidiano.

Nossa caracterização do discurso dos pacientes "sobre si" como "ineficaz" não exclui a possibilidade dele ser visto, também, como "afirmativo" no sentido de ao proferi-lo o sujeito estar se apropriando de elementos da sua realidade, dando-lhes um rumo próprio. Com relação então a esse discurso que os pacientes proferem "sobre si", em que caracterizam o seu sofrimento por referência ao orgânico e ao cotidiano, podemos pensar que, com ele, os pacientes estariam reordenando suas realidades, no sentido de estarem reproduzindo consigo próprios, no discurso que proferem "sobre si", o que vivem de forma bastante intensa em suas vidas (Clastres, 1978), e que localizariamos na submissão a condições de vida bastante desfavoráveis e no sentimento de impotência diante delas. Diríamos então que de alguma forma esses sujeitos "revertem" essa impotência que experienciam quando reproduzem, a nível do discurso, essa lógica de suas vidas. Essa reversão, por sua vez, se caracterizaria antes por ser uma forma de passar adiante a "bola" da condição de suas existências, do que por ser uma modificação efetiva desta condição, a nível do discurso. Reproduzindo no discurso a opressão e a inevitabilidade do sofrimento decorrente dela, esses sujeitos estão deslocando os problemas que vivem num registro para outro registro e nesse sentido,

estão operando uma modificação, ainda que sutil.

Portanto, pensamos poder dizer que, além de estarem falando de um sofrimento que é psíquico por se referir ao "si", os pacientes estão falando de um sofrimento que vivem como inevitável, que não é da ordem do conflito mas sim do "absoluto", do "inquestionável". Assim pensamos porque no jogo discursivo que esses sujeitos estabelecem com o seu sofrimento e com a sua realidade, estes são tomados como "únicos" e em sua "pura" existência, ou seja, a eles não é confrontada nenhuma outra situação; não existem oposições em seu discurso (Clastres, 1978).

Vemos uma congruência na forma como esses sujeitos percebem o seu sofrimento com a definição que Costa (1987) dá de sofrimento psíquico, utilizando o conceito de identidade psicológica. Achamos, no entanto, que definir o sofrimento psíquico dos sujeitos das classes trabalhadoras como resultante de um conflito na identidade de "ser trabalhador" que seria vivida por eles enquanto identidade psicológica, não resolve totalmente a questão de esclarecer como se caracteriza o sofrimento psíquico desses sujeitos, tal como o percebemos na nossa pesquisa.

Se o sofrimento psíquico em geral é definido por ser vivido como mais radical do que os outros por ser fruto de um conflito na identidade psicológica, da qual os sujeitos pouco se distanciam, porque esse não distanciamento em relação ao sofrimento seria muito maior nos sujeitos com os quais estamos lidando, do que nos sujeitos de classe média e alta? Ou seja, por que o sofrimento psíquico dos sujeitos dos setores populares é mais radical do que o sofrimento psíquico dos sujeitos de classe média-alta, se ambos se definem por serem vividos como especiais e mais radicais do que os outros sofrimentos que fazem parte da existência humana? Por que essa graduação de radicalidade na forma como os sujeitos percebem o seu sofrimento psíquico se este se define como fruto de um conflito na identidade psicológica que é percebida por qualquer sujeito como inevitável e universal?

A identidade psicológica de "ser trabalhador" dos sujeitos dos setores populares seria mais inevitável do que a identidade psicológica de "ser homem" dos sujeitos dos setores médios? Se a identidade psicológica de "ser homem" é vivida pelos sujeitos dos setores médios como inevitável, por que seu sofrimento psíquico não é vivido como tão radical? Por que o sujeito "típico" que busca ajuda psicoterápica para o seu sofrimento consegue de alguma forma nomeá-lo como psíquico e proferir sobre ele um discurso "eficaz" no sentido deste desempenhar uma função de "auto-afirmação", e o sujeito dos setores populares não consegue?

Por certo que podemos responder boa parte dessas perguntas recorrendo a uma análise das diferentes inserções sociais desses sujeitos, das diferentes formas de acesso que eles tenham ao poder e ao saber, das diferentes ideologias que os cercam e assim por diante, análises essas que de alguma forma vieram sendo feitas, ao longo da constituição do campo de discussão sobre a diversidade cultural e lingüística, quando seus autores correlacionam o modelo de indivíduo pressuposto pelas teorias "psi" a circunstâncias históricas e sociais precisas tais como a ideologia do individualismo, a ação do poder disciplinar, entre outras.

Esse nível de análise não nos interessa no momento por acharmos que a questão que se coloca como fundamental é a de saber como, a nível da subjetividade, o sofrimento psíquico dos sujeitos dos setores populares se difere do apresentado pelos sujeitos das camadas médias e altas. Vimos que parte dessa indagação é respondida quando Costa (1987) afirma ser este sofrimento fruto de um conflito na identidade psicológica de "ser trabalhador" e não na identidade psicológica predominantemente referida ao que denomina de eixos "diferença de sexos" e "diferença de gerações" que identifica como sendo a forma mais corrente desta se definir, na cultura atual. Fica a descoberto, contudo, a indagação de por que o sofrimento psíquico desses sujeitos é vivido como mais radical do que o sofrimento psíquico dos sujeitos dos setores médios. Como entender essa gradação, a nível da subjetivi-

dade?

Pensamos que a saída para esse dilema teórico talvez esteja em ver que a identidade psicológica dos sujeitos das classes trabalhadoras não só se distingue por nela ser incluída a identidade social de trabalhadoras, também, por se processar de uma forma distinta. Ou seja, a diferença entre a identidade psicológica de sujeitos das classes trabalhadoras e a de sujeitos das camadas médias e altas não seria dada apenas por nelas estarem presentes conteúdos diferentes, mas também por elas se constituírem diferentemente.

Se considerarmos que a identidade psicológica, tal como é de finida por Costa, se aproxima do sujeito que é formado pela interiorização da realidade objetiva na socialização primária (Berger, 1973), no sentido de que em ambas situações o sujeito vive tal identidade que se formou como inevitável e universal, podemos pensar que no caso dos sujeitos das classes trabalhadoras, sua socialização primária se processaria de uma forma diferente da experienciada pelos sujeitos dos setores médios e altos. Se considerarmos que na socialização a linguagem tem um papel fundamental e que a configuração dos discursos varia entre os indivíduos em função de suas inserções sócio-culturais, podemos pensar que a diferença no processo de formação de identidade na socialização primária de sujeitos dos setores populares e sujeitos das camadas médias/altas é dada por eles estarem submetidos a contextos lingüísticos diferentes, que atuam, portanto, de forma distinta na formação de suas subjetividades. Nesse sentido, a identidade psicológica de um sujeito das classes trabalhadoras não só se diferenciaria por ela envolver uma temática diferente da existente na identidade psicológica de um sujeito das camadas médias, mas também por sua aquisição ser fruto de diferentes processos lingüísticos. Essa diferença de formação de subjetividades em função da linguagem pode ser tomada como uma tentativa de explicação de fenômenos como o que descrevemos, ao falarmos da especificidade do discurso "sobre si" dos pacientes que entrevistamos, e da peculiaridade do uso que fazem do

discurso sobre o seu sofrimento.

Neste discurso chama-nos a atenção a total radicalidade do que ele profere ao mesmo tempo em que a sua temática é de outra ordem que a sua natureza, ou seja, ele é um discurso "sobre si" que é nomeado através da fala sobre o somático e sobre a vida. Se tomarmos o discurso como um expediente através do qual o sujeito torna presente uma realidade que ele nomeia ao mesmo tempo em que ela fica afastada porque re-presentada (Lemaire, 1979), vemos que a subjetividade dos sujeitos dos setores populares, e o seu sofrimento psíquico por consequência, são vividos como acontecimentos muito mais contundentes do que se falassem deles diretamente, ou seja, se proferissem um discurso explícito sobre eles. A subjetividade desses indivíduos parece ser uma experiência vivida como uma "realidade em si", na medida em que não é passível de ser representada num discurso explícito, parecendo existir como "puro acontecimento". Pensamos poder dizer, então, que ela assim se configura por ter sido formada segundo um processo em que participam discursos da mesma natureza que o discurso que é proferido sobre ela. Com isso queremos propor que a despeito da socialização primária ser um processo universal na formação dos sujeitos e destes serem dotados de identidades psicológicas, a aquisição destas varia não só em seus conteúdos como na forma pela qual elas se dão, e varia segundo o tipo de linguagem que toma parte predominante nesse processo. Portanto, ainda que todos os sujeitos experienciem suas identidades psicológicas como inevitáveis e universais, aqueles que tiveram suas identidades formadas segundo um processo predominantemente orientado por um discurso "absolutista" e não "relativizador", vivenciarão tais identidades como muito mais radicais e inevitáveis, por não disporem dos mesmos recursos lingüísticos que os outros sujeitos, para tomarem um mínimo de distância em relação à realidade de suas subjetividades.

Com essa exposição do que pensamos estar em jogo na definição do sofrimento psíquico dos sujeitos dos setores populares, pensamos ter acrescentado novos elementos para a reflexão sobre a diversidade cultural e lingüística referida à situação do atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares, no sentido da prática nessa área ser enriquecida e arejada por novas idéias, que propiciem a construção de uma abordagem mais efetiva do sofrimento humano.

ANEXO 1

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS TERAPEUTAS

EXPECTATIVAS

- 1) (a) Por que você escolheu trabalhar com psicoterapia?
(b) Quais as suas expectativas em relação a essa forma de tratamento?
(c) Quais as suas expectativas em relação ao tratamento desse paciente?
(d) Havia a expectativa de ser um trabalho plenamente satisfatório? Por que?
(e) Como você definia esse sucesso (ou limitação)?
- 2) (a) Você pensou alguma coisa a respeito do tratamento que iria ser feito? Que tipo de coisa?
(b) Você traçou algum plano de trabalho para esse atendimento? Baseado em que?
- 3) Você percebeu alguma coisa no paciente, quando fez os primeiros contatos, que achasse que fosse trazer dificuldades para o tratamento? Que tipo de coisa?
- 4) O fato de você ter percebido dificuldades iniciais no paciente que dificultariam o tratamento te levou a adotar procedimentos especiais? Quais?
- 5) (a) Você trabalha em consultório particular? Vê diferenças entre o trabalho de consultório e o que faz aqui? Quais?
(b) Você acha que o atendimento a pessoas dos setores populares deve ser diferente do feito a pessoas das classes média e alta? Por que?
(c) Você acha que o fato do atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares ser feito em instituições interfere na sua realização? De que forma?

- 6) Você tem informação sobre os últimos trabalhos teóricos e práticos feitos sobre o atendimento psicoterápico a pessoas dos setores populares? O que pensa a respeito?

EFETIVIDADE

- 1) O que fez você considerar esse tratamento como bem (ou mal) sucedido?
- 2) Ao que você atribui esse sucesso (ou insucesso)?
- 3) Esse sucesso (ou insucesso) teve expressão no fato de (não) ocorrerem mudanças significativas na vida do paciente? Que mudanças foram essas?
- 4) O desfecho que o tratamento teve (ou vem tendo) está associado a mudanças ao nível da subjetividade do paciente? Que mudanças são essas?
- 5) Que relação precisa você vê entre essas mudanças na vida e na subjetividade do paciente com o processo terapêutico?
- 6) (a) Você vê alguma relação entre os resultados desse tratamento e os resultados dos tratamentos que faz em seu consultório? Que relação?
(b) Esse tratamento correspondeu (ou tem correspondido) ao que você espera da psicoterapia? Por que?
(c) Ele correspondeu (ou tem correspondido) ao que você esperava desse tratamento? Por que?
- 7) Você acha que as dificuldades que logo percebeu no paciente (caso tenha percebido) contribuíram para o seu desfecho final?

- 8) (a) O fato do paciente pertencer a um segmento social distinto do seu interferiu no tratamento? Por que?
- (b) Como você interpreta essa interferência (caso tenha havido)?
- (c) Você identifica esse acontecimento com alguma coisa que tenha ouvido falar ou lido a respeito?
- 9) O fato desse tratamento ter sido feito (ou estar acontecendo) numa instituição interferiu no seu desfecho? Por que?

ANEXO 2

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS PACIENTES PARA O
LEVANTAMENTO DE SUAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-CULTURAIS

- DADOS PESSOAIS:

Idade:

Estado Civil:

Família: (a) Tem filhos? Quantos?

- RESIDÊNCIA:

(a) Onde mora?

(b) Quantos cômodos tem sua casa?

(c) Com quantas pessoas mora?

(d) Sua casa é própria?

(e) Quanto gasta do seu rendimento com moradia?

- OCUPAÇÃO:

(a) Trabalha?

(b) Em quê?

(c) Quantas horas por dia?

(d) Quanto ganha?

(e) Tem outras fontes de renda?

(f) Sustenta outras pessoas?

- ESCOLARIDADE:

(a) Estudou?

Sim

Não

(b) Até que ano;

(b) Por que?

(c) Em quanto tempo fez?

(c) Pensa em estudar? Por que?

(d) Com que idade começou?

(e) Com que idade terminou?

(f) Onde estudou (se colégio público ou particular)?

- NATURALIDADE/EMIGRAÇÃO:

(a) Você é daqui do Rio?

Sim

Não

(b) Já saiu daqui para morar em outro lugar?

(b) Quando veio para cá?

(c) Para onde?

(c) Por que veio?

(d) Por que foi para lá?

(d) Seus objetivos foram cumpridos?

(e) Seus objetivos foram cumpridos?

(e) Pensa em voltar?

(f) Pensa em voltar para lá?

(f) Quando? Por que?

- RELIGIOSIDADE:

(a) Acredita em Deus?

(b) O que ele é para você?

(c) Frequenta algum credo? Por que?

(d) O que espera da religião?

- CONVÍVIO SOCIAL/RECREAÇÃO/LAZER:

(a) Você participa de alguma organização como grupo de moradores do seu bairro, partido, sindicato, grêmio recreativo, time esportivo, etc? Por que?

(b) (Se sim) Quantas vezes vai? Que resultados teve em sua vida?

(c) Com que frequência sai do bairro onde mora? Costuma ir a que lugares? Com que objetivo?

(d) Costuma ler jornal, revistas? Quais? Por que?

(e) Costuma ver TV e ouvir rádio? Que programas? Por que?

(f) O que fez no domingo passado? Como usufrui suas horas de lazer? O que faz nas horas livres?

BIBLIOGRAFIA

- BERGER, P. (1973) - "A Construção Social da Realidade", Petrópolis: Vozes. ✓
- BERNSTEIN, B. (1973) - "Une critique du concept d'éducation de compensation",
in Orientations, tomo 13, nº 46.
- _____ (1980) - "Classe social, sistemas de linguagem e psicoterapia", ✓
in Psicanálise e Ciências Sociais, org. por G.Velho e S.A.Figueira, Rio:
Campus.
- BEZERRA, B. (1983) - "A noção de Indivíduo: reflexão sobre um implícito pou-
co pensado", Tese de Mestrado, Instituto de Medicina Social, UERJ. ✓
- _____ (1987) - "Demanda psicoterápica e assistência pública: elemen-
tos para uma discussão" in Cadernos do IMS, vol.1, nº 2, maio/junho, pgs.
25-65.
- _____ (1987) - "Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saú-
de mental" in Cidadania e Loucura, Petrópolis: Vozes, em co-edição com
Abrasco. ✓
- BOLTANSKI, L. (1971) - "L'usage sociaux des corps", in Annales, Paris.
- _____ (1977) - "Prime Education e Morale de Classe", Paris: Mouton
- _____ (1979) - "As Classes Sociais e o Corpo", Rio: Graal. ✓
- BOURDIEAU, P. (1974) - "Economia das Trocas Simbólicas", São Paulo: Perspec-
tiva.
- CLASTRES, P (1978) - "A Sociedade Contra o Estado", Rio: F. Alves.
- COSTA, J.F. (1982) - "Projeto Psicoterápico" , mimeo
- _____ et alli (1984) - "Algumas reflexões sobre um projeto alternativo
de psicoterapia" in Colônia, Cadernos de Psiquiatria Social, vol.3, nº 2,
dezembro, pgs. 11-13.
- _____ (1987) - "A consciência da doença enquanto consciência do sinto-
ma: a "doença dos nervos" e a identidade psicológica" in Cadernos do IMS,
vol.1, nº 1, março/abril, pgs 4-44.
- _____ (1987) - "Relatório de Pesquisa", mimeo

- DUMONT, L. (1968) - "Homo Hierarchicus", Paris: Gallimard
- _____ (1974) - "Casta, racismo e estratificação" in Hierarquia em Classes, org. por N. Aguiar, Rio: Zahar.
- _____ (1985) - "O Individualismo", Rio: Rocco.
- FIGUEIRA, S.A. (1975) - "Relativização da doença orgânica: diferentes representações sociais" in Infância e Adolescência, Rio: Appia, pgs.105-123.
- _____ (1978) - "Notas introdutórias ao estudo das terapêuticas I" in Sociedade e Doença Mental, Rio: Campus.
- _____ (1981) - "O Contexto Social da Psicanálise", Rio: F. Alves.
- FOUCAULT, M. (1975) - "Doença Mental e Psicologia", Rio: Tempo Brasileiro.
- _____ (1977) - "Vigiar e Punir", Petrópolis: Vozes.
- _____ (1977) - "História da Sexualidade", Rio: Graal.
- _____ (1978) - "A História da Loucura", São Paulo: Perspectiva.
- _____ (1979) - "Microfísica do Poder", Rio: Graal.
- _____ e SENNETT, R. (1981) - "Sexuality and solitude", in London Review of Books, maio/junho.
- LABOV, W. (1969) - "The logic of nonstandard English" in Georgetown Monographs on Language and Linguistics, vol. 22, pgs. 1-31.
- LEMAIRE, A. (1979) - "Jacques Lacan: Uma Introdução", Rio: Campus.
- LO BIANCO, A.C. (1981) - "Concepções de família em atendimentos psicológicos fora do consultório: um estudo de caso" in Família, Psicologia e Sociedade, org. por G. Velho e S.A. Figueira, Rio: Campus.
- NICOLACI-DA-COSTA, A.M. (1981) - "Privação cultural", "privação lingüística" e família" in Família, Psicologia e Sociedade, org. por G. Velho e S.A. Figueira, Rio: Campus.
- RAMOS, S. (1983) - "A psicologia sobe o morro", Tese de Mestrado, Departamento de Psicologia, PUC/RJ.
- ROPA et alli (1983) - "Família e Criança num Grupo de Classe Trabalhadora: um Estudo sobre Diferença e Legitimidade Culturais", mimeo.
- ROPA e DUARTE, L. F. (1985) - "Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras" in Cultura da Psicanálise, org. por S.A. Figueira, Rio: Campus.

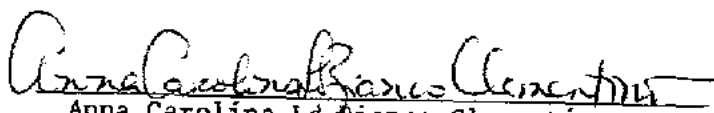
SAIDON, O. e KAMKHAGI, V. (org.) (1987) - "Análise Institucional no Brasil",


Rio: Espaço e Tempo.

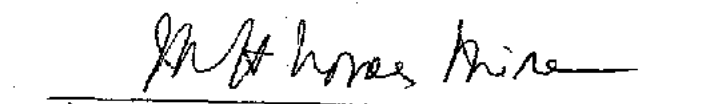
SCHUTZ, A. (1979) - "Fenomenologia e Relações Sociais", Rio: Zahar.

VELHO, G. (1981) - "Individualismo e Cultura", Rio: Zahar. ✓

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

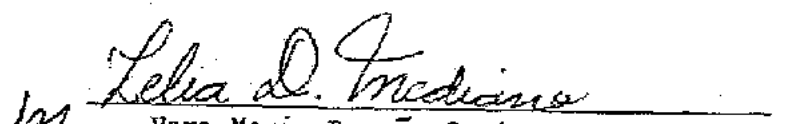

Anna Carolina Lo Bianco Clementino
PUC/RJ


Esther M. M. Arantes
PUC/RJ


Therezinha Feres Carneiro
PUC/RJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 11 de dezembro de 1987


Vera Maria Ferrão Candau
Coordenadora dos programas de Pós-Graduação
do Centro de Teologia e Ciências Humanas