

A ESQUIZOFRENIA ENFOCADA NO ÂMBITO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO TOTAL

CARRENHO, Fátima Ap.Fachini
SANTOS, Edna Mattos

Alunas do 6º. Termo do Curso de Psicologia da FASU

Orientadora: Prof^a. Geni Madiana Furquim Leite

RESUMO

O presente trabalho é resultado de um Estágio Curricular de Observação, realizado em uma Instituição Psiquiátrica, cuja população atendida é composta de 67 mulheres, em sua grande maioria diagnosticadas com esquizofrenia simples e residual, e retardo mental.

O objetivo deste trabalho é compreender a situação da instituição psiquiátrica quanto ao perfil da população internada e quais as perspectivas em relação a uma possível inclusão destas pacientes na sociedade.

Constatamos que a função principal da Instituição é asilar, daí a necessidade de construção de modelos substitutivos em saúde mental, que valorizem a integridade, e promovam a cidadania e o resgate desses pacientes.

Palavras-chave: Instituição psiquiátrica, esquizofrenia, Psicologia, Psicopatologia.

ABSTRACT

The present work is resulted of a Curricular Apprenticeship Observation, accomplished in a Psychiatric Institution, whose assisted population is composed of 67 women, in your great majority diagnosed with simple and residual schizophrenia and delay mental.

The objective oh this work is to understand the situation of the psychiatric institution with relationship to the profile of the interned population and which the perspectives in relation to a possible inclusion of these patient ones in the society.

We verified that the main function of the Institution is to shelter, then the need of construction of substitutive models in mental health, that value the integrity, and promote the citizenship and the ransom of those patient ones.

Key-Words: Psychiatric institution, schizophrenia, Psychology, Psychopathology.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história, desde a Idade Clássica, o tratamento dispensado àqueles que apresentavam os sintomas da loucura era a exclusão e segregação da sociedade, sem tratamento algum.

Foucault, em sua obra *A história da loucura* (2004), afirma que “esses loucos são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão” (p.10).

Com o advento do capitalismo, processo esse que exigiu uma nova forma de organização social, tinha o Positivismo como pressuposto filosófico e o principio da razão e da ciência como base, surgiram também as instituições psiquiátricas. Essas instituições se originaram para o enfrentamento e desdobramento do fenômeno já conhecido como os casos da deficiência física. Em relação às doenças mentais, o desconhecimento do fenômeno criou uma instituição para buscar com o sujeito devidamente aprisionado e encarcerado, as

causas que o tornaram diferente dos outros homens (Heller, 1970 apud GRADELLA Jr, 2002).

O doente mental era caracterizado como um sujeito violento e capaz de cometer atrocidades, o que possibilita a aceitação como algo incontestável do diagnóstico psiquiátrico e psicológico, estigmatizando esse sujeito e justificando, inclusive, a perda de todos os seus direitos civis, e sua tutela pelos técnicos e agentes psiquiátricos.

Alguns marcos importantes nortearam a História da Psiquiatria quanto ao atendimento do doente mental, como a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnósticos.

Assim, para uma melhor compreensão de uma instituição psiquiátrica e seu funcionamento quanto ao atendimento daqueles que lá estão internados, realizamos esse Estágio de Observação em uma Instituição Psiquiátrica no município de Garça.

2. METODOLOGIA

O hospital psiquiátrico, onde foi realizado esse Estágio, é uma entidade de cunho filantrópico e assistencialista, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, conta com 67 pacientes do sexo feminino, em estado psicopatológico crônico. As psicopatologias presentes são retardo mental (leve, moderado e profundo) e esquizofrenia simples e residual.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a observação participativa (método estruturado, sistemático e organizado, no qual o observador está inserido no contexto da observação). Para enriquecimento dos dados obtidos pela técnica supracitada, foi empregada também a técnica de entrevistas não-estruturadas que, por ser um instrumento investigativo que não segue um roteiro prévio, permitiu uma maior flexibilidade na complementação dos dados, através da

conversação com funcionários da Instituição e com os próprios pacientes observados.

O grupo de sujeitos foi composto pelas internas da Instituição, com um foco especial sobre uma paciente portadora de esquizofrenia simples.

Os locais de observação foram alterados entre a sala de Terapia Ocupacional, corredores, quartos, pátios e refeitório da Instituição, de acordo com a rotina diária dos sujeitos.

Todos os dados obtidos foram anotados pelos observadores e posteriormente transcritos em relatórios diários que, enriquecidos pela literatura correlata, possibilitaram a criação desse artigo.

3. OBJETIVO GERAL

Investigar os processos de integração e socialização dos pacientes portadores de esquizofrenia simples, grau crônico, no contexto da Instituição.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- estabelecer relações entre os referenciais teóricos e os sintomas característicos da esquizofrenia simples, decorrentes do processo de cronificação;
- verificar a abordagem psicoterapêutica utilizada pelos profissionais da Instituição;
- analisar as terapêuticas da Instituição, a partir das abordagens utilizadas e sua eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos psiquiátricos.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A maioria da população internada nessa Instituição é originária de instituições psiquiátricas de outros municípios (Franco da Rocha, Tupã, Adamantina) e algumas internas são do próprio município de Garça.

Ao chegarem à Instituição apresentavam um quadro agudo da patologia (retardo mental leve, moderado e agudo) com comprometimento do comportamento, esquizofrenia simples e residual e doença mental com implicações neurológicas (epilepsia).

A Instituição em questão funciona nos moldes da institucionalização total, não se especificando como uma unidade para fins terapêuticos, mas sim como uma unidade asilar, pois as pacientes abrigadas já estão na Instituição há vários anos e não têm nenhuma perspectiva de que um dia poderão deixá-la. As razões para isso são muitas, a começar pelo contingente que não tem família, ou porque foram abandonadas por ela, ou porque vieram transferidas de outros hospitais psiquiátricos distantes sem que a família fosse avisada, acarretando uma perda de contato que, com o passar do tempo, tornou-se permanente. Outro problema gerado pela transferência foi a perda de documentação de algumas pacientes, o que faz com que elas legalmente não existam, além de dificultar a busca pela assistente social do local de origem dessas pacientes na tentativa de encontrar algum familiar além ou mesmo conseguir legitimar a situação destas.

Apesar das várias psicopatologias encontradas na Instituição, todas as pacientes são tratadas pela equipe de saúde (psiquiatra, psicóloga, clínico geral, enfermeiras e terapeuta ocupacional) da mesma forma, excetuando-se apenas os cuidados especiais destinados às pacientes que apresentam um alto grau de comprometimento físico e/ou mental, o que, ao nosso ver, favoreceu o processo de cronificação (embotamento afetivo, isolacionismo, hábitos grotescos e dificuldade de realizar ações práticas), justificando também a tutela e a submissão do portador de transtornos mentais.

Nesses moldes, o sujeito, ao ser cronificado, é condenado ao internamento por toda a vida, inviabilizando qualquer possibilidade de retorno ao convívio social.

Atualmente, vivemos um período marcado por mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações de saúde mental, buscando um atendimento mais humanizado, de forma a garantir a dignidade do doente mental enquanto cidadão (ESPERIDIÃO, 2001), com o objetivo de ampliar a capacidade de autonomia do paciente através de trabalhos terapêuticos eficientes.

Evaristo (1998 apud ESPERIDIÃO, 2001) considera que a cronificação dos sintomas é, sobretudo, a cronificação da falta de recursos institucionais; e descronificar a instituição significa mudar regras disfuncionais, valorização dos sujeitos nas suas funções dentro das instituições, suas individualidades e a criatividade dos trabalhadores da saúde; enfim, destruir as regras manicomialmente vigentes, considerando os direitos de liberdade de cada um, certamente modificará a dinâmica dos hospitais psiquiátricos, transformando as relações de poder existentes entre instituição e indivíduo, quando este, então, passará a ser compreendido como membro de um grupo social.

O fato de todos os pacientes serem considerados crônicos e a falta de perspectiva de um dia voltarem ao convívio social, de certa forma, leva a equipe multiprofissional a se limitar a oferecer a essas pacientes um ambiente asseado, com uma alimentação de boa qualidade, serem bem cuidadas e bem tratadas, reduzindo essas pacientes a algumas funções como comer, beber, dormir, entre outras de caráter quase que exclusivamente biológico.

A abordagem psicoterapêutica utilizada pela psicóloga é a comportamental e a única atividade das pacientes, além de passeios fora da unidade, é a terapia ocupacional. Não são realizados nenhum tipo de psicoterapia grupal ou qualquer outra técnica psicoterápica que pudesse gerar resultados mais satisfatórios para esses pacientes.

Embora os diagnósticos encontrados dentro da Instituição sejam variados, encontramos um grande número de esquizofrênicas (simples e residual). Por isso e, também, pelo fato de a paciente que focamos mais diretamente ser portadora de esquizofrenia simples, achamos por bem explicar essa patologia para que se compreenda melhor os comportamentos observados.

A esquizofrenia, pela sua grande variedade de sintomas, é uma psicose de difícil diagnóstico, só podendo ser reconhecida por apresentar uma característica comum: a dissociação da personalidade, característica essa que lhe originou o nome (psicose de dissociação = esquizofrenia).

Bion (1988), através do contato analítico com pacientes esquizofrênicos, elaborou um rico material bibliográfico que traz conclusões importantes para se entender e lidar com a esquizofrenia. Seus estudos sustentaram-se em duas teorias: na descrição do funcionamento do aparelho mental em decorrência do princípio da realidade, descrito por Freud, e na descrição de Melanie Klein sobre os ataques sádicos feitos pelo bebê, na fantasia, ao seio e sua descoberta da identificação projetiva.

Devido à essa consideração feita por Bion, achamos que um aprofundamento na teoria do desenvolvimento de Melanie Klein, facilitaria um entendimento mais detalhado dos diversos comportamentos desconectos que presenciamos por parte da paciente esquizofrênica que observamos dentro da Instituição estagiada.

Segundo Melanie Klein (apud SEGAL 1975), o ser humano passa por dois estágios de desenvolvimento que são permeados pela fantasia e que têm a função de integrar o ego extremamente primitivo que o recém nascido apresenta. Esses estágios são a posição esquizo-paranóide (1ª fase do nascimento até por volta do 6º mês de vida) e a posição depressiva.

Na posição esquizo-paranóide o ego é lábil e, sob o impacto do instinto de morte e a ansiedade por ele causada deflete (splitting), projetando-se no objeto externo representado pelo seio materno. Parte do instinto de morte que passa a ser sentido pelo ego como mau e ameaçador (seio mau), origina a ansiedade persecutória. Esse instinto de morte no seio mau é sentido como se dividindo em vários fragmentos e o ego, então, passa a se defrontar com vários perseguidores. Parte do instinto de morte que permaneceu no ego é convertido em agressividade contra esses perseguidores (ataques sádicos que o bebê faz ao seio).

Concomitante a isso ocorre uma relação com o objeto bom (seio bom), que em parte é projetado para fora para criar um objeto pela preservação da vida e a outra parte é usada para estabelecer uma relação libidinal com o objeto ideal.

Para Melanie Klein (apud SEGAL, 1975), a fantasia do objeto ideal irá se fundir com as experiências gratificantes relacionadas à boa maternagem, quando o cuidador, além de suprir as necessidades básicas do bebê (higiene, alimentação, etc.) deve suprir também suas necessidades afetivas e a fantasia de perseguição irá se fundir com as experiências reais de privação e sofrimento relacionadas a uma maternagem deficiente. Na posição esquizo-paranóide, predomina a ansiedade de que os objetos persecutórios entrarão no ego e dominarão o objeto ideal (self), e, contra essa ansiedade aniquiladora, o ego desenvolve mecanismos de defesa (projeção, introjeção, divisão, idealização, negação), que são um conjunto das manifestações de proteção do eu contra as agressões internas e externas suscetíveis de construir fontes de excitação e, por conseguinte, de serem fatores de desprazer (ROUDINESCO & PLON, 1988).

Quando as condições de desenvolvimento forem favoráveis, como, por exemplo, uma boa maternagem, o bebê sentirá que o objeto ideal e seus impulsos libidinais (instinto de vida) são mais fortes do que o objeto mau e do que seus próprios instintos maus, e passará a se identificar progressivamente com o objeto ideal. A partir daí, aumenta a tolerância do bebê em relação ao instinto de morte dentro de si mesmo; diminuem seus medos paranóides; a divisão e a projeção diminuem e vai ocorrendo a integração do ego e do objeto. Quando esses processos tornam-se mais estáveis e contínuos, tem-se a posição depressiva.

Para Melanie Klein (apud SEGAL, 1975), a posição depressiva é definida como a fase de desenvolvimento na qual o bebê reconhece um objeto total (contato com a realidade) e passa a se relacionar com ele. Há uma diminuição dos processos projetivos e conseqüente integração do ego, que leva a uma percepção menos deformada de objetos e a introjeção de um objeto cada vez mais total. Esse desenvolvimento produzido na posição depressiva será essencial para que se desenvolvam, mais tarde, funções psíquicas importantes, como por exemplo, o pensamento.

Após essa pequena explanação sobre as fases do desenvolvimento propostas por Melanie Klein, retornemos a Bion para que se possa entender, claramente, a importância dessas fases dentro do processo da esquizofrenia.

De acordo com Bion (1988), o paciente esquizofrênico, através do mecanismo de identificação projetiva, cinde e separa uma parte de sua personalidade e a projeta no objeto externo, por vezes como um perseguidor, deixando o psiquismo empobrecido pela cisão. O paciente esquizofrênico apresenta esse mecanismo de cisão devido a certas características da personalidade do indivíduo que a favorecem, além do meio. Essas características são: preponderância dos impulsos destrutivos, de tal forma que até mesmo o impulso de amar é transformado em sadismo; ódio à realidade; pavor a uma eminente aniquilação; formação prematura e precipitada de relações de objeto (relações delgadas, que se contrastam com sua grande adesividade, e acarretadas pelo conflito jamais solucionado no esquizofrênico entre os instintos de vida e de morte).

A presença dessas características faz com que o indivíduo atravesse as posições esquizo-paranóide e depressiva de forma adversa dos indivíduos “normais”. As combinações dessas características levam à fragmentação do aparelho de percepção da realidade (que segundo Freud entra em funcionamento em obediência ao princípio da realidade), à excessiva projeção desses fragmentos da personalidade nos objetos externos.

Bion (1988) considera que a posição depressiva de Melanie Klein está associada com o desenvolvimento do pensamento verbal, que se faz pela percepção da realidade externa e interna. Entretanto, o esquizofrênico parece permanecer na posição esquizo-paranóide, que se associa, em última instância, ao início do pensamento verbal. Dessa forma, no indivíduo considerado “normal”, pelo desenvolvimento dos aspectos sensoriais, da memória, da atenção, enfim, devido a integração do seu aparelho psíquico, ele começa a agir de acordo com a realidade e, assim, o ego é capaz de controlar os impulsos do id, desenvolvendo a tolerância à frustração.

O esquizofrênico, por apresentar o ego totalmente fragmentado, não desenvolve as capacidades necessárias a uma estruturação do aparelho mental, vivendo, assim, de acordo com o princípio do prazer/ desprazer; ou seja, o ego está a serviço do id, e, portanto, não tolera a frustração.

Para Bion (1988, p.48), no paciente esquizofrênico "... o contato com a realidade é mascarado pelo predomínio, na mente e na conduta do paciente, de uma fantasia onipotente, que visa destruir não só a realidade, mas a consciência da mesma e, assim, atingir um estado que não é vida, nem tampouco morte".

De um modo geral, foi o que observamos em algumas pacientes durante o Estágio de Observação. É como se estivessem em uma outra dimensão, alheias aos acontecimentos reais que perfilavam ao redor delas. A paciente que observamos, mais diretamente, é portadora de esquizofrenia simples, esta, segundo o CID-10 (F.20.6), é caracterizada por uma mudança significativa e consistente na qualidade de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada, dentre outras formas, como perda de vontade e de interesses, falta de objetivos, uma atitude absorta em si próprio e retraimento social. Verifica-se, também, o aparecimento e intensificação graduais de escassez de discurso, embotamento afetivo, passividade, pobre comunicação não-verbal etc.. A paciente em questão apresentava um comportamento que, num primeiro momento, se tornava imperceptível a presença de uma psicose. Porém, à medida que o contato foi se prolongando, pudemos constatar lampejos da irrealidade em que se encontrava mergulhada, possibilitando uma correlação positiva entre os comportamentos observados e os descritos no CID-10. Por vezes, tornava-se ausente, com movimentos coordenados, porém executados de forma mecânica e se perguntássemos alguma coisa durante esses momentos, ela não respondia ignorando nossa presença.

Observamos os mais diversos sintomas que a esquizofrenia pode apresentar e, assim, encontramos pacientes extremamente agressivas, em estágios bem primitivos de desenvolvimento, até aquelas que se passariam como "normais", não fosse sua história de vida anotada no prontuário, ou de alguma crise que tivemos a oportunidade de presenciar.

Para compreendermos melhor isso, assim como a miscigenação de comportamentos que aos nossos sentidos parecem tratar-se de patologias diferentes e que na verdade formam os diferentes caracteres clínicos da esquizofrenia, passaremos a focá-la mais especificamente.

Segundo Spoerri (2000), a esquizofrenia é um distúrbio da personalidade e que leva, repentina ou lentamente, à perda de contato com o mundo normal, até então familiar, e a irrupção num mundo psicótico e estranho. Assim, o que é evidente, pelas nossas convenções, deixa de sê-lo; o que é natural tornar-se-á problemático. A irrupção dos conteúdos psicóticos na consciência do indivíduo manifesta-se como dissociação da personalidade e são percebidos nos sintomas primários: distúrbios de afetividade (contato, ambivalência); do pensamento (incoerência, interceptação, falha, aceleração do curso do pensamento); e da personalidade (autismo, despersonalização, estranhamento de si mesmo, idéias de influência, dupla orientação). Geralmente, não são os sintomas primários que mais se destacam, sendo o quadro clínico determinado pelos sintomas secundários, que são os fenômenos catatônicos, alucinações, idéias delirantes etc. e esses sintomas secundários se apresentam como reação aos sintomas primários.

De acordo com Spoerri (2000), conforme os sintomas predominantes, a esquizofrenia subdivide-se em: catatonia (sintomas motores); hebefrenia (comportamento extravagante); esquizofrenia paranóide (idéias delirantes, alucinações) e esquizofrenia simples (sintomas primários apenas).

O paciente quando está em fase aguda, se sente perseguido e arrebatado pelas alucinações, idéias delirantes repentinas, interceptações e aceleração do curso do pensamento. Na fase crônica os sintomas esquizofrênicos perdem o caráter agudo, estabelecendo-se a tranquilização e nova estabilização da personalidade. Entretanto, o processo esquizofrênico, deu lugar à transformação: surge uma personalidade diversa. É característico da esquizofrenia o doente ter a capacidade de ser, ao mesmo tempo, essa pessoa nova e a pessoa antiga, simultaneamente, em seu mundo autístico e no seu mundo real.

Para Spoerri (2000), a esquizofrenia é a psicose mais freqüente correspondente a 0,9 % da população total. Um a dois terços dos psicóticos são esquizofrênicos; dois terços dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos são esquizofrênicos.

O mesmo autor afirma que a patogênese da esquizofrenia é multifatorial, derivada da ação conjunta de causas coadjuvantes psíquicas (caracterológicas, familiares e sociais) e somáticas, sobre a base de uma constituição herdada. Em relação à sintomatologia, ele destaca os distúrbios da afetividade, distúrbios do pensamento, distúrbios da pessoa, sintomas catatônicos, alucinações, idéias delirantes. O autor ressalta que a consciência, a orientação, a inteligência e a memória não estão perturbadas. Em relação aos distúrbios afetivos, o autor menciona os seguintes aspectos:

- falta ou escassez de contato afetivo (o esquizofrênico não se abre, nem é acessível afetivamente, vive em um mundo particular e devido a essa retenção emocional, parece rígido, com escassa modulação afetiva);
- ambivalência (ama e odeia, quer e não quer alguma coisa);
- paratimia (ao receber uma notícia triste, reage com alegria);
- parimia (mesmo estando ansioso, o doente ri ou mostra indiferença);
- humor básico (olhar ausente, sonhador, dirigido para longe).

Quanto aos distúrbios do pensamento, Spoerri (2000) destaca:

- incoerência (desconexão entre os diversos pensamentos);
- interceptação (o indivíduo experimenta a interrupção repentina do curso do pensamento e interpreta-a absurdamente como sendo roubo do pensamento);
- aceleração do curso do pensamento (os pensamentos se sucedem de forma ininterrupta);
- linguagem (artificial caprichosa, patética, vazia, vacilante, imprecisa ou prolixa);
- neologismos.

Ressalta, também, aspectos referentes aos distúrbios da pessoa:

- autismo (preso em seu mundo interior, o indivíduo pensa e age de acordo com sua lógica esquizofrênica particular);
- despersonalização (certas partes do corpo e do eu sentem-se como se fossem estranhas);
- perda do eu próprio (pensamentos e sentimentos são vivenciados como se fossem estranhos ao eu – alteração qualitativa do eu);
- dupla orientação (o indivíduo vive ao mesmo tempo no mundo real e no irreal, é ao mesmo tempo várias pessoas diferentes);
- transitivismo (o indivíduo acredita que as pessoas à sua volta estão igualmente enfermas).

No que se refere aos sintomas catatônicos, o mesmo autor cita::

- estupor (o indivíduo fica imóvel, sem responder a estímulos);
- catalepsia (o indivíduo assume qualquer posição que se lhe dão, como um boneco articulado);
- agitação catatônica (tempestade de movimentos desordenados);
- negativismo (o indivíduo faz tudo ao contrário do que lhe é ordenado);
- obediência automática (o indivíduo faz tudo que lhe é ordenado);
- ecolalia e ecopraxia (o indivíduo reflete tudo quanto vê ou ouve);
- estereotípias (movimentos absurdos e “no vazio”);
- caretas (esgares sem sentido).

Quase todos os sintomas catatônicos podem ser considerados automatismos, ou seja, atos executados sem o controle da vontade.

Quanto às alucinações, Spoerri (2000) destaca:

- alucinações auditivas (vozes);
- alucinações cinestésicas (eletricidade, raios, beliscões, ardor, agressões sexuais);

- alucinações visuais;
- alucinações gustativas e olfativas (odores de venenos e gases).

E quanto aos aspectos referentes às idéias delirantes, identifica:

- delírio de referência (o indivíduo refere a si mesmo acontecimentos casuais);
- delírio de interpretação (o indivíduo atribui a uma casualidade significação transcendente);
- delírio de influência (o indivíduo acha que fazem coisas contra ele e se sente à mercê de feiticeiras);
- delírio de perseguição (o indivíduo sente-se o centro de vasta rede de perseguidores);
- delírio de grandeza (o indivíduo acha-se condutor da humanidade, profeta etc.);
- delírio de ciúmes (acusa o companheiro de infidelidade apresentando “provas” delirantes);
- delírio de envenenamento (supostos perseguidores estão tentando envenená-lo).

No que se refere ao curso da doença, Spoerri (2000), considera que este pode ser crônico-progressivo ou em formas de surtos agudos. O surto pode ser único, porém, na maioria das vezes ocorrerão outros. Quando o surto não termina na cura completa (o que é raríssimo) ou numa cura puramente social, leva ao estado defectual (defeito) ou à demência esquizofrênica.

Em relação ao prognóstico, o autor ressalta que o curso agudo pode ter um bom prognóstico, enquanto que no curso progressivo se tem um mau prognóstico. Segundo Bleuler (s.d. apud SPOERRI, 2000) “... o prognóstico definitivo exprime-se nas seguintes cifras: 25% dos casos cura; defeitos, 50%; demência, 25%”.

Spoerri (2000) afirma que o tratamento da esquizofrenia se faz pela combinação de psicoterapia e somatoterapia (o tratamento somático é feito pela

administração ambulatorial ou hospitalar de neurolépticos. Caso ocorra a falha da terapia neuroléptica ou em casos de catatonia, pode-se utilizar o eletrochoque).

Segundo o autor, a tranquilização farmacológica abriu novas possibilidades à assistência sanatorial. Os pacientes agrupam-se como se formassem famílias, que se auto-administram parcialmente. Em relação à psicoterapia em grupo, destaca-se a importância da laborterapia e terapia ocupacional que podem chegar a incorporar o doente crônico a um trabalho, graças ao processo paulatino e gradual de treinamento.

Schirakawa (1998) ressalta a eficácia dos neurolépticos no tratamento das recaídas e como medicação de manutenção, para prevenir recidivas na esquizofrenia.

Entretanto, ele alerta que o neuroléptico não cura, não reeduca e nem ensina os familiares a lidar com o esquizofrênico, e que, por isso, o paciente esquizofrênico deve ser compreendido nos seus múltiplos aspectos, compreensão essa que só pode ser obtida pelo atendimento por uma equipe multidisciplinar, privilegiando o tratamento psicossocial para a esquizofrenia.

Dessa forma, esse autor aponta que no tratamento institucional, após a remissão do surto (fim dos sintomas produtivos), se avalia o comprometimento social do paciente e aos pacientes que forem avaliados como seriamente comprometidos (permanência dos sintomas negativos como abulia e isolamento social) se indica o hospital-dia.

No hospital-dia, o paciente ficará aos cuidados de uma equipe multiprofissional, realizará atividades de Terapia Ocupacional, outras atividades compatíveis (jardinagem, ginástica, passeios etc.), receberá psicoterapia, preferencialmente em grupo, permanecendo nesse tipo de tratamento enquanto não consegue interagir com as outras pessoas e cuidar de si mesmo. Nesse processo de hospital-dia, pelo fato de o indivíduo retornar para casa todas as noites, a família deve ser orientada na sua inter-relação com o paciente.

Schirakawa (1998) descreve, também, uma variedade de hospital-dia chamado de programa de recuperação das habilidades sociais. Geralmente, esse programa estruturado por dois anos, é constituído por uma agência central ao

redor da qual são construídas as moradias dos pacientes. No primeiro ano, os pacientes passam o dia na agência, realizando trabalhos em conjunto, não-remunerados, orientados por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. No segundo ano, os pacientes são incentivados a buscar trabalho fora das agências.

Esse autor afirma que, do ponto de vista institucional, os centros de convivência, centros de atenção psicossocial, clubes de pacientes com programações educativas e de lazer, possibilitam uma relação interpessoal mais calorosa e contribuem para que o indivíduo saia daquele mundo em que se isolou. Apesar de existirem atualmente várias maneiras de se tratar a esquizofrenia crônica, a institucionalização total ainda acontece.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse Estágio de Observação, algumas questões emergem e, do nosso ponto de vista, são particularmente importantes, pois nos permitem identificar modelos de atenção adotados no trato da saúde mental.

Embora tenhamos encontrado na literatura formas diferenciadas de tratamento da esquizofrenia, a instituição psiquiátrica, ainda, mantém a mesma estrutura de exclusão e segregação, cronificando o portador de transtornos mentais, uma vez que nada, além da proposta de exclusão, justifica o tempo de internação.

Apesar do salto qualitativo observado na História da Psiquiatria, com a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnósticos, muito pouco foi revertido em benefício do doente mental; e o fato é que mesmo que se consiga, por meio de técnicas psicoterapêuticas, modernas e cientificamente comprovadas, possibilitar a cura, pelo menos, social desses pacientes, de forma que pudessem sair de dentro do isolamento em que estão confinados, muitos deles se esbarrariam com outro problema: para onde iriam?

Dentro da Instituição estagiada, encontramos pacientes que poderiam estar convivendo socialmente, entretanto, não têm mais contato com suas famílias. Nesses casos, a criação do programa de recuperação das habilidades sociais, como o hospital-dia citado por Schirakawa (1998), parece-nos uma solução viável, por ser um modelo que valoriza a integridade e promove a cidadania do indivíduo portador de transtornos mentais. Entretanto, para isso, seria necessário um aporte financeiro para a construção das dependências, manutenção etc., que hoje, diante das condições financeiras precárias em que se encontra a saúde pública no Brasil, torna-se extremamente difícil essa viabilização.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BION, W.R. Estudos psicanalíticos revisados. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
CID – 10 – Critérios diagnósticos para a pesquisa/Organização Mundial da Saúde. Trad.: Maria Lúcia Domingues; Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. ISBN 85-7307-331-4.

DSM-IV- TR™- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles; 4.ed. ver. – Porto Alegre: Artmed, 2002. ISBN 85-7307-985-1.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun.2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>
Acesso em 28 set.2005.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica, 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2004, ISBN 852730109-1.

GRADELLA JUNIOR, O. Psychiatric hospital: (re)affirmation of the exclusion. Psicol.Soc. [on line]. jan/june 2002, vol.14, n.1 [cited 14 october

2005], p.87-102. Available From World Wide Web:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid-S0102-71822002000100006&ing-en&nrm=ISO>. ISSN 0102-7182.

ROUDINESCO, E., PLON, M. Dicionário da Psicanálise. Trad.: Vera Ribeiro, Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. ISBN 85-7110-444-1.

SCHIRAKAWA, I. Esquizofrenia: tratamento psicossocial, In: BETARELLO, S.V. Perspectivas Psicodinâmicas em Psiquiatria. São Paulo: Lemos, 1998. ISBN 98.2609.

SEGALL, H. Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SPOERRI, T.H. Manual de Psiquiatria: fundamentos da clínica psiquiátrica. Trad.: Samuel Penna Reis. São Paulo: Atheneu, 2000. ISBN 00-0578.