

POSSIBILIDADES DE RECURSOS TERAPÊUTICOS PARA PACIENTES PSICÓTICOS

ALESSANDRA NASCIMENTO

RESUMO

Este artigo é derivado do Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia do Centro Universitário Unibrasil. O mesmo foi construído a partir de uma revisão de literatura e da vivência e experiência de estágio realizado em um Hospital Psiquiátrico localizado em Curitiba. Tem como foco de estudo identificar as diferentes possibilidades de recursos terapêuticos para pacientes psicóticos que se encontram em tratamento em diversas formas de instituições psiquiátricas. As atividades e oficinas terapêuticas descritas no artigo são de grande importância por servirem de auxílio no tratamento de psicóticos, assim como promovem maior autonomia aos mesmos e possibilitam a redução da aflição, resgate e desenvolvimento de habilidades. Mas nem sempre esses foram os objetivos das atividades desenvolvidas dentro do hospital psiquiátrico, sendo que antes o objetivo estava centrado na produção e mão-de-obra barata. Sendo assim, o artigo apresenta também um breve histórico da loucura, para melhor contextualização da aplicação das atividades. O artigo apresenta ainda a caracterização da psicose a partir da obra de Freud, com vistas a esclarecer a que tipo de paciente se refere à aplicação destas atividades. A conclusão obtida a partir da experiência e da pesquisa realizada foi de que as atividades terapêuticas são de grande auxílio no tratamento de psicóticos, uma vez que as mesmas proporcionam a recuperação da saúde, capacidade de integração e possibilidade de vínculo. Mas ainda assim, a necessidade de atendimento psicoterápico é importante sendo que, através da psicoterapia existem outras possibilidades de convocação da narrativa como forma de expressão para o paciente.

Palavras- chave: psicose; psicopatologia; tratamento; instituições psiquiátricas.

INTRODUÇÃO

O presente artigo é o resultado da vivência e experiência obtida na realização de quase dois anos de estágio realizado em um hospital psiquiátrico de Curitiba. Tem por tema o manejo com psicóticos e discute sobre os recursos terapêuticos para pacientes psicóticos que se encontram em tratamento em instituições psiquiátricas. O objetivo do trabalho é identificar quais são as possibilidades terapêuticas no atendimento desses pacientes, além da psicoterapia e do tratamento medicamentoso. A metodologia utilizada é baseada em uma revisão de literatura, sendo que não foi possível a apresentação de um relato clínico, devido à preocupação da instituição com vistas à ampla garantia da confidencialidade. Tal bibliografia apresenta algumas atividades como possibilidades terapêuticas no auxílio do tratamento para pacientes que estão em atendimento em instituições

psiquiátricas. Estas possibilidades terapêuticas são importantes por viabilizar ao paciente a promoção de sua autonomia.

As atividades identificadas tanto na literatura como as aprendidas através da experiência do estágio podem ser adaptadas e adequadas para serem aplicadas em diversas formas de instituições psiquiátricas e em diferentes configurações de tratamento e não somente em modelos de hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas.

Assim sendo, para este artigo consideramos como instituições psiquiátricas, segundo Badaracco (1994)¹, hospitais ou clínicas psiquiátricas, hospital-dia, serviços de psicopatologia em um hospital geral ou em outras instituições que sob as diferentes formas cumpram a função médica-assistencial, mantendo vínculo com psicólogos e outras classes profissionais do âmbito da saúde.

A partir da Reforma Psiquiátrica é essencial incluir também o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dos principais recursos no tratamento de pessoas com transtorno mental, considerando que o serviço também disponibiliza aos usuários atividades como recurso terapêutico. Entretanto, no percurso histórico da loucura podemos identificar que as instituições psiquiátricas nem sempre tiveram o objetivo terapêutico.

É importante ressaltar que, conforme Badaracco (1994)¹, as instituições psiquiátricas em sua origem tinham por objetivo preservar o paciente de sua periculosidade para consigo e para com a sociedade, assim como preservar a sociedade de um ser que não era capaz de ser responsável em relação aos outros. Portanto, os centros psiquiátricos não eram uma instituição terapêutica e os pacientes tinham poucas chances de sair de lá recuperados. Historicamente é possível identificar que esse quadro foi se transformando e o objetivo terapêutico foi sendo introduzido nas instituições psiquiátricas. A psicoterapia individual e de grupo, a inclusão da família no tratamento, os psicofármacos e outras formas de tratamentos têm contribuído para a possibilidade de recuperação do doente mental¹.

A seguir será apresentado um breve histórico da loucura e a caracterização da psicose a partir de Freud. O presente artigo ainda conta com a descrição de modelos de atividades propostas no auxílio ao tratamento de pacientes psicóticos.

¹ O termo Doente Mental foi utilizado conforme aparece no livro referenciado, contudo é importante ressaltar que este termo não é mais utilizado e deve ser substituído por Pessoa com Transtorno Mental.

DESENVOLVIMENTO

O conceito de loucura relacionado a uma doença é algo relativamente recente, considerando que é uma doença que sempre existiu, mas que era “escondida” ou explicada através de outros saberes que não a área da saúde. Para compreender o percurso da loucura e como foi tratada durante a história da humanidade, Frayze-Pereira (1984)² separa a constituição da loucura em três momentos: o primeiro nos séculos XV e XVI que traz a loucura como um período de liberdade e verdade. O segundo no século XVII que abrange o período de grande internação e o terceiro que se inicia após a Revolução Francesa, momento em que passa a responsabilidade de tratar os loucos para a Psiquiatria.

Com o interesse de contextualizar a importância do presente trabalho, e considerando que o objetivo do artigo não é apresentar o percurso histórico da loucura, irei fazer apenas uma breve descrição a partir de quando a loucura passou a fazer parte da área da saúde.

Conforme Silva (2001)³, a partir do século XVII ocorreu um período de grande internação na Europa, em que os ociosos, loucos, delinquentes e desempregados ocupavam as casas de internamento. Em 1656 foi fundado o Hospital Geral de Paris, contudo, o Hospital Geral não tinha caráter médico, pois se tratava de uma estrutura semijúridica. Além de que, com as alterações socio-econômicas ocorridas na Europa, o internamento desempenhava uma dupla função: mão-de-obra barata em épocas da Europa estabilizada e a reabsorção dos desempregados em períodos de crise para a prevenção das revoltas que estes poderiam causar.

Esse contexto vai se arrastando até as primeiras intervenções de Pinel. Segundo Silva (2001)³, Pinel formula a primeira teoria médica sobre a Loucura e propõe que o manicômio se torne lugar de tratamento e instrumento de cura. Entretanto, o sistema de tratamento ainda era asilar. Somente a partir da Segunda Guerra Mundial é que foram retomadas as críticas ao modelo asilar e assim começam a surgir novas práticas psiquiátricas como a Psicoterapia Institucional. Em 1942 foram criadas as primeiras Comunidades Terapêuticas, que serviram de inspiração ao movimento da Antipsiquiatria liderado por Laing e Cooper e, em 1961, Basaglia inicia na Itália o movimento de desinstitucionalização que teve por objetivo a extinção dos hospitais psiquiátricos e a substituição por serviços na comunidade.

No Brasil é possível identificar e relatar a importância que o Hospital Pinel de Porto Alegre teve, a partir dos anos 70, introduzindo os moldes de Comunidade Terapêutica no modelo de atendimento oferecido na época. A introdução das atividades descritas a seguir já não tinha mais caráter de mão-de-obra barata como antigamente e sim um objetivo terapêutico. Para o desenvolvimento disso foi de grande importância, contudo foi preciso evoluir ainda mais e, a partir da Reforma Psiquiátrica as comunidades terapêuticas já não são as principais alternativas, sendo que, atualmente essas comunidades, na maioria das vezes, estão vinculadas a práticas religiosas e a tratamentos de longos períodos de permanência. Lembrando que o objetivo da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização e o tratamento através dos recursos extra-hospitalares sempre que possível, como por exemplo, nos CAPS.

Conforme o Ministério da Saúde⁴, o CAPS é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. É um local para o tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e outros quadros.

A partir da contextualização histórica da loucura e dos moldes de tratamento, é importante caracterizar agora a psicose, para melhor compreensão do tipo de paciente que se pretende tratar através das atividades propostas.

A psicose, segundo Freud (1924 [1923])⁵, é o desfecho de um distúrbio nas relações entre o ego e o mundo externo. Ou seja, o mundo externo não é percebido ou, quando há percepção, esta não possui qualquer efeito. Sendo assim, o ego constrói um novo mundo externo e interno. Esse novo mundo é constituído de acordo com os desejos do id e o motivo dessa separação do mundo externo é alguma frustração do desejo por parte do sujeito em relação a algo da realidade.

Assim sendo, encontramos na psicose uma falha entre o mundo externo e o ego. Freud (1924 [1923])⁵ diz que, geralmente, essa falha é encoberta por um delírio. Esse delírio pode ser considerado como manifestações de tentativas de cura ou de reconstrução.

Para compreendermos melhor a psicose, Freud (1924)⁶ apresenta duas etapas que podem ser identificadas: na primeira, o ego é arrastado para longe da realidade, enquanto, na segunda, busca-se reparar o dano causado e restabelecer as relações do indivíduo com a realidade conforme as demandas do id. Esse reparo consiste na criação de uma nova realidade que não levanta mais as mesmas

objeções que a realidade antiga que foi abandonada. Ou seja, a psicose repudia e tenta substituir a realidade.

Desse modo, a criação dessa nova realidade geralmente aparece em forma de um delírio ou alucinação que surge para substituir a realidade indesejada. Mas ainda que esse delírio venha para encobrir uma realidade dolorosa, o sujeito pode continuar a sofrer, pois esse processo pode vir a gerar muita aflição, conforme explica Freud (1924)⁶:

A psicose depara com a tarefa de conseguir para si própria percepções de um tipo que corresponda à nova realidade, e isso muito radicalmente se efetua mediante a alucinação. O fato de em tantas formas e casos de psicose as paramnésias, os delírios e as alucinações que ocorrem, serem de caráter muito aflitivo e estarem ligados a uma geração de ansiedade, é sem dúvida sinal que de todo o processo de remodelamento é levado a cabo contra forças que se lhe opõem violentamente. (FREUD, 1924 p.209)⁶

Considerando que na psicose os delírios e alucinações são de caráter aflitivo, devemos encontrar possibilidades terapêuticas para que os pacientes possam acalmar as ansiedades, angústias e aflições. Inclusive aqueles pacientes que não conseguem, por diversas razões, seguir um modelo clássico de psicoterapia individual. Assim sendo, as atividades e oficinas terapêuticas são importantes aliadas no tratamento desses pacientes.

Em instituições psiquiátricas é muito comum a utilização dos recursos das atividades terapêuticas para auxiliar no tratamento dos pacientes. Conforme Oliveira (1978), essas atividades podem se situar em três níveis. Esses níveis vão se alterando conforme a condição do paciente vá aumentando do primeiro para o terceiro nível. Independente do nível a criação do paciente é mais importante do que a própria execução das tarefas.

As atividades de primeiro nível são indicadas, segundo Oliveira e Silva (1978)⁷, para pacientes mais regredidos, que apresentam dificuldades de comunicação e estão necessitados de uma atenção mais direta e específica.

Segundo Filho (1978)⁸, o trabalho psicanalítico de Melanie Klein com crianças promoveu uma compreensão da importância da atividade lúdica no desenvolvimento normal da criança e a formulação teórica foi aplicável a quadros psicóticos de adultos.

Conforme Filho (1978)⁸, Klein observou que a criança expressa suas fantasias e ansiedades através do brincar e concluiu que a atitude da criança para com o brinquedo era reveladora de fantasias de ataque e reparação. A técnica utilizada por Klein permite que a criança experimente suas emoções e fantasias como elas aparecem, sendo interpretadas sem influências educativas e morais. A partir da obra de Klein, a técnica foi adaptada para a aplicação com adultos psicóticos. A principal modificação que se apresenta é que o adulto, ainda que em estado mais regredido e com comportamentos infantilizados, continua sendo um adulto. A técnica adaptada não tem caráter interpretativo, nem censura moral ou objetivos educativos. A função do terapeuta é aceitar as projeções sem revide, deve ser generoso e compreensivo.

Dentro de uma instituição psiquiátrica o paciente indicado para a realização de atividades de primeiro nível, é:

O paciente que requer cuidados especiais por ser o paciente mais regredido. Geralmente, é aquele que deixou de se cuidar nos aspectos mais triviais como a alimentação e a higiene pessoal. Esse paciente encontra-se emocionalmente perturbado, inadaptado socialmente, não possui uma comunicação efetiva, tem extrema dificuldade de expressar sentimentos, de se relacionar com os demais e vincular-se a alguém. É aquele paciente que não apresenta sinais de melhora com os recursos oferecidos pela comunidade, tais como: AMN (Atividades aos Mais Necessitados) feita em grupo, atividades mais elaboradas, grupo operativo, atendimento familiar, ambientoterapia e medicação. Ele necessita de uma atividade individual e especial. (DUTRA, 1989 p.5)⁹

A partir do estágio realizado, também é possível identificar que, geralmente, os pacientes encaminhados para atividades de primeiro nível são aqueles que possuem sintomas negativos. Conforme Dalgarrondo (2008)¹⁰, a síndrome negativa ou deficitária é caracterizada por sintomas negativos:

Os sintomas negativos das psicoses esquizofrênicas caracterizam-se pela perda de certas funções psíquicas (na esfera da vontade, do pensamento, da linguagem, etc.) e pelo empobrecimento global da vida afetiva, cognitiva e social do indivíduo. Os principais sintomas ditos negativos ou deficitários nas síndromes esquizofrênicas são: 1. Distanciamento afetivo, em graus variáveis até o completo embotamento afetivo; perda da capacidade de sintonizar afetivamente com as pessoas, de demonstrar ressonância afetiva no contato interpessoal. 2. Retração social: o paciente vai se isolando progressivamente do convívio social. 3. Empobrecimento da linguagem e do pensamento. 4. Diminuição da fluência verbal. 5. Diminuição da vontade e hipopragmatismo, ou seja, dificuldade ou

incapacidade de realizar ações, tarefas, trabalhos, minimamente organizados, que exijam o mínimo de iniciativa, organização e monitorização comportamental e persistência. 6. Negligência quanto a si mesmo, que se revela pelo descuido consigo mesmo, pela falta de higiene, por desinteresse em relação à própria aparência, própria saúde e vestimentas, etc. 7. Lentificação e empobrecimento psicomotor com restrição do repertório da esfera gestual e motora. (DAGALARRONDO, 2008 p. 329-331)¹⁰

Como exemplo de atividade de primeiro nível, é possível descrever a AMN (Atividade aos Mais Necessitados). A aplicação da AMN é prescrita pelo terapeuta e direcionada a uma pessoa da equipe que ficará responsável pelo trabalho. Segundo Dutra (1989)⁹, é essencial que a mesma pessoa coordene o trabalho todos os dias, para que o paciente tenha a possibilidade de se aproximar e se relacionar com essa pessoa.

A atividade é conduzida individualmente e realizada no mínimo três vezes por semana com duração de trinta minutos por atividade. Os horários e locais são pré-estabelecidos e mantidos constantes. Conforme Oliveira (1978)¹¹, isso ocorre para que o paciente saiba que pode contar com aquela possibilidade e aquela pessoa.

O profissional escolhe três opções de materiais e aplica uma atividade por encontro de acordo com a escolha do paciente. Os materiais utilizados podem ser: modelagem com argila e massinha, desenho e pintura com lápis de cor ou giz de cera, pintura com tinta guache utilizando a mão ou pinceis, colagem ou dobraduras com revistas. Conforme Dutra (1989)⁹, o material funciona como objeto intermediário e o trabalho feito pelo paciente não é interpretado. O objetivo é que ele viabilize a relação interpessoal, as projeções e reparação, além de possibilitar ao paciente a expressão verbal e não-verbal. Filho (1978)⁸ diz que através do material o terapeuta deve introduzir pequenas porções de realidade, sendo que, o silêncio e as formas mais bizarras de condutas do paciente devem ser respeitadas e acolhidas.

Silveira ² (1981)¹² descreve que os processos psíquicos que se desenvolvem no outro não nos são acessíveis diretamente e no caso de esquizofrênicos a comunicação fica ainda mais difícil. Ainda que se escute com o máximo de interesse o discurso desconexo do psicótico, muitas vezes a comunicação por intermédio da palavra é limitada. Assim sendo, através dos métodos de atividades é possível

² Nise da Silveira iniciou seus estudos relacionados às imagens inconscientes a partir da experiência no Centro Psiquiátrico Pedro II. Para ela as atividades oportunizam que as imagens do inconsciente encontrem formas de expressão. (SILVEIRA, 1981 p. 13)

identificar muita coisa através do não-verbal. Nas imagens pintadas pelos pacientes temos um auto-retrato da situação psíquica.

A pessoa responsável pelo trabalho pode realizar a atividade junto com o paciente, mas permanece observando o que o paciente está fazendo e escutando-o atentamente. Isso propicia maior integração e acolhimento ao paciente. Dutra (1989)⁹ diz que o paciente deve sentir o local como um lugar afetivamente bom e a pessoa com que se relaciona como alguém não persecutório, mas acolhedor.

Não é especificado um número exato de atividades a serem realizadas, sendo que as mesmas, geralmente, se encerram quando o paciente consegue se relacionar com outras pessoas e passa a participar de atividades mais elaboradas e complexas, assim como a participação nos grupos operativos.

Conforme a experiência obtida, é possível relatar que com a aplicação das atividades de primeiro nível o paciente vai aos poucos se socializando com os demais pacientes e membros da equipe, assim como vai retomando seus cuidados pessoais de higiene e alimentação. Outro ponto interessante é que o paciente passa a se interessar por atividades de outros níveis que incluem a integração com outros pacientes e em alguns casos chegam também a assumir funções das comissões de organização da clínica.

As atividades de segundo nível são um pouco mais elaboradas. Oliveira (1978)¹¹ relata que os objetivos dessas atividades são de melhorar a vida em comunidade e estimular a participação dos pacientes. Nesse nível é necessário que o paciente apresente alguma noção de tempo e espaço. As atividades desse nível englobam as atividades internas, em que os pacientes passam a organizar atividades recreativas, como torneios, gincanas e roda de piadas, e comissões que colaboram na administração da instituição, auxiliando na manutenção e recepção de pacientes. Todas as atividades são acompanhadas por profissionais que auxiliam e motivam a participação dos pacientes.

Um exemplo mais detalhado dessas atividades é encontrado nos arquivos do hospital Pinel de Porto Alegre:

Temos um horário de visitas idêntico aos demais hospitais da cidade, das 15 às 17 horas, nas quartas e sábados. Quando um grupo de pacientes se interessa em formar uma Comissão de Portaria, fornecemos um técnico coordenador. A entrada e saída de pessoas da unidade passa aos cuidados da Comissão. O horário de visitas é mudado para 10 às 21 horas todos os dias, enquanto houver

interesse dos pacientes em manter a comissão, caso contrário, voltamos aos horários tradicionais. No horário ampliado saem favorecidos pacientes e familiares e o mérito é dos pacientes que fizeram algo para melhorar a qualidade de suas vidas de internados e a dos seus familiares. (OLIVEIRA, 1978 p. 35)¹¹

Oliveira (1978)¹¹ ainda destaca a importância da atividade que ajuda a valorizar a parte sadia do paciente, quebrando a idéia de que a doença favorece na obtenção de benefícios que não conseguiu com a saúde.

Essas atividades, além de resgatar a saúde do paciente, demonstram o quanto ele pode ser útil. Em orientação a professora Dulce Mara Gaio cita um exemplo que vivenciou na primeira metade da década de 70 quando trabalhava no hospital Pinel de Curitiba. “Uma paciente estava responsável pela comissão de portaria, a paciente exaltava de felicidade porque era ela a quem o psiquiatra pedia permissão para sair.”

Outra atividade que os pacientes costumam se mobilizar para realizar na clínica onde foi realizado o estágio é a “roda de viola”. Quando algum paciente sabe tocar violão são combinados em reunião alguns horários onde os pacientes podem se reunir para cantarem. A atividade costuma ser produtiva, pois além de proporcionar um ambiente descontraído e agradável, os pacientes têm a oportunidades de demonstrar ou resgatar habilidades que muitas vezes foram deixadas de lado devido à doença.

As atividades de terceiro nível envolvem, segundo Oliveira e Silva (1978)⁷, tarefas que exigem maior liberdade, responsabilidade e comprometimento. A noção do tempo e do espaço deve estar preservada. Essas atividades estão centradas no princípio da realidade e, assim, auxiliam a domar as fantasias onipotentes.

O objetivo desse nível é de criar atividades que não estão sendo realizadas na instituição, sendo assim, as atividades ocorrem em três etapas. Conforme Oliveira e Silva (1978)⁷, a primeira etapa é da comunicação, que consiste em motivar os demais pacientes, junto com o terapeuta, a participarem do planejamento, que é a segunda etapa da atividade. Na fase de planejamento é realizada uma reunião para a elaboração da atividade. Na última fase temos a implantação da atividade. É necessário que o terapeuta propicie aos pacientes uma liberdade para que possam criar a atividade a partir de suas próprias experiências. Com isso é ofertado ao paciente um meio de experimentar suas capacidades e reafirmar suas

possibilidades, assim, o paciente vai gradativamente reafirmando sua realidade externa sobre si mesmo.

Como exemplo de atividade de terceiro nível é possível citar os seminários que são apresentados por alguns pacientes que se dispõem a falar sobre um tema livre. Geralmente, os pacientes contam um pouco de suas atividades no trabalho, suas habilidades, viagens que já realizaram ou falam sobre livros e filmes. Esse exemplo de atividade também pode ser observado no estágio realizado.

Essas atividades são separadas por níveis não somente pelo fato de alguns pacientes serem mais regredidos que outros. Oliveira e Silva (1978)⁷ dizem que a preferência do paciente também influencia no nível da atividade na qual ele quer participar, sendo que, alguns preferem atividades mais simples em ambientes mais restritos e outros, atividades mais elaboradas que reúnem maior número de pessoas e proporcione maior autonomia. Independente do nível, essas atividades tendem a funcionar como agente integrador e tranquilizador, pois possibilitam ao paciente convivência com outras pessoas, reforçando suas capacidades de recuperação.

Oliveira e Silva (1978)⁷ ainda relatam que em uma instituição a atividade representa um vínculo por meio do qual o paciente pode preservar e ampliar suas capacidades, pela redução da angústia e a possibilidade de reposição de objetivos no mundo externo e interno. Através das tarefas busca-se a modificação nas relações de objeto, transformando o controle onipotente em uma relação centrada na realidade objetiva.

Silva (2001)³ apresenta a idéia de Oury (1980) que oferece a criação de um Coletivo para o tratamento dos pacientes psíquicos. Conforme apresentado a seguir, esse Coletivo também envolve atividades e técnicas de mediação no tratamento dos pacientes.

Criar um coletivo orientado de tal modo que tudo seja empregado (terapêuticas biológicas, analíticas, desembaraçamento dos sistemas alienantes socioeconômicos, etc.) para que o psíquico aceda a um campo onde ele possa redelimitar seu corpo numa dialética entre parte e totalidade (G. Pankow), participar do “corpo institucional” pela mediação de objetos “transicionais”, os quais podem ser artifício do Coletivo sob o nome de “técnicas de mediação”, que nós podemos chamar de “objetos Institucionais”. Esses “objetos institucionais” são tantos os ateliês, as reuniões, os lugares privilegiados, as funções, etc., como a participação dos sistemas concretos de gestão ou organização. (OURY, 1980, p. 270 *apud* SILVA, 2001, p.95)³

Fontana (2015)¹³ retoma o conceito de Coletivo desenvolvido por Oury, e o apresenta como um local onde a transferência pode ser diluída. Esse local de tratamento propõe uma multiplicidade de pontos: pessoas, lugares e atividades. Essa multiplicidade permite a diluição da transferência maciça na qual o psicótico coloca o analista. O modelo apresentado sugere que a alienação mental possa ser tratada pela transferência e sua manifestação no Coletivo. Tal modelo de tratamento é desenvolvido no *Château de La Borde*.

Conforme Guattari (1992 *apud* Lima [s.d])¹⁴, na clínica de La Borde existe um sistema de atividades composto por ateliês, atividade agrícola, passeios, festas e reuniões organizadas pelo clube da clínica. Isso proporciona aos indivíduos e aos grupos a reapropriação do sentido de sua existência em uma perspectiva ética organizada para re-singularização da relação com o trabalho e da existência pessoal.

Outro exemplo mais recente e mais próximo de nós é tratamento realizado nos CAPS que também inclui atividades na terapêutica oferecida. Estas são chamadas de oficinas terapêuticas. De acordo com o Ministério da Saúde⁴ essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a orientação de um profissional. A escolha das atividades é definida a partir do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço e das necessidades. O objetivo das oficinas é a integração social e familiar, expressão de sentimentos e desenvolvimento de habilidades. Essas oficinas podem ser de três modelos: Oficinas expressivas, como as pinturas, modelagem de argila, redação de texto, atividades de teatro e de música. Oficinas geradoras de renda que servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, por exemplo, culinária, marcenaria, costura e artesanato em geral. E as oficinas de alfabetização que são direcionadas aos usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola para que possam exercer a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania.

Além dessas oficinas é comum o CAPS propiciar aos usuários atividades que envolvem festas temáticas nas comunidades e nos bairros, assim como passeios culturais e atividades físicas realizadas em praças e parques da cidade.

As oficinas nos CAPS são de grande importância por incentivarem a autonomia do usuário. Lima [s.d]¹⁴ diz que através das atividades o usuário participa ativamente do seu processo terapêutico e constrói seu andamento, tanto na

instituição como na vida, escolhendo os espaços e linguagens que mais lhe fazem sentido, ou ainda aqueles que lhe propõem a construção de algum sentido. Além de ir buscando articular com as marcas de sua existência. Por meio das oficinas, o usuário também tem a experiência de fazer história interferindo na construção coletiva da instituição. Essa instituição proporciona ao usuário a possibilidade de viver uma realidade que se deixa moldar pelo sujeito e, dessa forma, permite ao usuário a vivência de inscrever-se no mundo.

A oportunidade que o CAPS oferece ao usuário de participar ativamente do tratamento, podendo optar por quais oficinas quer participar, é importante por propiciar uma transferência nos moldes apresentados por Barreto (2010 *apud* Fontana 2015)¹³. Uma das propostas apresentadas por Barreto é a perspectiva da inversão da suposição do saber, ou seja, o saber fica do lado do psicótico e a posição do analista é a posição do sujeito não saber. Essa perspectiva decorre da posição freudiana, que propõe que o psicótico saberá encontrar suas soluções, pois o saber está ao seu lado. Sendo assim, o analista deve ocupar uma posição de aprendiz, para então escutar as indicações que o psicótico traz para seu próprio caso.

Conforme Fontana (2015)¹³, esse conceito de sujeito não saber é o contrário à posição de suposto saber, que é a característica da transferência na clínica da neurose. No caso da psicose, é o psicótico quem porta o saber e traz ao analista as indicações, a direção para o seu caso.

A partir do trabalho realizado foi possível identificar que as atividades e oficinas terapêuticas são oferecidas em diferentes modelos de instituições psiquiátricas. Essas atividades que antigamente não tinham caráter terapêutico, hoje são de grande auxílio no tratamento de pacientes psicóticos. Após ter feito a descrição de algumas atividades e seus objetivos passarei para as considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível identificar que na história da loucura os modelos de tratamento foram se transformando com o passar dos anos, e a inclusão dessas atividades e o objetivo das mesmas também passaram por transformações.

Galletti (2001 *apud* Lima [s.d])¹⁴ relata que o uso das oficinas tem se tornado muito freqüente a partir da reforma psiquiátrica. Os objetivos dessas oficinas não são definidos no regime de produção, mas é baseado e composto de uma multiplicidade de formas, processos e linguagens.

As atividades desenvolvidas nas instituições psiquiátricas deixaram de ser um trabalho forçado e passaram a ser um recurso terapêutico. De acordo com Guattari (1992 *apud* Lima [s.d])¹⁴, a partir dos anos 80 as experiências institucionais em saúde mental têm demonstrado que as oficinas são subsídios organizadores e estruturadores nas instituições. As oficinas possibilitam intervenções heterogêneas, que permitem a produção das subjetividades. Além de criar possibilidades diversas da recomposição de uma corporeidade existencial.

A partir da bibliografia consultada e da vivência do estágio realizado, é possível identificar a importância das atividades para pacientes psicóticos como um recurso terapêutico. Já que muitas vezes o sujeito não consegue através da palavra expor suas queixas e angústias, a atividade vem como um auxílio no tratamento, para que o paciente possa projetar o que está sentindo. Como por exemplo, nas atividades de primeiro nível que são indicadas para pacientes que têm dificuldades em construir uma narrativa para expor o que estão sentindo. A atividade oferece ao paciente uma possibilidade de vínculo, considerando que é sempre o mesmo profissional que irá realizá-la. No CAPS também é possível essa construção de vínculo a partir do terapeuta de referência, pois ainda que o usuário pertença a uma rede de serviços ele tem alguém a quem ele pode contar com um vínculo mais próximo. A atividade de primeiro nível é de grande importância como um primeiro passo para casos específicos, nos quais o paciente necessita de um cuidado mais próximo, mas com a evolução do paciente é essencial que ele vá sendo incluído em atividades mais elaboradas e psicoterapia, para que assim o psicoterapeuta possa ir convocando o paciente para a narrativa e conseqüentemente à associação livre.

Através das atividades também é possível promover no paciente a interação com outras pessoas, sendo elas, outros pacientes ou membros da equipe. No ano passado no estágio realizado pude vivenciar e assistir aos jogos da copa do mundo com os pacientes. Para que isso acontecesse houve um interesse por parte dos pacientes, com apoio da equipe, no qual todos se mobilizaram e organizaram para que isso pudesse acontecer de maneira agradável e terapêutica. Alguns pacientes enfeitaram a clínica com bandeira dos países, outros organizaram uma arrecadação

para compra de pipoca e refrigerante, alguns pacientes foram realizar as compras e outros se organizaram para estourarem a pipoca. Durante os jogos todos assistiram juntos, pacientes e equipe. Isso demonstra a capacidade de integração e organização dos pacientes permitindo a eles autonomia e aprendizado para que possam fazer fora da clínica coisas simples para resgatar sua saúde.

Os pacientes também passam a construir e resgatar habilidades que podem ter deixado devido à doença, promovendo qualidade de vida e promoção da saúde. É muito interessante ver o quanto alguns pacientes ficam interessados em poder auxiliar nas atividades da clínica. Alguns chegam a sentir-se muito importantes e de grande valor por assumir atividades como cuidar da biblioteca ou ficar com a chave do armário de jogos. Na culinária, alguns pacientes ficam muito satisfeitos em aprender a fazer alguma comida diferente e o quanto são elogiados por pacientes e equipe pelos pratos feitos. É muito comum ouvir dos pacientes: “há quanto tempo eu não cozinhava nada em casa”. E é a partir desse regate que os pacientes voltam a ter hábitos saudáveis e que também geram autonomia, pois passam a depender menos dos outros.

Contudo, é essencial que essas atividades funcionem como um recurso a mais que o psicoterapeuta e os pacientes possam contar, pois a psicoterapia individual ou de grupo deve ser a base para o tratamento desses pacientes.

Avaliando a história da Loucura e a evolução nos tratamentos para a saúde mental é possível concluir que nem sempre as atividades realizadas em instituições psiquiátricas tinham caráter terapêutico, sendo que em outras épocas o foco era a produção de trabalho ou a mera ocupação do tempo. Agora, com tratamento humanizado, as instituições psiquiátricas buscam a socialização dos indivíduos, com foco na sua autonomia e qualidade de vida. Segundo Guattari (1992 *apud* Lima [s.d])¹⁴ “a única finalidade aceitável das atividades humanas é a produção de uma subjetividade que enriqueça de modo contínuo sua relação com o mundo”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badaracco; J. E. G. **Comunidade Terapêutica Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

2. Frayze-Pereira, J. **O que é Loucura**. 3º ed. São Paulo. Editora Brasiliense, 1984.
3. Silva; L. B. de C. **Doença mental, psicose, loucura: representações e prática da equipe multiprofissional de um hospital-dia**. 1º ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
4. Brasil. Ministério Da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília-DF. 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 11/10/2015.
5. Freud, S. Neurose e Psicose. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: O Ego e o Id e Outros Trabalhos**. Volume XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1924 [1923]. p. 167-169.
6. Freud, S. A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: O Ego e o Id e Outros Trabalhos**. Volume XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1924. p. 205-207.
7. Oliveira; E. M. de.; Silva; L. de. V. Atividades Na Comunidade Terapêutica: 3º Nível – As Áreas Centrais. In: **Arquivos da Clínica Pinel**. Volume IV. Porto Alegre: Associação Encarnación Blaya, 1978. p. 42-49.
8. Filho; J. B. P. Atividades Na Comunidade Terapêutica – Primeiro Nível – Atividades Para Pacientes Mais Necessitados. In: **Arquivos da Clínica Pinel**. Volume IV. Porto Alegre: Associação Encarnación Blaya, 1978. p. 29-33.
9. Dutra; S. F. **Atividade Individual Para Pacientes Mais Necessitados**. Curitiba/PR. 1989.
10. Dalgarrondo; P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
11. Oliveira; E. M. de. Atividades Na Comunidade Terapêutica: 2º Nível Atividades Internas e Comissões. In: **Arquivos da Clínica Pinel**. Volume IV. Porto Alegre: Associação Encarnación Blaya, 1978. p. 35-41.
12. Silveira; N. da. **Imagens do inconsciente**. 4º ed. Brasília: Alhambra, 1981.

13. Fontana; F. J. **Psicoses Da Teoria À Clínica: Uma perspectiva Freudiano-Lacanianana.** Curitiba: Juruá Editora, 2015.
14. Lima; E. A. **Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades:** Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. [s.d]. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/beth/oficinas.pdf>> Acesso em: 19/10/2015