

A Prática da Clínica Psicossocial. Construindo o Diálogo como Cliente Dito "Psicótico"

The clinical practice in a psychosocial approach:
constructing a dialogue between the Psychologist and the client known as "psychotic"

Resumo: Trata-se de uma pesquisa participante que focaliza a *dialogicidade* subjacente à prática clínica psicossocial, com o cliente dito "psicótico", no contexto de uma clínica-escola federal. Nesta, os observadores, trabalhando em *sistema terapêutico investigativo* (STI), selecionaram uma amostra de sessões individuais. A análise efetuada destaca que a empatia, a disponibilidade, a solidariedade e a transferência amistosa seriam indispensáveis para manter a dialogicidade. A prática das entrevistas clínicas tende a acompanhar as variações de enquadre e momentos de sofrimento do cliente. Entretanto, a identificação do cliente ao papel de doente/louco e a falta de serviço de reinserção social teriam dificultado a eficácia terapêutica.

Palavras-Chave: Atenção psicossocial, psicose, dialogicidade.

Abstract: This article refers to a participant research about *dialogicity* implied in the practice of the psychosocial clinics for a so called "psychotic" client, in the academic clinical context. In this research, observers, working in *therapeutic system investigation* (TSI), selected a sample among the individual therapeutic sessions. Analysis shows that empathy, disponibility, solidarity and amicable transfer would be necessary to support *dialogicity*. Practice of the clinical interviews tend to follow setting variations and moments of client suffering. Nevertheless, client identification to the role of ill/fool and the absence of social reinsertion services would difficult therapeutic efficacy.

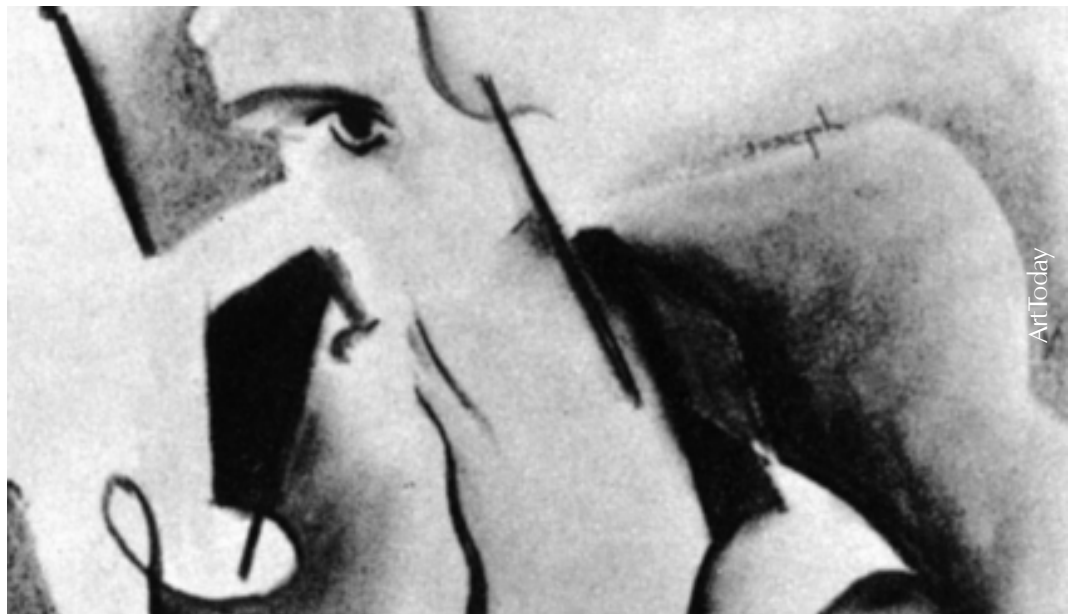
Key Words: Psychosocial practice, psychosis, dialogicity.

**Nilson Gomes
Vieira Filho**

Doutor, Université Paris
VII. Professor Adjunto,
Departamento de
Psicologia UFPE.

**Silvia Raquel
Santos de Morais**

Bacharel em
Psicologia. Mestranda
em Psicologia UFRN.



A atenção psicoterápica psicossocial, inserida em uma perspectiva de desconstrução manicomial e no movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, é analisada a partir de uma pesquisa participante realizada em uma clínica-escola federal de Psicologia¹. O dito "psicótico" tem sido objeto de exclusão na maioria das clínicas-escola de Psicologia. Romper com essa tradição, que

alimenta, de certa forma, o circuito totalitário hospitalocêntrico, é um desafio, sobretudo quando existe ainda muito preconceito e mesmo dificuldades inerentes a esse tipo de atendimento nessas clínicas.

O atendimento a esse cliente é possível na medida em que está conectado ao Sistema Único de Saúde

(SUS). Ele é geralmente acompanhado por um psiquiatra ambulatorial, às vezes, é assistido em uma oficina terapêutica ou/e um CAPS em Recife. Quando o cliente se desvincula da clínica, é freqüentemente acompanhado por, ao menos, um desses serviços, mas deixa-se sempre a possibilidade de ele solicitar, quando necessário, consulta na clínica. É também possível, durante o processo psicoterápico, haver conexão com processos de cura religiosa quando se trata de uma demanda concreta do cliente e/ou da família (Vieira Filho, 2001). Trabalha-se com a possibilidade de atendimentos em nível individual, familiar, visita domiciliar e de intervenção na rede social. Os três últimos atendimentos não são feitos por estagiários sozinhos, mas com o supervisor. O vínculo mais estável com o supervisor/terapeuta é fundamental, pois tem evitado maiores transtornos quando há necessidade de consulta ou de continuar o atendimento após o fim do estágio.

O foco deste trabalho é a *dialogicidade*, entendida essencialmente como a capacidade em manter uma ação dialógico-crítica na relação terapêutica com o cliente. A hipótese de trabalho é que essa relação, na prática clínica, pressupõe um vetor de ação dialética que tende ao sentido da horizontalidade, reciprocidade, contratualidade e empatia com o cliente/cidadão, e possibilita também um processo de comunicação pré-reflexiva e reflexiva que contribui para uma conscientização afetiva e crítica de sua visão de mundo, modo de vida e situação sócio-cultural de experiência cotidiana. Entretanto, essa relação se operacionaliza através do manejo dialógico das entrevistas clínicas, subjacentes à prática terapêutica, e que geralmente não se mostram explícitas, necessitando, assim, de um trabalho de pesquisa para que isso ocorra.

Entrevista: *encontro entre duas ou mais pessoas com a finalidade de comunicarem-se entre si* (Dic. Aurélio); *entre* para designar *no meio de, dentro de, e vista como ato de ver, aquilo que se vê*. Trata-se, nesse caso, de um conjunto de interações dialógicas, verbais e não-verbais, entre duas ou mais pessoas, em um lugar previamente marcado ou instituído para elucidar falas, opiniões, idéias, sentimentos, emoções, assim por diante.

Entretanto, existe uma certa tendência em considerar as entrevistas clínicas como simples técnicas psicodiagnósticas, isto é, restringir sua prática a quase uma tarefa de coletar e interpretar dados, ao invés de enfatizar a importância da compreensão de seu conteúdo, levando em consideração a relação terapêutica que se institui. Rogers foi um dos que contestou esse tipo de enfoque mais relacionado ao modelo médico tradicional. Ele foi um dos pioneiros no explicitar as entrevistas subjacentes à prática terapêutica, como destacam Benjamin (1996), Branchet (1985) e Scheffer (1993).

Rogers (1975) focalizou, de modo operacional, as técnicas de entrevistas clínicas relativas à prática da relação terapêutica. Criticou a versão diretiva tradicional, na qual o conselheiro dirige a entrevista, define a problemática abordada, os tópicos a serem discutidos, sugerindo soluções e planos de ação para o cliente. Posteriormente, (Rogers, 1978) sublinhou que a centralidade do diálogo terapêutico estaria menos nos papéis instituídos e mais na relação de pessoa (terapeuta) a pessoa (cliente), situação em que o primeiro deveria estar mais atento à pessoa humana/cliente e seu amadurecimento emocional do que às racionalizações de caráter intelectual e fatural na sua fala. Atribuiu, assim, maior responsabilidade à pessoa/cliente e tentou proporcionar um ambiente terapêutico que facilitasse a autodeterminação nas suas decisões.

Neste artigo, estudam-se apenas os atendimentos individuais de dois estagiários, pois entende-se que, neste contexto, estaria mais explícita a *dialogicidade* na relação terapêutica. Quanto à *dialogicidade*, destacam-se particularmente as referências a Paulo Freire (1987,1992), Buber (1974,1982) e Franco Basaglia (1985), visto que esses autores aparecem como fundamentais no referencial teórico da abordagem psicossocial (Vieira Filho, 1998,2002).

Método

Trata-se de uma pesquisa participante em clínica psicossocial, organizada em *sistema terapêutico investigativo* (Vieira Filho, 1999). Diz-se *sistema* devido ao fato de as ações dos diferentes membros (supervisor/terapeuta, estagiários, observadores clínicos e eventuais especialistas) serem articuladas umas com as outras, tanto na pesquisa como na prática terapêutica. O primeiro autor deste artigo foi supervisor-terapeuta-pesquisador e o segundo, observador participante. Este último participava da investigação e da supervisão, mas não diretamente do atendimento; discutia também, com a equipe, suas opiniões sobre o cliente a partir do que ouvia nas reuniões e nas transcrições das fitas gravadas das sessões psicoterápicas pelos estagiários.

O material utilizado constitui-se basicamente de notas de campo e de uma amostra de entrevistas clínicas transcritas das gravações de sessões individuais realizadas por dois estagiários. O critério principal de escolha: as entrevistas subjacentes à prática clínica estarem relacionadas mais diretamente com a questão da *dialogicidade* na relação terapêutica. A duração do atendimento foi de mais de três anos e ocorreu na década de noventa. Para a realização das transcrições, foi considerado o aspecto ético-confidencial das sessões e a compreensão da escuta em relação à prática terapêutica. Algumas vezes, no momento

1 Trata-se de uma longa pesquisa participante em clínica psicossocial que vem sendo realizada desde julho de 1993 com o apoio do CNPq e FACEPE. Refere-se aqui à atenção psicoterápica psicossocial que não trata apenas de clientes ditos "psicóticos", mas também "neuróticos" etc.

Agradecemos a colaboração dos psicólogos Wladimir C. de Brito e Darlindo Ferreira de Lima neste trabalho.

da transcrição, foi necessário reescutar as fitas, a fim de identificar corretamente as vozes dos participantes e compreender melhor o conteúdo de cada uma das falas.

O tratamento do material foi mais de caráter exploratório e descritivo, tentando relacionar: prática clínica psicossocial, *dialogicidade* e produção de sentido na atuação de dois estagiários (T1 e T2).

Resultados

O cliente Carlos (C.), pseudônimo, estava na faixa etária dos trinta anos, tinha nível de instrução secundário completo e pertencia a uma família numerosa de classe média de baixa renda, residente em uma região metropolitana do Nordeste. Antes de sua primeira “crise psicótica”, era considerado uma pessoa praticamente “normal” (trabalhava, namorava, divertia-se etc), mas, depois da primeira internação psiquiátrica, sua vida modificou-se completamente, pois passou a viver uma carreira de doente mental/louco. Não mais trabalhou e conseguiu uma aposentadoria justificada por “esquizofrenia paranóide”, ficando então sob a tutela da mãe. O cliente foi encaminhado por uma psicóloga de posto de saúde do SUS para atendimento psicológico. Os atendimentos foram em nível individual e familiar. As visitas domiciliares e as intervenções na rede social significativa eram realizadas quando necessário. Tinha acompanhamento psiquiátrico ambulatorial, freqüentou uma oficina terapêutica e ficou um curto período de semi-internato em um CAPS. Entretanto, aqui, o foco da análise são os atendimentos individuais realizados na sala de consultório da clínica-escola.

Atuação dialógica do estagiário-terapeuta 1

Esse estagiário foi o primeiro a conduzir o processo terapêutico com o cliente, durante cerca de dois anos. Sua atuação estaria próxima do que Buber (1982) chama de *conversação genuína*:
Eu venho aqui, grito, faço tudo, aperreio na sala e você faz com que eu me expresse...

Alguns fatores como o longo tempo e a confiança parecem favorecer um fluxo mais livre de comunicação, na medida em que ultrapassam as barreiras que impedem o crescimento inter-humano, como: aparência, superficialidade, desconfiança, medo do outro, imposição de si próprio em detrimento do outro, e, nesse caso, também as fantasias iniciais que se criam em torno da pessoa do terapeuta.

C: Você vai me reprovar...

T1: Não, o que você quiser...

C: Pode “meter bronca” ?

T1: “Meter bronca”, tudo o que você quiser. Você pode dizer o que achar que deve.

C: Bom, o que eu tenho a dizer é que obrigado a você ... reconhecer que você se mostrou capaz durante estes dois anos. Dois anos de acompanhamento psicológico e se entregou de corpo e alma, ao acompanhamento psicológico, e eu pude perceber que (T1) fez o possível pra mostrar que estava ao meu lado e que ele (T1) pudesse ter a minha confiança, e ele (T1) realmente conquistou a minha confiança.

Essa fala traduziria a importância da possibilidade de o cliente ser praticamente quem é, evitando rótulos e máscaras, sendo ele mesmo, expressando uma lógica que geralmente é excluída ou censurada pela sociedade. Os dois sujeitos mostram poder comunicar-se em um espaço em que um não anula ou sobrepõe seu argumento ao do outro, mas ambos tentam compreender-se. A postura do estagiário demonstra respeito pela fala, evitando reprovações normativas e atitudes preconceituosas relacionadas ao comportamento do cliente. Além disso, demonstra haver uma contínua negociação de poder, possibilitando, assim, a livre expressão de seus sentimentos.

C: fulana (psiquiatra) “cantava de galo” todas as vezes que eu ia falar com (...), (...) cantava de galo. Bom, ficou muito tempo assim...e cada vez que eu ia, fulana (psiquiatra) aumentava mais ainda o meu remédio...

O contraste entre a postura do estagiário e a do profissional da psiquiatria teria colaborado para a expressão de insatisfação na relação. Pode-se perceber o desejo do cliente de ser atendido por um psiquiatra que o ouvisse e o entendesse e que não “cantasse de galo”, ou seja, que não se impusesse afrontando-o, prescrevendo-lhe mais remédio do que ele achava que deveria tomar. O aumento de medicamento pode ter sido uma necessidade médica daquele momento, mas é percebido como ato punitivo, no qual estaria implícita a vontade de afirmação de uma opinião própria que teria sido abafada, dando origem a ressentimentos, mágoas e resistências.

C: Eu quero um médico diferente que eu nunca vi. Um cara, um acadêmico, porque os acadêmicos entendem mais que os adultos. Tem que ver um cara novo, um cara da minha idade, um cara que eu nunca vi, que comece a trabalhar de uma forma que compreenda tudo isso aí, não um cara que já saiba que eu sou doído. Eu também gostaria muito de encontrar um médico, uma pessoa capacitada que realmente tivesse tempo pra escutar, é...mas é tão difícil pra gente.

C: fulana (psiquiatra)
“cantava de galo”
todas as vezes que
eu ia falar com (...),
(...) cantava de galo.
Bom, ficou muito
tempo assim...e
cada vez que eu ia,
fulana (psiquiatra)
aumentava mais
ainda o meu
remédio...

A rotulação como louco, a expressão de um comportamento formal e hierarquizado da parte do profissional da psiquiatria estaria, segundo o cliente, interferindo na escuta e compreensão de seu sofrimento, e ele projeta um terapeuta ideal praticamente semelhante ao estagiário. Compreende-se essa comunicação como um *movimento monológico*, que para Buber (1982) consiste no *dobrar-se-em-si-mesmo*, movimento que seria aqui atuado por ambos, psiquiatra e cliente, onde cada um parece retrair-se da outra pessoa em sua singularidade, ou seja, rejeitando o real da relação/afeto que os confronta. Uma vez ausente a reciprocidade, aparece o *monólogo disfarçado de diálogo*, no qual tende a prevalecer a lógica do *voltar-se-a-si* e *desviar-se-do-outro* que, em uma situação instituída, expressa-se através de posições de poder não mais compartilhado, mas disputado.

T1: ...a gente vai ver a forma de falar, não vai forçar a barra, não vai obrigar ninguém a fazer absolutamente nada, a gente conversa, mostra que caminhos pode seguir, o caminho mais viável para ajudá-lo; por sua vez, você também nos ajuda dizendo: pode ser isso, pode ser aquilo... diz o que quer, tudo mais, mas sempre com um pouco de tolerância, né? Tem que ter tolerância em ambas as partes, ninguém pode ter aquelas idéias rígidas: não quero isso e pronto; não! A gente pode não gostar no início de uma coisa, pensar que não gosta, mas a conversa abre espaço. Vamos tentar dar o primeiro passo. Agora se gostar, tá certo, continua, se não der certo; olha eu não tô gostando disso não, vamos tentar outra. O negócio é estabelecido no diálogo, na conversa, né? Ninguém vai impor nada a ninguém. O objetivo da gente não é esse.

Percebe-se que, na condução da entrevista do estagiário, aparece um constante *voltar-se-ao-outro* que não é o mesmo que sentimentalismo. Esse movimento dialógico, segundo Buber (1982), só ocorre quando se consegue *sair-de-si-em-direção-ao-outro*, reconhecendo o outro (cliente) como pessoa humana e acrescentando-se ainda a condição de *co-operando* (Freire, 1987) com ele no encontro terapêutico.

Para Buber, a constituição mínima do dialógico pressupõe a *reciprocidade da ação interior*, uma ação retroativa, horizontal, de um-para-o-outro e vice-versa, mesmo que se possa prescindir da fala ou de uma conscientização. O *dizer* do estagiário sobre o diálogo apresenta-se, aqui, em uma linguagem íntima, reflexiva e pré-reflexiva, sem apelar para conceitos técnicos, que dificilmente atingiriam o universo de referência cultural do cliente, mas esse *dizer* supõe uma certa assimetria inerente à própria condição instituída de poder

da relação terapêutica. O terapeuta estaria em uma situação que lhe permite regulação dialógica de forma contratual (Vieira Filho, 1998), situação que supõe contradições e falhas possíveis dialeticamente compreensíveis. Essa regulação coloca como regra principal a possibilidade de compreensão pluridimensional compartilhada e íntima da problemática existencial e de saúde do cliente.

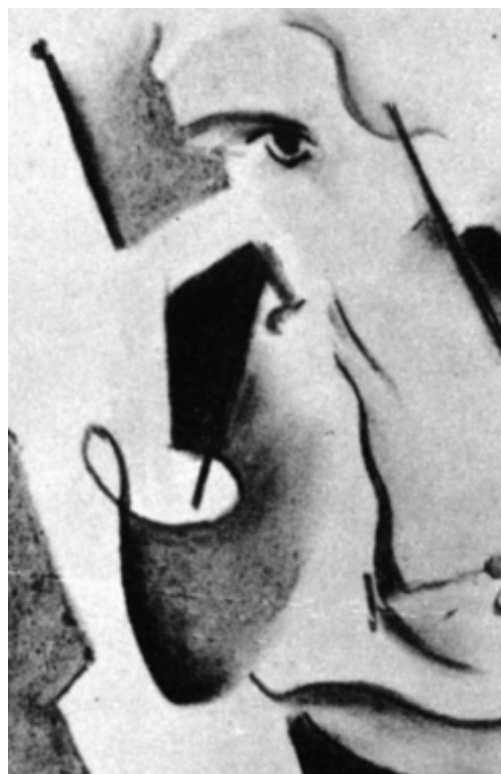
C : Você é um bom psicólogo...

T1: Por que eu sou um excelente psicólogo ?

C: Porque você, na minha seleção ... eu quis dizer que você deixa eu botar as minhas emoções pra fora. Você deixa as portas abertas pra eu botar a minha ira pra fora, é disso que eu tô precisando.

T1: Descarregar, né ?

C: Descarregar minha ira porque eu tô, que não falo com ninguém, não tenho amigo, não tenho namorada...Minha cabeça tá abarrotada de problemas, eu tenho que gritar um pouco, jogar minha ira pra fora, sabe?...



Uma vez ausente a reciprocidade, aparece o monólogo disfarçado de diálogo, no qual tende a prevalecer a lógica do voltar-se-a-si e desviar-se-do-outro que, em uma situação instituída, expressa-se através de posições de poder não mais compartilhado, mas disputado.

Nesse diálogo, o estagiário não somente abriria a possibilidade de expressão de emoções, sentimentos e ressentimentos reprimidos do cliente, mas também de ressignificá-los. Quando se consegue criar um espaço dialógico, desconstruindo a lógica totalitária manicomial, existe a possibilidade de se evitar uma situação de opressão e, conseqüentemente, tornar possível a emergência da subjetividade do outro.

Enfatiza Basaglia (Controzzi e Dell'Acqua, 1978) que, se o projeto terapêutico do profissional é de não dominar o outro, o seu poder consistirá em um saber que "nasce da relação com o outro e da compreensão da dimensão da subjetividade do outro" (ibid, p.31). Nesse sentido, não haveria um "diafragma" manicomial que pudesse impedir essa recíproca compreensão.

Atuação dialógica do estagiário-terapeuta 2

Seu período de atuação durou cerca de um ano e seu percurso se iniciou como acompanhante terapêutico substituindo, depois, o estagiário anterior por mais de seis meses. De um modo geral, a sua atuação parece ser semelhante à do ex-estagiário. Entretanto, iniciou seu trabalho enfrentando resistência por parte do cliente, que teve dificuldade no processo de desligamento. Essa situação teria adiado a consolidação da aliança terapêutica.

C: ... Eu só posso dizer que (T1) vai se despedir deixando lembranças . Vou guardar uma boa lembrança de (T1), porque não somente por ser meu psicólogo, mas por ser meu amigo, um amigo que fez pensar dessa forma.

A relação afetiva com o estagiário (T.1) estava assim marcada por um sentimento de amizade, o qual agia como elemento facilitador do falar segredo e intimidade, sentimento emergente em uma relação instituída que não elimina os papéis de terapeuta e cliente, mas minimiza a hierarquia e horizontaliza as interações. Pode-se inferir que trata-se de *transferências amistosas* (Baremlitt, 1996) positivas, as quais tendem a permitir a repetição/inconsciente de modo diverso da experiência conflituosa vivida anteriormente pelo cliente, tomando assim possível de se trabalhar a conscientização/afetividade de sua situação de sofrimento. Essas transferências facilitariam também o processo de desconstrução do círculo vicioso de interações manicomiais, visto que o cliente já tinha sofrido internação e atendimentos ambulatoriais que reproduziam o modo totalitário das relações do hospital psiquiátrico.

T2: ... Infelizmente o nosso horário tá chegando ao final, mas eu queria dizer a você que a gente hoje conversou coisas importantes, e hoje eu pude conhecer um lado seu que eu não conhecia; aliás tem muitos lados que eu não conheço. Eu acho que a gente vai construir uma relação, vai construir o caminho ainda...você construiu com T1 a relação de terapeuta-cliente, e vai construir comigo agora. E eu queria dizer que fiquei muito feliz em conhecer esse seu lado poético, inclusive esse lado bonito seu que você falou das rosas, que você falou das pessoas, que

você falou de você também. Eu acho isso muito bonito, gostei muito de conhecer esse lado. Talvez até a gente pudesse passear mais nesse jardim e ver mais rosas, outros cravos, conversar mais sobre esse seu jardim e conhecê-lo melhor porque a gente tá sempre conhecendo uma coisa nova da gente...

O reajustamento de papéis (de acompanhante terapêutico ao de estagiário-terapeuta) teve como consequência principal a necessidade de se trabalhar o desligamento com o estagiário anterior e se ter um pouco de paciência para estabelecer uma confiança mútua. Em todo caso, o vínculo principal terapêutico foi estabelecido, desde o início, com o psicólogo/supervisor, profissional que procurava quando necessitava de atendimento complementar ao do estagiário e com quem se relacionava tanto na terapia de família quanto nas intervenções em sua rede social pessoal. Pode-se dizer que haveria uma *transferência amistosa multifocal* no interior das relações com vários atores institucionais, o que permitia que o afastamento do estagiário não fosse vivenciado de modo dramático.

C: Eu tô sofrendo, eu não tenho nem aonde respirar. Você é testemunha disso ... que eu venho aqui ... todos os meus conflitos ... venho desesperado e quando eu chego aqui desesperado ... é o meu alívio porque aqui eu descanso, aqui eu encontro descanso. É uma sala confortável e eu estou diante de um profissional.

O estilo dialógico supõe uma atitude básica de não autoritarismo que vem se reverter na solidariedade com a pessoa que sofre e na disponibilidade em atendê-la no consultório público e em outros espaços. A compreensão empática psicossocial parte da visão de mundo do cliente para tentar uma eficácia comunicativa através de uma linguagem comum, mas preocupasse também em proporcionar um ambiente de encontro que favoreça o bem-estar e a espontaneidade do cliente.

Na sala há cadeiras, almofadas, possibilidade de se ficar também em pé, pintar, desenhar etc. Enfim, essas diferentes posições são possíveis desde que negociadas com o terapeuta, o qual está também aberto à possibilidade de variações no enquadre e de recursos disponíveis: segundo o cliente, esse ambiente físico (sala confortável) e relacional proporcionavam-lhe alívio e descanso, contrastando, assim, com sua situação de sofrimento, cujo estado emocional teria efeitos na respiração, refletindo uma sensação de desespero/sufocamento/opressão.

T2: ...Você tá tendo consciência, gratificação das coisas e isso parece trazer muito, muitas emoções. As vezes quando eu digo a você que você tá entrando

em contato com isso, que você tinha passado por dificuldades, você fala de fé e tal...Eu não estou diminuindo de forma nenhuma o sofrimento que você vive, eu sei que você sofreu muito; agora eu acho que o momento não é mais de ficar no sofrimento, é partir pra o oposto, pra fazer coisas...Eu acho que tá na hora de seguir por outros caminhos.

A conscientização da situação de sofrimento psíquico/psicótico permitiria uma tomada de consciência gradual de seu estado de saúde, de processos de exclusão social e de conflitos, abrindo possibilidade de superamento? Esse momento foi vivenciado com dificuldade pelo cliente. O estagiário (T.2) destaca que, mesmo entendendo seu sofrimento, o cliente estaria no momento de buscar outros caminhos, outras alternativas de vida e de reinserção social.

De fato, a equipe se deparou com um enorme obstáculo: não há serviço de reinserção social para esse tipo de cliente em Pernambuco. Por outro lado, sendo considerado aposentado por "doença mental/loucura", ele era induzido institucionalmente a assumir o papel de "doente/louco", como qual tendia a conformar-se. Apesar disso, foram feitos vários contatos, junto com ele e com uma igreja cristã, que freqüentava, no sentido de encontrar uma ocupação (remunerada ou não), para ver se conseguia dar os primeiros passos para uma modificação de sua rotina de vida. Infelizmente, não se obtiveram resultados muito positivos. O atendimento psicoterápico foi, meses depois, encerrado, mas com a possibilidade de consulta, quando necessário. De fato, o período de atendimento foi de aproximadamente quatro anos, uma exceção à regra da clínica.

Discussão dos Resultados

Nas atuações, tanto de T1 quanto de T2, percebe-se que o espaço do inter-humano, o contato face-a-face de um-ao-outro, estende-se além do sentimento de empatia e da transferência amistosa, para contar com a *disponibilidade do terapeuta* dentro dos limites do instituído. O aspecto de disponibilidade aparece como fundamental e se opõe à falta ou à pouca disponibilidade humana existente no circuito totalitário hospitalocêntrico. Os horários das sessões eram discutidos, as urgências eram possíveis, assim como o atendimento em domicílio e na rede social. Davam-se limites, mas dialogando, sem que se impusesse uma disciplina rígida de horários ou tarefas.

A prática da condução do diálogo, variando segundo essas diferentes situações, tentava evitar, assim, as transferências e resistências negativas propiciadas pelo autoritarismo manicomial. De fato, a imposição de si próprio em detrimento dos

outros não aparece na atuação dos estagiários, como também o predomínio de interpretações, conselhos e sugestões. Nessa atuação, não foram tidos como "figuras centrais" e, sim, como co-participantes, co-atores terapêuticos.

As variações de espaço terapêutico (consultório, visita domiciliar, intervenção na rede social etc) foram importantes para acompanhar adequadamente momentos de sofrimento do cliente. Não é raro que a pessoa com *sofrimento esquizofrênico paranóide*, em um contexto sócio-excludente como o brasileiro, apresente dificuldade de manter uma certa estabilidade emocional (revoltas/resignações, alegrias/tristezas) e relacional (desconfiança, vínculos superficiais ou intensos, rede social mais restrita). A pessoa é também susceptível de manifestar o que Muller (1982) chamaria de *síndromes intermitentes*, que podem emergir com ambivalência no discurso e atitudes, sobretudo em situação de crise (com delírio e alucinação), permeada de conflitos e tensões.

Quanto ao estudo, constatam-se algumas limitações: os aspectos fisionômicos e não-verbais, tanto do cliente quanto dos estagiários, não foram aqui analisados. Todavia, na prática, o cliente teve oportunidade de pintar quadros, fazer desenhos e alguns exercícios de relaxamento. Observa-se que, nas posturas dialógicas dos estagiários, algumas intervenções poderiam ter sido mais enriquecidas com exemplificações e metáforas que pudessem facilitar a conscientização/afetividade relativa à situação existencial e de sofrimento psicótico do cliente. Teriam havido também algumas falhas na escuta, pois os conteúdos implícitos de algumas falas poderiam ter sido mais trabalhados.

Conclusão

A análise psicossocial da prática psicoterápica, focalizando a *dialogicidade*, colocou em evidência que, na maioria das vezes, o cliente estava consciente de sua problemática, mantinha uma certa autonomia e capacidade crítica relativa à sua situação existencial. Seu razoável nível de instrução, o fato de ter sofrido apenas uma internação e ter buscado logo depois atendimento em serviços não hospitalares teriam facilitado a comunicação e a linguagem entre interlocutores de classe média, mesmo se contradições e conflitos tenham atravessado todos os anos de tratamento.

A prática psicoterápica psicossocial possibilita variações no enquadre e mediações, em momentos conflituosos da relação terapêutica, contrastando, assim, com o mandonismo manicomial que prescreve o dever ser, o disciplinamento, o diagnóstico causal-organicista e a contenção do cliente. Ao contrário, aqui o terapeuta pode recorrer

O estilo dialógico supõe uma atitude básica de não autoritarismo que vem se reverter na solidariedade com a pessoa que sofre e na disponibilidade em atendê-la no consultório público e em outros espaços.

a um leque de variações no enquadre, que vai de uma entrevista clínica direcionada a objetivos concretos (p. ex. situação de crise) a uma outra sem uma orientação dirigida. Adotar freqüentemente a *livre-associação* freudiana não parece ser indicado, pois não acompanharia esses diferentes momentos que podem ocorrer durante o processo. Nesse, o(s) terapeuta(s) mostravam-se também atentos à possibilidade de ocorrer modificações no estado de saúde e de sofrimento psíquico do cliente. Essas alterações apareciam geralmente acompanhadas por perturbações nos *ritmos biossociais* que podiam estar relacionadas ao sono, à alimentação, às relações interpessoais e às reações aos medicamentos, assim por diante. Isso significava obviamente que o psicólogo podia necessitar de ajuda de outro(s) profissional (ais) e/ou de um eventual trabalho em rede de serviços.

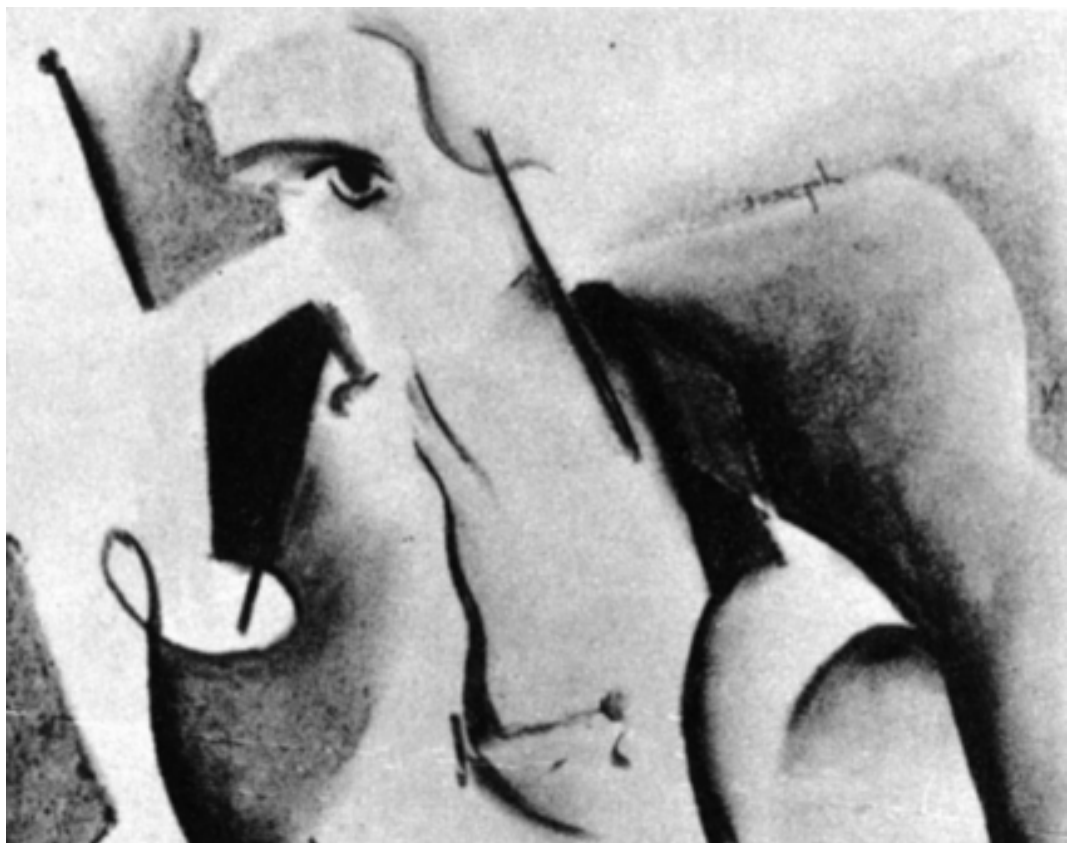
Dialogar com a pessoa dita “psicótica” é fato comum na literatura (Muller, Bateson, Basaglia etc). O que este estudo chama a atenção é para essa prática em contexto local e nos novos serviços psicossociais da reforma psiquiátrica. As interações entre os serviços do SUS, durante o tratamento, mostraram-se mui precárias, com cada profissional trabalhando de forma isolada. Por isso, adotou-se

a tática de se buscar um bom relacionamento interpessoal com diferentes profissionais para facilitar contatos e minimizar o peso dos núcleos corporativos.

Serviços de reabilitação adequados inexistem em Pernambuco, e isso aparece como um dos fatores que dificultou melhor eficácia do processo terapêutico aliado a outro fator relativo aos benefícios secundários da doença, que são os benefícios de caráter econômico (p.ex. aposentadoria e estratégias de manipulações para conseguir dinheiro extra), social (p.ex. fragilidade nos engajamentos de responsabilidade social) e psicológico (p.ex. táticas relacionais de vitimização do doente).

Acredita-se que este estudo tenha possibilitado reflexões acerca da prática terapêutica, bem como contribuído para a elucidação e melhoria da qualidade do atendimento prestado. Entretanto, a amostra usada neste artigo corresponde apenas a um pequeno recorte de um caso clínico, unicamente uma fração da prática das entrevistas clínicas referentes às sessões individuais. A análise, portanto, reflete um momento particular da pesquisa.

Adotar freqüentemente a livre-associação freudiana não parece ser indicado, pois não acompanharia esses diferentes momentos que podem ocorrer durante o processo.



**Nilson Gomes Vieira Filho
& Sílvia Raquel Santos de Moraes**

Av. Acadêmico Helio Ramos s/n. UFPE - CFCH 7º andar.
Campus Universitário
Boa Viagem CEP: 50670901-000 Recife – PE
E-mail: gomes@ufpe.br

Recebido 14/03/02 Aprovado 13/04/03

BASAGLIA, F.(Org.) *A Instituição Negada. Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAREMBLITT, G. *Cinco Lições sobre a Transferência*. São Paulo: Hucitec, 1996.

BENJAMIM, A. *A Entrevista de Ajuda*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

BRANCHET, A. & ALLI. *L'Entretien dans les Sciences Sociales*. Paris: Dunod, 1985.

BUBER, M. *Eu e Tu*. São Paulo: Moraes, 1974.

_____. *Do Diálogo e do Dialógico*. São Paulo: Perspectiva, 1982.

CONTROZZI, G. & DELL'ACQUA, G. P. *Intervista con Franco Basaglia*. In Controzzi, G. & Dell'Acqua, G. P. (Orgs.), *Basaglia e Fornari. La violenza*. Firenze: Vallecchi, 1978.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

_____. *Pedagogia da Esperança. Um Reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

MULLER, C. *Etudes sur la Psychothérapie des Psychoses*. Toulouse: Privat, 1982.

ROGERS, C. & KINGET, G. M. *Psicoterapia e Relações Humanas*. Vol. II. Belo Horizonte: Interlivros, 1975.

ROGERS, C. STEVENS, B. & ALLI. *De Pessoa para Pessoa. O Problema do Ser Humano*. São Paulo: Pioneira, 1978.

VIEIRA FILHO, N.G. *Fundamentos do Atendimento Psicoterápico Psicossocial*. In Vieira Filho, N.G. *Clínica Psicossocial. Terapias, Intervenções, Questões Teóricas*. Recife: EDUFPE, 1998.

_____. *Da Crítica ao "Aplicativismo" à Pesquisa Participante em Clínica Psicológica*. In *Interações. Estudos e Pesquisa em Psicologia*, Vol. IV, nº 7, pp. 99-113. São Paulo: Unimarco, 1999.

_____. *Souffrance Psychotique et Esprit Obsédant. Entre l'Action Thérapeutique et l'Accueil Religieux*. In *Bulletin de Psychologie*, t.54(2), no.452. Paris: SIPE, 2001, pp.137-145.

_____. *O Processo Dialógico na Atenção Terapêutica Psicossocial*. Contribuições de Paulo Freire. In *Anais do III Colóquio Internacional Paulo Freire. Pedagogia e Reinvenção da Sociedade*. João Pessoa: EDUFPE, 2003.

Referências