

## **RECUPERAÇÃO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS RESIDUAIS EM INSTITUIÇÃO MANICOMIAL JUDICIÁRIA E LIVRO DE REGISTRO DO GRUPO CLÍNICA**

Fazendo arrumações, reencontrei duas versões de artigo escrito com Jayme Bisker e Nara de Carvalho, referente ao trabalho realizado com pacientes esquizofrênicos residuais internados no Manicômio Judiciário Heitor Carrilho e apresentado no XII Congresso Internacional de Psicoterapia e VII Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

Assim como, também, encontrei o livro de registro do Grupo Clínica, com as atividades realizadas, que deram origem as referidas versões. O livro, datado de 22/10/1980 a 09/09/1982, portanto, registra dois anos de trabalho.

### **Obs.:**

. Na época não se usava computador. O trabalho foi datilografado.

XII CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA

RIO DE JANEIRO

RECUPERAÇÃO DE PACIENTES ESQUIZOPRÊNICOS RESIDUAIS

EM INSTITUIÇÃO MANICOMIAL.

\* NARA DE CARVALHO

\*\* MARIA BEATRIZ BREVES RAMOS

\*\*\* JAYME BISKER

AGOSTO 1982

\* Apresentado como Tema Livre no XII Congresso Internacional de Psicoterapia e VII Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Patrocínio: International Federation for Medical Psychotherapy e Associação Brasileira de Psiquiatria.

RECUPERAÇÃO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS RESIDUAIS  
EM INSTITUIÇÃO MANICOMIAL JUDICIÁRIA

O Manicômio Judiciário Heitor Carrilho é um órgão ligado à Coordenação de Saúde Penitenciária do Departamento do Sistema Penitenciário - DESIPE - da Secretaria de Estado de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.

Desde 1979, vem se desenvolvendo um trabalho fundamentado numa psiquiatria mais dinâmica que, através de uma equipe interdisciplinar, busca um modo mais humano, eficiente e integrado de tratar de doentes mentais em instituições.

Os pacientes têm liberdade de participação da Sociedade Intramuros, quando se comunicam com os demais companheiros, guardas, técnicos e funcionários que participam, direta ou indiretamente, das atividades de campo em que se baseia o nosso trabalho.

Nem sempre foi assim. A população do Manicômio Judiciário, em média 180 pacientes, em sua maioria ficava em reclusão nas enfermarias cerca de 20 horas por dia, sem participação alguma na Sociedade Intramuros. Com o trabalho isso foi se modificando e, apenas uma população média de 30 pacientes que moravam em um pavilhão com 7 enfermarias chamado "Clínica", mantia o regime antigo e, ainda pior pois, passavam as 24 horas do dia reclusos em suas enfermarias devido ao alto grau de "Doença". Conseqüentemente, dois grupos apareceram: "Pacientes do Convívio" - que tinham o direito de participar dos acontecimentos intramuros; "Pacientes da Clínica" - que viviam em extrema reclusão alheios a tudo e a todos, o qual se tornou objeto de nosso trabalho. Os pacientes aí hospitalizados há vários anos, apresentavam um quadro de Esquizofrenia Residual sendo, portanto, bastante regredidos do ponto de vista psicológico. Ocupavam uma posição inferior dentro do próprio contexto da loucura, sendo rejeitados pela sociedade e pela família. A população era heterogênea, compondo-se de pacientes cronicamente hospitalizados, pacientes em observação e pacientes em crise. Quanto a faixa etária, variava de dezenove a oitenta anos e o tempo de duração da



doença de três e quarenta anos mais ou menos.

O trabalho na Clínica iniciou-se em meados de 1980 tendo como principais objetivos a inserção dos pacientes no convívio e a assunção do paciente pela instituição.

Não sabíamos como começar. Dentro de tanta tristeza e isolamento, as respostas eram difíceis e escassas. Os pacientes quase não saíam de seus leitos, apresentando pouco ou nenhum interesse pelo ambiente. Alguns sentavam-se pelos cantos e só permaneciam até que alguma coisa acontecesse como, por exemplo, a chamada para as refeições. A maior parte não controlava suas funções fisiológicas o que fazia que os encontrássemos sujos e fétidos. Apresentavam pensamento desagregado, não sabiam onde estavam ou em que época viviam, a memória prejudicada, lembrando-lhes, quando muito, a memória do próprio delírio. Alucinações, delírios, não sabiam quem eram, nem porque ali estavam. Abandonados, sem visitas, nada diziam, apenas o olhar vago traduzia o próprio alheamento.

O planejamento do trabalho foi ocorrendo dentro da solicitação dos pacientes, procurando levá-los a uma mudança de atitudes que lhes permitisse novas opções dentro da instituição. Era preciso, antes de tudo, dar-lhes uma mensagem de vida, de amor e estimulá-los a desejarem viver. Passamos a vê-los, diariamente, nas próprias enfermarias, falando-lhes, tocando aqueles que permaneciam quase imóveis no leito, chamando-os pelo nome.

Inicialmente éramos apenas dois técnicos - uma psicóloga e uma estagiária em psicologia - número insuficiente para manter o nível de estimulação necessário. Um médico iniciara conosco, mas problemas e deveres da instituição o impediram de continuar. O enfermeiro que coordenava a enfermagem, participando da mesma filosofia, se uniu a nós. Surgiram, então, os objetivos intermediários - que deveriam ser alcançados, como a aquisição de hábitos e atitudes trabalhada na A V D (atividade da vida diária), buscando auxiliar os pacientes tanto no aspecto individual como o resprendizado de hábitos higiênicos pessoais elementares, já esquecidos, ou desenvolver atitudes psicológicas como independência e criatividade, e no aspecto grupal objetivando, inclusive, a ressocialização. Alguns pacientes correm com as mãos. Era preciso acompanhar as

refeições estimulando-os ao uso do talher (colher, no caso). Além disto, faziam parte das AVD, a higiene pessoal, o banho de sol, cuidados com objetos pessoais e do grupo, etc. De pouco tempo toda a enfermaria participava.

Pacientes do convívio, interessados no trabalho, apresentavam-se. Sentimos que seria uma oportunidade para ajudá-los, desde que, de algum modo, pediam auxílio. Precisávamos de pessoas que ajudassem aos pacientes nas AVD, na limpeza das instalações, que cuidassem das roupas e auxiliassem aos pacientes no trabalho de campo, porque para muitos era difícil a locomoção. Eram psicopatas em sua maioria e apenas uns poucos esquizofrêncas. Pensávamos que talvez pudessem desenvolver sentimentos mais elevados, pois passariam a ser responsáveis por alguém. Iniciamos então, um Grupo Operativo de Monitores, centrado nas tarefas de Clínica.

Começamos então a reunir o grupo. Classificamos esse momento como uma 2ª etapa desde que a 1ª etapa, que durou mais ou menos 1 mes, envolveu uma fase de apresentação onde a estimulação era preferentemente a nível sensorial. O trabalho com os pacientes e monitores (pacientes do convívio) sempre se baseou em técnicas grupais. Achamos importante este posicionamento, porque o grupo parece atender mais aos objetivos de integração e ressocialização do paciente em instituições. Reuníamos o grupo, três vezes por semana, com os técnicos e a enfermagem. Neste momento já tínhamos um elemento do Serviço Social, que permaneceu conosco algum tempo, compartilhando dos mesmos objetivos. Sempre que possível e quando estava presente e o seu chefe acompanhou-nos participando muitas vezes do grupo e das várias atividades que eram desenvolvidas em áreas de Pré-terapia: música, ritmo, jogos de bola, festa dos aniversariantes, do nos/pacientes, técnicos, guardas enfermeiros/e, mais tarde improvisação e representação. Alguns técnicos das áreas de psicologia e Serviço Social estiveram conosco, por curtos períodos de tempo ou com, aparecendo esporadicamente ao grupo, como a chefe de psicologia, por exemplo e isto nos incentivava a prosseguir.

Iniciamos o grupo, batizado inicialmente por nós "Grupo Recuperação" e mais tarde denominado "Grupo dos Aliados" pelos próprios pacientes, com um trabalho à nível de senso-percepção. Usamos desde estimulação tátil. Fotografamos os pacientes nas festas de aniversários e em qualquer



outra ocasião importante, para que se vissem e se entendessem, também, como pertencentes a um todo. O "Grupo dos Aliados" foi um grupo "diferente" pois, usávamos diversas técnicas simultaneamente. Por exemplo: as vezes iniciávamos o grupo de forma operativa, mudando em seguida para grupo de estimulação, ou e até, para grupo de reflexão, grupo pedagógico, etc. As técnicas ocorriam de acordo com o momento do grupo, podendo se modificar de uma sessão para outra (dias diferentes) ou dentro da própria sessão.

Entrávamos numa 3ª etapa. As atividades visavam então, desenvolver a psicometricidade, tornando os pacientes mais motivados. Seus corpos começaram a responder ao grito de "desincronizar" da Clínica. Foi-lhes permitido transitar pelos pátios do convívio. Dentro em pouco, eram encontrados por todo o Manicômio. A comunicação verbal, antes apenas algumas tentativas de verbalização, se ampliava. Os pacientes começavam a falar sobre coisas, sobre si próprios. Já não respondiam apenas. Falavam sobre suas cidades, suas profissões e alguns poucos acontecimentos da instituição. Surgiram, em técnica grupal, as histórias. Cada paciente anexava uma idéia à idéia apresentada pelo companheiro ao lado. O tema surgia espontaneamente no grupo. A história ia se formando e nela ia sendo projetado o material que seria trabalhado, pelos técnicos, numa abordagem compreensiva: inveja, competição, agressividade, o medo de suas partes más, o medo de amar, de ser amado, de destruir, de ser destruído e a vontade de amar e ser amado. Tudo isto era visto e trabalhado a nível de confrontar nossos pacientes com a realidade, torná-los conscientes de si mesmo, de seus delitos, de seu ambiente, de suas possibilidades.

Das histórias passamos para a improvisação. Os pacientes representavam ali, no ato, as cenas das histórias que haviam criado. O grupo auxiliava, ora criando diálogos, ora discutindo uma cena. Perguntávamos ao grupo se haveria outra alternativa. As respostas eram trabalhadas e as cenas modificadas. O objetivo era fazê-los sentirem que outras opções poderiam haver além de agredir e matar, ampliando, assim, todo um campo de vida destes pacientes que permaneciam num mundo completamente restrito, pela própria patologia e pela patologia institucional.

De meados de 1961 formávamos o Grupo III de Psicoterapia e no mesmo ano os pacientes participaram, com os interesses de convívio, de

representação teatral de um auto de Natal.

Já não precisávamos mais ir, obrigatoriamente ao leito do paciente. Ele já se chegava a nós, mas o espaço destinado a cada um continuava e a isto denominamos "atenção individual". Entretanto qualquer tipo de atendimento que tenhamos feito, visava sempre incentivar o paciente ao grupo.

Numa 4ª fase visamos o resgate da identidade do paciente, já trabalhávamos somente com a técnica de grupo operativo cuja tarefa, era a manutenção das enfermarias e de cada um ali internado. Já não havia mais necessidade de monitores (pacientes do convívio) pois, cada paciente ali mostrava condições de ser responsável por si e pelo grupo (todos eram monitores). Trabalhar operativamente em cima de tarefas tornou-se possível a partir do grau de amadurecimento do grupo. Os pacientes adquiriram hábitos higiênicos e sociais mínimos no convívio, faziam suas refeições, antes em horário e local diferente, agora com os demais pacientes da instituição, participavam de eventos religiosos, sociais e alguns já trabalhavam, preenchendo assim, critérios que permitem a um paciente do Manicômio Judiciário, ser considerado apto ao convívio:

- I - razoável higiene pessoal
- II - algum interesse pelo ambiente e capacidade de comunicação
- III - condição afetiva favorável que permita ao indivíduo pertencer a um grupo
- IV - nível mínimo de socialização

A Clínica, entretanto, era apenas uma parte do Manicômio e não haveria sentido se este trabalho fosse isolado. Ocorreu, aos poucos, um movimento de impulso da Clínica para o convívio e um movimento de absorção pelas Mini-Equipes (4 ao todo, composta por médicos, psicólogos e assistente social, responsáveis por todos os pacientes internados na instituição), Grupos Operativos e por toda a instituição. Um exemplo que ilustra esta integração foi o fato de muitos funcionários, guardas, enfermeiros e técnicos participarem, junto com pacientes, da pintura de uma das enfermarias. O paciente antes esquecido, começava a querer pertencer ao seu Grupo Operativo de sua Mini-Equipe original.

Os pacientes do convívio do Manicômio Judiciário moravam, anteriormente, distribuídos pelas várias enfermarias. Com o objetivo de um melhor atendimento, no dia 2 de dezembro de 1982, ocorreu uma redistribuição



suicídio de meredias onde cada paciente foi residir junto aos demais pacientes de seus respectivos grupos operativos. Os pacientes da Clínica já numa posição diferente frente a instituição puderam reivindicar os seus direitos de irem residir juntos aos seus grupos originais. Assim, a Clínica foi extinguida e o pavilhão antes destinado a pacientes altamente "cronificados" passou a pertencer aos pacientes do Grupo D.

O "GRUPO DOS ALIADOS" conquistou uma nova posição através de uma mudança de atitude de próprio, e também de sua aceitação pela Sociedade Intranuros. Ao aceitar a antiga Clínica no convívio, a instituição assumia um forte dade de realidade que é o dever que tem a comunidade de assumir suas partes mais frágeis, mais "doentes" e a responsabilidade de que cada homem tem por si e pela outro. É importante frisar que, presentemente, não se encontra mais na instituição pacientes com grau tão alto de regressão, tendo estes sido recuperados em termos dos objetivos propostos.

Se tivéssemos que estabelecer padrões de conduta rígidos, no trabalho com pacientes Esquizofrênicos Residuais, portanto bastante regressidos, não seria fácil. Se atingimos nossos objetivos fundamentais, foi pela coragem de experimentar, de errar, de reconhecer novamente tantas vezes quanto necessário fosse.

Essa não estávamos sozinhos. Uma supervisão nos acompanhou desde o início. Conscientizou-nos de que fazíamos e do que sentíamos, ensinou-nos a entender nossos pacientes, seu silêncio, seu alheamento, preparou-nos para cada etapa que surgia, amou conosco, sofreu conosco. Companheiros e chefes, alguns, nos incentivavam a se mostrarem sempre prontos a dar sua participação.

Observação:

- As etapas acima citadas, como momentos de evolução do grupo, não foram rígidas ficando então difícil, delimitar onde começa uma e termina a outra. Sendo assim, esta apresentação visa, principalmente, fins didáticos.



CONCLUSÃO:

A experiência deste trabalho nos levou a vários questionamentos e a algumas conclusões, entre elas:

- 1 - Que a conotação de "cronicidade" está intimamente ligada a visão do meio em relação ao paciente.
- 2 - Que os pacientes Esquizofrênicos Residuais têm possibilidades de produzir e participar do meio desde que lhe seja dado este espaço.
- 3 - Que a técnica Grupal é extremamente eficiente no tratamento do paciente regressivo. Nossa experiência, desde o início, mostrou-nos que o trabalho em Grupo era a única opção.

.....

- . Nara de Carvalho Drummond
- .. Maria Beatriz Breves Ramos
- ... Jayme Sisker

- . Psicóloga
- .. Psicóloga
- ... Médica Psicanalista