

ENFRENTANDO DESAFIOS



Odette G. Pinheiro



Gislaine V. Mayo

EM SAÚDE MENTAL

Psicologia na Comunidade. Esse é o curso que a professora Odette de Godoy Pinheiro leciona na Faculdade de Psicologia da PUC-SP, da qual é diretora. É também um projeto que foi desenvolvido por ela e uma equipe de psicólogos, professores e estudantes, num bairro carente da cidade de Osasco, Grande São Paulo. Nesse depoimento a **Psicologia, Ciência e Profissão**, ela conta um pouco desse trabalho. E Gislaine Varela Mayo, que também atuou junto à população da periferia de São Paulo durante cinco anos — estando hoje na Coordenadoria de Saúde Mental do Estado —, nos traz um relato de sua experiência com Saúde Mental em Saúde Pública, realizada no Centro de Saúde de São Caetano do Sul.



Odette de Godoy Pinheiro: Eu tive experiência num projeto de Psicologia na Comunidade, desenvolvido por um grupo de professores do Departamento de Psicologia Social da Faculdade de Psicologia da PUC, durante cinco anos. Esse trabalho terminou há um ano atrás, por problemas de verbas e uma certa dificuldade da universidade em assumir esse tipo de coisa, de conseguir entrosar um trabalho como esse com a proposta acadêmica.

A princípio tinha sido feito um levantamento das condições do bairro e então começou a se formar esse grupo, atendendo também a uma pressão de alunos desta época, que pretendiam novas alternativas para estágios. Eles começaram a estagiar no bairro e depois se implantou o projeto. Eramos três professores, vários psicólogos e os estudantes.

O projeto não tinha um plano de atividade *a priori*, porque nasceu do conhecimento do bairro, do contato com a população, e o planejamento ia

se fazendo de acordo com a necessidade dessa população. Com o decorrer do tempo ele ficou estruturado da seguinte forma: tinha várias sub-equipes dentro da equipe, que davam conta de alguns objetivos específicos, como trabalhos com creches, com jovens, com mães etc..

Desde o início nós achamos importante ter uma parte de atendimento ambulatorial, porque sentíamos que a impressão que o pessoal do bairro tinha do psicólogo é de que ele é aquele que resolve os problemas que afligem as pessoas. Não eram coisas muito definidas, em geral vinham como *problemas de nervoso* — e esse *nervoso* continha tudo o que você possa imaginar — e então nós achamos que era importante responder a essa necessidade deles, porque através do atendimento ambulatorial nós poderíamos não só conhecê-los melhor mas também encaminhá-los para atividades comunitárias. Nem sempre o que eles precisavam era uma terapia, mas um espaço para discussão.

Nós achávamos essencial, para ajudá-los na sua identidade socioeconômico-cultural, dar prioridade ao atendimento grupal. Porque a posição deles em relação ao psicólogo — que era visto como alguém diferente, de outra classe social, com outro repertório — era muito passiva, meio agradecida, como se estivessemos lá para fazer caridade.

Por isso procurávamos favorecer a formação de grupos.

No ambulatório a gente se dividia. Eu ficava com atendimento de crianças, que vinha ao encontro da minha experiência como psicóloga clínica. A proposta era: atendendo as mães e fazendo diagnóstico das crianças, tentar reuni-las para fazer grupos de orientação de mães. A proposta aparentemente era ótima, teoricamente estava justificada, mas levamos dois anos tentando formar esse grupo e não conseguimos.

Não havia uma frequência assídua, começava-se um grupo e ele logo se desmantelava. Eu comeci a perce-

ber que a proposta não fazia muito sentido para elas. A expectativa era de coisas mais rápidas e objetivas. Elas esperavam que eu examinasse a criança, dissesse qual o problema e que numa sessão eu dissesse o que elas tinham que fazer para resolver o problema do filho. Era inadmissível que elas precisassem ficar se locomovendo, discutindo aquelas coisas que aparentemente não tinham nada a ver com a demanda inicial. Então havia uma defasagem da nossa proposta em relação ao que representava para elas o nosso trabalho possível. E não dava pra vencer isso, porque só se elas vissem a experiência do grupo é que poderiam mudar essa forma de entender, mas elas não chegavam a viver isso.

Meu medo de não manter o papel profissional

Uma dessas pessoas, mãe de uma criança que ficou bastante tempo em atendimento, era a única que permanecia quando o grupo se dissolvia. Ela ficava aflita porque queria o grupo e não conseguia. Ela começou, então, em função da necessidade dela, a trazer amigas e vizinhas. Quando chegou nessa situação, de nós termos uma certa quantidade de pessoas, conduzidas por ela, eu resolvi fazer uma proposta, que era o seguinte: já que as coisas são difíceis, não têm com quem deixar as crianças, etc., vamos tentar fazer um grupo na casa de vocês. E marcamos um dia.

Pra mim havia uma questão que era desafiadora. Ir lá naquele espaço, transpor essa barreira entre elas e nós. Eu acho que isso quebra alguns estereótipos e talvez com isso eu conseguisse chegar mais perto do que eu estava tentando entender; mas também existia um medo meu de ser invadida pelo espaço delas, de não saber manter o meu papel profissional. Era uma experiência muito interessante eu chegar na casa delas como uma visita.

Elas escolheram como sede para a reunião, a casa melhor. Alegaram que escolheram aquela porque tinha uma sala de visitas e que não só cabia várias pessoas, mas também se poderia trabalhar sem interferência. Porque nas outras casas tinha só um cômodo, as crianças circulavam etc... Aí eu comecei perguntar o que elas pretendiam, quais eram os objetivos do grupo, e o tema colocado nessa primeira reunião foi muito mais a ques-

tão da solidão do que o relacionamento com os filhos.

Uma coisa que me impressionou muito foi a facilidade com que se fez o contrato. Questões de horário, dinheiro etc... A proposta é que elas pagassem uma taxa, pra ficar bem claro o vínculo profissional. Foi combinado que haveria oito seções, semanalmente. No final fizemos um novo contrato, para mais oito seções. Tinha uma pessoa que não poderia pagar porque tinha mil problemas com o marido, ele não dava dinheiro, e o grupo resolveu na mesma hora que se ela não pagasse todos iriam dar uma parte maior. Muito tranquilamente, sem precisar nenhuma intervenção. Fica claro aí, a socialização do problema, eles são muito solidários. Na questão de horário também, elas tiveram que se ajeitar pra dar certo pra todo mundo.

Pra mim foi muito agradável ver a facilidade com que elas se agrupavam para resolver essas questões. Nessa primeira visita também, uma coisa ficou muito clara. Nós fomos para a cozinha depois da reunião e então tomamos café, conversamos, rimos muito. O que tinha acontecido na sala, agora era outra coisa. Então ficou claro que não ia misturar. A relação profissional era na sala. Tanto elas quanto eu mudávamos a forma de agir na sala e na cozinha.

Algumas seções depois alguém colocou a dificuldade de contar as suas coisas para os outros e uma delas formulou de maneira muito decidida a questão ética: “Não se preocupe, porque aquilo que nós falarmos aqui não vai sair daqui”. Foi alguém do próprio grupo que colocou o compromisso ético.

O objetivo não era conscientização

A minha forma de atuar no grupo era uma forma não-diretiva, no sentido de não ir com um tema proposto. Este emergia naturalmente a cada vez e a partir disso eu ia conduzindo e muitas vezes interpretando. No começo eu achava, por ignorância minha, que se eu fosse além do que estava acontecendo, elas não iam me entender. Mas estava errado. É claro que no começo elas só se dirigiam a mim — “O que a senhora acha disso ou daquilo?” — mas do meio para o fim essa relação entre elas começou a acontecer de maneira mais explícita, inclusive elas se analisavam.

Uma das mulheres, que era mui-

to quietinha, humilde, tinha muita dificuldade pra falar, foi evoluindo a ponto de o grupo notar que ela estava ficando diferente, falando bastante. E ela começou a fazer algumas observações sobre as outras que uma delas chegou a me dizer: “Dona Odete, a senhora não acha que a Dona Maria está virando psicóloga?” Eu achei muito interessante, porque realmente estava acontecendo uma troca e ela foi aprendendo a ver determinadas coisas.

Alguns elementos da situação de mulher se revelaram no grupo, e eu achei muito interessante. Quando se tentou definir uma característica do grupo, uma identidade, elas chegaram a verbalizar que era um grupo onde se falava mal dos homens, porque não entravam homens. Então era um grupo de mulheres.

Houve algumas sessões onde se discutiu a relação conjugal, cada uma reproduziu a história do seu casamento. Tinha uma delas que era viúva e então foi discutido o que significava a falta do homem e a presença do homem. O que deu pra pegar disso é que o marido representando a segurança material é mais forte que a própria relação afetiva. Disso elas pouco falam e inclusive o tema da relação sexual é difícil aparecer. Tinha alguma coisa em relação a ciúmes, que tomou algumas sessões. Ciúmes do marido, ciúmes da mulher, uma relação de posse mesmo. Mas nós não conseguimos ir além disso.

No começo nós achávamos que, no decorrer da conversa sobre a relação com os filhos, o marido, o trabalho, ou o que fosse, surgiriam algumas coisas a respeito do problema social, do fato de serem uma classe oprimida, e que isso poderia dar margem para um tipo de discussão que suscitasse uma consciência delas sobre isso. E eu aprendi que não tem nada a ver.

Um exemplo: numa sessão todas elas estavam muito tristes porque tinha morrido uma conhecida delas. Era uma pessoa jovem, que tinha tido um problema, foi para um hospital e morreu na operação. Eu procurei encaminhar a conversa para questionar a qualidade de saúde — era um hospital conveniado, com todas aquelas histórias que a gente sabe etc. — e percebi que absolutamente não tinha como. Elas se fecharam enquanto grupo, defendendo com garra a imagem do médico. Não existia pra elas médico ruim, não importa de onde

venha. Acreditavam até que poderia ter havido um erro mas se conformavam, desculpavam o médico. Não havia nada no sentido de questionar, de reivindicar qualquer tipo de coisa. Esse espaço era pra outra coisa, não para conscientização.

O fatalismo é um jeito de se defender do sofrimento

Outra coisa que me deixou meio brava, pensando “Aqui não dá pra fazer nada”, foi a crença no destino. Então era assim: você casou com Fulano porque era o destino, não sei quem morreu porque era o destino. É um misto de religião e cegueira. Elas queriam que eu dissesse se eu acreditava no destino e eu disse que achava que acreditar no destino era muito ruim porque você fica passivo, parado. Foi uma coisa difícil, porque é todo um jeito de se defender do sofrimento e um deles é esse, a religião.

Nesse trabalho eu acho que abri um pouco os olhos delas, dei um toque concreto do que estava acontecendo. Elas começaram perceber coisas que aconteciam entre elas. Mas foi só um começo. A demanda explícita era “mães que têm problemas”, que era a justificativa para se formar o grupo. Mas a demanda implícita era “somos um grupo com problemas”. Eu comecei fazendo um grupo de orientação de mães mas na verdade foi atendida outra demanda, que era a de um grupo que já existia com problemas de relação entre si. No final elas já eram capazes de perceber mais claramente a relação entre elas e como o problema com os filhos refletia um problema delas mesmas e da maneira de ter vivido a relação mãe-filho. Ao terminar o contrato algumas se diziam satisfeitas com os resultados e pelo menos duas chegaram à conclusão que precisavam de um outro grupo, “mais demorado e com gente que não é amiga”. Ou seja, um grupo de terapia.

Gislaine Varela Mayo: Eu trabalhei numa equipe multiprofissional — um psiquiatra, eu como psicóloga e uma assistente social — no Centro de Saúde de São Caetano do Sul, durante cinco anos. Nós três tínhamos feito um curso de Saúde Mental em Saúde Pública, na USP, então já fazíamos parte de um grupo que estava pensando a respeito dessa nova proposta de trabalhar com prevenção, trabalhar em nível primário e não secundário.

Quando nós entramos no Centro não havia um projeto escrito, oficial, do que a gente deveria fazer. O que havia eram algumas experiências anteriores, mas não um programa. O programa, inclusive, foi escrito em cima das nossas experiências e está sendo repensado agora, porque há outra realidade. Atualmente são 104 equipes — quando nós começamos eram 14 — e a maioria dos técnicos que estão atuando nisso hoje não têm nenhuma formação em Saúde Pública. A maioria tem formação acadêmica, de consultório, de atendimento secundário, então há que fazer todo um treinamento desse pessoal.

Nesse curso que nós fizemos, tentou-se estudar exatamente se é possível fazer prevenção em Saúde Mental. Quais seriam os fatores de risco, os grupos de alto risco, que deveriam ser tratados antes de apresentar algum sintoma de problema mental. E chegamos a algumas conclusões: o alcoolismo, que é o maior problema de Saúde Mental em Saúde Pública, tem fatores não só emocionais mas também sociais, e muito marcados. A migração, por exemplo, é outro grande problema. Isso a gente viu muito, nordestinos que vinham pra cá e não se adaptavam. Primeiro adoecem, têm dores, desmaiam na rua. O clínico geral tratava os sintomas, via que não era só aquilo, era uma inadaptação muito maior.

Então, em São Caetano nós tratávamos com grupos onde havia claramente fatores sociais pesando. Eram grupos de alcóolatrás, migrantes, gestantes, crianças... Quando houve a falência da fábrica Coferraz, que foi um problema que abalou todo mundo lá, aumentou muitíssimo a demanda. Os funcionários desempregados começavam a beber, e isso refletia nas mulheres, nas crianças, etc...

Nós achávamos que fazer tratamento realmente não ia dar certo. Pelas condições em que se trabalhava, a sala pequena, a demanda muito grande, havia muitas dificuldades. Então tentávamos atacar exatamente os grupos de alto risco, em que achávamos que poderia se fazer uma ação preventiva. Na seleção dávamos uma peneirada, só atendíamos os casos mais leves. Porque quando um problema já está instalado exige uma atenção secundária, que seria o ambulatório, com uma equipe mais completa, tendo mais recursos, etc... Nós víamos o Centro de Saúde como uma porta de entrada para tratar aquelas

pessoas que estavam em vias de adoecer.

Eles entram pela clínica médica, com queixas psicossomáticas, não vão direto procurar o psicólogo. A gestante vai no Centro para fazer pré-natal, a criança para consultar o pediatra. É com essa clientela que a gente faz a prevenção. Os que já vêm especificamente para Saúde Mental é porque já têm um problema instalado, muitas vezes uma coisa já cristalizada e que a equipe do Centro não comporta.

O ideal seria só pegar os casos tratáveis mas na prática não é assim. A demanda é muito grande e você não pode simplesmente dizer: não é aqui. Pelos menos um diagnóstico e uma avaliação você tem que fazer, e depois encaminhar para o lugar adequado, seja APAE, escola especializada, etc...

Fora do esquema de consultório

Eu tive muita dificuldade para começar a pensar em termos de Saúde Pública, porque toda a minha formação foi voltada para a saúde particular, de ver o mundo interior da pessoa, em nível de consultório, uma coisa individual. Então, casar isso com uma visão mais ampla, levando em conta grandes grupos, uma visão do que é importante socialmente, fica meio complicada. Eu me sentia muito dividida. E fatalmente, diante de uma coisa nova, você acaba fazendo aquilo que sabe fazer.

O jeito que a gente funcionava era o seguinte: uma vez por semana havia uma triagem. Nós reuníamos todas as pessoas que tinham sido encaminhadas. Mães com jovens ou crianças, alcóolatrás, tuberculosos etc... No início, quando o psiquiatra que trabalhava conosco sugeriu isso, eu achei uma loucura, que não ia dar certo, que ia virar uma bagunça. Mas surpreendentemente, deu muito certo. As pessoas não tinham nenhuma inibição, essa coisa de segredo, muito pelo contrário. Acontecia dentro da própria dinâmica do grupo, eles se ajudavam, tipo “eu tenho um sobrinho que também é epilético e se tratou aqui ou ali...” Então nesse grupo muitos deles já se aproveitavam só desse contato.

A partir daí, os que não eram encaminhados para outras instituições nós agendávamos para um diagnóstico mais profundo. Então tínhamos grupos de mulheres, de alcóolatrás, de hipertensos, de migrantes, de

crianças. Com as crianças eu fazia um psico-diagnóstico a parte. Nos dois primeiros anos fiquei fazendo diagnóstico individual, não me sentia segura para fazer em grupo. Até que chega uma hora em que a demanda é tão grande que ou você experimenta ou não dá conta.

Eu cheguei a fazer alguns grupos de diagnóstico. Observações lúdicas em grupo, desenhos livres e testes, o que também era muito interessante, porque também surgia uma dinâmica do próprio grupo, as crianças olhavam os desenhos umas das outras e elas mesmas interpretavam. Enquanto isso as mães eram entrevistadas, também em grupo, pela assistente social. Nós trocávamos dados, conversávamos, se eu tinha levantado alguma hipótese no grupo de crianças, levava pra ela investigar melhor, etc...

O critério de seleção para montar esse grupo de crianças foi uma coisa muito complicada pra mim. Eu tive algumas experiências que não deram muito certo. E naquelas circunstâncias, esse critério tem que ser muito rigoroso, porque não é todo mundo que vai se beneficiar com um tratamento daquele tipo, com todas as limitações institucionais que existem e mesmo técnicas, porque a gente não sabe muito bem trabalhar fora do esquema de consultório. O objetivo não era reconstrutivo, eu não estava me propondo a fazer psicanálise com as crianças. A minha proposta era muito mais modesta, era ajudar a criança a superar um problema específico, como a dificuldade na escola, em casa, uma questão bem delimitada.

Isso era um problema quanto à alta também. Se aquele objetivo fosse atingido, esse era o critério de alta. E quando a gente pensa que no consultório isso já é complicado — quando é que a pessoa pode dispensar o tratamento, não é? — então, fica muito difícil mesmo. Isso gerava uma ansiedade nas crianças, se iam passar de ano ou não, etc...

Mas apesar de todas essas dificuldades, as crianças se beneficiavam. Então eu pergunto: o que foi que eu fiz para beneficiá-las? A resposta mais modesta que eu encontro é que eu reuni cinco crianças uma vez por semana, numa sala, com uma caixa cheia de brinquedos, lápis de cor, papel, cola, e elas brincaram, desenharam, se expressaram. Isso, com certeza, ajudou.

As raras vezes que eu interpretei,

que eu consegui apontar algum movimento grupal que provocou mudanças, também ajudaram mas era secundário. Fundamental mesmo era a criança sentir que tinha alguém preocupado com ela, sentir um espaço de estimulação. Não só estimulação motora, visual, mas também de contato social, e tendo alguém que aponte os movimentos, porque assim ela acaba entendendo por que é daquele jeito.

Medicalizar para não lidar com a angústia

Havia um grupo de reflexão de mulheres, coordenado pela assistente social, que era um grupo aberto, sem objetivos a serem atingidos; as pessoas iam simplesmente para trocar experiências. Ela ficava como elemento moderador, coordenando. Eu ficava realmente surpresa de ver o crescimento daquelas pessoas, de ver como realmente a coisa funciona. Havia casos de pessoas que em um ano de participação no grupo tiveram mudanças incríveis, mudanças de vida.

Se se organiza um lugar para haver troca, com uma pessoa pra coordenar e amarrar os pontos, a coisa funciona mesmo. As próprias pessoas se ajudam, se apoiam. No caso das crianças, tinha uma que fazia desenhos minúsculos, as outras apontavam, “por que o seu desenho é tão pequenininho?”, ou então uma vez que eu mandei desenhar uma família, essa mesma criança desenhou uma família de tapetes. Na mesma hora alguém falou, “por que tapetes, você quer que te pisem?”

Eu também fiz grupos de orientação vocacional com adolescentes. Era bom, porque quando eles voltavam no Centro para fazer a Carteira Profissional, vinham me contar que estavam trabalhando nisso ou naquilo, que eu tinha ajudado a pensar, etc. Houve uma experiência nesse sentido que foi negativa, frustrante. Foi num orfanato de religiosas, só feminino, e tinha lá algumas adolescentes que já estavam em idade de escolher algum trabalho. Eu e a assistente social fomos trabalhar lá dentro. Nós conversávamos sobre profissão, sobre o que elas pensavam do mundo adulto, e quando o assunto começou a envolver por assuntos de natureza sexual, as freiras perceberam e cortaram. Impediram a continuação do trabalho.

Uma outra experiência negativa que a gente teve foi num asilo. Tinha umas velhinhas que iam ao Centro

buscar remédios, e muitas iam ao psiquiatra pedir remédio para dormir, calmantes. O psiquiatra viu que estava aumentando muito a demanda e então nós resolvemos ir até o asilo. As freiras não gostaram, disseram que se houvesse alguma pessoa sem dormir, então levariam aquela até o Centro de Saúde, mas que o problema não era com a casa. Era uma coisa de colocar a questão sobre o indivíduo, não é social, nem institucional. A proposta é medicalizar mesmo, porque aí não se tem que lidar com a angústia, a solidão, o fato de a velhice ser uma coisa complicada mesmo.

Na Igreja, nós tentamos entrar também e não conseguimos. Nós fomos oferecer palestras para grupos de jovens, de adolescentes, e eles não permitiram. Houve uma instituição onde a gente se deu muito bem, a Federação de Umbanda do Brasil, que tem sede em São Caetano. Fomos recebidos de braços abertos e eles diziam: “Que bom que tem uma equipe de saúde mental em São Caetano, porque a gente que é médium sabe que vem muita gente aqui procurar ajuda e que não é caso espiritual. E a gente não tem para onde encaminhar.”

Como casar teoria e prática?

O que fica para mim, desse trabalho, é que as pessoas precisam se libertar dos preconceitos, dos tabus, das regras muito rígidas, e tentar ser criativas, ficarem conscientes de que diante de um objeto novo é preciso experimentar. Acho que o maior perigo é trabalhar uma proposta nova com um modelo tradicional, que é o da formação acadêmica que a gente recebe. Não encaixa, aí só se fica frustrado. É preciso ser criativo e ousar na prática.

O que é importante também é as pessoas se encontrarem, conversarem, trocarem experiências. Em 80 a gente tinha pouquíssima gente pra falar sobre o assunto, agora já tem muita gente pensando nisso, então é preciso juntar, reunir essas pessoas pra discutir essa coisa que parece meio impossível, de como casar uma visão teórica mais profunda com uma atuação prática mais eficiente. É preciso investir na formação de pessoal, ocupar esses espaços, e acho até mesmo que é preciso se criar uma nova visão, uma nova maneira de encarar esse objeto de trabalho, a Saúde Pública. A Psicologia não está preparada, está se preparando.