

JAMIL ZUGUEIB NETO

Estratégias psicopedagógicas no atendimento ao jovem portador de distúrbios emocionais severos.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação — Área de Concentração em Currículo — da Universidade Federal do Paraná — para obtenção do título de Mestre em Educação.

CURITIBA
1993

JAMIL ZUGUEIB NETO

ESTRATÉGIAS PSICOPEDAGÓGICAS NO ATENDIMENTO
AO JOVEM PORTADOR DE DISTÚRBIOS EMOCIONAIS SEVEROS

Disertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná, pela Comissão formada pelos Professores:

Orientador: Prof.^ª. Dr.^ª. Rejane de Medeiros Cervi
Setor de Educação, UFPr

Prof.^ª. Dr.^ª. Zélia Milléo Pavão
Setor de Educação, PUC-Pr

Prof. Mestre Nizan Pereira Almeida
Setor da Saúde, UFPr

Curitiba, 23 de setembro de 1993

A Tânia M. Kost, que entre muitas e muitas conversas passadas, me mostrou a riqueza da educação e possibilitou assim... este trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	v
RESUMO	vii
1 INTRODUÇÃO	1
2 DESENVOLVIMENTO	9
2.1 Do direito do jovem portador de distúrbios emocionais severos à educação	9
2.2 Como projetar a educação do JPDE?	11
2.2.1 Antecedentes históricos da educação especial	11
2.2.2 A estratégia pedagógica	14
2.2.3 As significações do aprender	15
2.2.4 A estratégia clínica	20
2.2.4.1 O Analista	22
2.2.4.2 A Transferência	23
2.2.4.3 O Enquadre	24
2.2.4.4 A Interpretação	26
2.2.5 Reorganização interna e socialização: enunciado complementar	27
2.2.6 O trabalho multidisciplinar: quais as virtuais barreiras	30
3 ILUSTRAÇÕES	36
3.1 ILUSTRAÇÃO 1	37
3.2 ILUSTRAÇÃO 2	49
3.3 ILUSTRAÇÃO 3	55
3.4 COMENTÁRIOS	67
4 REFLEXÃO FINAL	74

LISTA DE QUADROS

1	ESTRATÉGIAS E ALTERNATIVAS PARA O ATENDIMENTO DO JPDE - CLIENTELA	69
2	ESTRATÉGIAS E ALTERNATIVAS PARA O ATENDIMENTO DO JPDE - ESTRUTURA E REGIME DO ATENDIMENTO	70
3	ESTRATÉGIAS E ALTERNATIVAS PARA O ATENDIMENTO DO JPDE - MODELO TERAPÊUTICO	71
4	EVENTOS DETERMINANTES NAS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO SAÚDE MENTAL	83

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Helenice Carneiro de Oliveira, Ana Maria Pinheiro de Vasconcelos e José Carlos dos Santos Pinto, que se dispuseram a me conceder, (agradáveis), entrevistas, necessárias à montagem dos casos. A Livraria do Chaím, ao Eleutério particularmente, minha dadivosa biblioteca que emprestou-me os livros e pacientemente aguardou sua não tão breve devolução. E, finalmente, à minha orientadora e incentivadora Dr^a Rejane de Medeiros Cervi, que, com propriedade, deixou-me livre para a procura do tema e a escolha do estilo.

RESUMO

Esta dissertação reúne anotações teórico-práticas acerca de estratégias psicopedagógicas no tratamento do jovem portador de distúrbios emocionais severos. Cumprindo exigências diferenciadas e procurando inovações institucionais, estas estratégias contribuem para a viabilização de uma política de desospitalização e de educação em bases multidisciplinares e alternativas.

1 INTRODUÇÃO

Um táxi esperava na porta, o noivo sentou-se ao lado do motorista, ela apertada entre a filha e o enfermeiro. Quando viu estava no asilo Nossa Senhora da Luz, perdida com doida, epilética, alcoólatra. Nunca encontrava sol no pavilhão, a umidade escorria da parede, o chão de cimento. De noite o maldito olho amarelo sempre aceso no fio manchado de mosca.

Quem reclama - era o sistema do Dr. Alô - ganha choque!

Ao menor protesto ou queixume:

- Olhe o choque, melindrosa! Olhe a injeção na espinha! Olhe a insulina na veia!

Um banheiro só e, depois de esperar na fila, aquela imundície no chão e na parede.

A louquinha auxiliava a servente que, essa, fazia de enfermeira. Intragável o feijão com arroz, dona Candinha sustentava-se a chá de mate e biscoito duro. Engolia com esforço o caldo ralo de repolho.

(TREVISAN, Dalton - Vozes do Retrato - pág.38 - Clínica de Repouso - Ed. Ática - S.Paulo - 1991)

Três considerações preliminares movem a presente dissertação. A primeira, é a nossa crença em que o processo de aprendizagem de um indivíduo portador de distúrbios psicológicos, seja qual for a sua etiologia, só poderá ser efetivo se se aliar a uma intervenção psicoterapêutica associada a ação pedagógica. Isto é, em se tratando seja de inserção escolar ou de inserção social, não há estratégias suficientes se tomadas em práticas isoladas. É preciso insistir no trabalho conjunto do pedagogo e do psicoterapeuta.

A segunda consideração acentua a convicção de que a diferença marcada pelos distúrbios psicológicos não subtrai a possibilidade de crescimento do indivíduo, ainda que esta se apresente em um marco de expectativas limitadas. É preciso exercer o direito à educação (e ao atendimento subjacente, pois) de modo extensivo ao carenciado.

A terceira consideração nos reporta ao entendimento de que é viável e humanamente desejável incrementar o atendimento do carenciado em bases institucionais mais abertas, e, ou mesmo, em bases institucionais opostas àquelas do tratamento psiquiátrico tradicional calcado no confinamento social, e o mais das vezes somente sob a intervenção quimioterápica. Tais afirmações implicam em suas conseqüências, em projetar uma educação que rompa com o isolamento e a marginalização, a que historicamente são predestinados tais indivíduos, e possa

oferecer respostas melhores às suas necessidades subjetivas primárias e culturais e necessidades de integração social.

Desde que a pessoa carenciada psicologicamente ocupa um lugar desacreditado, suas capacidades intelectivas, psíquicas e sociais quase sempre serão avaliadas tendenciosamente, quando não ignoradas. O mesmo ocorre com suas possibilidades de desenvolvimento adaptativo ou transformação interior.

A partir deste lugar ocupado, uma marca lhe é impressa. Um estigma depreciativo imposto pelos outros o demarcará nas redes das relações interpessoais, passando este registro a sobressair-se sobre o todo de sua personalidade, o qual, por sua vez, estabelecerá uma forma de ser tratado.

O estigma, portanto, cria condições para que um indivíduo seja visto de uma maneira congelada, impedindo que outros de seus atributos possam ser reconhecidos. Somente os traços que o diferenciam é que irão compor o semblante pelo qual será procurado.

Esta situação toma maior relevância quando a situamos dentro do contexto familiar.

Para que a criança se desenvolva de uma maneira sadia, é fundamental para si uma inter-relação rica em experiências que lhe dê condições para testar por ensaios e erros a conquista de sua autonomia. Vários papéis começam a se desenvolver a partir do jogo com seus semelhantes mais próximos. O apreço e a consideração são condições básicas para a construção de uma auto imagem positiva, que lhe dará maior segurança nas resoluções dos possíveis conflitos que ulteriormente venha a se deparar.

Em situações de famílias portadoras de crianças que apresentem disfunções psicológicas, tal ambiente invariavelmente ficará comprometido por uma série de razões. Em sua forma mais branda, podemos encontrar pais equilibrados e maduros emocionalmente para perceberem suas frustrações quanto ao filho que têm, ao mesmo tempo que se vêem necessitados em envidarem maiores esforços e atenções para lhe possibilitar uma educação adequada. Todavia é de se considerar que os próprios pais seguem seu ritmo de desenvolvimento segundo suas motivações, expectativas de vida e realizações, o que muitas vezes impedirá maior dedicação ao filho, e fatalmente também criará situações de impaciência quando sucessivos fracassos se repetirem em situações de novos aprendizados ou correções

de comportamentos inadequados. Com os sucessivos fracassos destas tentativas, o abandono delas não é de se estranhar.

Mas uma segunda conseqüência desta panorama traçado, toma caminhos mais funestos; imbricam-se aos primeiros e travestem-se de variadas formas de comportamento. Tal possibilidade de uma leitura mais sutil para a detecção de suas causas, já que se estará lidando com motivações inconscientes, são as feridas narcísicas impingidas aos pais pelo nascimento de um filho deformado quanto àquilo que se esperava e se acalentava desde há muito tempo em suas idealizações referentes à constituição de uma família.

As respostas a estas frustrações irão do franco ódio à superproteção. A cada fracasso do filho, e a cada emissão de uma conduta inadequada, processa-se uma estocada ao amor próprio dos pais. É o retorno daquilo que eles queriam esconder, que de uma forma inconsciente provocam-lhes repúdio. Sua manifestação desdobra-se em comportamentos e emoções variados, desde a indiferença, dor, angústia, agressão, a sentimentos de impotência, culpa ou devotado amor superprotetor, que geralmente é uma forma de os pais transformarem o ódio em seu oposto. Este mecanismo serve para lhes livrar da culpa que sentiriam em não cumprirem a imagem de pais que construíram.

O desprestígio sofrido e a relação congelada que tem ação sobre o pequeno indivíduo carenciado, só poderá redundar em uma auto-percepção negativa e falha de si, como em ser incompetente. Portanto, não confiável. Conforme estudos da psicanálise, ela esclarece de como a criança é construída segundo a significação que lhe é conferida na malha das relações intra-familiares a que está inscrita.

Por outro lado, apesar de suas dificuldades, a criança percebe ser o pomo da discórdia entre os pais, já que acaba transformando-se em bode expiatório das mazelas e crises atravessadas pela novela de sua família. Como suas necessidades básicas de reconhecimento e amor não são satisfeitas, um comportamento de revolta é esperado. Esta reação poderá não ser somente uma agressão franca, mas poderá travestir-se em outros comportamentos, tais como: resistência ao aprendizado, atitudes infantilizadas, condutas bizarras, fugas ou outras inadequações sociais. Desta forma, delinear-se-á um circuito retroalimentador - mais insatisfações aos pais, que lhe respondem com novas agressões, as quais são rebatidas pelo filho, com novas inadequações.

Um indivíduo portador de um distúrbio psicológico poderá guardar dentro de seu aparato psíquico partes intactas, que poderão ser acionadas e servir como contrapé de desenvolvimento ao mundo externo, contrabalançando com as partes comprometidas de sua personalidade¹.

Infelizmente, estas oportunidades não se criam, tanto em seu ambiente familiar quanto em instituições encarregadas de sua "educação", mais envolvidas em conter sua loucura do que desenvolver um programa individualizado de aproveitamento de suas características sadias.

Também, em função dos conflitos emocionais resultantes da carga negativa sofrida em casa, e associada à desorientação advinda de seu próprio quadro nosológico, suas capacidades de compreensão e resolução pragmáticas ficam obliteradas ou pouco desenvolvidas. Daí resulta, como vimos insistindo, em uma situação que em nada auxiliará seu crescimento, quando não, configurando situações patogênicas que concorrem à cronificação de seu comportamento desajustado.

Da explanação um tanto resumida anteriormente, é que vimos defender a proposta de que um programa de aprendizagem elaborado para tais casos, só atingirá seus objetivos se dermos um passo além da pedagogia.

Há que se dar um suporte psicológico, que possibilite ao jovem indivíduo trabalhar com as relações subjetivas que mantém com seu grupo familiar e seu restrito meio social. Propiciando-se um campo para a reflexão analítica de si, estaremos situando-o, ou melhor, auxiliando-o a situar-se no emaranhado de suas relações intersubjetivas, consigo e com os outros. Centrado em si e percebendo a causa de seus desajustes ele poderá também conhecer suas limitações e até onde conseguirá um meio de vida segundo suas pretensões. Condições necessárias para ele começar a "pensar melhor".

Tal mudança, obrigatoriamente, alterará o vínculo cunhado com seus pais, criando a necessidade de uma intervenção junto a eles, já que estes sofrerão o impacto de alterações relacionais decorrentes. Este suporte terapêutico justifica-se em função de resistência² e

¹Não queremos dizer com isso que há um terreno sadio, independente e separado de uma doença. Talvez seja dispensável lembrar que a personalidade deve ser vista como um todo harmônico e também contraditório, mas é um todo que se embriça.

²Nota para quem não é psicólogo: a principal preocupação do psicanalista quanto ao desenrolar do tratamento é a resistência, que emperra ou faz o paciente abandonar a análise.

dúvidas que surgirão nesta nova configuração, onde os próprios pais terão a necessidade de mudar.

Tomadas estas precauções, em capítulos subseqüentes teremos oportunidade de descrever processos de diagnóstico realizados por profissionais da área psicológica, donde se poderá extrair referências para se armar um currículo mais adequado às condições psicológicas do jovem portador de distúrbios emocionais. Em alguns casos pode-se estender tais referências a outras atividades complementares, ou, até mesmo, encaminhá-lo a alguma instituição, para que possa aprender alguma atividade ou ofício que venha a desempenhar futuramente. Um dos exemplos relata o caso de uma criança encaminhada à rede escolar tradicional.

Mas quem é o carenciado delineado neste trabalho?

Quando designarmos, aqui, o termo jovem portador de distúrbio emocional severo ou carenciado, estaremos nos referindo a um indivíduo carente de estruturas psicológicas saudáveis para levar a contento uma vida rica o suficiente para manter um contínuo crescimento de sua personalidade. Dentro da Classificação Internacional das Doenças (OMS), o quadro poderá ser classificado no grupo das neuroses, perversões e psicoses.

Sua etiologia poderá, ainda ser de ordem psicogênica, traumática ou genética. Incluem-se, nesta classificação os indivíduos que desenvolvem uma psicopatologia decorrente de uma deformação constitucional, doença crônica, deficiência de algum membro e os lesionados em geral.

De acordo com a concepção adotada neste trabalho, os jovens portadores de distúrbios emocionais são indivíduos que sofreram distorções ou impedimentos em seu desenvolvimento psico-sexual. Dos exaustivos estudos e observações de momentos cruciais no desenvolvimento mental da personalidade humana, a psicanálise aprofundou seus conhecimentos, quando através de sua lente, realizou uma radiografia das relações do bebê com seus objetos primordiais. E desta, erigiu um constructo teórico que aqui, em razão da especificidade deste trabalho, sou obrigado aludí-lo muito esquemáticamente.

A construção do sujeito, assim como de seu desvio, dá-se na relação com o Outro. De seus investimentos libidinosos³ (catexias)⁴ aos objetivos circundantes. Primeiro, uma parte

³Em latim o tēmo designa vontade, desejo. Através dela se dão os fenômenos psicosexuais das relações do indivíduo, e se referem "a tudo a que podemos entender sob o nome de amor" (Freud, S. Psicologia das Massas e análise do Eu)

do corpo. O seio, a mão, o olho. Para depois juntar as partes: o corpo da mãe, o corpo de si. Já neste período, dois caminhos se oferecem à libido⁵ do infans. Um de identificação sexual, outro de uma relação de apropriação, incorporação ou podemos dizer de atração sexual; com o desenrolar de seu itinerário estes investimentos nos pais são abandonados e substituídos por identificações⁶. (Freud, S. - O complexo de Édipo - 1924).

Tal período, nesta relação simbiótica com a mãe, a criança aos poucos vai se desligando para a construção de sua própria subjetividade, que é traçada através de movimentos de dependência-independência.

A princípio a vida infantil é pura pulsão, se quisermos, aproxima-se do instintual, baseada nas funções orais, de excreção, escópicas, olhar, olfato, etc. "Todas tendem a ter uma qualidade orgástica, na medida em que todas, cada uma a seu modo, contém uma fase de preparação e estímulo local, um clímax em que o corpo inteiro está envolvido e um período de pós-satisfação."(D.W.WINNICOTT - 1993, p.13).

A este itinerário da libido pelo corpo da criança em direção ao mundo externo, é que vai caracterizar uma peculiar maneira de trasação objectal. A gênese da neurose se encontra aí, com a frustração da satisfação e seu conseqüente recalque.

"O conflito surge pela *versagung*, (recalque), onde a libido impedida de encontrar satisfação, é forçada a procurar outros objetos e outros caminhos. Os sintomas constituem a satisfação nova ou substituta que se tornou necessária devido à *versagung*". (Freud, S. Conferência XXII, Obras Completas).

Em períodos não tão bem separados, mas que se seqüencializam e se superpõe numa lenta ultrapassagem de cada estágio maturacional, deixando cada momento suas marcas indeléveis na constituição do sujeito. Assim por exemplo, o desmame, (primeira castração simbólica), será vivenciado como uma perda. E tal separação, ou melhor, tal maneira de perder o objeto é que dará algo de característico do indivíduo. A intensidade da fome, a forma de

⁴Catexia - noção utilizada por Freud para designar um investimento, uma ligação objectal, aqui denominada libidinoso a qual nos primeiros anos de vida orientaria o bebê para o desejo de incorporação (fase oral).

⁵Em latim o termo designa vontade, desejo. Através dela se dão os fenômenos psicosexuais das relações do indivíduo, e se referem "a tudo a que podemos entender sob o nome de amor". (Freud. "Psicologia dos nomes e análise do eu".)

⁶Der Untergang. Complexo de Édipo 1924 (XIII)

satisfação e o modo de atendimento prestado pela mãe, às demandas da criança, é que imprimirão um traço libidinal. Um protótipo de relação.

Tal evolução arquitetural culminará com a confluência das pulsões nas zonas genitais erotizando-as e possibilitando a descarga orgásmica e mais tarde a reprodução da espécie.

Então, finalizando esta esquemática digressão: desenvolvimento psicosexual para psicanálise, refere-se a construção do Homem, à partir de seu processo identificatório, que é também a circulação da pulsão na torrente libidinal que arrasta o sujeito.

Voltando a caracterização de indivíduos objeto deste estudo: vemo-las como pessoas amarradas a fixações libidinosas infantis e que permanecem repetindo comportamentos que não mais servem para suas necessidades adaptativas atuais; no caso de psicóticos, ausências mais graves como a falta da figura paterna e a não superação de sua relação dual com a mãe na consolidação da estruturação de sua personalidade. Fazem com que seu aparato psíquico contenha buracos, sustentações insuficientes para que possibilite a sua entrada na ordem simbólica, indissociável da existência da linguagem. Todos, de um modo geral, possuem para mais ou para menos estas características: rigidez de estrutura e de comportamento, fixações infantis, comportamentos bizarros, inadequações sociais, alterações da senso-percepção, do pensamento e distanciamento afetivo. Traços que levarão inevitavelmente a distorções, inibições ou total alienação na relação com o outro e com o mundo.

A relevância de se colocar ênfase na intervenção junto aos jovens, como é de conhecimento de qualquer psicopedagogo, mas que por necessidades metodológicas aqui, vamos explicitar, se prende ao fato de se estar mexendo, de se estar intervindo em uma estrutura que se encontra em "status nascendi" e que se encaramô-lo como um processo em formação, é ali que o psicopedagogo encontra seu espaço para a intervenção e a pesquisa. Pois não é ali, que tal qual uma formação cartilaginosa, a coisa⁷ se molda e se solidifica?

Criança ou jovem adulto, ele está se conformando, manco ou não, sob os pertinentes e maciços vetores de sua imbricada matriz de identidade - sua família e seus primeiros substitutos.

⁷Alusão que Freud usa para designar o inconsciente.

Se advirá um psicótico, perverso ou neurótico, isto já deverá estar delineado. Mas muita coisa ainda poderá ser feita. De um rearranjo estrutural na primeira infância, a uma obturação pulsional em intervenções mais tardias. A articulação que conflua um "locus", a herança genética o deciframento do emaranhado inconsciente, o destino, e a esperança. Desejo e laço social. É o malho e a brasa.

É a criação de papéis, introjeção de pauta de comportamento, da lei social, e da hierarquização de valores. É colocar "nos conformes" da malha social a submissão da pulsão. O que vale dizer - O próprio processo de construção psicossocial do sujeito.

O objetivo perseguido por este estudo, limita-se pois, ao aprofundamento argumentativo das três considerações preliminares expostas nesta introdução, no intuito de reforçar o seu significado e subsidiar a defesa de uma mudança de cunho político e científico, no atendimento do jovem portador de distúrbios emocionais.

2 DESENVOLVIMENTO

Tinha algumas obrigações. Varria a casa, apanhava o cisco. Lavava umas peças de louça e aprendia a ler. Tinha, nas horas vagas, sua carta de ABC, sentadinha no canto, tomando propósito.

Dormia numa esteirinha nos pés da grande marquesa de sobrecéu armado, da madrinha. Velhos pedaços de forro eram a coberta.

A obrigação: de pela manhã descerrar os tampos da janela, apagar a lamparina de azeite, chegar as chinelas nos pés reumáticos da madrinha, apresentar o urinol para os alvíos da velha. Regra certa, imutável, consolidada, sem variação. Um chamado - Jesuína, a menina de pé, pedindo a bênção, praticando a obediência. (CORALINA, C. 1986. p 88)

2.1 Do direito do jovem portador de distúrbios emocionais severos à educação, (reorganização interior e socialização).

Em um passado ainda muito recente, o tratamento psiquiátrico limitava-se puramente ao asilamento do doente mental. Aos que estavam "fora de juízo", enclausurava-se em um hospício e, assim, tirava-se de circulação o sujeito que não conseguia manter uma conduta de acordo com as expectativas de seu grupo social. Expectativas quanto a um modelo de discurso, quanto a uma espécie de relacionamento, quanto a uma estética de vida e a um quantum de produção.

Se não eram banidos totalmente, no melhor dos casos eram suportados. Estes eram os mais afortunados. Quando não importunavam muito, serviam para divertir a um grupo, serem o "moço de recados" ou prestarem pequenos serviços caseiros.

As dependências que serviam ao seu confinamento, geralmente eram um quartinho nos fundos da casa ou no paiol de alguma chácara. Havia um certo constrangimento, se não vergonha, de tê-los como membros da família. Se não fossem acometidos freqüentemente por

crises de agitações e agressividade, a compaixão caía sobre eles e se lhes davam alguma oportunidade em instituições religiosas do ensino de alguma habilidade manual e a recitar alguns trechos do evangelho.

Chegavam a ser úteis para quem os afiliava, pois, imbuídos por um doce e distorcido amor humanitário, adestravam-no para atividades próprias aos infelizes do destino e aos defeituosos de toda espécie.

Com o avanço da psiquiatria, um conhecimento mais ordenado foi sendo estabelecido, ainda que centralizando-se quase só ao campo nosográfico e na multiplicação do asilamento. Ao tempo de CRETSCHMER e BLEULER⁸ já se distinguiam nitidamente os idiotas dos dementes e outras entidades psicogênicas adquiridas.

Tratamentos biológicos e quimioterápicos foram aos poucos introduzidos, até que na década de sessenta em diante descobriram-se drogas que efetivamente surtiram efeitos eficazes (não falo de cura) quanto ao controle e ao rebaixamento de sintomas tais como o estado de agitação e delírios. Cometeu-se e perduram até hoje, excessos e inadequações na intervenção medicamentosa. Mas mesmo sendo adequada esta intervenção, sua ação será muito reduzida se não for complementada por um respaldo psicoterapêutico.

E é neste ponto que queremos nos deter: em linhas gerais, uma intervenção psicoterapêutica com ou sem respaldo quimioterápico, poderá ser eficaz no controle e esmorecimento dos sintomas do quadro nosográfico apresentado. Quiçá, alterar algum aspecto da estrutura da personalidade do indivíduo, conseguir algum "insight" sobre sua causalidade intrapsíquica e as variáveis externas que incidem decisivamente sobre sua problemática.

A literatura demonstra que o indivíduo que sofre esta intervenção poderá adequar-se melhor ao seu meio familiar e social com possibilidades de obter satisfações em suas relações afetivas, sexuais e laborativas. Conseguirá no mínimo uma melhor efetividade em sua praxis existencial, visto que seu comportamento impulsivo, desestruturado e deliróide, acha-se estancado e/ou qualitativamente alterado.

E aí começa-se a esboçar nossa proposta.

⁸Para quem não é psicólogo: Psiquiatras que são marcos referenciais na história da pesquisa propedêutica e nosográfica das doenças mentais.

Como suas faculdades gnosiológicas estiveram obliteradas ou sofreram distorções decorrentes de sua desorganização emocional, caberia aí à atual estratégia psicoterapêutica que se volta às crianças e adolescentes, dar um passo a mais, e aliar-se a um projeto pedagógico, podendo, tal conjugação estratégica, auxiliar no controle e regulação de suas capacidades intelectivas, psíquicas, sociais e culturais em grau de maior eficiência.

2.2 Como projetar a educação do JPDE?

O currículo para a educação do JPDE está tratado aqui, em seu sentido de "estratégia" e "instrumentalização" de um processo de aprendizagem que tem como sustentação a psicanálise para abrir "as portas" para a educação. No entanto, antes de resumir a formulação estrita adotada faremos a necessária menção aos antecedentes históricos da educação especial em seu sentido mais amplo.

2.2.1 Antecedentes históricos da educação especial

A evolução da educação especial está ligada ao desenvolvimento da educação escolar convencional. No entanto, cabe observar que essa aparece quando a generalização do ensino elementar se estabelece definitivamente nas sociedades urbanizadas. De uma condição de isolamento absoluto, o deficiente passa a ser alvo de um tratamento diferenciado. Contudo é de se lembrar que a estratificação social e os modelos culturais das sociedades não permitiram ir além dos planos legais e documentos declaratórios para que essa diferenciação educacional atingisse plenitude, eficiência e eficácia.

Se, por um lado, os deficientes físicos foram beneficiados por estruturas de educação especial paralelamente à universalização da escola básica (no Brasil, o primeiro plano educacional da República criava o Imperial Instituto de Meninos Cegos e o Instituto de Surdos - Mudos) os deficientes mentais e, em particular, os portadores de distúrbios emocionais, às

vezes confundidos entre si (sic), ficaram relegados no tempo e no espaço. Este descaso tem a ver com o sentido tradicional de aculturação da educação escolar estar associada a um processo de promoção seletiva e ao avanço (pequeno) do conhecimento humano (psicológico) em nosso país.

A. LABREGERE (1971. pág. 467-471) sistematiza a evolução da educação especial dentro das considerações acima relacionadas, estabelecendo três fases conotativas:

- a) Período da caridade escolar.
- b) Fase do isolamento.

(Até que ocorresse este sentimento social, o seu atendimento se fazia nos limites do espaço familiar.)

- c) Fase da diferenciação.

Quando as sociedades começaram a se industrializar e a se urbanizar, a educação escolar elementar ganhou força de generalização. Aqui, iniciou-se o desenvolvimento da educação especial em ligação com a escola comum, corroborando junto a esta, com a função de aculturação. Deste modo, alargou-se o campo dos beneficiários das políticas educacionais mediante uma abordagem "médico-pedagógica" que materializou ou tentou materializar um critério de diferenciação.

Contudo, as sociedades industriais progridem e impõem generalização da educação pós-elementar. A promoção seletiva esbarra em ideais democráticos representados por uma ambição de promoção geral. A prevenção e a compensação emergem como temas políticos e a educação especial se inscreve em uma nova fase: da adaptação e da psicopedagogia.

A sociedade pós-industrial, entretanto, denuncia as inconveniências de uma educação especial pautada pela segregação e pela estigmatização ("étiquetage"). A consolidação desta linha crítica abre a fase da normalização das condições de vida do deficiente ou inadaptado, da sua integração, da pesquisa de uma flexibilidade institucional, do direito à diferença e da ecologia pedagógica.

Os países, segundo seu grau de desenvolvimento, permaneceram mais tempo em uma ou outra fase. É na década de 70, entretanto, que as questões levantadas desde os anos 60 sobre o desenvolvimento selvagem das sociedades industriais se firmam e canalizam a

discussão sobre "a qualidade de vida" e sobre a melhoria do ambiente. Neste momento, a crítica que encurralou a escola comum não pode poupar a educação especial, considerada, então, a forma mais perniciosa dos dispositivos de seleção e de segregação.

LABREGERE completa sua análise reconhecendo outros fatores que fizeram o progresso das propostas de educação especial. Entre eles, destaca a contribuição da corrente da "sociogênese dos inadaptados" ao debate sobre as questões da educação especial, fortalecidas pelas pesquisas de JAKOBSON e ROSENTHAL, as quais exploraram os efeitos negativos sobre os resultados obtidos pelos alunos categorizados como "anormais" (estigmatização).

Já a partir da década de 60, LABREGERE observava a importância da busca de meios para tornar mais discretos e melhor adaptadas as medidas de educação especial em seu objetivo de possibilitar a inserção social de deficientes e inadaptados. Ilustrando esta busca, destaca a adoção das seguintes soluções:

- integração individual: em pequena escala, certos deficientes foram integrados a classes comuns, recebendo apoio suplementar de professores especializados itinerantes. Suécia, Dinamarca, Estados Unidos e Itália lideraram a implantação desta solução nos anos 70.

- Classes especiais: desde o momento em que as investigações passaram a considerar cada vez menos irreversível a situação dos deficientes e inadaptados, criaram-se classes de maturação e observação (Suécia), classes terapêuticas (Israel), classes terapêuticas e diferenciadas (Itália), classes de espera e da adaptação (França). Segundo Catherine MILLOT, em 1979, encontravam-se em expansão na França os Institutos Médico-Pedagógicos (I.M.P.) e os Externatos Médico - Pedagogos (E.M.P.), sendo muito valorizada a formação psicanalítica dos educadores que dirigem este tipo de instituição. Tais classes, de caráter temporário e provisório, passaram a constituir um estágio compensatório que proporcionaria o retorno do indivíduo às classes normais.

A necessidade de superar a ambigüidade emergente destas estruturas sugeriu a criação de grupos de ajuda psicopedagógica. Especialmente desenvolvidos na França, estes grupos

passaram a realizar observações contínuas da criança na classe e a executar uma ação indireta essencialmente fundada em conselhos de especialistas.

As novas perspectivas da educação especial refletem a mudança, nos últimos anos, da imagem e das necessidades do deficiente e inadaptado, e a incursão de novos métodos de atendimento.

Para LABREGERE, há uma certa confusão da prática, inclinada, na atualidade, a tirar partido imediato de toda inovação teórica. Persistem, porém, duas tendências: de um lado, expressão terapêutica da ação a empreender, desde que a patologia e a cura se mostrem evidentes. De outro, a expansão "ecológica" que conduz os especialistas à ação sobre os ambientes presentes e futuros da pessoa deficiente ou inadaptada para que ela encontre a melhor qualidade de vida possível.

Conclui a autora em questão que, é dentro deste sentido, ligada à escola e à sociedade, que a educação especial tende a integrar ela mesma a uma pedagogia diferenciada, capaz de modular sua prática e seus benefícios segundo as características individuais de sua clientela.

Nesta dissertação, não é outro o posicionamento construído. Defende-se aqui um tratamento diferenciado para o jovem portador de distúrbio emocional, embasado na crença da efetividade das estratégias pedagógica, clínica e ecológica adequadamente articuladas para lograr um caminho alternativo que se possa aplacar o sofrimento psíquico.

2.2.2 A estratégia pedagógica

Apreender a realidade, transformá-la e transformar-se requer uma série de operações mentais, que um JPDE não consegue realizar, ou na melhor das hipóteses, seu desempenho será deficitário.

Pela gnose o indivíduo modifica e suplanta a si e à sua realidade circundante. A ação pedagógica, ao transmitir o como fazer da ação humana, submete-o a uma ordem social possibilitando-lhe a identificação com o semelhante. São os primeiros passos na direção do ser cultural. Educar consiste então em ensinar, no sentido de mostrar, de estabelecer sinais, de marcar como se faz o que pode ser feito. (PAIN, S. 1992, pág.18).

Sua intervenção se dá através de técnicas criadas para proporcionar ao sujeito a apreensão e controle consciente de operações intelectuais que possibilitem o controle sobre o meio. Na medida em que a ação pedagógica ordena suas capacidades, estanca o instinto e instrumentaliza a desorganização. Esta ação se dá exclusivamente na parte consciente da personalidade, exercitando as capacidades de atenção, memorização, organização, planejamento, dedução, discriminação, generalização, etc.. etc., e possibilitando ao eu (ego) adotar um comportamento racional e planejado, ou realizar uma operação mental necessária, em um momento específico que por pura falta de treino às vezes; outras, por constituírem-se de puras possibilidades, estão emaranhadas na trama de seu complexo inconsciente. E há também as virtualmente congeladas (como nas psicoses orgânicas), mas não dispensáveis, pois que cada pequena contribuição de uma faculdade possibilitará um fortalecimento egóico no controle do meio e de si.

De acordo com a visão da psicanálise, o processo educacional visto em sua totalidade, vem a ser a canalização e ordenação das pulsões sexuais e agressivas para os fins de sobrevivência e o submetimento do indivíduo a uma lei social de convivência e adaptações aos ideais de sua cultura. Por sinal, definição que se prestaria também à psicanálise⁹.

Se perguntarmos também quais serão os objetivos do final de um processo analítico, constataremos que são os mesmos buscados pela pedagogia. Havendo apenas um cuidado especial (os Lacanianos se arrepiam nesta questão) quanto à questão da "adaptação aos ideais de sua cultura". Mesmo assim a questão é tratada de um modo diferente (poderia dizer, até, muitas vezes opostas) nas próprias tendências dentro da psicanálise, como é o caso da escola culturalista americana e dos seguidores de Jacques Lacan, na França.

2.2.3 As significações do aprender

Algo da ordem do segredo está presente em toda busca de conhecimento, pois o objeto a conhecer está oculto, e esta dificuldade implica um desafio, um estímulo ao desejo de

⁹Freud em *Fomulações Sobre os Dois Princípios do Funcionamento Mental*, 1911. A educação é descrita como um incentivo ao controle do princípio do prazer.

conhecer. Portanto, a angustia está presente neste processo. Ela não é uma estrutura definível, como diz Sara PAIN (1992. pág.15), mas se constitui em um efeito. Lugar de articulação de esquemas, que coincidem, um momento histórico, um organismo, uma etapa genética e um sujeito (do inconsciente). As condições internas que definem o sujeito e as externas - o campo dos estímulos.

Assim, a modalidade de apreender a realidade revela o oculto e a maneira de ser do sujeito. Assim, há diversas modalidades de se aproximar do conhecimento - fóbica, histérica, maníaca, etc. etc. - sem que isto caracterize uma doença.

Mas a origem do problema da aprendizagem (assim como a origem da curiosidade pelo saber) não se encontra somente na estrutura individual. Ela se ancora em uma rede particular de relacionamento familiar. E um distúrbio mental que está sujeito às mesmas determinações, não equivale necessariamente, ou não é portador de um distúrbio de aprendizagem. Numa entidade nosológica incluem-se potencialidades a serem postas em ato, que através da clínica podemos atingir, tendo assim condições de sanar ou corrigir ou reorientar um problema que se encapsulava por debaixo do distúrbio mental e suas ressonâncias na família.

Assim, entendo que o não aprender não é um fator isolado, tampouco como poderíamos dizer, um significante de um só significado. E, mais ainda, deveremos vê-lo através de suas determinantes e fatores múlti: a) o mundo externo - o campo dos estímulos e b) do mundo interno - os que definem o sujeito do inconsciente que se alojarão no lugar da estrutura do indivíduo, e que contribui para o seu funcionamento e manutenção (mesmo que marca).

"Desta forma a não aprendizagem não é o contrário de aprender." (PAIN, S. 1992. pág.28)

Seguindo esta linha de raciocínio, poderíamos arrolar um sem número de casos que talvez venhamos a nos deparar. Como exemplo ilustrativo: nos quadros neuróticos a disfunção poderá ter um efeito escotomizante de fuga da realidade, causando como consequência uma retração intelectual do eu. às vezes poderá ser a procura do fracasso, a evitação do êxito, ou uma maneira de se mortificar. Nas diversas perversões aparecerão a incapacidade de suportar uma tensão (ansiedade) nos momentos de elaboração e procura de soluções intelectuais e como fuga em uma série de operações que levam a uma elaboração racional dedutiva (princípio da

realidade). Em outros casos, alterações neurofisiológicas darão o limite orgânico do aprender. Também o quadro delirante poderá ser tão bem estruturado e ofereça defesas tão satisfatórias ao indivíduo que o aprender como princípio da realidade ficará interdito.

Enfim, o que fazer com "este sintoma que alude e ilude o conflito"? Frase já corriqueira em textos de Saúde Mental. Ilude para não contatar com uma realidade angustiante, mas ao mesmo tempo mostra uma característica. Traço que remete a algo (alocado lá no limbo de seu ser). Que por sua vez vai surgir na transação com o outro, através da metáfora e da metonímia (Lacan) e da condensação e deslocamento (Freud).

E nesta altura do texto, acredito já ter demonstrado e justificado a necessidade de uma estratégia clínica associada à Pedagogia no trabalho com o JPDE. Nesta parte final do presente capítulo quero ressaltar enfim, - para que não haja mal-entendidos - que esta proposta não seja interpretada como a proposição de uma pedagogia psicanalítica. Principalmente quando lembro do caso II, que será examinado mais adiante. Não, ela não é. Ela somente se alinha ao pensamento de Freud e de suas posições com relação à educação.

"Nuestra única directiva en la educacion de los niños es que nos dejen tranquilos, que no nos opongan dificultad alguna. No dedicamos, pues, a la críadel niño bueno e juicioso y no nos preguntamos siqueira si semejante educacion es la que mais conviene al niño." (FREUD, S. 1948. Tomo II, pág.622).

E também com autores que serão citados ao longo do texto, como: Sara PAIN, M. MANONI, Alícia FERNANDEZ, e se identifica mais com o belíssimo trabalho escrito por Catherine MILLOT (1987), que minuciosamente escrutinou os escritos do mestre e nos destaca as suas esperanças iniciais quanto a uma educação menos restritiva e portanto mais satisfatória quanto aos desejos e necessidades infantis, se esclarecida pela psicanálise. Perene engano. Não há reforma progressiva possível, que possa propiciar a satisfação plena, ou a harmonia interior desejada. E também porque o "saber sobre o inconsciente adquirido na experiência psicanalítica não pode ser aplicada pela pedagogia porque, embora a psicanálise esclareça os mecanismos psíquicos em que se funda o processo educacional, tal esclarecimento não aumenta o domínio sobre o seu processo". (MILLOT, C. 1987. p.156)

Nesta crítica que Freud tece mais atrás, podemos extrair os germes da idéia de currículos diferenciados, já que ele está fazendo um convite para se ouvir a criança. Mas ele

não se propõe a educá-la. Ele coloca a psicanálise à disposição da pedagogia, como um instrumento profilático, ou de tratamento¹⁰, na medida também em que oferece ao professor esclarecimentos "sobre a origem dos complexos patogênicos e o núcleo de qualquer neurose". " A educação constitui uma profilaxia que se destina a prevenir ambos os resultados - tanto a neurose, quanto a perversão". (FREUD, 1980, vol. XII. pág. 416)

Em outra passagem, Freud é bem claro: "A obra educativa é de natureza particular e não pode ser substituída por eles. A educação pode recorrer à análise de uma criança a título de técnica auxiliar mas não equivalente, por razões tanto teóricas quanto práticas..." (FREUD, 1980, vol. XIX pág.343).

São inestimáveis os conhecimentos augurados pela psicanálise, que servirão em primeiro lugar, para a própria auto-compreensão do professor, na medida em que relembra a ele, a criança que foi; com sua sexualidade e suas fantasias concomitantes. Possibilitando-lhe condições de melhor autocrítica no que diz respeito à sua conduta, a imposição do seu querer e na confecção do conteúdo programático. - Isto diz de sua conduta ética, não se colocando como o ideal do eu a ser erguido por seus alunos, por mais que aí, ele seja colocado.

"O educador pelo contrário, trabalha com uma matéria maleável, e deve considerar um dever não modelar o jovem espírito em função de seus ideais pessoais, e sim, antes, em função das predisposições e possibilidades do sujeito". (FREUD, 1980, vol. XIII. p. 331)

Desta necessária e incontornável reflexão que se faz quando se estuda o desenvolvimento libidinal do sujeito, temos esperanças de que o professor alargue seus conhecimentos sobre as dinâmicas da personalidade e assim aja de maneira mais cautelosa nos conflitos vários por que passam os meninos em seu itinerário de aprendizado. E saiba também aproveitar a fantasia e a maneira lúdica de a criança atravessar suas fases desenvolvimentais, como recurso para o aprender e como portas para se atingir camadas mais abaixo da pura demanda de amor. Estamos falando de seu desejo, de suas motivações. Inconscientes por certo.

¹⁰Freud (1980, p.184/185) "Ela (a psicanálise) terá desempenhado seu papel se os tomar tão sadios e eficientes quanto é possível. A psicanálise já encerra em si mesma fatores revolucionários suficientes para garantir que todo aquele que nela se educou jamais tomará em sua vida posterior o partido da reação e da repressão...".

Segundo, para o próprio processo, ali onde existe um problema de aprendizagem, onde a inteligência sofre danos pelos conflitos simbólicos do sujeito, ali é "o lugar privilegiado, talvez o único, para poder observar as relações entre ambas as estruturas". (FERNANDEZ, A. 1990. p.69) Estrutura cognitiva e estrutura simbólica. Inteligência e desejo. E, desde que o professor encare o não aprender como um sintoma estrutural e dinâmico, que se ancora em uma rede particular de vínculos e com um código próprio. Ele terá condições de perceber até onde poderá ir a sua atuação e quando deverá pedir auxílio à psicanálise. Podendo assim, ambas em seus respectivos campos e metodologia, concorrer para o destravamento do processo maturacional do JPDE.

A psicanálise se revela ainda como instrumento profilático na medida em que realça o papel da sublimação e do deslocamento (sem esquecer a formação reativa)¹¹ das pulsões que saiam do caminho da organização genital, e que sejam inadequadas socialmente, pois estes mecanismos são os fundamentais para a estruturação da personalidade e o seu caráter na relação com o Outro. E dão possibilidades de satisfações em outras atividades socialmente aprovadas e que possibilitarão a hominização e a produção da cultura. O jogo, a brincadeira de procurar, a competição terão seus desdobramentos mais tarde na vida intelectual adulta. Na medida em que a educação não obstrui os componentes pulsionais a uma abertura e a caminhos vários para sua satisfação; ela estará cumprindo o seu papel, de deixar e confiar no desabrochar natural das virtualidades humanas. Pois não é raro uma criança adquirir traços ou sintomas neuróticos em sua infância porque no processo a que se submeterá, o indivíduo se remeterá às fixações infantis que entravaram e entravam o seu próprio desenvolvimento. Neste processo de libertação das forças recalcadoras, as pulsões são liberadas e tornam a concorrer para o desenvolvimento do indivíduo. Podendo usar melhor daqueles mecanismos já aludidos - (deslocamento e sublimação). "A terapia visa a fazer dar marcha a ré o que, dessas duas saídas - a neurose e a perversão - se presta a isso, e a instituir uma espécie de pós-educação". (FREUD, S. 1980, vol XII. pág.330)

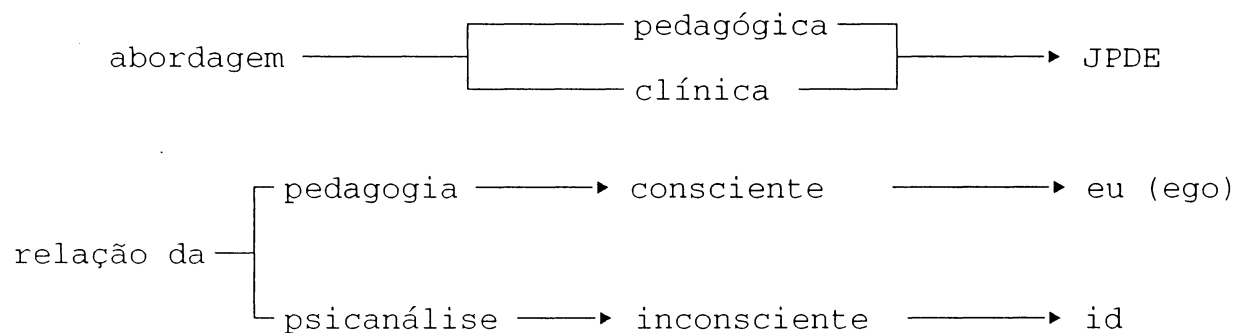
¹¹"Atitude ou hábito psicológico de sentido oposto a um desejo recalcado e constituído em reação contra ele, o pudor a opor-se a tendências exibicionistas, por exemplo, o desprezo a um objeto a opor-se à atração." (LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. 1983. p. 258)

2.2.4 A estratégia clínica

Pela observações anteriores apresentadas é que a abordagem pedagógica isolada se faz insuficiente para a sustentação do processo educacional do JPDE. Assim é imperativo associar a intervenção psicoterápica a intervenção pedagógica porque:

- 1 - A intervenção pedagógica se dirige somente à parte consciente da personalidade, e a inteligência e a curiosidade estão submetidas ao terreno inconsciente - lugar das pulsões e do desejo - que torna fértil ou árido o desabrochar do homem pensante.
- 2 - É necessária a introdução de outros indivíduos - os pais - na intervenção reestruturativa que se vai empreender.
- 4 - É imprescindível dispor de recursos metodológicos e técnicos eficientes para o manejo de formações inconscientes que aflorarão no decorrer do processo.

Então, como estratégias de abordagem, devemos colocar em paralelo e acoplados os dois processos.



Características do ego (eu) - é a parte do aparelho psíquico responsável pelo contato e adaptações necessárias ao mundo externo. Freud, em sua teoria do aparelho psíquico (FREUD, S. 1948. Tomo I, pág.1191), descreve-o como uma extensão do id. que lhe dá o empuxo para seu funcionamento, numa eterna demanda de satisfação. O ego vai administrar estas exigências assujeitando-se aos imperativos do super-eu. Transforma-se, então, no liame entre as três instâncias. Através de sua parte consciente, domina os impulsos e evita a desorganização interna, possibilitando então, um contato e domínio racional da realidade externa, mediante

o planejamento, o cálculo, a dedução, a projeção para o futuro, ponderando a exequibilidade de seus interesses e desejos, utilizando os recursos das operações mentais para um comportamento conscientemente orientado. É regido pelo princípio da realidade.

Características do id - O inconsciente é constituído de elementos recalçados pela censura e, portanto, não afloram à consciência, sendo seus conteúdos representantes de pulsões. (FREUD, S. *ibid.*)

Neste contexto, fazem parte desejos infantis insatisfeitos intimamente ligados a elas (pulsões). Nisso tudo está o id, que é o "polo pulsional da personalidade" (Freud) e o reservatório primitivo da energia psíquica, da qual mais tarde se desdobram as outras duas instâncias da personalidade - a saber - eu e o super eu. O id é caótico, contraditório e exige satisfações imediatas de seus impulsos, os quais o ego vai tentar administrar. Se ao ego, o princípio da realidade é respeitado, o id é regido pelo princípio do prazer; da satisfação imediata.

A abordagem clínica poderá ter diversas fundamentações teóricas para abordar o JPDE, o que naturalmente refletirá a concepção de personalidade e de seus mecanismos psíquicos, adotada pelo autor. Neste trabalho, o referencial teórico adotado é a psicanálise¹².

O processo da psicanálise é distinto ao consistir "em remontar à fonte infantil do problema, quer dizer, as fixações libidinais que entravaram o desenvolvimento, para liberar do recalque as forças psíquicas a fim de que estas possam então entrar no processo de maturação do qual haviam escapado até então" (MILLOT, C. 1987. pág.52). O seu campo de ação vai se estruturar então, no inconsciente, fonte de energias pulsionais e do recalçado - vivências insatisfatórias, traumatizantes, engavetadas nos primeiros capítulos de seu script vital.

E para que se dê marcha a este processo, há que se preencher condições bem precisas que podem ser resumidas pela expressão "situação analítica" que podemos considerar completa quando estiver composta pelos seguintes itens:

1. o analista;
2. o enquadre;

¹²Fica este lembrete para que eu possa usar mais livremente os termos; psicanálise, psicoterapia e abordagem clínica como se fossem sinônimos, ou quase.

3. a transferência;
4. a interpretação;
5. a regra fundamental.

O analista usa estes tópicos como seus instrumentos, que servem como operadores da análise que irá empreender, já que é ele quem determina o enquadre e a "forma" de aproximação junto ao paciente. A transferência é um fenômeno que sem dúvida aparecerá no processo, mas, à diferença de outras terapias, é que é esperada a sua evidência para que então se dê verdadeiramente o processo analítico, e, tal qual um instrumento, seja usada como sustentáculo para a interpretação. No modelo tradicional, há um paciente deitado em um divã (outro instrumento) que fala com um compromisso de nada omitir, e o analista, sentado atrás do divã, escuta, dando livre espaço, para que se explicito o discurso do analisando. A partir dos trabalhos de Ana Freud e Melanie Klein com a análise de crianças, o setting sofreu mudanças, (assim como nos trabalhos com os psicóticos), pois introduziu-se jogos e outros recursos que serviriam para projeções do inconsciente do paciente. Trabalhos gráficos, escritos e dramatizados por exemplo. Nas linhas que seguirei descreverei um tanto superficiais mas que servem para a ilustração do que é, e como se articulam os diversos componentes que fazem o processo analítico entrar em movimento, tendo como padrão, contudo, o modelo tradicional. Isto porque em outras formas de trabalho analítico que fogem dos padrões aludidos, é fundamental também que o analista siga os conhecimentos fundados por Freud e tenha-os como seu exclusivo referencial teórico. Foi o caso muitas vezes, dos casos relatados mais adiante, em que os nossos jovens passaram por meses de observações em sala de aulas e em momentos de outras atividades em que se enriqueceram as observações dos comportamentos e de suas interpretações.

2.2.4.1 O Analista

Antes de tudo, ele deve se abster de qualquer desejo de diretividade quanto ao curso que tomará a sessão, assim como a um modelo a perseguir. Tampouco deverá se colocar como

um ideal a ser imitado. Ele respeitará uma ética bem precisa. O seu desejo não conta. Sua regra de abstenção lhe proíbe emitir juízos de valor, ou opiniões. Antes de tudo ele escuta. Uma escuta que vai além do dito explicitado, à procura de um significado que vai mais além da positividade de uma frase. Por exemplo, "No Natal eu fui passear". Esta é a sua especificidade. O psicanalista não dá razão nem a retira; sem emitir juízo, escuta (DOLTO, F. 1982). Ele procura uma resposta para o sintoma indo mais além de uma resposta superficial que poderia agradar a outrem. Este ouvir silencioso faz parte de seu método de procurar a emergência da verdade do próprio sujeito, quando forças emocionais amarradas em uma trama recalçadora, encontram passagem ao seu explicitamento.

Sua pessoa real não conta - pois ele sabe que a sua posição e o seu significado serão determinados pelas projeções advindas do imaginário do paciente, vindo no bojo do fenômeno que irremediavelmente surgirá desta peculiar interação: a transferência, que também contribuirá para a modulação da forma de comunicação que se imprimirá com o analisante, tendo em mente estes pontos.

2.2.4.2 A Transferência

Fenômeno descoberto por Freud já no alvorecer da Psicanálise, em que o paciente é tomado por verdadeiro enamoramento pelo analista o "amor transferencial" (Id. *ibid.* pág.350), desta situação o analisante revivência modelos comunicacionais de relação de objeto estabelecidos primitivamente (pais e seus derivados), enfim: pautas infantis de demanda de amor e que faz atualizarem-se desejos inconscientes na relação analítica. Seria a transferência de afetos despertados anteriormente, à pessoa do analista. Ela é provocada pelo seu rigor e pela constância de suas coordenadas, estabelecidas no contrato, como veremos mais adiante, e também, pela posição que o analista ocupa e possibilita. Posição de confidente. Possibilitador de insights.

No autêntico desejo de ouvir e de não julgar moralmente suas ações; de aceitá-lo em suas incorreções e confusões, o paciente percebe desde o início do tratamento que seu discurso é objeto de uma escuta diferente. Desde aí, uma nova significação da sua fala é encetada. Pelas interpretações escandidas pelo analista, e as novas compreensões internas nunca dantes

percebidas, acompanharão este processo que num primeiro momento desestrutura, para mais tarde uma nova organização mais sadia se estabelecer. Surge um saber. Um domínio. E que não veio de fora, mas que brotou do fundo do seu ser - houve uma ajuda, digamos, um parteiro. E que, por mais angustiante que possa ter sido, promoveu o alívio advindo da resolução de parcelas antes confusas de seu aparato psíquico. Neste processo reorganizativo, que também lembramos, modifica sua autopercepção (geralmente autodepreciada) engata-se uma outra atitude. Um querer saber mais de si, como estratégia, eu diria, para o apaziguamento da convulsão interna e o fortalecimento da consciência de si, a qual fortalecerá seu eu, para o domínio de sua situação.

2.2.4.3 O Enquadre

É o enquadre constituído pela posição que o analista terá em relação ao cliente e para com sua concepção do tratamento: ele é a delimitação do campo em que se quer agir. Isto resultará em uma forma de relacionamento que o analista estabelecerá com o paciente, que além de traduzir a escola teórica que ele pertence, será uma estratégia escolhida a partir da conclusão diagnóstica das primeiras entrevistas. Pode-se dizer que o enquadre é o próprio estribo de todo o processo que se vai desenvolver, e que no qual, todo o terapeuta, seja qual orientação teórica que siga, concorda: é que sem ele é impossível levar a bom termo o tratamento. Tal recurso é a amarra do engendramento que se quer mover em direção aos objetivos previamente demarcados que se quer atingir.

Ele se explicita em um contrato de trabalho e nas funções e papéis de cada parte envolvida, e de como será realizada a tarefa. Será considerado sintoma a se analisar, todo comportamento que saia fora ou contradiga os acertos alinhavados inicialmente.

No contrato de trabalho são discutidos os honorários, o tempo das sessões, o número de sessões por semana, a forma de participação, a forma de pagamento, as férias dos envolvidos, a forma de participação dos pais quando o paciente for adolescente ou criança, a ética profissional do analista, quanto ao sigilo profissional; as faltas - que não deverão ocorrer; avisos prévios de impossibilidades de comparecimento às sessões, e enfim, outros aspectos que

se achar necessário ressaltar. Em nosso caso particular, explica-se como se dará a intervenção psicopedagógica e a sua relação com outros profissionais. O papel do acompanhante terapêutico, e a relação do analista com o colégio que o adolescente está freqüentando (se for o caso).

É bom ressaltar que nos casos de crianças e adolescentes o contrato principal será feito com eles (com a anuência dos pais, desde que foram estes que procuraram a ajuda profissional). Mas é claro que os pais participam deste processo de um modo mais ou menos assíduo e pertinente segundo a imbricação que a dinâmica familiar tenha na problemática do pequeno paciente.

O enquadre vem a ser a escolha de um modelo de atuação que possibilita ao analista o domínio da situação. E que é na verdade, tal qual um analista das ciências naturais, um delineamento do campo em que se vai intervir, com o estabelecimento e manutenção de algumas constantes para que o objeto em questão emita as variações que serão analisadas, e que se constituem no objetivo mesmo da pesquisa que se está levando a termo.

"É procurar fazer com que o campo seja configurado especialmente (e em seu maior grau) pelas variáveis que dependem do paciente" (BLEGER, J. 1991. p.14).

Com estes procedimentos realizados, o analista poderá tomar uma posição mais segura e confortável para observar e interpretar os fenômenos que ocorrerão nesta intersubjetiva relação, e que se resumem em:

1. No relato do paciente - sua problemática.
2. Na relação estabelecida com o analista - a transferência.
3. Na atitude do paciente em relação ao tratamento - resistências e motivações.

Estes três aspectos reunidos, é que constituirão a série de sintomas que deverão ser enfrentados segundo prioridades estabelecidas no diagnóstico e operacionalizados no enquadre.

2.2.4.4 A Interpretação

O saber psicanalítico estréia sua entrada no campo de trabalho através da interpretação. Esta que é a própria representante e a essência da psicanálise. Conclusão a que chega o analista após um silencioso processo de pesquisa. E da parte do analisante, criação de um saber, que lhe possibilita mais luz sobre os porões de sua consciência. É ela, a portadora de uma compreensão mais profunda, e que, não se deixando seduzir pelo dado mais imediato, vai procurar a causa, sempre num mais além. Lá, onde se alojam as determinantes inconscientes.

O analista, em sua cuidadosa auscultação, orientará sua audição para as entrelinhas do texto emitido pelo paciente, por assim dizer, para o que está encapsulado - os pensamentos latentes - em suas metáforas e deslocamentos.

O primeiro modelo interpretativo teve seu início com os deslindamentos dos significados dos sonhos, quando FREUD (1980. vol. II, pág.231) relacionou-o a história pessoal do indivíduo, e, em outros ele define o trabalho analítico como sendo o tornar consciente o inconsciente através da interpretação, tendo em vista a desmontagem do recalçamento. Dois foram os mecanismos iniciais descobertos: a condensação e o deslocamento. Modos de se apresentar os processos inconscientes e que também se evidenciam, no chiste, no ato falho, na troca de letras e de palavras, no gesto impensado, e também, englobando tudo, o sintoma. Há outros mecanismos que influenciam o modo de se apresentar o conflito (quando falamos de conflito, falamos de desejo). São os vários e imbricados mecanismos do eu, por exemplo: racionalização, projeção somatização, intelectualização, denegação, ...etc, etc., uma série deles, todos a favor de seu encobrimento. Imaginemos uma fissura que vaza. O desejo inconsciente revela-se aí, ele quebra a cadeia significante num tropeço, num erro ou ensaia-se na excitação; na "mala palabra" ele surge. Em um pensamento fortuito e que incomoda ou surpreende.

Estes fenômenos tornam-se portas para a captura do conteúdo latente submerso no relato e no simbolismo do sonhador, no comportamento do indivíduo e no discurso que a associação livre conduz - nas suas metáforas e metonímias.

"O objetivo último da interpretação, é o desejo inconsciente e o fantasma em que este toma corpo" (LA PLANCHE e PONTALIS, 1983, pág.161) (para ser melhor entendível,

tome-se a palavra fantasma, por fantasia). A pesquisa que empreende o analista, será na decomposição do todo e possibilitar através da associação livre, o robustecimento do ego e o seu controle sobre o inconsciente numa adaptação a suas limitações e às exigências do mundo externo. O verdadeiro sentido destes "aconteceres".

A interpretação é a intervenção representativa mesmo da psicanálise como já assinali no começo deste tópico, mas não é o único. Há outras intervenções, que podem ser - encorajamento a falar, a tranquilização, a explicação de um mecanismo ou de um símbolo, as injunções, as construções, etc... ainda que esses possam todas assumir no seio da situação analítica um valor interpretativo (Id. *ibid.* p.320).

Para esta situação particular, que é a pesquisa do analista no "setting" da sessão, FREUD (1948. Tomo II, p.327) aconselha: contrapor à associação livre do paciente uma "atenção flutuante, igual para tudo que é comunicado. Evita-se assim, selecionar o material oferecido pelo paciente, o que leva a fixar-se num material e eliminar outros, "seguindo nessa seleção nossas esperanças ou nossas tendências. E é isto que devemos evitar"¹³. Se não falsearemos nossa percepção.

2.2.5 Reorganização interna e socialização: enunciado complementar.

Ao pretender reforçar as considerações que abriram esta dissertação, cabe dar espaço ao lado das abordagens pedagógicas e clínica, à definição psicossociológica quenuização interna a base de um processo de socialização possível.

Para tal, servímo-nos da contribuição de P. L. Berger e T. Luckmann (1966), os quais oferecem uma análise da trajetória da construção social da realidade. E aqui, faz-se de especial interesse estas anotações, a sua interpretação sobre o processo de socialização primária.

Para Berger e Luckmann, a sociedade é uma realidade subjetiva e objetiva, e qualquer compreensão dela dever açambarcar ambos os aspectos, os quais serão melhores reconhecidos se a sociedade for entendida em termos de um processo dialético em curso e comportando três

¹³Palavras sublinhadas por mim.

momentos respectivamente: exteriorização, objetivação e interiorização; que ocorrem simultaneamente.

Estar em sociedade é participar desta dialética. Contudo o indivíduo não nasce um membro dela, e sim com a predisposição para a sociabilidade. Seu ponto inicial é a interiorização - a saber - apreensão ou interpretação imediata de um acontecimento objetivo como dotado de sentido; o qual é a manifestação de processos subjetivos de outrem, que se torna subjetivamente significativo para o primeiro.

A interiorização constitui a base primeira da compreensão de nossos semelhantes, e, em segundo lugar, da apreensão do mundo como realidade social dotada de sentido.

Esta apreensão começa com o indivíduo "assumindo" o mundo no qual os outros já vivem. E nesta forma complexa de interiorização -, sempre original - diga-se de passagem, o indivíduo é levado a compreender os processos subjetivos momentâneos do outro, e nesta "compreensão" do mundo em que ele vive, este mundo torna-se o seu próprio. Somente após este processo é que o indivíduo torna-se um membro da sociedade. Este processo autogenético pelo qual isto se realiza, é a socialização, que pode ser definida como a ampla e consistente introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela. A socialização primária: é este o primeiro momento de um processo em curso. A secundária é qualquer processo subsequente que introduz um indivíduo já socializado, em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade.

A socialização primária implica mais do que o aprendizado puramente cognoscitivo. Pois bem, sem uma ligação emocional com os outros significativos, o processo de aprendizagem seria difícil. Dentro desta realidade objetiva (e social) seus "outros" significativos estabelecem a mediação do mundo para ele e, neste processo, modificam-no no curso desta mediação. Fazendo recortes e interpretações segundo suas próprias localizações, na estrutura social, suas idiosincrasias e biografia de vida. Qualquer interiorização só se realiza quando há identificação. A criança absorve os papéis e as atitudes dos "outros significativos", tornando-os seus. E a partir desta operação, torna-se capaz de se identificar a si mesma, de adquirir uma identidade subjetivamente coerente e plausível. Em outras palavras: a personalidade é uma entidade reflexa, que retrata as atitudes tomadas pela primeira vez pelos outros significativos" com relação ao indivíduo, que se torna o que ele é, pela ação dos outros para ele significativo

A identidade é objetivamente definida como a localização em um certo mundo e só pode ser subjetivamente apropriada, juntamente com este mundo. Dito de outra maneira: todas as identificações realizam-se em um horizonte que implica um mundo social específico. À criança aprende que é aquilo que é chamada (pág.177) Todo nome implica uma localização social determinada, ao mesmo tempo que se submete a uma nomenclatura

A socialização primária cria na consciência da criança uma abstração progressiva dos papéis e atitudes em geral. Por exemplo, na interiorização das normas, há uma progressão que vai da proibição materna à todos os indivíduos significativos que apoiam a atitude negativa da mãe. A generalidade da norma é estendida subjetivamente. O passo decisivo ocorre quando a criança reconhece que todos são contra tal comportamento. Chama-se à isso de outro generalizado. Sua formação na consciência significa que o indivíduo identifica-se agora não somente com outros concretos, mas com uma generalidade de outros, isto é; com uma sociedade.

A formação na consciência do outro generalizado, marca uma fase decisiva na socialização. Implica a interiorização da sociedade enquanto tal e da realidade objetiva nela estabelecida e, ao mesmo tempo, o estabelecimento subjetivo de uma identidade coerente e contínua. Na construção do primeiro mundo do indivíduo, um instrumento principal: a linguagem.

A socialização primária termina quando o conceito do outro generalizado foi estabelecido na consciência do indivíduo. Neste momento, ele passa a ser um membro efetivo da sociedade e a ter subjetivamente uma personalidade. Mas esta interiorização da sociedade, da identidade e da realidade não se faz de uma vez para sempre. a socialização nunca é total; nem está jamais acabada.

Dentro do posicionamento psicanalítico que, sem embargo, é imprescindível confrontar-se e complementar a questão da socialização.

Se, de um lado, aqueles Autores afirmam que há predisposição à sociabilidade no ser humano e que este processo se inicia com a interiorização de um conhecimento objetivo, ao qual o indivíduo dá sentido a sua manifestação de outrem, no caso realizando-se as primeiras interpretações da subjetividade dos pais, depois de outros que o cercam, para Freud a interpretação pode avançar.

A psicanálise vai adiante quando observa que é na medida em que ele "pega" as marcas do outro, ou para sermos mais precisos; quando ele é marcado pelo outro, uma subjetividade tem emergência. É quando um jeito de ser começa a se esboçar. E este "jeito" nada mais é que suas produções imaginárias e primeiras articulações simbólicas, acionadas no período Edípico, que se exteriorizam em ações, gestos, em trejeitos e maneiras de interpretar situações, que por sua vez são as resultantes da relação com o outro, no tempo do Édipo, que não é somente aprendida no sentido de apreender algo, mas também o fruto de uma transação e que nos dá idéia de uma reflexão. Nesta etapa, o indivíduo já estará produzindo algo, em portanto adentrando na cultura. Isto coincidiria em que diz Berger: "O mundo começa a tornar-se o seu próprio".

Do ponto de vista psicanalítico, no entanto, é pertinente objetar Berger, quando este afirma que "a criança absorve as atitudes de outros significativos, tornando-os seus, e, à partir desta operação, identifica-se a si própria subjetivamente de modo coerente e plausível". É difícil saber exatamente o que é admirável e aceitável, porque o indivíduo pode apresentar, como geralmente apresenta, contradição em seu comportamento, atitudes e na ideologia, e, nem por isso a pessoa deixa de ser uma. Há concordância, quando mais adiante, ele afirma que a personalidade é uma entidade reflexa que retrata as atitudes tomadas pela primeira vez pelos "outros significativos" ... "inseridos em um mundo social específico" ...

Outro momento vital do processo de socialização é a generalização, processo pelo qual uma norma é estendida à outras, situações, ou uma interdição é cumprida junto aos demais componentes do grupo. Aí surge o ser social. E como se atinge este patamar? A partir da maturação que é desenvolvida depois de respeitada a primeira lei. A proibição do incesto.

2.2.6 O trabalho multidisciplinar: quais as virtuais barreiras?

Já afirmamos que a abordagem pedagógica e abordagem clínica são complementares em razão da diferenciação de seu objeto teórico: a primeira atua sobre o Consciente e a segunda trabalha as manifestações do Inconsciente.

Estamos, talvez, longe, de um trabalho transdisciplinar, especialmente se as posições dos especialistas se mantiverem em estado de recrudescimento.

A combinação de estratégias psicopedagógicas é uma condição a conquistar. Daí a oportunidade de se rever lições emergidas das práticas tentadas.

Do "Colóquio Internacional sobre as Psicoses", realizado em Paris, em 1967, Maud Mannoni apresentou seu relato sobre as dificuldades de colaboração entre psicoterapeutas e educadores oficiais. Suas observações guardam pertinência vinte e cinco anos depois, pelo que consideramos útil a inserção do resumo deste dilema neste capítulo.

Em sua fala Mannoni procura inicialmente diferenciar as suas abordagens:

A primeira se organiza para uma ação adaptativa em uma criança débil e psicótica e noutra interroga-se sobre sua representação, visto que ele sempre encontra-se em um alhures, isto é, longe de onde se nos apresenta. Perdido que está em uma trama imaginária, sua arte, a da psicanálise, é poder interpelá-lo neste local distante, que nos escapa e foge de si.

Caberia então repensar a pedagogia à luz das descobertas psicanalíticas.

O educador é levado a repensar o que lhe foi passado em nossa tradição cultural e a opor neste ensino recebido uma reflexão na sua prática: "Estou aqui para transmitir um saber, e que é que se transmite quando se crê ensinar?"

E por não colocar em questão o desejo, que o educador situa-se em posição diferente do analista. Este se interessa por tudo o que toca a relação com a verdade. O educador atravessado por uma análise poderá encontrar mais fácil a palavra justa, aquela que não ensina, mas que surge da percepção pessoal do adulto concernente à criança dentro de si.

Por outro lado um analista que somente se interessa pela análise individual, fica fechado e surdo para o que acontece na Instituição, e não se dá conta que é um sistema que é obrigado a interrogar. Se a pretensão não é transformar toda a Instituição terapêutica por si mesma, pelo menos deve-se tomar a precaução para que o trabalho efetuado no tratamento não seja destruído na Instituição, já que muitas aproximam-se de estruturas familiares psicóticas.

Também o seu campo de estudo é muito limitado: propõe-se a cogitar apenas da pedagogia dirigida a um tipo de criança rebelde a toda escolarização normal.

Baseados na crença da origem fisiológica das perturbações emocionais, os educadores visam essencialmente a realizar aprendizagens de compensação, que se bastariam a uma

adaptação relativa. Neste sentido são levados a acreditar saber de todas as necessidades da criança, sem perceber que muitas vezes esses interesses são antes de tudo seus, como adultos que é ele dá a criança, a sua própria representação do mundo da infância, ignorando a que nele, da criança, ocorre, e assim possibilitando ignorar a criança como sujeito de uma palavra ou de um desejo que nela se embute.

É numa posição que de certa maneira o adulto se renuncie, numa situação aí não-dual é que vai criar-se possibilidades de o desejo nascer entre educador e a criança. "Ainda é preciso para que a situação se estruture que o desejo possa ser simbolizado, quer dizer, que alguma coisa se organize em relação a uma palavra e permita na criança a criação do discurso inconsciente, com seus efeitos de sentido", (pág 241). É esta alienação imaginária que importa ultrapassar. É por aí também que não se deve incentivar um comportamento imitativo, uma forma de engodo. Para permitir um processo de identificação estruturante, a criança deve poder sentir-se distinta do outro. E a criança, carenciada, não estabelece tal distinção por estar ancorada a uma relação simbiótica com a mãe.

Acompanhar na Instituição a aventura da "escolarização" leva a repensar todo o problema da aprendizagem em função da natureza dos obstáculos encontrados. Um deles é a inter-relação das dificuldades da criança com o efeito que causam no inconsciente do adulto. Tempo deve ser consagrados a eles, suporte das angústias da criança. Reduzimos assim, riscos de despersonalização e crises depressivas quando estão expostos a agressividade e apatia de certos tipos de criança.

O analista pode lhe auxiliar na "compreensão de uma situação cujo sentido lhe escapa, na medida em que se encontraria implicado nela diferentemente do que sabia", (pág.243).

Neste sentido percebe-se a transformação que a pedagogia sofre.

Em tal sinuoso caminho não há como esquecer outros profissionais da Instituição, como o pessoal administrativo. Em outra proposta não há como esquecê-los. Não nos esqueçamos que as estruturas Institucionais conservam sempre um caráter de artifício.

E esta posição não é mais possível quando se opõe a interrogação analítica. A partir daí todos estarão aptos a fazer suas descobertas.

Psicanalistas e pedagogos não precisam ser como operários colaborando em torno de um mesmo objeto, mas como guardiões do funcionamento correto da Instituição. É daí que o educador pode ensinar e o psicanalista pensar em seus tratamentos individuais.

Eles não devem coexistir como disciplinas diferentes, do lado de psicomotristas e fonoaudiólogos, realizando uma divisão da criança através de especialidades múltiplas. "Psicanálise num estabelecimento só tem sentido se pode partir de um ponto em que o esclarecimento analítico vai permitir modificar o próprio dizer pedagógico". (pág. 245).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - CAPÍTULO 2.

- 1 TREVISAN, Dalton. **Vozes do Retrato**, Clínica de Repouso - Ed. Ática - S.Paulo - 1991)
- 2 BERGER, Peter L. & Luckmann. **A Construção Social da Realidade**. 6ª Edição - Vozes - Petrópolis 1985
- 3 BLEGER, José. **Temas de Psicologia. Entrevista e Grupos**. São Paulo : Martins Fontes, 1991.
- 4 CORALINA, Cora. **Poemas dos becos de Goiás e estórias mais**. Rio de Janeiro : Global, 1986. 246p.
- 5 CROYDEN, Andrew. **Esquizofrenia e Loucura**. Artes Médicas - Porto Alegre - 1985
- 6 DOLTO, Françoise. In **A primeira entrevista em Psicanálise** de Maud Mannoni. 2ª ed. Rio de Janeiro : Ed. Campus, 1982.
- 7 FERNANDEZ, Alícia. **A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1990. 261p.
- 8 FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. Madrid : Editorial Biblioteca Nueva, 1948.
- 9 FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. S.E. Rio de Janeiro : Imago, 1980.
- 10 FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. S.E. Introdução à obra O Pfister - O Método Psicanalítico. Vol. XII. Rio de Janeiro : Imago, 1980.
- 11 FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. S.E. Prefácio à obra de Aichoru - A juventude desorientada. vol. XIX. Rio de Janeiro : Imago, 1980.

- 12 FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. O Complexo de Édipo. vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- 13 GUTERIAL, José G. **O Adolescente Borderline**. Artes médicas - Porto Alegre - 1993.
- 14 LABREGERE, Aimé. L'éducation des enfants et adolescents inadaptés ou handicapés. In MIALARET, G et VIAL, J. **Histoire mondiale de l'éducation**. Paris : FUF, 1971.
- 15 LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo : Martins Fontes, 1983. 707p.
- 16 MANNONI, Maud. **A Criança sua "doença" e os outros**. Guanabara Koogan - 3ª Edição - R. Janeiro
- 17 MILLOT, Catherine. **Freud Antipedagogo**. Rio de Janeiro : Zahar, 1987. 161p.
- 18 MINUCHIN, Salvador. **Famílias - Funcionamento e Tratamento**. Artes Médicas - Porto Alegre - 1982.
- 19 PAIN, Sara. **Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992. 86p.
- 20 VOLNOVICH, Jorge. **A Psicose na Criança**. Relume Dumará - Rio de Janeiro - 1993.
- 21 WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo : Martins Fontes, 1983.

3 ILUSTRAÇÕES

Não havia chamada e sim o ritual de entrada, compassadas.
" - Bença, Mestra..."
Banco dos meninos.
Banco das meninas.
Tudo muito sério.
Não se brincava.
Muito respeito.
Leitura alta.
Soletava-se.
Cobria-se o debuxo.
Dava-se a lição.
Tinha dia certo de argumento com a palmatória pedagógica em cena.
Cantava-se em coro a velha tabuada.
(CORALINA, C. 1986, p. 76)

Como vimos, o processo analítico impõe uma sistemática específica que poderá ser acoplada a um processo pedagógico na proporção em que vise oferecer à pulsão e ao desenvolvimento libidinal uma situação mais propícia à intervenção pedagógica.

Tal qual o bisturi do cirurgião, a intervenção analítica permite atingir regiões profundas na topologia psíquica, e, com a ajuda da psicologia, pode contar com instrumental (testes - jogos - dramatizações) decisivo no diagnóstico de suas funções mentais assim como as nódoas do desenvolvimento libidinal a que se subordina o sujeito da intervenção.

Muito embora os conceitos derivem de generalizações, a orientação do JPDE, ao nível de prática, tem um caráter absolutamente individualizado, pelo que cada caso deve ser analisado em sua singularidade. Assim, e para efeito de ilustração dos pressupostos introduzidos nesse estudo, adota-se o registro de três casos, que inclui:

1º - o carenciado na faixa escolarizável ou pré-escolarizável, onde ocorreu intervenção psicopedagógica e houveram resultados de rendimento educacional. Esta intervenção, dadas as circunstâncias, fez-se em caráter suplementar ao trabalho da escola, isto é, concomitante

e cooperativamente. O relatório apresenta a descrição de procedimentos executados assim como o papel e a função dos instrumentos e dos outros profissionais que atuam na equipe.

2º - um trajeto de uma criança que sofreu uma intervenção psicopedagógica em escola especializada e que chega a aparelhar-se o suficiente para poder entrar na rede escolar convencional.

3º - uma proposta contrária à intervenção nosocomial, baseada em um esquema de convívio orientado por projeto psicopedagógico.

Os três casos apresentados integram o rol de práticas que vêm sendo desenvolvidas em âmbito local (Curitiba) e que servem ao "argumento de viabilidade" do tema desta dissertação. Elas correspondem a exigências e limitações das patologias, nos seus diversos graus de complexidade.

Nota: Os registros foram selecionados e adaptados com autorização dos profissionais responsáveis.

3.1 ILUSTRAÇÃO 1 - Caso F.G. Intervenção psicopedagógica como apoio suplementar.

Trabalho realizado com F.G. entre novembro de 1990 e maio de 1991.

"Avaliei o menor F.G. (5 anos), à pedido de sua mãe que se questionava quanto ao rapaz freqüentar escola especial com crianças, segundo sua opinião, de menor potencial cognitivo. Resgatando sua história, a mãe relata crescimento de F. com atraso psicomotor e da fala, tendo sido diagnosticado com um ano e meio, pela Dr^a. H. A. (neuropediatra) como portador de disfunção cerebral mínima e com bom prognóstico.

Porém, F. evoluiu muito lentamente, atualmente apresentando, segundo opinião da escola especial, rebaixamento intelectual grande.

Outro aspecto que preocupa a família é a retração social do rapaz, sendo apontadas condutas estereotipadas, "autistas" (sic): fazer em tiras sacolas plásticas, enquanto monologa constantemente, em linguagem ininteligível, conduta na qual se encerra durante horas. Aponta que F. "vive num mundo à parte, difícil de transpor" (sic), tendo poucos momentos de conexão com a realidade, durante os quais até surpreende com respostas adequadas. Outro aspecto que

é apontado pela mãe refere-se à deficiência de linguagem com trocas fonêmicas e infantilizadas, a falta de bons modos sociais, arrotando e soltando gases e a voracidade para se alimentar, fazendo-o em excesso.

O que observei, durante o trabalho que tive com F., é que faz bom contato, tem desejo de ser escutado, conta com linguagem apropriada para suas questões familiares, seus conflitos em relação ao pai, à separação dos pais, ao segundo casamento da mãe e aos irmãos ganhos desta nova relação. Com o decorrer das sessões, traz suas questões quanto à sexualidade, quanto à identificação com a figura masculina e quanto ao lugar que ocupa na família.

Neste aspecto, do lugar que ocupa, faz questão de frisar que é visto como aquele "que não faz nada certo", "bobo", que jamais satisfará o que os pais "gostariam de ter como filho" e o "responsável pelas brigas" (sic) dos pais. Ressalto que durante as entrevistas não observei em nenhum momento trocas fonêmicas para falar, ou linguagem infantilizada.

Também não presenciei arrotos ou meteorismos ou outra expressão de comportamento inapropriadas socialmente. O que presenciei é um rapaz ávido de ser ouvido e de trabalhar suas questões, cheio de culpa pelas limitações que apresenta, por não corresponder às expectativas familiares e sentindo-se o responsável pelas desavenças familiares.

F. propõe jogos lúdicos, onde apresenta manejo do faz-de-conta (gosta de encenar o papel de chefe de um escritório, reproduzindo a figura do segundo marido da mãe - "Queria ser como Pedro - mandão, brabo e briguento" (sic), mostrando ter acesso ao universo simbólico. Todos estes aspectos me mostram que F. não é um menino autista ou psicótico e que seus sintomas nesta linha são uma formação reativa à estrutura familiar e ao lugar que ocupa.

No tocante ao exame cognitivo, F. situa-se, de acordo com o exame clínico de Piaget, no estágio de pensamento intuitivo pré-operatório, não apresentando conservação de número. É capaz de raciocínio matemático com referencial concreto embora seja enganado pelo aspecto perceptual. Quanto à conceitualização básica para a aquisição da lecto-escritura, tem estabelecido de maneira satisfatória os seguintes requisitos: discriminação perceptual visual e auditiva, memória mediata e imediata, repertório vocabular, orientação temporo-espacial, com seqüencialização de idéias e causalização, capacidade de organizar e reproduzir um discurso narrativo oralmente, capacidade de perceber a lógica intrínseca a determinadas situações e

capacidade de análise. Apresenta dificuldade na orientação direita - esquerda, não estando estabelecida a linha mediana do corpo nem sua transposição, dificuldade na capacidade de síntese e na representação gráfica figurativa da realidade.

Estas dificuldades, somadas a uma atenção exigente rebaixada, dificultam-lhe a aquisição da leitura e da escrita, pois apresenta leitura silábica onde, pelo esforço que faz para decodificar a síntese dos grafemas acaba perdendo a compreensão do que leu.

Troca letras e, às vezes, sílabas inteiras, por confundir a orientação direita - esquerda do que leu ou escreve.

Em resumo, penso que F. apresenta quadro de lesão cerebral, conforme foi diagnosticado na infância por Dr. I. B. (neuropediatra), quadro este que não deve ser confundido com deficiência mental sindrômica. Acoplado ao quadro lesional, apresenta conflitos emocionais, ou melhor dizendo, não justifica sua conduta no seio familiar, embora justifique parte de suas dificuldades para a aprendizagem.

Acrescento que não o vejo com rebaixamento intelectual tão intenso e sim com limitações funcionais em determinadas áreas. Sendo assim, F., em minha opinião, tem boas condições de desenvolvimento cognitivo, desde que trabalhadas as áreas onde mostra ter dificuldades, em se tentando novos circuitos funcionais ali onde a lesão impede o circuito.

Penso também que F. aproveita mais de um esquema escolar de classe especial ao invés de escola especial. É o que foi feito, neste ano, aqui em Curitiba, com bons resultados.

Indico também análise individual e acompanhamento terapêutico (A.T.), tipo "big brother", onde o trabalho esteja centrado no apoio psicopedagógico, ao programa escolar e a inserção social. É o que também é feito em Curitiba, até o momento de sua partida. O acompanhamento terapêutico, feito pelo acadêmico de Psicologia A. S., é supervisionado pela psicopedagoga H. C. O.. A essência do programa psicopedagógico montado para F. consiste em realfabetização pelo método fonêmico, visando corrigir a disgrafia, trabalho de lateralização (espaço vivido e representado), trabalho centrado na capacidade de síntese e na representação gráfica figurativa. Os resultados foram muito bons, embora falte trabalhar ainda mais, principalmente a lateralização e a síntese."

(Extraído de um encaminhamento psicológico típico)

3.1.1 Procedimentos diagnósticos para a elaboração de um currículo específico a um jovem portador de distúrbio emocional

Para todo candidato poder ingressar na Escola Terapêutica, deverá ser submetido ao seguinte roteiro. O sujeito é submetido a uma série de entrevistas, observações e testagem.

Sua família também é sondada com o intuito final de se elaborar um diagnóstico provável de suas aptidões e limitações que através deste desenho é estabelecido um programa individualizado ao sujeito.

- A seguir: o roteiro de avaliação e sua abrangência:

3.1.1.1 Diagnóstico Emocional

- a) Que laço o sujeito tem com seu meio familiar e social?
- b) Que laço o sujeito tem com a aprendizagem? O que significa aprender para ele?
- c) Experiências escolares anteriores;
- d) impressão diagnóstica acerca da etiologia em jogo na deficiência para a aprendizagem:
 - i. sindrômico (indivíduo portador de uma síndrome orgânica. Ex. de Down, Ret, Turner);
 - ii. lesionado - portadores de deficiências as mais variadas. Ex. paralisia cerebral, deficiência auditiva, visual, etc., más formações congênitas, traumatismos físicos;
 - iii. inibição para aprender - neuroses;
 - iv. psicóticos.
- e) Triagem do caminho mais facilitado para o desenvolvimento cognitivo (melhor via de acesso).

3.1.1.2 Diagnóstico psicopedagógico e psicomotor

a) Exame clínico de Piaget - verificação do estágio de pensamento.

b) Avaliação formal:

- i. pré-requisitos básicos para a lecto-escritura (percepção auditiva, noção de quantidade-largura espessura, altura, igual - diferente, esquema corporal);
- ii. orientação temporo espacial;
- iii. memória imediata e mediata;
- iv. reprodução oral de um discurso narrativo;
- v. raciocínio lógico;
- vi. reversibilidade de pensamento;
- vii. leitura em voz alta;
- viii. compreensão de texto lido;
- ix. leitura silenciosa e compreensão;
- x. reprodução por escrito de um discurso lido;
- xi. capacidade de elaboração de um discurso narrativo - oral e por escrito.

3.1.1.3 Diagnóstico do contexto familiar

- a) lugar que a criança ocupa na família;
- b) significado do sintoma (não aprender) para a família;
- c) impacto para a família da ida da criança para uma escola especial;
- d) expectativas da família quanto ao trabalho na escola;
- e) expectativas da família quanto ao futuro da família.

3.1.2 Roteiro

Do caso exposto, façamos um roteiro, destacando as características do quadro apresentado. Para depois explorarmos a estratégia de tratamento.

Diagnóstico inicial: disfunção cerebral mínima.

1 - Queixas apresentadas pela família:

- linguagem ininteligível e deficiente;
- retraído socialmente - condutas estereotipadas autistas;
- trocas fonêmicas e infantilizadas;
- inadequação social - gases, arrotos e veracidade alimentar.

2 - Observação da escola:

- rebaixamento intelectual acentuado;

3 - Relato trazido pelo adolescente:

- é visto como aquele que não faz nada certo;
- sabe que não cumpre as expectativas familiares;
- é a causa das brigas ente os pais;
- questões quanto à sexualidade e a identificação com a figura masculina.

4 - Observações da psicoterapeuta

- contou com linguagem adequada, e mostrou desejo de ser escutado;
- estabeleceu bom contato, não sendo observadas trocas fonêmicas ou linguagem infantilizada;
- sente-se culpado pelas limitações que apresenta;
- capacidade crítica e de simbolização;
- leitura silábica lenta e dificultosa do grafema, o que faz perder-se a compreensão da palavra que lê;
- troca de letras e sílabas inteiras por confundir a orientação direita - esquerda.

5 - Recomendações dadas ao caso:

- colocar o adolescente em classe especial em uma escola de comunidade;
- psicoterapia.
- orientação psicológica aos pais;
- orientação e intervenção psicopedagógica;
- realizar tarefas com um A.T. (acompanhamento terapêutico).

6 - Profissionais requisitados para o caso:

- Psicoterapeuta;
- Psicopedagogo;
- Acompanhamento terapêutico;
- Neurologista.

7 - Essência do programa montado pela psicopedagoga:

- a) Realfabetização pelo método fonêmico - visando corrigir a disgrafia.
- b) Trabalho de lateralização - do espaço vivido e representado.
- c) Trabalho centrado na capacidade de síntese e na representação figurativa.
- d) Ampliação da atenção exigente.

8 - Ao exame clínico apresentou os seguintes resultados:

- a) Segundo técnica de Piaget, revela:
 - situar-se no estado de pensamento intuitivo pré-operatório.
 - capaz de operações matemáticas concretas elementares.
 - não apresenta conservação de números.
 - é enganado pelo aspecto perceptual.

- b) Quanto à conceituação básica para a aquisição da lecto-escritura.
Boa capacidade nos seguintes aspectos: (teste usado - Tipiti).
 - discriminação perceptual visual e auditiva.
 - memória imediata e mediata.

- repertório temporo-espacial, com seqüencialização de idéias e causalidade.
- capacidade de organizar e reproduzir um discurso narrativo oral.
- capacidade de perceber a lógica intrínseca da situação e capacidade de análise.

c) Apresenta as seguintes dificuldades: (ao exame psicomotor).

- na orientação direita e esquerda - não estando estabelecida a linha mediana do corpo e nem sua transposição.
- na capacidade de síntese.
- na representação gráfica figurativa da realidade.
- a atenção exigente encontra-se rebaixada.

A seguir, vamos abordar os papéis, funções, estratégias e instrumentos utilizados pela equipe interventora no caso.

O tempo dispendido com o acompanhamento de F., desde o início até a sua liberação para a reinserção escolar foi de 1,7 ano e com 8 a 10 horas semanais de atendimento.

3.1.3 Papel e funções da equipe

3.1.3.1 A Psicoterapia

Sua função principal foi servir como esclarecedor das dificuldades apresentadas pelo adolescente, em sua fase de desenvolvimento que atravessava (por exemplo: questões das identificações), tratar os sintomas psicológicos advindos como conseqüência de suas limitações neurológicas e fase desenvolvimental que atravessa. E focar as dificuldades enfrentadas quanto ao relacionamento familiar e social.

No caso, os sintomas secundários advindos do comprometimento neurológico aparece como baixa auto-estima em função da percepção de suas limitações. Alia-se a isso uma sensação de fracasso como consequência das exigências pragmáticas impostas pelos pais, resultando em uma reação de ansiedade e agressão ao meio familiar, que se revelam na fala infantilizada, alheamento comunicacional, condutas estereotipadas e inadequações sociais - como gases e arrotos.

Realizada a análise inicial e após definir seus objetivos, o analista estará apto a comandar a ação que terá início e que neste caso ficou assim ordenada:

- 1 - Contatos semanais com o jovem.
- 2 - Entrevistas iniciais, e quantas foram necessárias com os pais, para mais tarde espaçá-las para uma vez por semana, quinzenalmente ou somente quando o terapeuta achar por bem convocá-las.

Esta orientação aos pais, na verdade é uma psicoterapia. Pois será vista a influência da parelha na problemática do adolescente; assim como a reposta emocional ao desenvolvimento apresentado pelo filho. Como é esperado uma modificação no adolescente e por certo esta alterará a relação familiar. Fica implícito a mudança também dos pais; portanto, uma desorganização da estrutura familiar é esperada, e com isso despertam-se barreiras (as resistências) para impedir a quebra da homeostase familiar. Até que nova configuração seja estabelecida na forma de relação de seus componentes. Este processo será tanto mais profundo quanto for o nível de desorganização familiar.

- 3 - Contatos com a psicopedagoga, para discussões e realizações do trajeto e estratégias utilizadas.
- 4 - Orientação ao A.T. (acompanhante terapêutico).
- 5 - Encaminhamento e encontros com o neurologista sempre que necessário.

3.1.3.2 O Psicopedagogo

Através dos dados recebidos da analista, montou-se um programa psicopedagógico, que foi colocado em prática pelo A.T., sendo o mesmo orientado semanalmente, para as devidas discussões quanto à prática e seus dificuldades objetivas encontradas, e suas possíveis correções.

Avaliações realizadas juntamente com a analista:

- Entrevista com o adolescente.
- Entrevista com os pais.
- Exame dos pré-requisitos para a lecto-escritura e de linguagem.
- Exame clínico segundo as técnicas de Piaget.
- Avaliação informal - observações realizadas durante as entrevistas de avaliação (vocabulário, forma de se relacionar com estranhos, junto dos pais e longe deles) como ele resolve situações imprevistas, que assuntos ele traz espontaneamente).
Por exemplo, rasgar papel, ódio ao irmão.

3.1.3.3 Instrumentos utilizados

1 - Exame de linguagem TIPITI (oral e escrito) de Helena A. Braz e Thais H.F. Pelhicciotti.

Examina e avalia o desempenho lingüístico do sujeito. Não é um teste, para se evitar uma abordagem experimental e tratamento estatístico, procurando então diagnosticar possíveis defasagens em seu desenvolvimento.

Roteiro do exame:

- a) oral
- b) escrito

a) Provas auxiliares - noções básicas.

- 1 - Cor, forma, partes do corpo, lateralidade em si e no outro; posição no espaço, tamanho, distância, quantidade, espessura, largura, altura, comprimento, igual-diferente, horas, ordenação de figuras, listas de palavras, memória auditiva imediata, ordens, categorização, reversibilidade, complementação de sentenças, estórias.

b) Roteiro de exame de comunicação escrita:

- leitura oral;
- leitura para compreensão;
- formação de palavras;
- ordenação de vocábulos em sentenças;
- complementação de sentenças;
- formação de sentenças;
- seqüencialização de sentenças e parágrafos;
- cópia, ditado, redação.

2 - Provas específicas de percepção auditiva.

3 - Provas específicas de percepção visual.

3.1.3.4 O Acompanhamento Terapêutico (A.T.)

Também chamado de amigo preferencial, ou também "Big Brother", que em nosso caso foi desempenhado este papel por um estudante de psicologia já com certa experiência em clínica e que era orientado regularmente pela analista e a psicopedagoga. Aparte: - atualmente, já se contam diversas experiências que se dedicam quase que exclusivamente a esta modalidade de atuação. Prestando serviços inclusive, a outras clínicas que requisitarem os seus serviços. (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA "A CASA", 1991. p.23)

Desta vinculação, o A.T. trazia relatórios das atividades realizadas com F. que poderiam ser as contextualizações dos exercícios de aprendizagem efetuados pela psicopedagoga, ou observações realizadas em seu contexto familiar no tocante às particularidades de suas vinculações parentais, suas performances sociais e participação na dinâmica do cotidiano vividos por todos. Neste sentido o A.T. desempenhou três funções: (CENAMO, C e CAGNA, M. 1991)

a) a psicoterapia - na medida que se pôde trabalhar a situação problema, no local de ocorrência;

b) a psicopedagogia - quando contextualizava o exercício de aprendizado;

c) amigo qualificado, quando acompanhava-o em suas contextualizações sociais.

Fazendo verdadeiramente o elo entre a Clínica e o Social em que a atenção integral à sua saúde estava realmente completa (usando uma expressão em moda: uma abordagem psicoterapêutica holística).

As atividades poderiam ser leituras de esclarecimentos, pesquisas de temas que surgiam na análise. Por exemplo: visitas a museus, escolas, hospitais, teatros e qualquer situação que revertesse em discussões propiciadoras de reflexões esclarecedoras e portadoras de "insights" ao jovem orientado. Nos exercícios psicopedagógicos, as atividades consistiram em passeios nas imediações de seu bairro e ida até as lojas comerciais próximas de sua casa, expondo-o a situações de vida doméstica - compras com os comerciantes da zona.

Objetivos de tais incursões:

a) trabalhar o aspecto figurativo da realidade e sua posterior representação gráfica em consultório;

b) trabalhar as questões relacionadas a sua dificuldade de direita e esquerda.

3.2 ILUSTRAÇÃO 2 - CASO PEDRINHO. Intervenção psicopedagógica com sentido de inserção ou reinserção escolar ulterior.

Pedrinho contava 5 anos quando entrou para a escola, onde foi integrado a uma turma de 3 crianças, onde o objetivo principal era fazer um laço com a professora e entre elas mesmas. Possuíam distúrbios severos de retraimento social e de comunicação. o trabalho era feito através da ambientoterapia, onde todos os recursos do ambiente são utilizados como recursos terapêuticos. Utilizava-se recursos de estimulação sensório-motor - trabalhos como barro, água, areia. Exercícios motores - correr, saltar, pular em direção ao ser humano. Presentes em todas as estimulações, o banho de palavras - numa tentativa de que algo do simbólico se inscrevesse. A responsabilidade pelo trabalho grupal foi realizado por uma psicóloga e durante um ano.

Primeiro ano

À sua chegada à Escola Especial, Pedrinho não se comunicava, não permitia a aproximação física de pessoas. Caso tal ocorresse, entrava em crise de gritos. Quando entrava em pânico, beliscava o próprio peito até sangrar. Outras vezes, batia seguidamente a cabeça na parede. Perambulava sem rumo pela sala, não atendia quando era chamado. Em dado momento, passou a cuspir nos quatro cantos da sala e nos objetos com os quais se relacionava.

Antes de sentar numa cadeira, cuspia nela e esfregava em seu assento. Ao aceitar uma bola para brincar, primeiro cuspia e esfregava sua secreção. Mais tarde, passou a urinar pequenas quantidades nos quatro cantos da sala, para após, passar o dia bem, sem crises de grito ou auto-agressão.

Após algum tempo, começou a apresentar crises quando algo do seu ambiente era modificado. Por exemplo, uma janela que abria, uma banquetta que era mudada de lugar após sua entrada em sala. Neste momento, Pedro já apresentava olhar dirigido, permitia aproximação de pessoas, empreendia a exploração de objetos (sempre após cuspir), mas não

desenvolvia uma atitude lúdica, sorria para as pessoas conhecidas, aceitava os trabalhos propostos. Estabelecia trocas, mostrava compreensão da linguagem, reagindo às solicitações da psicóloga. Chegava a articular algumas palavras.

Ao final do primeiro ano, já não mais cuspiam.

Durante este período, programou-se um roteiro de atendimento que favorecesse a constituição de um sujeito, efeito da linguagem.

Segundo ano

Pedro é transferido para outro grupo, que segue os objetivos do grupo anterior, porém uma aprendizagem sistemática começou a ser inserida. Foram trabalhados: discriminação de cores, forma, distância, tamanho, percepção auditiva, coordenação viso-motora; iniciação do raciocínio matemático com trabalhos de seleção, quantidade e conjunto.

A esta altura, Pedro voltou a cuspir e a urinar na sala. A interpretação dada é a de que ele necessitava demarcar novamente seu ambiente externo com suas excreções. Atividade que durou pouco tempo. Em seguida, dá mostras de iniciar um vínculo com a nova psicóloga e aos novos colegas. Por pouco tempo ainda, voltou ao comportamento de que nada em seu ambiente pudesse ser mudado após sua chegada. Ao adaptar-se à nova sala e ao novo grupo, iniciou, de forma mais clara, o uso da linguagem. No princípio nomeava apenas os objetos, em seguida construía frases curtas pedindo o que desejava. Interessante observar que em sua casa nada falava. A mãe, ao saber que Pedro era capaz de falar, caiu em uma crise de choro. Ao ser inquirida das razões que atribuía ao fato de a criança falar na escola e não em casa, se deu conta que em casa falava por ele, adivinhando suas necessidades e desejos, o que não dava à criança razão nenhuma para se comunicar. Nunca ela conseguiu suportar a ansiedade de esperar por ele sentir falta de algo, para que pudesse pedir.

Passado algum tempo, Pedro começou a se interessar pela diferença sexual. Manipulava bonecas perguntando sobre seu sexo, observando com o mesmo interesse meninas e professores. Pergunta por que elas não têm pinto, com poucas palavras e muita mímica. Em seguida, através de gestos imitando uma tesoura, pergunta se vão cortar seu pinto. A

professora apazigua-o e assinala que é um homem como seu pai, e que as mulheres são diferentes. É bom lembrar que esta temática é explorada ao longo de alguns meses. Depois deste assinalamento, ele volta com a questão de que o pênis de seu pai é maior e mais grosso. Quando a psicóloga lhe diz que ele crescerá e seu pênis também, ele passa a:

- a) Subir em cadeiras, mesas e armários, procurando o tamanho exato que ele poderia atingir.
- b) Resolvida a questão de sua futura estrutura corporal, passa a querer calcular o tamanho de seu futuro pênis.
- c) Resolvida a última questão, passa a querer calcular agora o seu calibre.

Após todos esses questionamentos, essas explorações e suas conclusões, que parecem ter sido satisfatórios, adentra definitivamente no universo da linguagem e desenvolve facilmente seu processo de aprendizagem, mantendo neste percurso que se abrirá, uma série de comportamentos obsessivos compulsivos.

Por exemplo: os lápis deveriam estar todos apontados e equilibrados em cima da mesa; deitava-se em almofadas da sala de aula por 10 a 15 minutos antes do início dos trabalhos escolares. Assinalado e também impedido (no caso das almofadas) de repetir estas condutas, é lhe assegurado que o dia transcorreria bem, sem que ele necessitasse desses rituais de pacificação. Nesta altura, já conseguia manter um diálogo, expressando-se de uma maneira clara, fazendo ligações entre pronome, verbo e substantivo, usando o pronome na primeira pessoa. Terminou este ano, dando-se conta de que o que é falado pode ser escrito. Intuindo a relação fonema - grafema. Pedia que lhe fossem lidas historinhas, que escrevessem o seu nome, o do seu pai, mãe e tentava copiar. E assim encerrou-se esta etapa.

Terceiro ano

No início deste novo ano, cuidou-se de se fazer uma avaliação para se verificar se Pedro estaria apto a ingressar em uma classe de aprendizagem sistemática da lecto-escritura.

A seguir mostramos o resultado das testagens aplicados de cores primárias e secundárias, boa discriminação de formas geométricas e coordenação motora fina (recorte e colagem).

Relações espaciais:

- Dificuldade em relação aos seguintes conceitos: ao lado, na frente, em cima, fora.
 - Tem noção de: atrás, em baixo, dentro, entre.
 - Com relação ao tamanho: dificuldade com - maior.
 - Conceito de distância: perto e longe (O.K.)
 - Conceito de quantidade: muito, pouco, menos, mais (O.K.)
 - Conceito de espessura: grosso e fino (O.K.)
 - Conceito de largura: estreito - largo (O.K.)
 - Conceito de altura: alto e baixo (O.K.)
 - Conceito de comprimento: curto - comprido (O.K.)
 - diferenças - não percebia
 - semelhanças - sim
 - lateralidade - tinha estabelecida direita - esquerda em si mesmo, no outro e em relação à realidade representada graficamente.
 - não tem seqüencialização na sucessão de eventos.
 - memória auditiva - dificuldade em reter e executar duas ordens simultâneas.
 - coordenação viso-motora - excelente desempenho.
 - LINGUAGEM ORAL - consegue emitir fonemas, necessitando
 - COORDENAÇÃO DINÂMICA GERAL - boa em seus aspectos:
- equilíbrio - estático e dinâmico,
movimentos isolados e amplos do corpo.

Frente a estes resultados, Pedro é colocado em uma turma de alfabetização e de trabalho de desenvolvimento do raciocínio lógico matemático. Reagiu bem ao programa, terminando este ano lendo e escrevendo as vogais, as junções de vogais, a numeração até o número cinco. Foi capaz de elaborar um discurso narrativo (criar estórias), reproduzir uma

estória que lhe seja contada, interpretando-a. Seu vocabulário é cada vez mais suficiente para expressar seu pensamento. Apresentou excelente coordenação viso motora.

Quanto aos aspectos sociais, observou-se sua participação em jogos grupais, demonstrando compreensão e respeito às regras. Possui amigos, é cooperativo, não agressivo, é alegre e não retraído. Sabe esperar sua vez na participação em atividades grupais.

Quarto ano

Pedro é matriculado oficialmente em uma turma da primeira série de primeiro grau (na mesma escola).

Acompanhou muito bem as etapas do currículo, sendo necessário que se aumentasse o nível de exigência nos assuntos tratados, dada a facilidade com que aprendia, e o interesse que demonstrava por questões teóricas suscitadas pelas leituras. Não lhe bastava o conhecimento oferecido pela professora e pelos livros didáticos. Queria mais informações e detalhes, indo procurá-los em enciclopédias e nos livros da biblioteca de sua casa. Exigia compulsivamente da professora informações complementares, parecendo querer esgotar totalmente o tema abordado. Seu comportamento ritualístico se acentuou. Agora mostrava uma compulsão no controle do tempo, fazendo-o olhar repetidamente o relógio, somada a uma obsessão pela quantidade. Por exemplo: quantos clips há em uma caixa? Conferia se haveria realmente quarenta palitos em uma caixa de fósforos. Quantos fios poderia haver em uma mexa de cabelos... etc.

Em paralelo, retraiu um pouco sua convivência com amigos. Frente a isso, foi intensificado o trabalho psicoterapêutico com a mãe, e, em separado, com o filho.

Mas termina o ano com bom convívio social novamente. Os rituais arrefecem sua intensidade. Pedro é encaminhado a uma escola regular, encerrando assim o atendimento especializado. Acrescenta-se aí, que houve bastante resistência por parte da família quanto à aceitação do ingresso no ensino regular. Havia temores de que o quadro patológico retornasse.

Neste momento, a família foi assistida muito de perto, objetivando mostrar que o trabalho em escola especial não tem por finalidade o asilamento e a proteção indefinida da

criança. O objetivo era prepará-la estruturalmente para as adversidades da vida, inerentes ao destino de cada ser humano, mesmo para uma pessoa que tenha sofrido na constituição de sua personalidade. Os temores de abandono e os desejos de proteção da família foram trabalhados até que fossem melhor elaborados por todos os seus componentes.

O quadro da escola que atuou no caso "Pedrinho" constituiu-se de:

- uma analista, chefe de equipe;
- uma psicopedagoga;
- dois professores;
- um acompanhante terapêutico;
- um psicólogo.

O regime de trabalho, neste caso, implicou na permanência diária de um período escolar do jovem paciente.

Este exemplo ilustra a alternativa proposta. Depois de elaborados os problemas psicológicos por intervenção analítica, desobstruíram-se os canais que o levaram para a aprendizagem e a socialização, propiciando sua entrada definitivamente no universo simbólico, quando resolveu questões fundamentais de seu período Edipiano, e concomitante complexo de castração, a sexualidade e sua identificação sexual, estabelecendo a partir daí, e gradativamente através dos dias, contatos mais significativos e diferenciados com o mundo externo. Mitigada alguma ansiedade com respeito à sua sexualidade, esta energia libidinal deslocou-se para uma curiosidade intelectual impressionante. Nada o satisfazia nas explicações dadas em sala de aula. Em sua casa, consultava enciclopédias tentando "ao máximo esgotar o assunto" (sic.) Com esta fome de conhecimentos podemos avaliar a força do seu empuxo libidinal. Hoje em dia, ele frequenta a escola regular. Analisando bem de perto, nota-se que alguma coisa emocional o diferencia de outros jovens. Mas ele está entre todos e entre tudo. E é isto o que importa. Estar nas diversas possibilidades, estimulações e agruras que pode passar um vivente normal. Estar compartilhando com as infindáveis possibilidades enriquecedoras que a vida em sociedade pode lhe oferecer. A família foi assistida a todo o momento, e é límpido o exemplo da correlação da aprendizagem e a busca do conhecimento sofrida pelo garoto e sua relação com o tipo de vínculo mantido com seus pais representado

aí, pela sua mãe que foi assistida por outro analista e que se espera naturalmente, desta intervenção, reflexões acerca de seu papel de mãe e mulher, e sua relação com um filho portador de um distúrbio emocional. Sem dúvida, este foi o início de um debate interior mais amplo que a levou a saudáveis transformações individuais, que necessariamente carregou o outro pólo da parilha a entrar no processo.

3.3 ILUSTRAÇÃO 3 - PROJETO CASA - Intervenção psicopedagógica com sentido de inserção social mais ampla.

Projeto Casa residência protegida. Relato de uma experiência¹⁴.

O projeto funciona em Curitiba, desde 1989. Este relato refere-se aos primórdios de seu funcionamento. A faixa etária dos atendidos variava entre 15 e 30 anos num grupo que integrava entre 10 e 15 elementos.

A equipe se compunha de três psicólogos, um fonoaudiólogo, um músico-terapeuta e de doze estagiários de psicologia que atuavam como Acompanhantes Terapêuticos. De acordo com as necessidades individuais, os moradores contavam com respaldo psiquiátrico. Entre os tipos de distúrbios encontrados entre os usuários são: psicóticos, lesionados, drogaditos, os com distúrbios neurológicos e as síndromes orgânicas com comprometimentos psicológicos.

Enfoque da intervenção:

Não se trabalhava prioritariamente com a doença, mas sobre as partes da estrutura da personalidade consideradas saudáveis, preservadas ou resgatáveis e potencialmente produtivas e passíveis de estabelecer uma ponte com o meio externo. Não se colocava como exigência premente estabelecer um diagnóstico minucioso de cada morador, para só depois intervir-se. Isso se constituía responsabilidade de seu psicoterapeuta.

¹⁴Entrevista fornecida pelo psicólogo José Carlos dos S. Pinto, fundador e coordenador da equipe, da clínica, pensão e escola informal.

3.3.1. Identificação e justificativa institucional.

"Os estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde vêm, há alguns anos, chamando a atenção para o fato de que o atendimento centrado no hospital psiquiátrico impede a realização de atendimento integral, contínuo e preventivo. Isolando o doente de seu meio, torna-o socialmente incapaz; atuando em esquema de internamento compulsório, freqüentemente põe em risco os direitos humanos e civis do paciente; sendo um atendimento de alto custo, consome a maior parte dos recursos humanos e materiais destinado pelos governos aos serviços de saúde mental.

Na Conferência sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, Venezuela, em novembro de 1990, a OMS/OPAS reiteram seu apoio aos projetos que:

1. enfatizam a atenção primária, preventiva, de saúde;
2. são criados a partir da análise da situação local e adequados a ela;
3. salvaguardam a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
4. propendem a manter o doente em seu meio comunitário."

O projeto Casa - Residência Protegida insere-se nesta linha operacional e neste mesmo sentido, pois, se justifica institucionalmente.

Seus objetivos podem ser assim explicitados:

Objetivo Geral - "Possibilitar a jovens e adultos com distúrbios psíquicos um convívio o mais sadio possível com seus grupos de inserção (vizinhança, família, escola, trabalho), ajudando-os a manter uma vida autônoma e auto-gratificante."

Objetivos Específicos -

"a. Propiciar uma retaguarda psicoterápica, atuando quando os recursos da pessoa são insuficientes para resolver uma situação conflitiva, mas resguardando até o limite do possível a capacidade de ela resolver a situação de modo autônomo;

- b. Proporcionar-lhe um meio ambiente terapêutico como parte integrante de seu cotidiano, dentro de uma lógica de promoção de saúde;
- c. Incrementar seu processo de socialização, facilitando-lhe a inserção em grupos informais (parques públicos, clubes, festas) e formais (escola, trabalho);
- d. Instrumentalizá-la a desenvolver projetos autônomos e/ou coletivos de trabalho, facilitando seu aprendizado de funções produtivas;
- e. Instrumentalizá-la para iniciar ou retomar os estudos, fornecendo apoio psicopedagógico necessário;
- f. Atuar junto à comunidade no sentido de confrontá-la com seus preconceitos frente às pessoas psiquicamente adoecidas. Ajudar as pessoas a compreenderem o papel que desempenham na manutenção do sofrimento psíquico de seus doentes. Fomentar mudanças em suas atitudes."

3.3.2. Características metodológicas.

O Projeto Casa apresenta as seguintes características:

1. Quanto à clientela:

"Jovens e adultos de ambos os sexos com distúrbios psíquicos moderados e severos. Cada núcleo da Casa é dimensionado para atender até seis moradores em tempo integral e mais oito em regime de Casa-dia, (retornando ao lar da família à noite)."

2. Quanto ao quadro de especialistas:

"Para o núcleo com lotação completa, a equipe é composta por quatro profissionais de saúde, 40h/semana/profissional, e um grupo de seis acompanhantes terapêuticos, 20h/semana/profissional. A equipe é de caráter interdisciplinar, podendo ser composta por psicólogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, músico-terapeutas, assistentes sociais e outros profissionais afins."

3. Quanto à sua fundamentação metodológica:

"A Residência Protegida faz uso de idéias e práticas da ambiente-terapia, mas apresenta características que a diferenciam de uma comunidade terapêutica¹⁵ convencional.

a. Ela é, antes de tudo, uma residência. Não é uma clínica onde a pessoa passa uma temporada antes de retornar para sua casa. Ela é própria casa dos atendidos, seu ponto de referência enquanto lar e isso é transparente no discurso de todos. Expressões como "vou para minha casa" referem-se invariavelmente à Casa e não ao lar de seus familiares) Morar na Casa não se configura, então, como uma situação excepcional, mas é o próprio cotidiano da pessoa.

Cada morador tem seu próprio quarto, com seus móveis e pertences. Os moradores têm a posse das chaves da Casa. A administração e cuidados da Casa é compartilhado por todos. Neste sentido, o tempo de permanência na Casa é aberto -irá durar enquanto isso for de interesse do morador, que poderá eventualmente decidir morar sozinho, dividir uma casa com alguém constituir nova família ou retornar ao convívio de sua família de origem.

b) A Casa proporciona um alto grau de permeabilidade ao mundo social mais amplo. As atividades desenvolvidas pelo projeto tem aliado ao seu aspecto psicoterápico e psicopedagógico um claro cunho de preparação para o trabalho, com vistas a capacitar o morador a desenvolver e executar trabalhos economicamente produtivos."

"Em sua proposta a Casa supera a simples adequação de um membro defeituoso à máquina econômico"produtiva. O que se trabalha, é a idéia de participação do todo social de maneira sadia e íntegra, mediante a permuta de valores(culturais, afetivos, econômicos) com este todo.- Aquele que não produz, não cria nem põe em prática sua potencialidade, tem pouco cacife para ser aceito como um igual entre os seus. Pode obter piedade ou gerar escárnio, mas dificilmente consegue ser respeitado como pessoa."

c) O atendimento nunca é compulsório. Não existe a possibilidade de internamento contra a vontade da pessoa. Esta torna-se morador apenas por sua própria opção.

O "Projeto Casa" norteia-se a partir de dois princípios básicos - autonomia e proteção - que mantêm entre si uma relação dialética: à medida que uma cresce a outra se faz recessiva. Resumindo, toda autonomia possível e proteção, apenas a necessária:

¹⁵Instituições psiquiátricas de cunho médico e com regime mais democrático que os hospitais convencionais.

A proteção é proporcionada pela presença permanente da equipe de trabalho que intervem quando os recursos do morador não são suficientes para resolver uma situação conflitante(ação pedagógica ou/e psicoterapêutica)

A autonomia é trabalhada em dois planos. Um mais restrito, diz respeito à aprendizagem da administração de sua própria casa, processo no qual o morador é engajado gradualmente.Outro, mais amplo, acontece através do desenvolvimento das potencialidades e interesses da pessoa, que é estimulada a iniciar ou retomar) os estudos, a aprimorar habilidades escolher e desempenhar um trabalho economicamente produtivo.

Cabe aos moradores e aos membros da equipe de trabalho, administrar a casa desde que se refira às finanças, ao planejamento alimentar, aos reparos físicos e outras atribuições inerentes à manutenção de um lar.

A responsabilidade administrativa ganha realce quando se observa que o custeio da casa é coberto pelos seus moradores, dando uma conotação realista às decisões e controle das decisões materiais.

Não há intenção de confinar os moradores, ou seja, os moradores são incentivados a manter vínculos externos à Casa. Na medida do necessário, membros da equipe os acompanham nestas atividades externas, ajudando-os nas dificuldades mas tendo sempre em vista o objetivo de que sua atuação preserve a iniciativa do morador e seus esforços de autonomia. Sempre que possível, o morador sai desacompanhado".

Promovem-se programas feitos junto ao ATs, quando se privilegia o papel de facilitador social do Acompanhante. Este ajuda sistematicamente o morador no relacionamento com grupos sociais variados.

De outro lado, a Casa está permanentemente aberta a receber visitas de pessoas ligadas aos moradores e aos membros da equipe, de modo a propiciar a expansão das oportunidades de contato humano para os moradores.

Normas e funcionamento da pensão.

Todos moram na casa, com profissionais dormindo na residência, e outros, revezando-se nas diversas atividades apoiados por uma equipe de manutenção (limpeza).

Os que ingressam na residência, passam por um período de experiência de um mês. Ponto básico: não há compulsoriedade de se permanecer na casa. Não há um internamento, e por isso não há fuga e sim desistência

3.3.3. O contrato que se realiza com os que ingressam

São discutidas e esclarecidas as normas de funcionamento, os papéis, os direitos, os deveres, as atribuições no cotidiano, as lideranças de tarefas, assim como as atividades a serem desenvolvidas no dia a dia, associadas às de curto e de médio prazo (cursos e algum trabalho de equipe). Estes tópicos são discutidos e laborados por todos os componentes. Sem fugir a este contrato inicial, diariamente são discutidas as atividades e papéis de cada um para o dia, nas reuniões da manhã, após o café.

Os que têm atividade externa, dirigem-se aos seus locais de trabalho (aulas, atividades remuneradas). Os que permanecem na casa, participam nas oficinas acompanhados dos A.T. Exemplos de algumas atividades realizadas nas suas próprias dependências são: horticultura, fabricação de chocolates, criação de codornas, serigrafia, tear e marcenaria.

A programação das atividades é feita, atendendo às necessidades individuais, podendo ser realizadas em grupo.

Após o almoço, as atividades de escolarização (como os deveres de casa) são elaboradas junto a um psicopedagogo. Aqui também é usado o sistema do CES - Centro de Estudos Supletivos do Ministério da Educação, que em suas apostilas sofrem as adequações didáticas necessárias. Porém todos submetem-se às avaliações da inspetoria do Programa.

O aprendizado abrange um amplo espectro. Indo dos cuidados corporais, passando pelo convívio grupal e a administração de seu espaço físico até o aparelhamento profissional, não se esquecendo também de atividades culturais, artísticas e do folclore, na tentativa de se contribuir para identificações culturais de seu meio. Procura-se o mais possível, o exercício de sua cidadania, que é o grande e único objeto do Projeto CASA, sem deixar de vista as limitações e capacitações do morador. Por isso o acompanhamento psicopedagógico é ininterrupto e caracterizado como informal porque procura adequar o desejo do aprendiz às

suas capacidades, não se levando em conta o tempo a ser dispendido e nem tampouco servindo-se de técnicas pedagógicas pré-estabelecidas ou rigidamente administradas. Os locais das práticas são, às vezes, os mais inusitados. Por exemplo: para se fazer a criação de codornas, foram debatidos em grupo vários aspectos e depois foi pedida a ajuda de técnicos da ACARPA que serviram de professores nesta atividade.

"Este espectro de atividades não tem um fim em si mesmo. Seu intuito não é o de fazer uma "terapia pelo trabalho". Ele é pensado e executado tendo em vista a elaboração por parte do morador de um projeto de vida, que em seu plano simbólico e mais profundo será trabalhado em sua análise individual. Sob este prisma, a posição dos moradores não é puramente receptiva, (receber aulas, aprender funções), mas essencialmente ativa: ele executa trabalhos com suas mãos e intelecto. suas potencialidades não são apenas desenvolvidas, mas postas em ação já. Desta forma, eles tanto produzem camisetas estampadas quanto, a exemplo de uma moradora, dão aula de aeróbica para outros moradores e ATs, enquanto vendem os bombons e biscoitos que fazem."

3.3.4 Normas e métodos para o convívio

É aqui que se revela a grande meta e a diferenciação da pedagogia clássica. Pela sua não rigidez e por procurar realmente ir de encontro das necessidades grupais e individuais, as normas de convívio seguem em todos os momentos os passos destes, em seus ritmos e características próprias.

Funcionamento diário

Pela manhã, após o café - atribuições de papéis e as atividades do dia.

O funcionamento básico da comunidade é o modelo contextualista no qual todo o momento é uma possibilidade de aprendizagem, toda crise interpessoal é um exercício psicológico, toda dificuldade de aprendizado teórico é um trabalho pedagógico a ser montado e vivido na ação.

Ao final do dia há uma avaliação grupal das atividades diárias e de todo o funcionamento da casa. Isso inclui desde a sua manutenção física, a todos e principalmente, os fatos e incidentes ocorridos durante o dia. Este grupo deriva muitas vezes para um grupo terapêutico, pois é esperado que um elemento ao relatar algo ocorrido venha a ventilar suas angustias e inadequações diversas, bem como as dificuldades relacionais entre os moradores.

O coordenador conduz o grupo de maneira que este tenha oportunidade de expor o que lhe seja mais premente. Assim, a distância entre o teórico ou o pretendido e sua prática encurta-se na medida em que se vive isto diuturnamente com seus colegas e instrutores. O aprendizado sedimenta-se na convivência diária e no que ela pode oferecer para novas questões.

Seu funcionamento assemelha-se a uma família. Por outro lado, há de se ater à estrutura institucional e seu funcionamento.

"As famílias são atendidas em esquema de aconselhamento uma vez por mês, ordinariamente, e extraordinariamente quando a equipe ou a família solicita um encontro. Além disto realiza-se uma reunião, também mensal, congregando-se todas as famílias para avaliação do trabalho e discussão de temas gerais ligados ao projeto.

A Casa não oferece ao morador uma psicoterapia convencional, em moldes formais. Ao contrário, o viver na Casa e a abertura para o mundo que isso propicia é o fator terapêutico atuante. Alguns moradores, no entanto, mantêm-se em psicoterapia fora da Casa. Da mesma forma, o tratamento medicamentoso é mantido individualmente a nível de cada morador com seu próprio médico, de acordo com suas necessidade no momento."

Quanto ao manejo das crises agressivas, a Casa não pratica os meios de contenção usuais, (grupo de oito, enfaixamento, reclusão, sedativos). O fato do morador participar da Casa por livre e espontânea opção por si só elimina uma parcela substancial das motivações das crises agressivas, tão freqüentes em instituições psiquiátricas fechadas. Dito de outra maneira, o tratamento coercitivo, realizado à revelia da pessoa, é inevitavelmente um ato de violência e, assim, potencializador de uma reação violenta.

Sob outro prisma, os momentos críticos, difíceis dos moradores são tolerados e absorvidos pela equipe de moradores, que funcionam à maneira de um "acolchoado psíquico".

A participação dos moradores nesses momentos é essencial na medida em que faz ver à pessoa em dificuldade que o grupo não a rejeita pelo fato de estar em crise.

No entanto, passado certo limite, quando a crise começa a inviabilizar os trabalhos em andamento ou a gerar um clima demasiado carregado, para além da capacidade de continência do grupo, aquele morador passa a ter a companhia de um AT em outro lugar da Casa, até que consiga controlar-se. Ressalta-se nessas ocasiões que o isolamento não tem sentido punitivo mas que faz-se necessário desde que o morador em dificuldade não consegue partilhar da companhia do grupo.

Quando alguma situação mais crítica ocorre, exigindo uma atitude mais severa, pode haver necessidade de algum tipo de contenção, como segurar pelos braços algum morador que esteja por demais descontrolado. Mas não se configura aí uma técnica de contenção, sistematizada como tal: trata-se de uma intervenção pessoa a pessoa, regulado pelo senso crítico do AT e não por um mecanismo padronizado de defesa, como se dá nas instituições psiquiátricas. Ressalte-se ainda uma vez que tais ocasiões têm ocorrido num número estatisticamente insignificante de vezes.

Dos resultados

As avaliações diagnósticas dos moradores da Casa incluem quadros variados, incluindo esquizofrenia, distúrbios de comportamento, associado a estrutura psicológica num caso e a drogadição em outro, e distúrbios mentais relacionados a lesões cerebrais. A quase totalidade desses jovens já havia passado por internamentos em instituições psiquiátricas, motivados por crises psíquicas que incluíam episódios frequentes de auto e hetero agressão.

Embora até o presente nenhum dos moradores tenha chegado ao ponto de manter-se de maneira completamente autônoma, registra-se o fato de que não ocorreu neste período nenhum episódio de reinternação em instituição psiquiátrica. Os momentos de crise foram superados sem o recurso de reclusão ou afastamento da Casa.

Do exposto nas linhas anteriores, depreende-se que o psicólogo que atua em instituições deste tipo, foge de tudo aquilo que se espera e já se viu como papel clínico. Aqui

há um total envolvimento afetivo-emocional, uma franca maneira de se relacionar, de fazer e de agir e ao mesmo tempo sem que se possa perder a especificidade do papel de terapeuta, que é, além de líder e pedagogo.

3.3.5. O modelo de funcionamento

O modelo de funcionamento subjacente ao Projeto Casa se funda na necessidade de contarmos com uma estrutura semelhante ao grupo original, família, já que esta é a matriz formadora dos traços fundantes da personalidade individual. E onde se realiza a estruturação do aparelho psicológico, operada nas vivências prototípicas com seus genitores. Ao propor este tipo de vivência, promove-se, mesmo que involuntariamente a recomposição de suas primeiras relações objetais, oferecendo-lhe situações, ainda que tardias, de identificações e de aprendizado de modelos de conduta em grupo. Não que esta forma de atuação, ou construção ecológica do espaço vivencial, venha a ser o instrumento de sua cura. Porém, ela concorre para isso. A Casa é, antes de tudo, uma residência ou também uma espécie de "lar-clube-escola", no sentido de que o lar seria o grupo primário, o clube como espaço para o exercício mental e social e a escola enquanto local possibilitador de um saber. Aí "onde o paciente possa encontrar oportunidades de convívio e ocupação semelhantes às do ambiente de onde provem" (Luiz C. Osório - Ambientoterapia na Infância e Adolescência - Editora Movimento, 1975 - Porto Alegre)

Ela não é uma clínica de moldes tradicionais onde a pessoa passa uma temporada antes de retornar para sua casa. Ela é a própria cada dos atendidos, seu ponto de referência enquanto lar, e isto é transparente no discurso de todos. Expressões como "vou para minha casa" referem-se invariavelmente à Casa e não ao lar de seus familiares. Morar num espaço como este, não se configura então como uma situação excepcional, mas expressa o próprio cotidiano da pessoa.

Cada morador tem seu próprio quarto, com seus móveis e pertences particulares. Os moradores têm a posse das chaves da Casa. A sua administração e cuidados é compartilhado por todos. O tempo de permanência na Casa é aberto, durando enquanto isso for do interesse

do morador, que poderá eventualmente decidir morar sozinho, dividir uma casa com alguém, constituir nova família ou retornar ao convívio de sua família de origem.

O atendimento nunca é compulsório. Não existe possibilidade de internamento, contra a vontade da pessoa. Esta torna-se morador apenas por sua própria opção.

A família como instituição, é originária de todas as outras, já que o grupo sempre será o depositário das projeções de modelos individuais. A Casa ao reproduzir o modelo familiar torna-se um espaço e um meio de complementações relacionais que serão possibilitadas através de uma plasticidade singular do caráter de cada componente.

A família, em sua origem, podemos aludir a função de defesa contra o surgimento de angústias primárias de abandono, medo e desorganização. Ela possibilita um sentimento de propriedade, de ser querido e requerido, de fazer parte de um "nós", preservando-se, entretanto, a individualidade. Ela exige submissão, mas também autonomia. Ela funda a personalidade, molda o caráter e regula o comportamento. Ela educa, define funções e cria papéis. Põe rédeas à pulsão, orientando-a tanto nas relações endogâmicas como nas exogâmicas. Tal dinâmica rege o processo identificatório, que não é mais do que a apropriação das insígnias do Outro, os pais e seus subrogados.

Então, tal qual uma máquina de cunhar moedas, matriz de identidade, amalgama, sendo segundo seu registro, uma personalidade que investirá libido, fará ponte, em outras significantes, os quais por sua vez, oferecerão dialeticamente, oportunidades de novas introjeções, dando continuidade a este infindável processo, que só aparecerá quando não mais o desejo existir. Em seus capítulos iniciais, faz-se necessário o desligamento da mãe com a intromissão de um terceiro, servindo como regulador, e como fixação de normas, (a lei). Pois que regula o acesso à mãe e determina o indivíduo no átomo social, como consequência da proibição do incesto. Forma-se o super-eu; entrada na ordem simbólica, da cultura. Este processo promove também a entrada na rede significativa da malha social mais ampla, a qual possibilitará infindáveis figuras substitutas que contribuirão, de uma maneira ou de outra, para seu fortalecimento. A malha social representa, por sua vez, uma constelação bastante variada de traços que contribuirão a este amontoado de marcas superpostas por certo, e também "complementar em certos aspectos, suplementar em outros, paralelo de uma certa forma e

inverso de outra" (Lacan, Jaques - O mito individual do neurótico. 1987). "Tais identificações não são necessariamente harmonizadas entre si". (Lacan, Jaques - Seminário 1 - 1993).

Apresentam-se, antes, como transações dialéticas e múltiplas, tanto menos significativas, quanto mais forte e desenvolvido for o ego do indivíduo. Mas, de maneira alguma, desprezíveis, pois aí reside uma das partes das variadas possibilidades para a mudança e o crescimento¹⁶. Que volto a dizer que sempre existirá quando houver desejo, - o próprio trajeto da vida.

E, neste trajeto, uma Casa, poderá se encontrar.

Tal dinamicidade do processo acima descrito, possibilita que instituições como a Casa, possam servir como espaço, às vezes somente como acolhida, e noutras quem sabe como depositário maciço de projeções fantasmáticas familiares e servindo como uma segunda vivência de situações anteriormente não resolvidas, e que assim auxiliam na resolução da primeira, se não, pelo menos como possibilidade de obturação de um vazio.

¹⁶Atenção, não estamos indicando que o crescimento e a cura se dão pelo caminho da identificação. A resolução do conflito passa pelo desatamento dos nós alocados no inconsciente e não pela imagem ou um ideal a ser perseguido.

3.4 COMENTÁRIOS

Com estes três exemplos, ofereço ao leitor a ilustração do que pretendo defender: criação de espaços alternativos no atendimento ao doente mental, através de ações integradas entre a clínica analítica e a pedagogia. Intervenções que não podem agir isoladas quando se trata de um JPDE.

No primeiro exemplo, ilustramos a acurada metodologia que norteia o trajeto para se diagnosticar e montar um esquema curricular. E, mais que isso, como atender toda a família, já que a dificuldade que atravessam diz respeito a todos os componentes do grupo doméstico. Pode-se ter idéia dos tipos de ferramentas que podemos contar (testagem - observações - auxílio de especialidades complementares - neurologia - psiquiatria) e os profissionais de outras áreas que tomam parte da intervenção requisitada.

O segundo exemplo além de mostrar o itinerário da preparação da estrutura cognitiva pela psicanálise, também serve à ilustração sobre o funcionamento metodológico da escola voltada para o JPDE. Uma equipe multidisciplinar discutindo e trocando informações para a definição das táticas a serem usadas em cada período do processo. Sem que se perdesse a identidade de cada profissional, o chefe da equipe (no caso, uma psicanalista) coordenava e dava substratos ao educador de como instrumentalizar melhor a sua empreitada. Por outro lado, o professor fornecia o resultado de suas intervenções e comportamento geral do aluno em sala de aula, os quais eram processados novamente junto ao coordenador e outros membros da equipe. Testes e outras sondagens eram requisitadas em momentos em que se precisasse (como no momento de iniciá-lo na lecto-escritura, por exemplo). O uso do Acompanhante Terapêutico não foi desprezado.

Queremos salientar que esta instituição clínica-pedagógica que atendeu o caso "Pedrinho" - a Escola Terapêutica de Curitiba - funcionou em nossa cidade durante 10 anos (1977- 1987)¹⁷ e que chegou a contar em sua equipe com cinquenta elementos entre estagiários, acompanhantes terapêuticos, psicólogos, pedagogos, fisioterapeutas, etc., além de ter mantido contatos freqüentes com o psiquiatra ou outros especialistas requisitados para o

¹⁷Sob a responsabilidade da Psicóloga Tânia M. Kost.

caso. Com este quadro de profissionais chegou a atender até 100 crianças e jovens simultaneamente, com currículos diferenciados e todas as atividades complementares que uma escola poderia oferecer.

No terceiro exemplo, mais um espaço alternativo nos ilustra a proposta. Trata-se de um JPDE morar em uma pensão protegida e, opcionalmente, freqüentar a Escola Terapêutica. Há vinte anos atrás, esta prática estava ainda germinando na cabeça de alguns psicopedagogos ou profissionais da saúde mental. A Escola Terapêutica foi uma das pioneiras do país neste tipo de atendimento diferenciado, não ficando para trás a Pensão Protegida - CASA¹⁸. Hoje, ambas as propostas já encontram experiências similares em outros Estados.

Semear novos espaços para o atendimento ao jovem doente mental, exige ter claro a estratégia e os objetivos como já salientei, a serem engendrados. Em nosso caso, um dos pontos capitais é detectar as significações do aprender e a sua relação com a subjetividade do sujeito.

As estratégias e alternativas para o atendimento educacional do JPDE, segundo as ilustrações selecionadas, se ajustam a critério etário da clientela, a caracterização dos respectivos quadros nosológicos e ao interesse e exigências do nivelamento escolar (Quadro A). Em cada caso, ainda, regime, tempo e estrutura de atendimento são específicos, particulares, do mesmo modo que a sistemática de relacionamento do atendimento psicológico com a vida escolar convencional (Quadro B). Por fim, o atendimento terapêutico, em seus procedimentos, seguem opções variadas de encaminhamento com utilização de recursos e métodos individualizados, grupais ou mistos, e um respaldo teórico calcado nas linhas de interpretação possíveis. A nomenclatura atribuída às estratégias e enfoques para o atendimento educacional do JPDE, serve-se de termos distintos na literatura conhecida servindo à constatação da potencialidade deste atendimento e conseqüente flexibilidade de modelos vivenciais (Quadro C).

¹⁸Dirigida desde a sua fundação, 1989, pelo psicólogo José Carlos dos S. Pinto. (CRP 08/1667) e Cláudio Cesar P. Teixeira. (CRP 08/2753).

QUADRO A

**ESTRATÉGIAS E ALTERNATIVAS PARA O ATENDIMENTO DO JPDE,
SEGUNDO A CLIENTELA.**

Base: Ilustrações Seleccionadas

Espaço	Faixa Etária	Síndromes Quadros nosológicos	Nível Escolar
CONSULTÓRIO	Todas as Faixas	Qualquer um	Todos os níveis
ESCOLAS ESPECIALIZADAS	Faixa escolarizável	Segundo o objetivo da escola. Restrições quanto a quadros que apresentam retardo mental, oligofrenias, etc.	pré, 1º e 2º graus
RESIDÊNCIA PROTEGIDA	Adolescência adultez peer groups	Segundo o objetivo da residência. Neste caso, as mesmas restrições impostas no exemplo anterior.	Independente de escolaridade

QUADRO B

**ESTRATÉGIAS E ALTERNATIVAS PARA O ATENDIMENTO DO JPDE,
SEGUNDO A ESTRUTURA E O REGIME DE ATENDIMENTO**

Base: Ilustrações selecionadas

Espaço	Regime	Tempo	Estrutura	Relações com a escola convencional
CONSULTÓRIO	Seqüência de sessões (relação interpessoal com o terapeuta)	Temporário. De curto a longo prazo.	Individual Grupal	Apoio suplementar
ESCOLAS ESPECIALIZADAS	Inserção diuturna, em tempo integral ou parcial	Variável. De curto a longo prazo.	Grupal diferenciada	Prepara para a inserção ou reinserção escolar.
RESIDÊNCIA PROTEGIDA	Inserção social ampla. Programas autogeridos	Variável, sem necessidade de encerrar a vivência, opção ou projeto	Socializada. Modelo Familiar.	Novas estruturas e experiências. Eventual relação com cursos supletivos

QUADRO C

**ESTRATÉGIAS E ALTERNATIVAS PARA O ATENDIMENTO DO JPDE,
SEGUNDO O MODELO TERAPÊUTICO**

Base: Ilustrações Seleccionadas

Espaço	Procedimentos	Nomenclatura
CONSULTÓRIO	Atendimento individual e/ou grupal. Segundo orientação teórica adotada. Atuação do analista em interação com a família e outros profissionais.	Atendimento ambulatorial
ESCOLAS ESPECIALIZADAS	Atendimento individual e grupal. Acompanhamento individualizado, num contexto grupal. Métodos Pedagógicos e Psicológicos. Atuação de equipe multidisciplinar.	Escola terapêutica Escola psicopedagógica Escola protegida
RESIDÊNCIA PROTEGIDA	Atenção individualizada, tarefas auto-gestionáveis. Assembléias gerais, dinâmicas de grupo. Procura de novas experiências e propostas. Pode ser um desdobramento do exemplo anterior. Atuação de equipe multidisciplinar.	Pensão protegida Núcleos de convívio Centro de atividades Núcleos de vivências autogeridas

Então, o que se pode ver neste capítulo? A viabilidade e a riqueza de recursos destas alternativas no atendimento ao JPDE. Considerando-se o número expressivo de jovens e crianças que poderiam contar com este benefício, por que não multiplicar este tipo de instituições em planos conjuntos de Secretarias ou Ministérios da Saúde e da Educação? Quantas crianças já poderiam desde cedo beneficiar-se deste tipo de intervenção, sabendo-se dos malefícios do crônico tratamento hospitalar a que a maioria da população está sujeita, evitando esta visão psiquiatrizante que asila o diferente e que não ultrapassa a aplicação de sedativos que apenas acalmam sua loucura? Além disso há de se considerar aqueles pacientes potenciais que não podem ter acesso à estrutura vigente.

O agravamento do problema pode ser avaliado pela projeção estimativa dos portadores de distúrbios emocionais. Outros tipos similares poderiam se criados, como oficinas protegidas, cursos de formação especializada técnica e artesanal. Centros aglutinadores de convivência e de formação de mão-de-obra, atendendo às necessidades da região e da cultura a que estão inscritos, passando pela solução dos problemas individuais, não só psicológicos mas de outras necessidades vitais - emprego e inserção social, por exemplo.

Se, adotarmos, como atividade alternativa de tratamento mental, espaços para a criação e o desenvolvimento de programas educacionais, então haveremos de definir objetivos distintos e estratégias específicas aos quadros nosológicos encarados. Tais programas deverão transcender a montagem de "currículos de compensação" e/ou "currículos técnicos" que visam oferecer eventuais ferramentas de adaptação ocupacional. Deve-se perseguir conteúdos universais de abrangência socializadora plena.

Assim, haverá lugar para a educação artística e religiosa, para a transmissão do patrimônio básico da cultura nacional e regional e para a reflexão dos costumes não só do ponto de vista ético, mas também moral, no dito culto das virtudes cívicas.

Em outras palavras, devemos voltar os olhos para todas as formas que caracterizam um indivíduo engajado no tecido social. Ou seja como uma identidade cultural, condições ideais para a investidura da cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - CAPÍTULO 3

- 1 CORALINA, Cora. **Poemas dos becos de Goiás e estórias mais**. Rio de Janeiro : Global, 1986. 246p.
- 2 EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia "A Casa" CENAMO, C; CAGNA M et alii. **A rua como espaço clínico**. São Paulo : Escuta, 1991. 247p.
- 3 LACAN, Jaques - **O mito individual do neurótico**. - Revista Brasileira do Campo Freudiano - Editora Fatos. 1987 - São Paulo)
- 4 LACAN, Jaques - **Seminário I** - Pág. 85 - Zahar 2ª Edição, 1983 - Rio de Janeiro).

4 REFLEXÃO FINAL

Sinhazinha de catorze anos - fermosura.
Prendada. Faceira.
Muito certa na Doutrina.
Entendida do governo de uma casa
e analfabeta.
Diziam os antigos educadores:
- Mulher saber ler e escrever não é virtude."
(CORALINA, C. 1986. pág.65)

Antes de iniciarmos este último capítulo da minha proposta, gostaria primeiro de assinalar que estas reflexões que ora faço, são fruto de um itinerário intelectual baseado num acompanhamento dos movimentos de Saúde Mental daqui e de além mar. Estes movimentos, animados no Brasil pela ideologia das Comunidades Terapêuticas, tiveram suas primeiras experiências nacionais e foram, é bom que se lembre, um divisor de águas ao final da década de sessenta. Em nossa cidade começou a engatinhar no início dos anos 70.

Reformas institucionais urgentes se faziam necessárias em nosso rançoso feudalismo psiquiátrico nacional, o qual, por sua vez, era apenas um reflexo de uma situação mais ampla de uma realidade ocidental. Que aos poucos foi sendo minada pelas idéias de M. Jones.¹⁹ Este propunha um modelo participativo que se pretendia igualitário nas relações sociais da instituição, vislumbrando, através desta, a saída revolucionária para o tratamento do doente mental: na medida em que se ouvisse o louco, abrir-se-ia o espaço à sua participação no gerenciamento de seu (próprio) asilamento. Tentava-se, assim, diminuir o distanciamento entre o paciente e o psiquiatra, além de introduzir novos profissionais na equipe de tratamento. O

¹⁹JONES, M. A **comunidade terapêutica**. Experiência pioneira ao tempo da 2ª Guerra Mundial, em que os pacientes em assembléias geral decidiam sobre a organização e suas atividades diárias.

paradigma a ser perseguido era o trabalho participativo e o bem coletivo do hospital. Fazer com que o paciente participasse o mais ativamente possível de sua recuperação no gerenciamento das atividades da instituição, em um clima de amplas liberdades onde pudesse, com seu médico, discutir as medidas tomadas para o seu tratamento. Buscava-se o equilíbrio de participação, tanto entre os pacientes, como entre eles e a equipe terapêutica.

Eram tempos de luta armada na América do Sul. Guevara, a contra-cultura e o psicodelismo miscigenavam-se em uma peculiar mistura que contribuía ideologicamente aos enfrentamentos para a libertação dos loucos oprimidos de todos os hospícios. A antipsiquiatria autorizava a considerar-se o louco como um colorido militante da causa libertária. Questionava-se o próprio conceito de esquizofrenia. Participação, igualdade, todos deveriam perseguí-la. Não percebíamos, é que estávamos impondo também um mesmo modelo de tratamento a todos, e exigindo um mesmo grau de participação de todos os pacientes do hospital, não se cogitando de outras possibilidades de mobilização e enfoques terapêuticos.

Porém, mesmo participando deste arroubo ideológico, já era convicto de que não passávamos de "arrumadores da casa", (ou infantis da causa?) pois jogava a sua materialização para o futuro, quando mais tarde estivesse já consolidada a nova composição da teia social da instituição e sua conseqüente descentralização do poder (ingênua esperança). Aí, sim, poderíamos dedicarmo-nos à "verdadeira psicoterapia". Aquela que se encarregaria dos conflitos intrapsíquicos de uma maneira mais acurada. Porque, mesmo que idealmente eliminássemos as causas sociais e institucionais negativas, não estaríamos ainda na direção de sua cura ou tampouco do reconhecimento de suas, talvez, poucas possibilidades de realização.

Tempos depois (1979), Franco Basaglia²⁰ era convidado pela Comunidade "Infance" de Diadema, São Paulo (sob a direção de Osvaldo Di Loreto) a ministrar uma série de conferências e discussões em pequenos grupos de profissionais da área. Nos debates, oferece-nos novas, (para nós), propostas que desenvolvia na Itália (em Trieste) desde o início da década de 70, impensáveis por aqui, até aquele momento. O movimento "Psiquiatria Democrática" é constituído a partir de 1973, com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização de reforma psiquiátrica em todo o território italiano.

²⁰Líder da corrente dita Psiquiatria Democrática (da Itália), e que influenciou quase todos os países ocidentais nos novos modelos de portões abertos do Hospital psiquiátrico (em Trieste na década de setenta).

Prega-se a abolição gradativa da instituição psiquiátrica e a construção de centros de saúde, para cada área da cidade, abrangendo de vinte a quarenta mil habitantes, funcionando vinte e quatro horas por dia. "São abertos também vários grupos-apartamentos, que são residenciais onde moram usuários, algumas vezes sós, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários..." (ROTELLI, F e AMARANTE, P. 1992, p. 44/45)

Aquela atitude de abrir os portões do frenocômio e trata os conflitivos por outros caminhos, inclusive através da urbe, me pareceu praticável somente em uma pequena cidade de primeiro mundo. Mas, enfim, os germes estavam lançados.

Mais tarde ainda, com a realização do primeiro Encontro da Rede Alternativa de Psiquiatria (Belo Horizonte - 1982) começaram-se a sedimentar e a clarear concepções de que haviam outras possibilidades que engrossariam e diversificariam as políticas de atenção à Saúde Mental. Associações representativas de diversos segmentos da população poderiam ser mobilizados para a participação mais efetiva em sua implantação e no delineamento de suas necessidades, (sindicatos, associações de bairros, de ex-internados, associações de etilistas, etc.), não ficando apenas no plano das reivindicações. Estes debates tinham em comum uma perspectiva que lhes fazia ver a história, cultura, sociedade e singularidade, onde a psiquiatria tradicional apenas enxergava biologia e idiossincrasias individuais.

Em 1986, realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde sob os auspícios do Ministério da Saúde, com o fim de discutir os planos futuros do governo federal. Em decorrência desta, e em colaboração com os Ministérios da Previdência e da Educação, é determinada a realização da I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1988), marco nacional da luta antimanicomial.

Em seus capítulos introdutórios, a Conferência analisa as relações do Estado e a Economia, reconhecendo que, historicamente, a atenção à Saúde Mental sempre espelhou os interesses de classes empresariais-psiquiátricas, e que seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos incapacitados para a produção e, portanto para o convívio social, em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista, ficando sem responder às necessidades sentidas na área social, o que significa que ela acaba tornando-se uma força anestésica de contenção e controle da insatisfação popular, sem se constituir em terreno de transformações reais. Assim sendo, situa a Saúde Mental no bojo da luta de classes,

ao mesmo tempo em que convida a uma reflexão crítica aos trabalhadores da Saúde, já que estes podem se constituir em instrumentos de dominação do povo brasileiro, seja por uma opção astuta e de identificação com os interesses das classes dominantes, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica. É urgente pois o reconhecimento da função de dominação dos trabalhadores da saúde mental e a revisão de seu papel, reorientando a sua prática e configurando a sua identidade ao lado das classes exploradas.

Este Encontro, que também foi uma promoção do Ministério da Educação, veio como porta-voz dos anseios discutidos já nas assembléias gerais da ONU em defesa das minorias, as quais propunham a formação de conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade, de modo a permitir a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas e estabelecimentos. E, com relação ao modelo assistencial, recomendava à 1ª Conferência a reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-o na estratégia de desospitalização, referindo-se aqui a hospitais psiquiátricos ou gerais. E também aconselhava a implantar recursos assistenciais alternativos aos asilares, como unidades ambulatoriais de tratamento intensivo, tais como: hospital dia, hospital noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos auto-gestionários e trabalho protegido.(C,2.9). E para impedir práticas de controle social, invocava a discussão e articulação dos setores da Saúde e da Educação para o incremento e utilização de práticas multiprofissionais.

Enquanto se procurava implantar as gradativas alterações institucionais e a mobilização dos trabalhadores da Saúde, um evento internacional veio ao encontro dos anseios da vanguarda reformista internacional (sul-americana). Trata-se da **Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica**, realizada na Venezuela em novembro de 1990, convocada pela Organização Mundial da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde, a qual contou com o apoio técnico do Instituto Mário Negri de Milão. Estiveram presentes as principais associações e serviços de saúde mundial, delegados, juristas e parlamentares de dezessete países. Fazemos alguns recortes deste, cujo documento conclusivo ficou conhecido como a Declaração de Caracas.

A Declaração de Caracas parte da constatação de

que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo; e que o hospital psiquiátrico impede alcançar estes objetivos, porque isola o doente de seu meio, gerando aí, maior incapacidade social, pondo em perigo os direitos civis e humanos do enfermo, requerendo a maior parte dos recursos financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental. Considera que o atendimento Primário de Saúde é a estratégia referendada. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. 1990)

Propõe, então, que o atendimento primário à Saúde se funde na promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais através dos SILOS (Sistemas Locais de Saúde), os quais oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva; que uma reestruturação daquele atendimento se faça sobre uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços; que os recursos, cuidados e tratamentos visem:

- (a) salvaguardar, invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
- (b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; e
- (c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário.

A importância da saúde mental pende nas suas conclusões, ainda, nos seguintes termos:

A informação disponível, em todo o mundo, sugere que os distúrbios mentais são provavelmente a causa de incapacitação mais importante e de tratamento mais custoso em todas as sociedades.

Apesar disso, em nenhum país do mundo os programas de saúde mental e assistência ao doente recebem a atenção que merecem. São importantes as palavras do Diretor da Divisão de Saúde Mental da OMS quando declara: "a ínfima importância ocorrida à vida mental e à saúde mental na escala de valores da maioria das sociedades demonstra que sua modificação será tarefa mais importante e difícil, no futuro, dos programas de saúde mental".

A complexidade e seriedade das doenças mentais requer, em seu atendimento, prevenção e reabilitação e a cooperação sistemática dos quatro tipos de protagonistas que intervêm no processo: o indivíduo, a família, a rede ou conjunto de serviços de saúde mental e a comunidade, todos eles em cooperação com governos de cada país.

Este Encontro veio também dar respaldo a um projeto de lei que tinha sido já protocolado na Câmara dos Deputados em 1989 e que atualmente já tramita no Senado Federal, mobilizando discussões de políticos de todos os matizes. É a chamada lei Paulo

Delgado²¹ que se propõe a reformular dispositivos da anacrônica legislação de 1934 que dizem respeito à cidadania e direitos do doente mental. Este anteprojeto se resume nestes três pontos capitais:

- 1º Detém a expansão rede hospitalar psiquiátrica pública.
- 2º Redireciona as verbas públicas para outros dispositivos assistenciais não manicomiais.
- 3º Torna obrigatória a aquiescência do paciente em seu internamento. Caso ele seja internado contra a sua vontade, será necessário a comunicação oficial e a justificativa de tal ação, pela equipe técnica.

Sem dúvida, esta lei, se aprovada, trará novos caminhos na humanização para uma melhor adequação dos multitratamentos possíveis aos variados distúrbios emocionais. Ela não ordena uma fórmula, ela possibilita alternativas. **"Ela "não institui um modelo terapêutico, não desaparece com as internações, não propõe a "ressocialização" compulsória dos milhares de brasileiros há anos internados - apenas põe uma pedra no processo de reprodução da situação horrorosa que hoje vigora"** (BEZERRA,B. 1992. p.36). A lei não garante uma melhoria nos serviços, mas é fomentadora de experiências que saiam mais bem sucedidas.

Mas é importante que se esclareça, que mesmo com a realização da 1ª Conferência e a mobilização que a lei Paulo Delgado criou pela ordenação das bases reformistas, houveram, como há ainda, oposição e o boicote, principalmente pela ala empresarial da psiquiatria, que tem interesse que as coisas continuem como estão. Em virtude disto, e agora com o alinhamento dos países participantes da Organização Panamericana de Saúde, realizou-se a **2ª Conferência de Saúde Mental**, como parte dos desdobramentos da IX Conferência de Saúde Mental (discussão do Sistema Unificado de Saúde - SUS) e para a rediscussão e consolidação das reformas esperadas. (Devo confessar que, para mim, é difícil, nestas considerações finais,

²¹Deputado Federal pelo Partido dos Trabalhadores.

diferenciar idéias originais próprias das da 2ª Conferência,²² já que como participante dela desde seus encontros regionais, até sua finalização em Brasília em dezembro de 1992, fez com que se amalgamassem estas propostas políticas em minha prática e, em meu discurso enquanto professor e supervisor de atividades clínicas com meus alunos).

Este segundo evento, desaguadouro final de todas essas lutas pelo progresso e assistência ao doente mental, e pela renovação de sua legislação, que urge rever em seus aspectos éticos, técnicos e políticos, diferentemente de seus antecedentes, contou com a participação efetiva dos usuários e de suas associações na realização dos trabalhos de grupo, na participação das plenárias, nos debates e nas tribunas livres - colocando em prática já a política democrática e participativa que deverá nortear os caminhos da reforma - além, é claro, de entidades prestadoras de serviços, as de formação (instituições de ensino) e as representações profissionais.

Colóquio democrático que possibilitou transformações nas trocas sociais entre os representantes das classes envolvidas, dele, são muitos os aspectos a serem considerados: o documento final (ainda não publicado) é longo. Conta com 297 proposições.

Muitas necessitam ainda, de maiores e mais detalhadas discussões como as que concernem à implantação de novos projetos, ao carreio de verbas, às associações interdisciplinares e aos programas de descentralização e regionalização. Pela especificidade deste trabalho deixarei de abordá-lo por inteiro, para ressaltar estratégias e aspectos que possam se relacionar com a educação e aos exemplos escolhidos por esta dissertação.

Todas as propostas insistem na desospitalização e na desinstitucionalização das práticas assistenciais. O que se entende por isto?

Não proponho o total desaparecimento dos hospitais psiquiátricos. Mas sim, reciclá-los, com novas propostas mais democráticas, mais significativas para os internados, oportunizando a multidiversidade das experiências com experiências comunitárias. E também, porque, necessidade de alguns sempre teremos, na medida em que sempre haverá espaços e fugas sociais impossíveis de se cobrir - como os de família ignorada, os totalmente demenciados e

²²2ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Brasília - I a 11 de dezembro de 1992 - Ministério da Saúde, da Educação e da Previdência. As propostas finais e seus encaminhamentos não foram ainda publicadas, estando prevista a sua edição para agosto vindouro. Autores e propostas citados encontram-se no caderno editado para os debates e apresentações, e também na primeira cópia das resoluções postas em debates, ao final do Encontro. Pedidos para consulta devem ser encaminhados ao Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

os abandonados. Igualmente há de se pensar como estratégia e retaguarda para as pontas de lança e serviços atuantes na sociedade. Por desinstitucionalização, entendo toda proposta que, em seus objetivos, já tenha em mira por princípio, de que em nada se concorrerá para um congelamento das relações, propostas e modelos de atendimento. Mas que se vislumbre sempre a possibilidade de mudança ou engendramento com outras formas e iniciativas, nunca se associando, porém, a estruturas burocráticas que possam atravancar ou comprometer, ideologicamente, o seu próprio desenvolvimento.

Luta antimanicomial não consiste necessariamente em pôr abaixo e arrasar materialmente o hospício. Mas sim, refletir e pôr em prática projetos que transformem a maneira de se comunicar e as práticas dominantes.²³

Sob estas intenções, o 2º Encontro incentiva a promoção de ações da Saúde, associando-se com outros programas, organizações e movimentos comunitários, bem como outras organizações e movimentos da sociedade civil, criando mecanismos antimanicomiais de avaliação do serviço, considerando as realidades locais, pois a complexidade das questões que envolvem o campo da Saúde Mental exige a construção coletiva de práticas e saberes cotidianos, que permitem enraizar-se na cultura do povo uma postura antimanicomial.

O perfil da equipe será necessariamente multiprofissional, integrando profissionais de outros campos do conhecimento, como por exemplo os trabalhadores da arte, cultura e educação. Sua proposta pedagógica será dinâmica, permanentemente construída e continuada. A supervisão, mecanismo de suporte usado constantemente pelas equipes interventoras, deixará de ser somente um mecanismo de prevenção da saúde mental da equipe, para transformar-se em avaliação da prática profissional e seus resultados, entendida também como formação permanente e fórum recorrente para a discussão sobre o processo e seu impacto na população atingida. A equipe sempre deverá articular os corpos de conhecimento científico e popular, valorizando a atenção informal, como os de associações religiosas, grupos de auto-ajuda, organizações de familiares, etc..., e assim, estimulando os espaços de discussões democráticas entre usuários, técnicos, familiares e a comunidade em geral; socializando informações com o fito de contribuir para a otimização do atendimento da rede de serviços; redirecionando as

²³ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) - idéia contida no relatório da Oficina: Reforma Psiquiátrica, Porto Alegre, maio : 1992.

verbas destinadas à rede manicomial para a rede extra-hospitalar e outras experiências alternativas, incluindo aí o fortalecimento dos movimentos não governamentais, porque sempre dever-se-á evitar ao máximo a internação do doente mental que só deverá ocorrer após esgotados os recursos que possam tornar desnecessário tal procedimento.

Tal Encontro também abordou o papel da Universidade na formação da nova mentalidade, determinando que se introduza temas de Saúde Mental coletiva nos diversos cursos. No mesmo sentido sugeriu que se promova a obrigatoriedade de estágios acadêmicos nas redes públicas e privadas de saúde, e que se estimule práticas de ensino, pesquisa e extensão que favoreçam novas atitudes dos futuros profissionais em relação à doença mental. Na rede de ensino de 1º e 2º grau temas de Saúde Mental deverão ser desenvolvidos a partir das necessidades regionais colocando desde aí a prática da cidadania, pois esta é uma construção histórica que resulta das problematizações concretas que cada sociedade produz. E, para finalizar, que se reconheça também a subjetividade de cada um com o direito de vivenciar suas crises e nem sejam elas reprimidas por quaisquer métodos coercitivos.

EVENTOS DETERMINANTES NAS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO A SAÚDE MENTAL		
NACIONAL	PANAMERICANO	MUNDIAL
8ª Conferência Nacional de Saúde - Brasília, 1986.	1º Encontro Latino-americano de alternativas à psiquiatria - México, 1981.	Criação da Rede Alternativa de Psiquiatria - Bruxelas - Bélgica, 1975.
1ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Brasília, 1987.	Conferência sobre Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Caracas - Venezuela, 1990.	Convenção de Alma Ata - OMS - Cazaquistão, 1978.
2ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Brasília, 1992.	"Declaração de Caracas"	Princípios da declaração do Encontro sobre a Proteção de Pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à Saúde Mental. ONU, 1991.

Como observamos mais acima, o documento é longo. Abarca desde questões jurídicas, formação de equipes até questões trabalhistas. Mas este resumido pinçamento já nos basta para respaldar nossa proposta de que a Educação seja mais um instrumento para os serviços de saúde mental. porém, que não seja, ressaltamos, somente requerida na prevenção da doença, ou nas ações de conscientização da população. Que a privilegiem, como um dos instrumentos do próprio tratamento do "disturbado", pois, na medida em que exige a participação das funções do ego²⁴ nos contatos com a realidade, este só tem a ganhar em termos de alargar seus "conhecimentos" e presentificar o seu domínio sobre o comportamento impulsivo. Em outras palavras: que no lugar do recalque (que é inconsciente e desviador de energias para a sua manutenção) advenha o controle consciente sobre a desorganização. Em cada "insight" um saber se acrescenta dando-lhe (ao ego) mais consistência e poder. E também podemos acrescentar: o exercício fortalece o já conquistado, contribuindo para a compensação de outras deficiências.

A proposta educacional de um atendimento não manicomial e integral, torna-se, depois destas exemplificações, a estratégia mais adequada ao tratamento e inserção social do JPDE. Não só a mais adequada, mas na realidade, o único caminho que se pode ter, para se tentar um tratamento eficaz e que vá até as últimas possibilidades que tal ação possa comportar. Algo que se opõe ao anestesiamiento de suas faculdades mentais, provocado pela quimioterapia, ou qualquer outra ação coercitiva. Não se consegue imaginar, também, um tratamento que só vise a recuperação ou o estancamento do "psicológico afetado", sem que se requisite suas potencialidades (o que foi sempre, aliás, a prática asilar psiquiátrica). Não se pode falar em tratamento sem visar uma certa instrumentalização de seus recursos internos saudáveis propiciadora da criação e engendramento de seus laços na teia social a que pertence, e a que terá que construir.

Tal proposta não acolhe qualquer idealização utópica, que se possa imaginar. Antes, a estratégia que defendo, leva em consideração, para a sua implementação, a compreensão de que o processo da doença, assim como o seu tratamento, devem ser vistos de uma maneira contextualizada, privilegiando o princípio da qualidade de vida. Insisto. Que a intervenção não

²⁴Aquelas que tomam contato com o mundo externo. Atenção, percepção, memória, etc.

seja anestésica, e sim vitalizadora. Que não tenha apenas um efeito calmante e asséptico. Mas que se resgate e maximize-se o aproveitável do JPDE, sem se preocupar muito com uma estética burguesa e de bom tom existencial. Que se elimine, também, uma visão comportamentalizada do ser humano. E que através do velho exemplo das duas faces da moeda, procure-se **"libertar o raciocínio, a subjetividade de cada profissional e leigo, da lógica conservadora dos conceitos de doença, tratamento e cura até agora dominantes na psiquiatria"**. (BRAGA-CAMPOS, F.C. 1992)

Por que não pensarmos mais longe e propormos uma escola técnica e de ofícios para o JPDE? Ou uma escola agrícola? Um CIEP para adolescentes com desvios? Se a Escola Terapêutica e o projeto Casa já demonstraram sua eficácia e viabilidade, por que não avançarmos em novas propostas?

Temos que defender e incentivar a pesquisa de novas experiências. Nunca atreláveis, porém, a outras empreitas e burocracia que possam obscurecer os seus objetivos. E um deles inegociável: o exercício constante da pesquisa e o compromisso de sempre procurar novos caminhos que levem a uma melhoria na consideração, tratamento e justiça ao doente mental. **"O que geralmente ocorre não é o problema da doença em si, mas a relação que a instituição possui com o doente"**. (CORBISIER, C. 1992. pág.6)

Sem se agarrar a um choroso discurso humanista desta questão, e tampouco responsabilizar somente Freud como influenciador de um tratamento diferenciado ao doente mental, esta proposta pretende preencher totalmente uma questão especificamente científica, no sentido de discriminar, escolher os instrumentos e intervir. Atitude, que na área "psi", sem dúvida a psicanálise esmerou-se, e tanta influência causou na psiquiatria, batizando-a dinâmica por certas correntes que foram convencidas pelas suas demonstrações. Freud foi dos primeiros a fazer um profundo reconhecimento da diferença, da especificidade dos problemas psíquicos em um indivíduo incrustado num organismo sociocultural. Daí a exigência de projetos, estratégias e escutas diferenciadas para a reconstrução de seu histórico de vida. E não só isso, no século passado ainda, ele subverteu o conceito de loucura, ao procurar, através de suas metáforas, o sentido destas vivências bizarras. Inicialmente com suas histéricas, e mais tarde, só num exemplo, lembremos o caso Schereber, onde a lógica Aristotélica é substituída pela lógica do inconsciente. Deste prisma, não é mais a consciência o foco de atenção do cientista

"psi" mas "mas abajo" - o inconsciente. E aí é preciso escutá-lo de outra maneira. Pois que a loucura "é polissêmica... é surpreendente, insólita, e irreverente" (BEZERRA, B. 1992. pág.114) pedindo um auscultamento minucioso:

Ver as coisas dessa maneira é compreender que para superar o modelo manicomial é necessário analisar o sofrimento psíquico individual como um fenômeno que põe em questão simultaneamente a experiência subjetiva singular e o universo social-histórico em que essa experiência emerge e ganha existência para o próprio sujeito e para os outros - isto através de um vocabulário que nomeia e a torna reconhecível, e de práticas que lhe designam um lugar no conjunto de possibilidades oferecidas a seus membros. (BASAGLIA, F. 1979)

O novo paradigma a perseguir, agora, é a equidade e universalização no atendimento da população. "Para uma ordem social onde se considere o desejo, as necessidades e a expressão de todos e de cada um, simultaneamente, são necessários novos tratados e códigos que espelhem as novas relações sociais e institucionais". (PITTA, A.M.F. e DALLARI, S.G. in Caderno publicado pela 2ª Conferência de Saúde Mental, 1992)

E, se a saúde psíquica é uma questão de grau, tem sua expressão determinada culturalmente, e sofre uma normatividade social, então a educação deve se responsabilizar por parte de programas estratégicos que atuem no alargamento da diversidade de pautas existenciais saudáveis. Estes programas devem ocupar inclusive os ditos espaços não formais de educação, como pontos-chaves de mobilização social. E, finalmente, que "seja o espaço público como um lugar de afirmação do coletivo e de mudança do poder contratual dos cidadãos em sua relação com o Estado". (I CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL. 1987). Isto é, queremos dizer de uma nova ética nas relações dos poderes constituídos e a sociedade e de um indivíduo para outro indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - CAPÍTULO 4

- 1 AMARANTE, P; BEZERRA, B; CORBISIER, C; POTELLI, F et alii. **PSIQUIATRIA sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1992. 128p.
- 2 BASAGLIA, F.A. **A Instituição negada**. São Paulo : Graal, 3º Capítulo, 1979.
- 3 BRAGA CAMPOS, F.C. In **Psicologia e Saúde - repensando práticas**. Vários Autores. São Paulo : Ed. Hucitec, 1992.
- 4 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43p.
- 5 CORALINA, Cora. **Poemas dos becos de Goiás e estórias mais**. Rio de Janeiro : Global, 1986. 246p.
- 6 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica** - Caracas, 1990. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.
- 7 PITTA, A.M.F. e DALLARI S.G., in caderno publicado pela 2ª Conferência de Saúde Mental. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 AMARANTE, P; BEZERRA, B; CORBISIER, C; POTELLI, F et alii. **PSIQUIATRIA sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1992. 128p.
- 2 ATAS da coisa nº 1. Curitiba : Coisa Freudiana, 1988. 118p.
- 3 ATAS da coisa nº 2. Curitiba : Coisa Freudiana, 1988. 134p.
- 4 BASAGLIA, F.A. **A Instituição negada**. São Paulo : Graal, 3º Capítulo, 1979.
- 5 BASBAUM, Leôncio. **Alienação e Humanismo**. 4. ed. São Paulo : Global, 1981. 157 p.
- 6 BLEGER, José. **Temas de Psicologia. Entrevista e Grupos**. São Paulo : Martins Fontes, 1991.
- 7 BLOS, Peter. **Adolescência: uma interpretação psicanalítica**. São Paulo : Martins Fontes, 1985. 260 p.
- 8 BRAGA CAMPOS, F.C. In **Psicologia e Saúde - repensando práticas**. Vários Autores. São Paulo : Ed. Hucitec, 1992.
- 9 CAPLAN, Geraldo & LEBOUICI, Serge. **Psicologia social de la adolescência** : desarrollo, familia, escuela, enfermedad y salud mentales. Buenos Aires : Paidós, 1973. 291 p.
- 10 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43p.

- 11 CONGRESSO DE PSICOLOGIA, 2, São Paulo. **Anais do II Congresso de Psicologia**. São Paulo : Oborá, 1992. 321p.
- 12 CORALINA, Cora. **Poemas dos becos de Goiás e estórias mais**. Rio de Janeiro : Global, 1986. 246p.
- 13 CUNHA, Jurema Alcides et alii. **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre : Artes médicas, 1986. 400p.
- 14 DOENÇA mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar. Organizado por Maria Angela D' Incao. Rio de Janeiro : Graal, 1992. 308p.
- 15 DOLTO, Françoise. In **A primeira entrevista em Psicanálise** de Maud Mannoni. 2ª ed. Rio de Janeiro : Ed. Campus, 1982.
- 16 EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia "A Casa" CENAMO, C; CAGNA M et alii. **A rua como espaço clínico**. São Paulo : Escuta, 1991. 247p.
- 17 FERNANDEZ, Alícia. **A inteligência aprisionada**: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família. Porto Alegre : Artes Médicas, 1990. 261p.
- 18 FREUD, Sigmund. **Resumo das obras completas**. Rio de Janeiro : Atheneu, 1984. 284p.
- 19 FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. Madrid : Editorial Biblioteca Nueva, 1948.
- 20 FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. S.E. Rio de Janeiro : Imago, 1980.
- 21 INFANTE, Raffael. **Ecologia da saúde mental**: uma nova perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro : UFRJ, 1989. 107p.

- 22 KAES, René. **A instituição e as instituições**: estudos psicanalíticos. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1991. 171p.
- 23 KALINA, Eduardo et alii. **Tratamento de adolescentes psicóticos**. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1986. 113p.
- 24 KNOBEL, Maurício. **Orientação familiar**. Campinas : Papirus, 1992. 236p.
- 25 LABREGERE, Aimé. L'éducation des enfants et adolescents inadaptés ou handicapés. In MIALARET, G et VIAL, J. **Histoire mondiale de l'éducation**. Paris : FUF, 1971.
- 26 LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo : Martins Fontes, 1983. 707p.
- 27 LETRAS da coisa nº 4. Curitiba : Coisa Freudiana, 1987. 74p.
- 28 MANNONI, Maud. **Da paixão do ser à "loucura" de saber**: Freud, os anglo saxões e Lacan. Rio de Janeiro : Zahar, 1989. 214p.
- 29 **A primeira entrevista em psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro : Campus, 1982. 107p.
- 30 MARSIGLIA, Regina et alii. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo : Mandacaru, 1987. 93p.
- 31 MILLOT, Catherine. **Freud Antipedagogo**. Rio de Janeiro : Zahar, 1987. 161p.
- 32 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental**. (s.l.), ONU, 1991. 21p.

- 33 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica** - Caracas, 1990. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.
- 34 PAIN, Sara. **Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992. 86p.
- 35 **A função da ignorância**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1987. 108p. v.2.
- 36 ECHEVERRIA, Haydee. **Psicopedagogia operativa: tratamento educativo da deficiência mental**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1987. 133p.
- 37 PITTA, A.M.F. e DALLARI S.G., in caderno publicado pela 2ª Conferência de Saúde Mental. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992.
- 38 **PSIQUIATRIA sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Organizado por Benilton Bezerra Junior. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1992. 128p.
- 39 REICH, Wilhelm & SCHMIDT, Vera. **Psicanálise e educação**. Lisboa : J. Bragança, 1975. 253p.
- 40 **A RUA com espaço clínico**. Organizado pela Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa. São Paulo : Escuta, 1991. 247p.
- 41 SIMON, Ryad. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos**. São Paulo, Vitor, 1983. 230p.
- 42 SONNTAG, Heinz et alii. **Psiquiatria e desenvolvimento**. São Paulo : Brasiliense, 1980. 172p.

- 43 BERGER, Peter L. & Luckmann. **A Construção Social da Realidade**. 6ª Edição - Vozes - Petrópolis 1985
- 44 GUTERIAL, José G. **O Adolescente Borderline**. Artes médicas - Porto Alegre - 1993.
- 45 MANNONI, Maud. **A Criança sua "doença" e os outros**. Guanabara Koogan - 3ª Edição - R. Janeiro
- 46 VOLNOVICH, Jorge. **A Psicose na Criança**. Relume Dumará - Rio de Janeiro - 1993.
- 47 WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo : Martins Fontes, 1983.
- 49 LACAN, Jaques - **O mito individual do neurótico**. - Revista Brasileira do Campo Freudiano - Editora Fatos. 1987 - São Paulo)
- 50 LACAN, Jaques - **Seminário 1** - Zahar 2ª Edição, 1983 - Rio de Janeiro).