

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

FRANCINE BALTAZAR ASSAD

**Os significados de ser um portador de transtorno
mental: contribuições do teatro espontâneo do
cotidiano na reabilitação psicossocial**

RIBEIRÃO PRETO

2011

FRANCINE BALTAZAR ASSAD

**Os significados de ser um portador de transtorno
mental: contribuições do teatro espontâneo do
cotidiano na reabilitação psicossocial**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: **Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão**

RIBEIRÃO PRETO

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Assad, Francine Baltazar

Os significados de ser um portador de transtorno mental: contribuições do teatro espontâneo do cotidiano na reabilitação psicossocial. Ribeirão Preto, 2011.

114 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Pedrão, Luiz Jorge.

1. Transtornos Mentais. 2. Saúde Mental. 3. Reabilitação. 4. Terapia Ocupacional.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Francine Baltazar Assad

Os significados de ser um portador de transtorno mental: contribuições do teatro espontâneo do cotidiano na reabilitação psicossocial.

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____.

Prof. Dr. _____ Instituição: _____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____.

Prof. Dr. _____ Instituição: _____.

Julgamento: _____ Assinatura: _____.

*Aos portadores de transtornos mentais,
participantes deste estudo, tornando possível a
realização deste.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado pai *Assad (in memoriam)*, pelo maior exemplo de fé e luta pela vida.

À minha querida mãe *Dalva*, pelo incentivo, dedicação e apoio durante toda minha educação.

À minha irmã *Tatinha* e às minhas pequenas sobrinhas *Eloá* e *Serena*, por me proporcionarem momentos de amor e alegria.

Ao meu companheiro *Carlos*, pelo amor, compreensão e bom humor nos momentos difíceis.

Ao *Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão*, por me acolher, orientar e semear momentos de sensibilidade.

À querida *Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo*, por confiar em meu trabalho de terapeuta ocupacional e incentivar meus estudos e ações.

Ao eterno amigo e companheiro *Cleber Tiago Cirineu*, por ser o maior incentivador desta etapa em minha formação profissional e por todas as vivências que compartilhamos em todos estes anos.

À *Profa. Dra. Márcia Pontes Mendonça*, por compartilhar o teatro espontâneo do cotidiano e por toda doçura em me acolher.

Aos colaboradores desta pesquisa *Vanessa, Rosilda e Everton*, pela imensa ajuda com as filmagens.

Ao *Núcleo de Teatro Evoé*, que me proporciona momentos de crescimento e possibilidades.

À *Equipe do Centro de Atenção Psicossocial “Wilson Newton Barbosa”*, por acreditar no meu projeto e me acolher durante toda a coleta.

À *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo*, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

***“Não basta interpretar a
realidade, é necessário
transformá-la.”
(Karl Marx)***

RESUMO

ASSAD, F. B. **Os significados de ser um portador de transtorno mental: contribuições do teatro espontâneo do cotidiano na reabilitação psicossocial.** 2011. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Refletindo sobre a proposta da reabilitação psicossocial, o contexto em que vivem portadores de transtornos mentais e em algumas estratégias e concepções que constituíram o pensamento psiquiátrico e suas práticas terapêuticas, o teatro espontâneo do cotidiano se apresenta como um instrumento da terapia ocupacional importante. A terapia ocupacional estabelece como problemática de partida a exclusão social, e tem como objetivo final a inclusão social. Ao propor o teatro espontâneo do cotidiano como uma das atividades possíveis na clínica da terapia ocupacional, utilizou-se de um importante canal de expressão, onde, através do jogo dramático, o sujeito vivencia situações e papéis de uma maneira descompromissada. Desta forma, o estudo teve por objetivos compreender, através da técnica teatro espontâneo do cotidiano, o significado de ser um portador de transtorno mental e oferecer um instrumento para re-significações, contribuindo para a sua reabilitação psicossocial. Para isso, cinco portadores de transtornos mentais, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, participaram de doze encontros onde se utilizou o referido instrumento. Trata-se de um estudo transversal, de caráter qualitativo. Foram utilizadas filmagens e entrevistas. Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo temática sob a ótica do interacionismo simbólico. Assim, a partir da questão norteadora “O que significa para você ser um portador de transtorno mental?” foram destacadas as seguintes categorias: o transtorno mental, suas definições e causas; o portador de transtorno mental e a relação com a normalidade e aceitação; o portador de transtorno mental e a relação com o medicamento; o portador de transtorno mental e as perdas cotidianas; a relação da sociedade com o transtorno mental; o transtorno mental enquanto possibilidades, renovações e superações e o portador de transtorno mental e suas expectativas de vida. Verificou-se que estes significados estão atrelados à trajetória de vida e às diversas relações que os sujeitos estabelecem. Alguns destes significados ainda estão associados a uma lógica excludente e de segregação na qual o sujeito revela suas percepções acerca de questões normativas e do sofrimento pelas diversas perdas em seu cotidiano. Entretanto, os sujeitos indicaram caminhos positivos, de possibilidades, de renovação, de superação e de expectativas para o futuro. O estudo também revelou que o teatro espontâneo do cotidiano se apresentou como um agente facilitador da interação e expressão, propiciando uma construção criativa em busca de soluções para problemáticas da vida cotidiana, constituindo-se, assim, em um instrumento de valor significativo, que permite re-significações e contribui na reabilitação psicossocial de portadores de transtorno mental. Para tanto, a investigação revelou-se importante para se pensar em estratégias de assistência ao portador de transtorno mental que o ajude a transpor o sofrimento e permita uma nova interação com este.

Palavras-chave: transtornos mentais, saúde mental, reabilitação, terapia ocupacional.

ABSTRACT

ASSAD, F. B. **The meanings of being a person with mental disorder: contributions of the spontaneous theater dramatization of daily life to the psychosocial rehabilitation.** 2011. 114 f. Dissertation (Master) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Reflecting about the proposal of psychosocial rehabilitation, the context where the person with a mental disorder live and in some strategies and conceptions that constituted the psychiatric thought and its therapeutic practices, the spontaneous theater dramatization of daily life is presented as an occupational therapy important tool. Occupational therapy establishes the social exclusion as the starting problematic, and has the social inclusion as the final goal. By proposing the spontaneous theater dramatization of daily life as one of the possible activities in the occupational therapy clinic, it was used an important expression way, where, through the dramatic game, the subject experiences situations and roles in a not committed way. This way the study had as objectives comprehend, through the spontaneous theater dramatization of daily life, the meaning of being a person with mental disorder and offer a tool in order to regain meaning, contribution to their psycho-social rehabilitation. In order to do that, five people with mental disorders, members of a psycho-social center, participated in twelve meetings where it was used the mentioned tool. It is transversal study, of qualification character. It was used videos and interviews. To analyze the data the thematic analysis of content was chosen under the view of symbolic interactionism. Thus, from the north question “what does it mean to you to be a person with a mental disorder?” the following categories were highlighted. The mental disorder, its definitions and causes; the person with the mental disorder and the relation with the medication; the person with the mental disorder and the daily life losses; the relationship of the society and the mental disorder; the mental disorders as possibilities, renovations and overcoming, and the person with the mental disorder and his/her life expectations. It was verified that these meanings are related to the life track and the several relationships the subjects establish. Some of these meanings are still associated to a excluding and segregating logic in which the subject reveal his/her perceptions around social rules and the suffering from the various losses in his/her daily life. However, the subjects indicated positives ways, of possibilities, of renovations, of overcoming and expectations for the future. The study has also revealed the spontaneous theater dramatization of daily life was presented as a facilitator agent of the interaction and expression, allowing a creative construction in search of the daily life problems, constituting, thus, a valuable tool, that allows regain of meaning and contribute to the psycho-social rehabilitation of people with mental disorders. Therefore, the investigation became important in order to think of assistance strategies to the person with mental disorder that helps him/her overcome the suffering and allows a new interaction with this suffering.

Keywords: mental disorder, mental health, rehabilitation, occupational therapy.

RESUMEN

ASSAD, F. B. **Los significados de ser un portador de trastorno mental: contribuciones del teatro espontáneo del cotidiano en la rehabilitación psicosocial.** 2011. 114 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Reflejando sobre la propuesta de la rehabilitación psicosocial, el contexto en que viven portadores de trastornos mentales y en algunas estrategias y concepciones que constituyeron el pensamiento psiquiátrico y sus prácticas terapéuticas, el teatro espontáneo del cotidiano se muestra como un instrumento importante de la terapia ocupacional. La terapia ocupacional establece como problemática de partida la exclusión social, y su objetivo final es la inclusión social. Proponiendo el teatro espontáneo del cotidiano como una de las actividades posibles en la clínica de terapia ocupacional, se utilizó un importante canal de expresión, donde, a través del juego dramático, el sujeto vivencia situaciones y papeles sin compromiso. Así, las finalidades del estudio fueron comprender, a través de la técnica del teatro espontáneo del cotidiano, el significado de ser un portador de trastorno mental y ofrecer un instrumento para re-significaciones, contribuyendo hacia su rehabilitación psicosocial. Para eso, cinco portadores de trastornos mentales, usuarios de un Centro de Atención Psicosocial, participaron de doce encuentros donde fue utilizado el referido instrumento. Se trata de un estudio transversal del tipo cualitativo. Fueron utilizadas filmaciones y entrevistas. Para el análisis de los datos se eligió el análisis de contenido temática bajo la óptica del interaccionismo simbólico. Así, a partir de la pregunta orientadora “¿Qué significa para que usted ser un portador de transtorno mental?” fueron destacadas las siguientes categorías: el trastorno mental, sus definiciones y causas; el portador de trastorno mental y la relación con la normalidad y aceptación; el portador de trastorno mental y la relación con el medicamento; el portador de trastorno mental y las pérdidas cotidianas; la relación de la sociedad con el trastorno mental; el trastorno mental como posibilidades, renovaciones y superaciones y el portador de trastorno mental y sus expectativas de vida. Se verificó que estos significados están vinculados a la trayectoria de vida y a las diversas relaciones que los sujetos establecen. Algunos de estos significados todavía están asociados a una lógica excluyente y de segregación en la cual el sujeto revela sus percepciones acerca de cuestiones normativas y del sufrimiento por las diversas pérdidas en su cotidiano. Sin embargo, los sujetos indicaron caminos positivos, de posibilidades, de renovación, de superación y de expectativas para el futuro. El estudio también mostró que el teatro espontáneo del cotidiano se presentó como un agente facilitador de la interacción y expresión, propiciando una construcción creativa en búsqueda de soluciones a problemáticas de la vida cotidiana, representando así un instrumento de valor significativo, que permite nuevas significaciones y contribuye en la rehabilitación psicosocial de portadores de trastorno mental. Para eso, la investigación se mostró importante para pensar en estrategias de atención al portador de trastorno mental que le ayude a transponer el sufrimiento y permita una nueva interacción con éste.

Palabras-clave: trastornos mentales, salud mental, rehabilitación, terapia ocupacional.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 O portador de transtorno mental e sua assistência: aspectos históricos.....	16
1.2 A terapia ocupacional na reabilitação psicossocial.....	19
1.2.1 <i>O teatro espontâneo do cotidiano.....</i>	23
2 OBJETIVOS.....	27
3 METODOLOGIA.....	29
3.1 O interacionismo simbólico como referencial teórico de análise.....	30
3.2 Sujeitos.....	33
3.3 Caracterização do local.....	33
3.4 Aspectos éticos.....	33
3.5 Procedimentos.....	34
3.5.1 <i>Teste piloto.....</i>	34
3.5.2 <i>Procedimentos para coleta de dados.....</i>	35
3.5.3 <i>Procedimentos para análise dos dados.....</i>	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
4.1 Caracterização dos sujeitos.....	39
4.2 Relatando os encontros.....	40
4.3 Os significados de ser um portador de transtorno mental.....	78
4.3.1 <i>O transtorno mental, suas definições e causas.....</i>	78
4.3.2 <i>O portador de transtorno mental e a relação com a normalidade e aceitação.....</i>	81
4.3.3 <i>O portador de transtorno mental e a relação com o medicamento.....</i>	82
4.3.4 <i>O portador de transtorno mental e as perdas cotidianas.....</i>	84
4.3.5 <i>A relação da sociedade com o transtorno mental.....</i>	87
4.3.6 <i>O transtorno mental enquanto possibilidades, renovações e superação.....</i>	89
4.3.7 <i>O portador de transtorno mental e suas expectativas de vida.....</i>	90
4.4 Contribuições do teatro espontâneo do cotidiano na reabilitação psicossocial.....	92
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES.....	110
ANEXO.....	113

APRESENTAÇÃO

O ponto de partida para esta investigação foi delimitado pelos caminhos percorridos e vivências durante toda a minha formação em terapia ocupacional. Algumas destas vivências foram mais significativas e logo me identifiquei com o campo da saúde mental. Desde então me propus a percorrer os caminhos da terapia ocupacional na saúde mental, dedicando-me à assistência aos portadores de transtornos mentais. Porém, todas essas vivências me levaram a buscar por novos conhecimentos e práticas terapêuticas.

Sabe-se que o portador de transtorno mental se encontra, em sua maioria, numa situação de opressão, a qual é gerada pelos diversos conceitos atribuídos pela sociedade acerca do que é ser um portador de transtorno mental. Esse pensamento, portanto, vem de encontro com algumas inquietações que se tornaram constantes durante meu processo de formação em profissional da saúde mental. Estes sujeitos estão sendo ouvidos? O que lhes são oferecidos para serem ouvidos? Quais são os seus significados acerca dessa condição de serem portadores de transtornos mentais?

Portanto, ao reler o que Benetton descreve como população alvo da terapia ocupacional, emergiu-me o sentimento de que as escolhas feitas - o portador de transtorno mental como objeto deste estudo e o teatro espontâneo do cotidiano como um instrumento terapêutico nesta clínica - estabeleceram-se de uma forma significativa. A terapia ocupacional estabelece como problemática de partida a exclusão social, e tem como objetivo final a inclusão social. Tal exclusão é resultante de algum tipo de “falta”, que fatalmente marginaliza, devido à repercussão que acarreta em qualquer tipo de produção, desta forma, delimitando nossa população alvo (BENETTON, 1999). E é nessa perspectiva que o teatro do oprimido e o teatro espontâneo, uns dos referenciais que contribuíram para a construção do teatro espontâneo do cotidiano, estabelecem, como um de seus objetivos, a inclusão social. O teatro do oprimido “é o teatro *dos* oprimidos, *sobre* os oprimidos e *pelos* oprimidos (...) para todos aqueles a quem se impõe o silêncio e de quem se retira o direito à existência plena” (BOAL, 2005, p. 30). O teatro espontâneo também se apresenta como um grande estimulador nesse processo de inclusão, a transformação alcançada pela vivência do teatro espontâneo, permite a re-aquisição do fluxo espontâneo da vida (AGUIAR, 1998).

A proposta de estudar o teatro espontâneo do cotidiano vem ao encontro, ainda, a minha grande identificação com o teatro, o qual venho vivenciando por alguns anos. Tal

identificação me levou a pensar como utilizá-lo na clínica da terapia ocupacional. Foi então que tive o conhecimento do teatro espontâneo do cotidiano por uma tese de doutorado (MENDONÇA, 2003). Para tanto, a técnica até então oferecida às pessoas em processo de envelhecimento, estimulou-me ainda mais a investigá-la com os portadores de transtornos mentais, visto os muitos benefícios atingidos pela experiência com os idosos.

Desta forma, chamou-me a atenção a oportunidade de investigar minhas inquietações, o que possibilitou oferecer algo para que os sujeitos sejam ouvidos, e compreender quais os significados que dão a essa condição de serem portadores de transtorno mentais.

Para tanto, este estudo está apresentado em cinco partes. A primeira parte se refere à introdução, onde se descreve a assistência ao portador de transtorno mental; o papel da terapia ocupacional na reabilitação psicossocial; e a técnica do teatro espontâneo do cotidiano. A segunda parte segue com os objetivos, os quais são compreender através da técnica teatro espontâneo do cotidiano, o significado de ser um portador de transtorno mental, e oferecer um instrumento para re-significações, contribuindo para a sua reabilitação psicossocial. A terceira parte se refere aos procedimentos metodológicos, dos quais se destacam o interacionismo simbólico e análise de conteúdo, além de descrever sobre as etapas da técnica teatro espontâneo do cotidiano. A quarta parte segue com os resultados e discussão, os quais apresentam a caracterização dos sujeitos; o relato dos encontros; os significados de ser um portador de transtorno mental e as contribuições do teatro espontâneo do cotidiano na reabilitação psicossocial. E, finalmente, na quinta parte são apresentadas algumas considerações a respeito do estudo e acerca de minha trajetória na pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O portador de transtorno mental e sua assistência: aspectos históricos

A partir de uma retomada histórica pode-se verificar que os transtornos mentais estavam associados a “males do espírito” (FOUCAULT, 2003). Os primeiros relatos históricos sobre a loucura são referentes à antiguidade grega, nesse período não havia uma concepção sólida sobre a “natureza humana”, o homem era apreendido como um objeto entregue aos caprichos e aos projetos de deuses. A loucura, por sua vez, era percebida como uma consequência da ação dos deuses (PESSOTI, 1994).

Em épocas posteriores, os loucos não eram considerados doentes, nem faziam parte das preocupações do pensamento médico. Do ponto de vista social, eram pessoas marginalizadas (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confinados a grupos de mercadores e peregrinos. (FOUCAULT, 2003, p.9).

As casas de internamento ou asilos, assim chamados nos séculos XVII e XVIII, recolhiam indigentes, vagabundos, incapazes, velhos, loucos, prostitutas e deficientes, a fim de confiná-los num espaço isolado do convívio social (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001). Ao louco era reservado o espaço institucional da exclusão, não havia ainda uma relação com a doença, e sim uma relação da sociedade em reconhecer ou não a conduta dos indivíduos (BRITO, 2001). Nascia uma ideia de animalidade. O louco era visto como um animal, desprovido de sua racionalidade, a loucura passa a ser sinal de humilhação e sofrimento (MILLANI; VALENTE, 2008).

Só quando o entendimento do louco como alguém que representava riscos e periculosidade social, é que inaugurou a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar (AMARANTE, 2001). A ideia de uma saúde mental surgiu a partir da construção de uma disciplina, a psiquiatria, e da produção de seu objeto, a doença mental (LIMA, 2006).

O hospital, até esse momento, era um espaço de medida punitiva e de exclusão, porém, com o entendimento de que o doente mental representava perigo e ameaça para si

mesmo e para o grupo social, surge a mudança do sentido do internamento, passando para medida de tratamento. Neste contexto surge, no final do século XVIII começo do século XIX, como primeira modalidade de intervenção terapêutica, o tratamento moral, estabelecido por Pinel e posteriormente desenvolvido por Meyer (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Tal tratamento objetivava basicamente a normatização da moral, na qual a ideia básica do tratamento moral era a de submeter o alienado, estabelecendo limites para seu comportamento. Ainda segundo o autor acima o tratamento consistia-se em 3 tipos: físico, higiênico e moral e era estabelecido por meio do trabalho, este foi utilizado com instrumento de cura, de manutenção, de ordem, o qual colocava obstáculos às paixões dos alienados, fazendo com que eles fizessem parte do espaço social (BIRMAN, 1978).

Neste momento é notável perceber uma primeira tentativa de se utilizar a ocupação como estratégia terapêutica e, possivelmente o início da trajetória da prática da terapia ocupacional na assistência ao portador de transtorno mental.

Embora a princípio fossem estratégias terapêuticas, historicamente, são identificados fatores que apontam para as instituições psiquiátricas como sendo espaços em crise que não cumpriam sua missão de tratamento e cura e, só passaram a ser alvo de crítica no período que sucedeu as duas grandes guerras mundiais. Tais fatores apresentavam a baixa eficácia terapêutica, o alto custo, os efeitos de violência e exclusão social. Após o período de guerra, a saúde foi assumida como direito e algumas propostas foram reformuladas na assistência ao doente mental, surgindo o início da reforma psiquiátrica (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

A reforma psiquiátrica tratava-se de modernizar o potencial terapêutico da psiquiatria, humanizar as instituições, racionalizar sua gestão administrativa e financeira e amenizar seu papel segregativo, mediante a criação da assistência em espaços comunitários (BASAGLIA, 1984).

Muitos foram os movimentos nesse processo: o da comunidade terapêutica iniciada na Inglaterra, da psicoterapia institucional na França, a psiquiatria comunitária ou preventiva nos Estados Unidos, a psiquiatria de setor francesa e o de desinstitucionalização da

psiquiatria ou psiquiatria democrática na Itália, comandada por Franco Basaglia (AMARANTE, 2001).

No Brasil, a construção do projeto da reforma psiquiátrica deu-se início com o fim da ditadura militar e o processo de redemocratização do país, tendo como resultados: o investimento na criação de serviços extra-hospitalares alternativos; tentativas de transformação do arcabouço jurídico-legal, o estatuto de periculosidade e incapacidades presumidas ao doente mental; e a organização de movimentos sociais tais como o “movimento dos trabalhadores de saúde mental” e o “movimento de familiares e usuários dos serviços de saúde mental” (MÂNGIA, 2000).

Foi então que através do projeto de lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, a reforma psiquiátrica começa a ganhar força, neste momento as principais transformações no campo jurídico-político tiveram início. Tal lei regulamentava os direitos do portador de transtorno mental em relação ao tratamento e indicava a extinção dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros serviços não manicomial de atendimento (AMARANTE, 2001). A efetivação da reforma requer a produção de políticas públicas locais e intersetoriais e de redes e serviços substitutivos e territoriais que visem à superação do modelo asilar, à produção de direitos e à invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Contudo, a produção de serviços de atenção psicossocial é uma significativa expressão da reforma. Atualmente os centros de atenção psicossocial (CAPS) são exemplos desses serviços. Regulamentados pela portaria GM 336/02 do Ministério da Saúde (2004), foram estabelecidas três modalidades de serviço de acordo com a complexidade e a abrangência populacional: CAPS I, II e III. São nesses serviços que boa parte das pessoas com transtornos mentais recebem assistência terapêutica (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Tal assistência implica na prática da reabilitação psicossocial. O termo “reabilitação” está estreitamente ligado à noção de normalidade e que muitas vezes ocorre o erro de significar a normatização dos indivíduos e treiná-los para que se tornem hábeis para o meio social, entretanto, a reabilitação deveria ser um processo de ressocialização e tomar como eixo central de todo seu trabalho a inclusão social (CAMPOS, 2004; TITTANEGRO, 2006). Nesse sentido, é preciso chamar a atenção para a desvinculação do termo

“reabilitação” dos estados de exceção e entender que o processo da reforma psiquiátrica necessita, de fato, comprometer-se com o desenvolvimento de vida, e de tudo que é habitual, que é cotidiano (BENETTON, 2001).

De acordo com a associação internacional dos serviços de reabilitação psicossocial: a reabilitação psicossocial é “o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível, de autonomia do exercício de suas funções na comunidade” (PITTA, 2001, p. 19). A reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição, construção e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para cada cidadão (SARACENO, 1999). Nessa perspectiva, dentre as diversas práticas assistenciais, pode-se destacar a terapia ocupacional, descrita no item que segue.

1.2 A terapia ocupacional na reabilitação psicossocial

Primeiramente faz-se necessário definir a terapia ocupacional, utilizando-se para isso, duas importantes fontes. Para a World Federation of Occupation Therapy a terapia ocupacional é uma profissão da saúde centrada no cliente, visa a promoção da saúde e bem estar através da ocupação. O principal objetivo da terapia ocupacional é capacitar as pessoas para participarem nas atividades da vida diária e melhorarem a capacidade de se envolverem em ocupações que desejam, precisam, ou são esperadas para fazer, modificando a ocupação ou o ambiente para melhor suporte em seus engajamentos no trabalho. Os terapeutas ocupacionais têm uma ampla educação nas ciências comportamentais, psicológicas, psicossociais, profissionais médicas e sociais que os auxiliam nas atitudes, habilidades e conhecimentos para trabalharem de forma colaborativa com as pessoas, individualmente ou em grupos. Os terapeutas ocupacionais podem trabalhar com todas as pessoas, incluindo aqueles que têm uma deficiência de estrutura corporal ou função devido a uma condição de saúde, que são limitadas na sua participação ou que são socialmente excluídos, devido sua associação de grupos minoritários social ou cultural (WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY (WFOT), 2011). Para a Universidade de São Paulo, a terapia ocupacional é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a

emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específica, física, sensorial, mental, psicológica e/ou social, apresentam, temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação social (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), 1997).

A profissão foi criada nos Estados Unidos no início do século XX, com a necessidade de reinserir os traumatizados de guerra na sociedade, teve seu reconhecimento no contexto da reabilitação física e mental. Aqui no Brasil, a profissão foi criada em 1959. Na área de psiquiatria tinha sua prática voltada à assistência hospitalocêntrica, com o objetivo de ocupação, num processo de manutenção e organização dos hospitais e de reabilitação (BENETTON, 1994).

A psiquiatria foi tomando novos rumos, inclusive adotando uma nova denominação, a de “saúde mental”, e, a partir daí surgiram outros direcionamentos que caracterizaram o panorama da terapia ocupacional psiquiátrica brasileira contemporânea. Entre elas destaca-se a terapia ocupacional junguiana, por Nise da Silveira, a socioterapia, por Luiz da Rocha Cerqueira, a terapia ocupacional dinâmica, por Maria José Benetton, e os projetos de transformação institucional, que ocorreram em várias partes do país (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Dentre essas várias abordagens e técnicas na clínica da terapia ocupacional, na década de 1970, algumas terapeutas ocupacionais, defendendo a função terapêutica, incorporaram conceitos psicodinâmicos baseados na psicanálise e na psicologia e criaram um método de tratamento, o método dinâmico, no qual a terapia ocupacional é definida por uma dinâmica relacional entre terapeuta-paciente-atividade em que se compõe uma trilha associativa num campo transferencial (BENETTON, 1999). Nomeia-se método dinâmico, pois leva em consideração a dinâmica da execução das atividades, seu produto, a dinâmica psíquica do paciente e a relação terapeuta-paciente no processo das atividades e da análise de seus produtos (TEDESCO; FERRARI, 2000). Esse modelo dinâmico considera que o sujeito deve compartilhar e ser parceiro dos projetos e processos e, que é por meio dos espaços relacionais que ele restaura sua contratualidade de cidadão e de produtor de sentido para sua vida (MÂNGIA, 2002). Esse método tem sido amplamente divulgado entre os terapeutas ocupacionais e utilizado em pacientes com transtornos mentais graves, com o

objetivo de manter a saúde mental e a sociabilidade, portanto será através deste prisma que a terapia ocupacional será fundamentada neste estudo.

Dentro desse modelo apresentado a terapia ocupacional aplica conhecimentos científicos, empíricos e habilidades específicas frente ao uso de atividades, possibilitando a criação de estruturas, dispositivos e processos a fim de modificar recursos físicos, psicológicos e sociais em formas adequadas à prevenção, manutenção e tratamento em saúde, educação, na área social e demais áreas afins (BENETTON, 1994). “A clínica da terapia ocupacional é criada no encontro de um cotidiano possível, pois ele é ou foi violentamente transformado, pela sua interrupção” e trata-se de construir ou recuperar, através de atividades, um outro cotidiano dentro de um espaço de fazer, de criar, de produzir, de construir e de reconstruir história (BENETTON et. al., 2003, p.38). Vale sinalizar que este cotidiano é entendido como a vida de todo homem e deste por inteiro, ou seja, o homem insere-se na vida cotidiana com todos os seus aspectos individuais e de personalidade e, neste contexto, “colocam-se em funcionamento todos os sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias” (HELLER, 2008, p.31).

A desinstitucionalização italiana possibilitou inovações para a terapia ocupacional no campo da reforma psiquiátrica, ao assumir como objeto da ação terapêutica a pessoa e suas necessidades e não a doença e os sintomas. Nesse contexto, a ação terapêutica passa a investir na complexidade da vida cotidiana da pessoa, englobando os aspectos: práticos, concretos, simbólicos, relacionais e materiais, de forma a produzir movimentos capazes de oferecer suportes, proteção e resolução de problemas que contribuam para a superação da situação existencial (MÂNGIA, 2002).

Entende-se, portanto, que o homem inserido em seu cotidiano, é um ser prático, e que o “fazer” o é inerente. Um dos pressupostos da terapia ocupacional é que o “fazer” pode desencadear efeitos terapêuticos. Com as propostas da reabilitação psicossocial as atividades passam a ser elementos importantes na desconstrução de uma lógica excludente e alienante (CASTRO et al., 2001).

O desafio da terapia ocupacional é proporcionar consistentemente uma referência pela qual o paciente possa transformar um espaço estagnado, patológico, em um espaço de crescimento criativo, enquanto “ajeita” vivências desestruturadas e encontra maneiras de combinar o conhecido e o desconhecido. Nesse caminho, fazer atividade vai proporcionando desde um simples momento de brincadeira, ou distração, até a composição de uma experiência curativa e genuinamente criativa (VILLARES, 1998, p.187).

Como já descrito anteriormente, pessoas que sofrem de algum transtorno psíquico foram excluídos socialmente e ainda o são, “a exclusão social é a problemática para a terapia ocupacional e, que mais do que classificado de doente, esse indivíduo é classificado como problema social” (BENETTON, 1994, p.7).

Dessa forma, a terapia ocupacional cria possibilidades para que o indivíduo olhe para si mesmo e se volte para o fora, buscando a saúde mental e espaços virtuais de saúde que permitam a construção de um novo cotidiano. Tal cotidiano pode ser reconstruído por meio do setting terapêutico. Na terapia ocupacional o setting é considerado como um espaço de construção “um espaço internamente aberto para receber e extremamente aberto para estimular o partir” (BENETTON, 1994, p.67).

Outros autores também descrevem sobre a importância deste espaço, para Villares, este conceito de setting,

Compreende os aspectos concretos da construção de atividades, mas também a dimensão simbólica da construção e reconstrução de uma nova história, de um conhecimento a respeito dos sentidos e significados das experiências vividas e de possibilidades de novas configurações de relacionamentos e inserção social (VILLARES, 1998, p.186).

Para Tedesco e Ferrari,

...setting inclui a terapeuta, o paciente, os materiais e as atividades, cria uma circularidade de experiências constitutivas da narração de uma história construída, vivida e apreendida a dois, a três, a muitos, ao social (TEDESCO, FERRARI, 2000, p.33).

É no setting e por meio de atividades que podemos estimular o organismo e ativar um novo potencial de vida (CASTRO et al., 2001).

São várias as atividades possíveis e vastos seus sentidos na prática da terapia ocupacional. Desta forma será dado enfoque nas atividades expressivas. Elas visam à compreensão do sujeito priorizando as potencialidades deste como um todo, a partir de vivências no campo artístico que contribuem para que o indivíduo se perceba e identifique diferentes “modos de funcionamento” em sua vida cotidiana (LIBERMAN, 2002). O fazer artístico possibilita a “criação sobre o mundo real”, o qual oferece ao sujeito um espaço para experimentar vivências criativas, proporcionando uma transformação de si, do cotidiano e das relações interpessoais (CASTRO et al., 2001).

A vida implica na processualidade, no movimento e na criação de novas organizações, de novos corpos, de novas formas de vida que permitam que o processo de criação da própria existência possa fluir (LIMA, 2006).

As atividades expressivas sugerem o desenvolvimento de um processo criativo, o qual busca promover o contato entre os aspectos subjetivos e objetivos da realidade do indivíduo, abrindo-se um espaço para o aparecimento de formas de expressão mais integradoras da sua personalidade (CASTRO; SILVA, 1990).

Assim, será considerado dentre as atividades expressivas, o teatro. Dar-se-á enfoque na técnica *teatro espontâneo do cotidiano*.

1.2.1 O teatro espontâneo do cotidiano

Desenvolvido pela terapeuta ocupacional Márcia Pontes Mendonça, *o teatro espontâneo do cotidiano* vem sendo estudado desde 1997 na Universidade Federal de São Carlos e se concretizou como pesquisa durante a coordenação de um grupo expressivo com idosos no programa de aprimoramento multiprofissional em hipertensão arterial e diabetes mellitus da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. No ano de 2003 a autora defendeu a tese de doutorado abordando tal tema, intitulada: O sentido da vida no envelhecer: o teatro espontâneo do cotidiano como um recurso em terapia ocupacional (MENDONÇA, 2003).

Como já se sabe são várias as atividades possíveis e vastos seus sentidos na prática da terapia ocupacional. Desta forma, a técnica *do teatro espontâneo do cotidiano* será

destacada como um instrumento terapêutico no processo terapêutico ocupacional e, como mediador na relação terapeuta-pacientes.

O teatro nasce desde os primórdios da humanidade, pois é considerado uma das formas de expressão humana. Na era primitiva os povos utilizavam o corpo como meio de comunicação para expressar de forma representativa seu dia-a-dia: rituais de caça, guerras, colheitas, danças de fertilidade e cultos divinos (BERTHOLD; ZURAWSKI, 2001).

O teatro é a primeira invenção humana e é aquela que possibilita e promove todas as outras invenções e todas as outras descobertas. O teatro nasce quando o ser humano descobre que pode observar-se a si mesmo: ver-se em ação. Descobre que pode ver-se no ato de ver- ver-se *em situação*. Ao ver-se, percebe o que é, descobre o que não é, e imagina o que pode vir a ser. Percebe onde está, descobre onde não está e imagina onde pode ir. Cria-se uma tríade: EU observador, EU em situação, e o Não-EU, isto é, o OUTRO (BOAL, 2002, p.27).

O *teatro espontâneo do cotidiano* é utilizado como instrumento terapêutico para que o indivíduo possa canalizar e expressar emoções, propiciando uma construção criativa em busca de soluções para problemáticas que surgem a partir de questões da vida cotidiana de cada um, podendo, desta forma, ser utilizado para o desenvolvimento da comunicação, conscientização, imaginação e criatividade (COVAS et al., 2003).

Os temas trazidos para o teatro espontâneo são as próprias situações vivenciadas por esta população no seu cotidiano. Representar o próprio dia-a-dia destas pessoas através do teatro abre uma série de caminhos que possibilitam entender a história de cada um (...). A vivência da simulação de sentimentos faz com que diversas emoções sejam simbolicamente enfrentadas durante os exercícios de preparação para a atuação, e para a atuação de fato, isto possibilita a integração de conhecimentos/experiências anteriormente adquiridas e ainda aprimora a adequação social, pelo exercício da integração que o teatro exige entre os atores (CASELLI, 2002).

Para tanto, o *teatro espontâneo do cotidiano* tem-se mostrado um importante canal de expressão, onde, através do jogo dramático, o sujeito vivencia situações e papéis de uma maneira descompromissada com as convenções e regras que direcionam o convívio social. Permite demonstrar os costumes das pessoas, recriar histórias e situações do seu cotidiano, suas necessidades, suas limitações, seus medos, sua opressão, e proporciona o

desenvolvimento de habilidades em recriar suas ações no sentido de resolução de conflitos, permitindo sua participação social (CASELLI, 2002).

Trata-se, portanto, de uma modalidade terapêutica que se distancia dos padrões tradicionais, mas de grande importância na assistência psiquiátrica após a efetivação da reforma psiquiátrica. Importante destacar, que as terapias tradicionais, incluindo a terapêutica com os psicofármacos, têm um verdadeiro potencial para controlar a sintomatologia psiquiátrica de forma eficaz, mas não oferecem sozinhas condições de manutenção desse controle. Assim, as modalidades terapêuticas não tradicionais, que inclui o teatro espontâneo do cotidiano, apresentam-se como um meio para auxiliar nessa manutenção. Daí ser de importância ímpar a realização de um estudo com esta modalidade.

Mendonça (2003) revela em seu estudo que as principais referenciais e elementos que contribuíram para a construção do teatro espontâneo do cotidiano são o psicodrama, o teatro espontâneo, o teatro da espontaneidade, o teatro do oprimido, os jogos dramáticos, a improvisação, a teatralidade e a simbolização.

Em terapia ocupacional a utilização do teatro como um meio terapêutico faz-se, inicialmente, emprestando de suas correntes teórico-metodológicas, principalmente de suas ramificações terapêuticas, as bases para sua composição. Deste modo, ao construir a estratégia em terapia ocupacional denominada *teatro espontâneo do cotidiano*, busquei por esses conhecimentos. (MENDONÇA, 2003, p. 35).

Ressalta-se o trabalho de Jacob Levi Moreno, o qual descobriu os efeitos terapêuticos do teatro espontâneo originário no psicodrama clássico (AGUIAR, 1998). Mas foi a partir do reconhecimento da necessidade do indivíduo ser ajudado a superar obstáculos, os quais impedem o exercício pleno dos seus papéis sociais devido ao processo de socialização que prevalece em nossa sociedade, que o psicodrama foi criado ele ainda dizia que os indivíduos desempenham seus papéis de forma estereotipada conforme regras impostas, não inovando suas atuações (MORENO, 1975).

Outro nome de suma importância para este trabalho é do dramaturgo Augusto Boal, o qual desenvolveu na década de 70 o teatro do oprimido. O referido autor propõe um espaço político e social, no qual se busca uma transformação social, libertando os oprimidos (BOAL, 2005). O teatro do oprimido passa a ser um sistema de exercícios físicos, jogos

estéticos, técnicas de imagens e improvisações, cujo objetivo é resgatar, desenvolver e redimensionar essa vocação humana, pois o teatro é uma atividade vocacional de todos os seres humanos, a qual oferece um instrumento para a compreensão e a busca de soluções para problemas sociais e interpessoais (BOAL, 2002). Tal proposta busca a essência do teatro, que é a capacidade do ser humano se auto-observar.

...é aquela capacidade ou propriedade humana que permite que o sujeito se observe a si mesmo, em ação, em atividade. O autoconhecimento assim adquirido permite-lhe ser sujeito (aquele que observa) de um outro sujeito (aquele que age); permite-lhe imaginar variantes ao seu agir, estudar alternativas. O ser humano pode ver-se no ato de ver, de agir, de sentir, de pensar. Ele pode se sentir sentindo, e de pensar pensando (BOAL, 2002, p.27).

O teatro do oprimido oferece um espaço para a desopressão e democratização de conhecimentos, contribuindo para a politização e emancipação dos sujeitos (CAMPOS, 2008).

A improvisação é fundamental no *teatro espontâneo do cotidiano*, pois culminam idéias e temas, sem um texto elaborado previamente, no qual as falas e cenas são cotidianas de cada sujeito, não havendo necessidade de um palco teatral, porém, um palco-espaço que possibilita um espaço da vida (MENDONÇA, 2003).

O teatro é uma atividade lúdica e que necessita de uma preparação para a encenação em si. Para tanto, no teatro espontâneo do cotidiano não é diferente, para tal preparação é imprescindível um trabalho de conscientização corporal, de integração grupal, de autoconsciência, de autopercepção, de percepção de si e do outro, de promoção de debates de várias situações e questões cotidianas (CASELLI, 2002). Para tanto, essa preparação baseou-se nos referenciais de Boal (2001, 2002, 2005) e Spolin (2005).

Com a apresentação destes conceitos, tomando-lhes emprestado alguns passos na direção terapêutica, reafirma-se a proposta do teatro espontâneo do cotidiano enquanto instrumento utilizado na terapia ocupacional, que possibilita a expressão dos fatos do cotidiano e as questões de conflito nele existentes, proporcionando transformações sociais, pessoais e interpessoais.

2 OBJETIVOS

Compreender através da técnica teatro espontâneo do cotidiano, o significado de ser um portador de transtorno mental e oferecer um instrumento para re-significações, contribuindo para a sua reabilitação psicossocial.

3 METODOLOGIA

O presente estudo é de caráter qualitativo, de corte transversal e apresenta como pressupostos teóricos o modelo da reabilitação psicossocial, seguindo autores como (AMARANTE, 2001; PITTA, 2001; SARACENO, 1999), e a abordagem do interacionismo simbólico (BLUMER, 1969), as quais constituíram a base teórica para a análise e discussão dos resultados.

A escolha pela pesquisa qualitativa justifica-se seguindo os pensamentos de Minayo (2008), podendo afirmar que as metodologias qualitativas têm grande importância na construção do conhecimento na área da saúde, reconhecendo o sujeito como um autor de sua vida, retratando sua realidade.

Os pressupostos da reabilitação psicossocial contribuíram para o pensamento da importância de novas práticas assistenciais ao portador de transtorno mental. E a escolha pelo interacionismo simbólico, partiu do pressuposto de que a sua utilização “permite que a pesquisa qualitativa alcance o objetivo de investigar o sentido que os atores sociais dão aos objetos, pessoas e símbolos com os quais constroem o seu mundo social” (SANTOS, 2008, p.233).

3.1 O interacionismo simbólico como referencial teórico de análise

Considerada uma vertente da etnometodologia, o interacionismo simbólico teve sua origem na década de 20, reunindo importantes estudos como os de Thomas, Mead e Cooley, entretanto foi Herbert Blumer, que em 1937 atribuiu à abordagem o nome de interacionismo simbólico. Para Blumer o comportamento humano dirige-se em dois sentidos: o simbólico e o relacional, ou seja, qualquer ser humano, ao realizar suas tarefas, planeja e dirige suas ações em relação às outras pessoas, conferindo-lhes sentido e produzindo significados sobre os objetos que utiliza para realizar seus planos, além do mais, a vida social propicia uma rede de inter-relações e de interpretações de significados, os quais são compartilhados por um grupo que pode ao mesmo instante, manipular, redefinir e modificar seus sentidos (MINAYO, 2008). Para compreender o interacionismo simbólico, há quatro premissas básicas que o distinguem da psicologia social, segundo Charon (1989) descritas a seguir.

1. *O interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem deste como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo.*
2. *O ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciado não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação.*
3. *Interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agimos de acordo com o modo como definimos a situação que estamos vivenciando. Embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação.*
4. *O interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que ele faz. Todos definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, envolve a escolha consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outras e a nossa própria redireção.*

A natureza do interacionismo simbólico, ainda apresenta três aspectos básicos segundo Blumer (1969) descritos a seguir.

1. *Os seres humanos procuram agir, em relação às coisas, com base nos significados que elas têm para eles. Entende-se por “coisas” tudo o que o indivíduo pode notar em seu mundo - objetos físicos, outros seres humanos, individualmente ou em grupos, instituições, princípios orientadores, atividades dos outros, bem como as situações da vida cotidiana. O significado que tudo isso tem para o indivíduo influencia a formação do comportamento, e conhecê-lo é o que pode nos levar a compreender a ação humana.*

2. *O significado das coisas é derivado ou surge da interação social que os homens estabelecem uns com os outros. Em outras palavras, os significados são produtos sociais que surgem da interação.*
3. *Os significados podem ser manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelo indivíduo quando lida com as coisas que ele encontra.*

O interacionismo simbólico apresenta alguns conceitos básicos: a) *símbolo*, que são objetos sociais usados pelo ator para representação e comunicação, é por intermédio dos símbolos que as pessoas são socializadas, este é usado para pensar, comunicar, representar e só é simbólico quando expressa um significado; b) *self* significa que a pessoa pode ser objeto de sua própria ação, age socialmente com outras pessoas e consigo mesmo, este conceito envolve duas fases, o *eu* é a tendência impulsiva do indivíduo, é o aspecto inicial, espontâneo e desorganizado da experiência humana, representa as tendências não direcionadas do indivíduo e o *mim* representa o ‘outro’ incorporado ao indivíduo, compreende o conjunto organizado de atitudes e definições, compreensões e expectativas – ou simplesmente sentidos – comuns ao grupo. Em qualquer situação, ‘Mim’ compreende o outro generalizado e, raramente, um outro particular; c) *mente*, é a ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao self, o mundo das pessoas se transforma por causa das definições de mundo que a mente interpreta; d) *interação social*, aqui as pessoas são vistas como atores que se relacionam, comunicam-se e interpretam um ao outro; e) *sociedade*, é toda atividade grupal que se baseia no comportamento cooperativo, os indivíduos interagem uns com os outros, definindo e alterando a direção dos atos uns dos outros (BLUMER, 1969).

Assim, o interacionismo simbólico possibilita interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que eles dão às coisas e como estes relatos se relacionam com as experiências vivenciadas. Assim, dentro do paradigma interpretativo, se preocupa em compreender a maneira como as pessoas percebem os fatos ou a realidade a sua volta e como elas agem em relação às suas convicções, além de possibilitar aos pesquisadores e profissionais da saúde estabelecer juízo de valor do fenômeno investigado (SANTOS 2008).

3.2 Sujeitos

Participaram da presente pesquisa 5 portadores de transtornos mentais usuários do CAPS “Wilson Newton Barbosa”, da cidade de Batatais, estado de São Paulo, Brasil.

3.3 Caracterização do local

O CAPS “Wilson Newton Barbosa” é classificado como CAPS I, que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), abrange uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes, realiza atendimento diário para adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS “Wilson Newton Barbosa” foi inaugurado em maio de 2006 e conta com uma equipe mínima composta por 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 enfermeira, 1 terapeuta ocupacional, 1 médico psiquiátrica, 1 auxiliar administrativo e 1 servente geral.

Atualmente atende por volta de 150 pacientes, os quais apresentam diagnósticos predominantes de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. São oferecidos 3 tipos de tratamento: não-intensivo (pacientes vão ao CAPS apenas para tratamento ambulatorial médico e psicoterápico); semi-intensivo (pacientes vão no mínimo 2 vezes por semana, participando do tratamento necessário) e intensivo (pacientes vão ao CAPS todos os dias). São oferecidos atendimentos individuais e grupais.

3.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, seguindo as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sendo este aprovado sob o protocolo nº 1049/2009 (ANEXO A).

3.5 Procedimentos

3.5.1 *Teste piloto*

Primeiramente, realizou-se um teste piloto com o propósito de experimentar os procedimentos estabelecidos no projeto de pesquisa e de treinamento da pesquisadora e duas terapeutas ocupacionais colaboradoras, considerado suficientes para o desenvolvimento da pesquisa, que se constituiu em: entrevista inicial e final, anotações em diário de campo, registro fotográfico e depoimentos.

Assim, o teste piloto teve início com a apresentação da proposta do estudo aos usuários envolvidos, em número de quatro e seus familiares para o seu consentimento na participação do estudo. Para isso, foram também estabelecidos quatro encontros do então formado grupo, considerados suficientes para esta etapa de teste.

A entrevista inicial e individual foi realizada partindo da seguinte questão norteadora: O que significa para você ser um portador de transtorno mental? Conforme descrito no projeto inicial, o grupo foi dividido em etapas, compostas por: 1ª etapa: uma conversa inicial, na qual foi lançada a questão norteadora “O que significa para você ser um portador de transtorno mental?”, e estabelecido o tema; 2ª etapa: conforme os procedimentos foram selecionados alguns exercícios para o aquecimento e preparação dos participantes; 3ª etapa: vivência e dramatização do tema escolhido; 4ª etapa: discussão e depoimentos.

Os grupos deste teste foram realizados semanalmente em uma sala localizada no CAPS, ocorreram variações do tempo de funcionamento das etapas, o que conseqüentemente variou a duração do grupo entre uma hora e meia a duas horas, conforme a dinâmica grupal de cada encontro, distribuídos no período de dezembro de 2009 e janeiro de 2010. Estes grupos funcionaram sempre às sextas-feiras das 14h às 16h.

Após a realização de cada grupo, o pesquisador e seus colaboradores fizeram registros em diário de campo e fotográficos, a fim de ampliar o campo de análise. Após o término dos 4 encontros grupais, visando o acesso à percepção dos participantes sobre o processo grupal, foi agendada uma entrevista final e individual, com as seguintes questões norteadoras: Após cada encenação houve alguma mudança em relação ao que sentia ou

pensava sobre o tema encenado? Qual? De uma maneira geral houve alguma mudança no seu dia-a-dia depois de participar do grupo? Qual?

As entrevistas e depoimentos foram gravados em gravador digital, e, posteriormente, transcritos, com a finalidade de treinamento.

No exame dos resultados do teste, foram realizadas modificações, tais como: oferecer a prática para mais usuários do serviço; utilizar-se de filmagens ao invés de fotografia, a fim de colher os dados com mais precisão, descartando as anotações em diário de campo durante e após o grupo; alterações nas etapas da realização da técnica, passando de 4 para 7 etapas. Com isso, considerou-se esta fase de teste concluída e a pesquisadora e suas colaboradoras treinadas para o início dos encontros estabelecidos para a pesquisa, como também todas as suas etapas.

3.5.2 Procedimentos para coleta de dados

No presente estudo, utilizou-se de entrevistas iniciais e finais aos encontros, leitura dos prontuários e filmagens. Nas filmagens, contou-se com a participação de colaboradores.

Desta forma, a coleta foi iniciada em junho de 2010. A equipe então fez uma seleção dentre os usuários que pouco freqüentavam o serviço e não aderiam ao tratamento, com o intuito de oferecer outras possibilidades. Esta seleção teve um número de 15 usuários, que foram convidados a participarem do estudo, porém, destes, apenas 5 aceitaram o convite. Apesar do número pequeno, os encontros foram iniciados, e, neste processo 1 usuário recebeu alta e 1 começou a trabalhar, o que levou a interrupção da pesquisa pelo número ainda menor de sujeitos. Neste momento, já haviam sido realizados 4 encontros, que foram descartados, e, a pesquisa, iniciou-se novamente. Assim, a equipe foi contatada novamente para se discutir outro critério de seleção, estabelecendo-se que seriam inclusos tanto usuários que não aderiam ao tratamento, quanto os que apresentavam boa aderência. Nesta nova seleção, 16 usuários foram indicados pela equipe, as quais receberam uma carta convite pela pesquisadora (APÊNDICE 1) e 13 aceitaram num primeiro momento, assinando, inclusive, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido juntamente com seu familiar (APÊNDICE 2) e comparecendo no dia marcado para a entrevista inicial, onde

foram esclarecidos sobre a proposta e objetivo da pesquisa, receberam informações sobre o funcionamento do grupo e da técnica utilizada (teatro espontâneo do cotidiano). Neste momento foi realizada uma entrevista inicial, individual, partindo da seguinte questão norteadora: O que significa para você ser um portador de transtorno mental?

Desses 13 usuários, 8 iniciaram os encontros e 5 concluíram os 12 encontros previstos, constituindo, assim, a amostra definitiva do estudo e participando da entrevista final, individual, realizada ao término dos 12 encontros, com as questões norteadoras que seguem.

Após cada encenação houve alguma mudança em relação ao que sentia ou pensava sobre o tema encenado? Qual?

De uma maneira geral houve alguma mudança no seu dia-a-dia depois de participar do grupo? Qual?

Quanto ao funcionamento das etapas da técnica *teatro espontâneo do cotidiano*, conforme descrito no item 1.2.1, necessita de uma preparação para a encenação em si, portanto a atividade proposta foi então dividida em 7 etapas a saber:

1ª etapa: discussão em grupo de várias situações e questões cotidianas vivenciadas acerca da questão norteadora inicial: *O que significa para você ser um portador de transtorno mental?* e estabelecidos os temas;

2ª etapa: preparação e aquecimento, composto de um trabalho de conscientização corporal, de integração grupal, de autoconsciência, de autopercepção, de percepção de si e do outro;

3ª etapa: exercícios específicos de integração grupal, composto de jogos dramáticos, técnicas de improvisação teatral e dinâmica grupal;

4ª etapa: encenação/dramatização do tema escolhido;

5ª etapa: discussão/avaliação sobre o que foi encenado, para ajudá-los foi lançada a seguinte questão: *Como foi participar da encenação?*

6ª etapa: impressões pessoais de como foi o encontro do dia, lançando-se das questões: *O que vocês sentiram da atividade de hoje? Como o grupo pode ajudar na reabilitação?*;

7ª etapa: escolha de uma palavra consensual que sintetizou o encontro do dia.

Vale ressaltar que a partir do sexto encontro houve a necessidade de troca de ordem das etapas, sendo assim, a 2ª e a 3ª etapa antecederam a 1ª. Esta troca foi necessária devido à dificuldade apresentada pelos sujeitos em expressar suas opiniões acerca da questão norteadora na 1ª etapa. Após essa troca, percebeu-se uma melhora nas discussões.

Os encontros foram realizados entre agosto e dezembro de 2010, uma vez por semana, com duração que variou entre 1 hora e 10 minutos e 1 hora e 40 minutos.

3.5.3 Procedimentos para análise dos dados

Os resultados são apresentados de forma descritiva a partir dos dados coletados nas entrevistas, nos prontuários e nas transcrições das filmagens das vivências em grupo.

Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo, a qual por meio de procedimentos especializados e científicos possibilita replicar e validar inferências de dados de determinado contexto. Dentre as modalidades de análise, utilizou-se a análise temática por se tratar de uma unidade de significação que se destaca do texto analisado conforme critérios relativos à teoria que serve de subsídio à leitura. Desta forma, obedeceram as seguintes três etapas operacionais: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2008). Tal procedimento “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105). Assim, como procedimento metodológico, foi utilizada a categorização, por permitir agrupar elementos de caracteres comuns sob um título genérico (MINAYO, 2008). A descrição e discussão deste conteúdo apoiar-se-ão no referencial do interacionismo simbólico como citado anteriormente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo pretende-se apresentar e discutir os resultados obtidos pela pesquisa. Optou-se por dividir esta apresentação em quatro partes. A apresentação inicia-se pela caracterização dos sujeitos, segue para a segunda parte com o relato dos encontros, o qual foi construído com o intuito de apresentar ao leitor, de forma sintetizada, uma melhor compreensão do funcionamento dos encontros. Na terceira parte deu-se enfoque nos significados de ser um portador de transtorno mental, os quais foram elaborados em categorias temáticas. A quarta e última parte segue com as contribuições do teatro espontâneo do cotidiano na reabilitação psicossocial.

4.1 Caracterização dos sujeitos

A caracterização dos usuários sujeitos do presente estudo foi obtida por meio de busca nos prontuários.

Sujeitos	Sexo	Idade	Estado Civil	Religião	Escolaridade	Diagnóstico
S1	Feminino	52	Casada	Católica	2º completo	F.25
S2	Feminino	47	Casada	Evangélica	1ºincompleto	F.20
S3	Masculino	37	Solteiro	Católico	1º completo	F.20.3
S4	Masculino	49	Casado	Católico	Superior Completo	F.06
S5	Masculino	47	Solteiro	Evangélico	1º incompleto	F.20

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos

Verifica-se no quadro que os sujeitos apresentam-se em sua maioria do sexo masculino, com idade mínima de 37 e máxima de 52 anos, três casados e dois solteiros. Três disseram-se católicos e dois evangélicos. Quanto à escolaridade, dois apresentam 1º incompleto, um 1º completo, um com 2º completo e um com superior completo.

Apresentam diagnósticos variados tais como: F.25 (esquizoafetivo); F.20.3 (esquizofrenia indiferenciada); F.20 (esquizofrenia paranóide); F.06 (outros transtornos mentais devido lesões a disfunção cerebral e a doença física).

Além dos dados apresentados no quadro, foi verificado também, o tipo de tratamento, a situação trabalhista, com quem o sujeito reside e o ano de entrada no serviço. Assim, S2, S3 e S5 estão em tratamento intensivo, S1 em semi-intensivo e S4 em não intensivo. Nenhum trabalha atualmente, sendo que S1 e S2 dependem financeiramente da família, S5 é aposentado por invalidez e, S3 recebe benefício de prestação continuada (BPC) e S4 recebe auxílio doença. Nenhum reside sozinho, S1 reside com 2 filhas e um neto, S2 com marido e filha, S3 apenas com a mãe, S4 com a esposa, filho e sogra e S5 com a mãe e irmão. Quanto ao tempo de tratamento no serviço, S5 está desde 2006, S3 desde 2007 e S1, S2 e S4 desde 2008.

4.2 Relatando os encontros

Pretende-se neste item descrever em síntese os encontros, principalmente as dramatizações e as etapas preparatórias.

Em cada encontro a seguir será descrito quais participantes estiveram presentes. Verificou-se que dos 5 sujeitos, nenhum apresentou frequência 100% nos 12 encontros previstos, entretanto todos apresentaram uma boa participação, desejável para a inserção dos dados na análise. Assim, vale destacar que S1 apresentou 91,6% de frequência, S2 83,3%, S3 91,6%, S4 66,6% e S5 75%.

PRIMEIRO ENCONTRO

Data: 13/08/2010

Horário: 14:00 às 15:35

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S2; S3; S4; S5; S6; S7; S8

Nesse dia foi realizado o primeiro encontro com o grupo. Estiveram presentes, eu como coordenadora, um colaborador filmando todo o encontro, o qual participou em todos os 12 encontros, e 8 pacientes dos 13 que aceitaram participar inicialmente. Foi lhes explicado novamente o objetivo da pesquisa, como funcionaria o grupo e as etapas da atividade a ser desenvolvida, *teatro espontâneo do cotidiano*. Logo, iniciamos as atividades. Neste momento foi lançada a questão norteadora *O que significa para você ser um portador de transtorno mental?*

Em seguida, passamos para as próximas etapas, nas quais foram desenvolvidas as seguintes atividades: apresentação dos nomes e principais características; exercício de respiração com o corpo (soltava-se o ar pelas pernas, braços, depois a expressão Ah! E por último uma palavra que representasse um sentimento daquele momento); caminhada no espaço (normal, lento, rápido, normal); jogo dos números (os participantes se cumprimentavam através de números apenas, após foi solicitado emoções como alegria, medo e tristeza); roda da solidariedade (todos de mãos dadas, inicia-se um dizendo ao outro “eu preciso de você”, quando chega a quem iniciou, este volta a roda dizendo “pode contar comigo”).

Após esta etapa, foram todos convidados a pensar em uma situação da qual gostariam de dramatizá-la, relacionada ao contexto da conversa inicial frente à questão norteadora. Segue alguns trechos abaixo dessa dramatização, observa-se que os participantes apresentam dificuldades de entrar em cena e iniciam contando a história.

S2: *essa cena lá do hospital me marco muito eu acho.*

C3: *e dá pra conta uma história?*

CO: *cada dia nós vamos fazer uma história.*

S2: *era dentro do quarto de manhã, era bem de manhã, parece que naquela hora eu voltei a si, naquela hora. E tava uma mulher de lado tomando banho a fila pra tomar banho e a enfermeira tava tirando minha roupa aí que olhei e pensei onde que eu to? Dei uma olhada pra cima, olhei assim, aí depois eu firmei bem, eu também tava ficando pelada, aí eu olhei bem e pensei eu to num hospital de louco. Essa cena pra mim é a que mais marco.*

S1: *quem pôs você no hospital?*

S2: *quem pôs? Meu marido. Com ordem médica, né.*

CO: *então estava você, estava uma enfermeira e mais algumas pessoas?*

S2: *vixi, um monte uma “mulherzada”. Em cada quarto tava, mais ou menos, 12-13 em cada quarto e tinha um banheiro em cada quarto.*

CO: *alguém quer ajudar a S2, fazer a enfermeira e as outras pessoas que estavam lá no quarto da cena?*

S1: *eu vou ajudar a S2.*

CO: *você vai ser a S2?*

S1: *é.*

CO: *a S1 vai ser a S2. Quem vai ser o enfermeiro ou a enfermeira, quem pode tentar fazer isso?*

S2: *a enfermeira eu posso até tentar porque tava tirando minha roupa, né.*

CO: *pode ser então a S2 vai ser a enfermeira.*

CO: *e aí tinha algumas outras pessoas na sua cena?*

S2: *os outros era tudo os pacientes do mesmo quarto que já tava pelado preparando pra toma o banho (...) não, tava tudo em pé. Um querendo toma banho, o outro já tava aqui na fila, o outro tava lá em baixo do chuveiro, a outra aguardava na fila e só eu pensei aí eu não acredito que eu to aqui [ri e põe as mãos no rosto]. Foi terrível de mais.*

CO: *Você falou alguma coisa?*

S2: *nada, eu não reagia.*

CO: *você só pensou?*

S2: *eu só olhei, dei uma olhada pra todo mundo, olhei em mim assim ela tirando minha roupa, olhei assim algumas já tava lá no chuveiro, as outras já tava pelada esperando na fila e eu olhei e falei assim onde que eu to? Aí eu fui olha na cara de cada um e tinha cara de louco e falei aqui é o hospital de louco.*

CO: *então vamos tenta fazer essa cena. Da mesma forma que a enfermeira agiu com você vai tentar agir com a S1 ta?*

S2: *pode?*

[S2 faz o movimento de tirar a roupa de S1]

[Começam a encenação com S2 retirando as roupas de S1]

CO: *o que você acha que a S2 sentiu nesse momento?*

S1: *ah, desespero, né, nossa senhora. Você chorou?*

S2: *não.*

S1: *um desespero, uma coisa ruim.*

CO: *S2, vamos tentar troca, você fazer você mesma, pra gente realmente vê como que foi a cena, e a S1 faz a enfermeira.*

S1: *é, porque fica mais fácil você* [S1 começa a inverter de lugar com S2].

S2: *onde que eu to? Eu não acredito, eu to no hospital dos louco.*

CO: *o que você sentiu nesse momento?*

S2: *vontade de ir embora. Bateu desespero e vontade de ir embora (...) num queria fica lá, né. Aí foi indo nunca tinha entrado num hospital psiquiátrico num sabia o que era hospital psiquiátrico. Aí foi toma banho, um minuto só pra toma banho, aí fui lá ficar no quarto e fiquei lá doida de vontade toma o rumo e vim embora.*

CO: *e a S1 o que você sente nessa cena sendo a enfermeira e sendo a S2?*

S1: *ah, eu acho que a enfermeira já não ta nem ai ta acostumada mesmo lá, que nem você falou, os louco já num tem muita tem sangue frio.*

S2: *a enfermeira tira a roupa. Um minuto só pra toma banho.*

CO: *o que você pensa hoje S2 disso?*

S2: *o que eu penso é que hoje eu tenho muita fé em Deus, em primeiro lugar, e eu num volto mais pra lá de jeito nenhum. Não que eu passei uma vergonha por não querer se envergonha não é por que eu creio é pela minha fé em Deus que eu penso que eu não vou voltar mais. Por isso que eu luto e to lutando pra sair desse problema. Eu não volto. Quando eu tento fica nervosa eu lembro e falei eu num volto pra lá.*

S1: *e você toma remédio?*

S2: *tomo remédio, faço o tratamento, né. Eu não paro com os remédios, mas eu num volto pra lá eu não quero volta pra lá.*

CO: *que sensação você teve agora de lembrar isso? De fazer?*

S2: *ah, isso aí parece que a gente não esquece nessa hora parece que a gente tá lá, né. Eu tenho aquela imagem certinha de lá desde desse momento até a hora que eu sai. A imagem certinha.*

S1: *isso que é triste, né?*

S2: *não, eu não sou triste. Eu não gosto eu não quero volta pra lá, mas eu levo essa imagem passou, né, é uma fase passou. Só que eu não quero mais voltar.*

S1: *eu também me vi no Allan Kardec, onde eu fiquei internada.*

S2: *foi lá no Allan Kardec mesmo que eu fiquei.*

S1: *ah, você foi eu pensei que fosse aqui. Foi agora a pouco tempo, pouco tempo não, faz um ano, eu fiquei aqui no Hospital das Clínicas.*

S2: *então é isso eu luto, eu busco muito em Deus, faço o tratamento, tudo que eu posso fazer pra melhora, você pode ver que eu to sempre participando, vamos fazer isso, vamos, tudo que tá tendo eu tento fazer pra participar por que o meu propósito é não volta mais pra lá, sair dessa crise, até chegar o dia que eu creio, eu tenho muita fé com Deus, que o médico vai me tira e falar assim você tá boa e não vai mais precisa toma remédio pra esse problema, graças a Deus, eu espero que não.*

CO: *tem mais algum detalhe, alguma coisa mais que aconteceu que chamou a atenção nessa situação que quer contar pra gente ou foi isso mesmo que aconteceu?*

S2: *oh, tem um detalhe que eu nunca entendi e também nunca ninguém me falou, mas eu também nunca perguntei por que eu sou de pouco pergunta. Eu tava com o rosto tudo machucado nesse dia nesse banho só que eu não sei em quem eu bati, eu bati e apanhei, né, mas só que eu não sei até hoje quem é. O meu marido que me falou que eu apanhei por que eu bati numa enfermeira parece.*

CO: *mas foi nesse dia? Nesse banho?*

S2: *não, quando eu acordei nesse dia não, foi antes desse banho porque quando eu bati eu fiquei trancada dentro de um quartinho escuro.*

Termina a cena.

Ao final de cada grupo é escolhida uma palavra síntese, em comum acordo. Todos em círculo de mãos dadas, dizem essa palavra juntos e levantam as mãos. Neste encontro a palavra escolhida foi: *união*.

SEGUNDO ENCONTRO

Data: 20/08/2010

Horário: 14:00 às 15:40

Coordenadora: CO

Participantes: S2; S3; S4; S5; S6

Estiveram presentes 5 pacientes, porém este quinto participante, S6, não participou dos 12 encontros, houve uma participação pequena menor que 50%, portanto não entrou para os dados da pesquisa.

Como previsto iniciamos pela questão norteadora. Em seguida, iniciamos os exercícios: respiração (sentimos a própria respiração, respiramos trocando as narinas – inspirando pela narina esquerda, expirando pela direita e vice-versa- respiramos ocupando todo o espaço com o corpo, respiração lenta e rápida); exercícios de consciência corporal; tateação grupal (ficam todos em roda, um atrás do outro, todos se tateam mutuamente); exercício de memória (estimulando a pensar “o que eu fiz ontem?”); exercício de blablação (no qual eles conversaram entre si sobre um incidente passado, porém somente com o blá blá blá).

Nesse encontro a dramatização foi relacionada com uma situação de S6, o qual não entrou para os dados da pesquisa, portanto não será aqui apresentado.

Palavra síntese do encontro: *esperança*.

TERCEIRO ENCONTRO

Data: 03/09/2010

Horário: 14:00 às 15:38

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S2; S3; S5

Esse encontro deveria ter acontecido dia 27/08/2010, porém estive presente em um evento científico fora da cidade, foi explicado ao grupo e transferido o encontro para o dia 3/09. Participaram neste encontro 4 pacientes, eu como coordenadora e um colaborador na filmagem. Foi lançada a questão norteadora e proposto como exercícios: sentir o eu (uma série de exercícios de percepção e sensações do corpo); visão periférica (são realizados movimentos com a visão para todos os lados possíveis a fim de se estender a visão); jogo do movimento (todos em círculo, uma pessoa no meio, consiste em observar quem inicia o movimento); círculo das emoções (todos fazem um círculo imaginário em volta de si, conforme vão construindo esse círculo vão dizendo emoções que são importantes para si).

Em seguida iniciou-se a dramatização, houve dificuldades de se fazer a cena, os participantes continuam contando-a, seguem alguns trechos:

S2: *a desconfiança, mas eu não sei fazer essa dramatização não.*

CO: *a gente pode ti ajudar S2. Que situação você lembra que você vive ou já viveu que sentiu a desconfiança?*

S2: *ah, a pessoa você tá lá assim só com uma pessoa, a pessoa ir, trancar a porta, por a chave no bolso, a única coisa que faz é por no bolso, não deixar você sair, eles abre a porta você ameaça sair, eles ti empurra pra trás e não deixa você sair.*

CO: *lá na sua casa acontece isso?*

S2: *já aconteceu.*

CO: *em que situação agora você acha que tem que ainda tem desconfiança? Que ainda você vive?*

S2: *ah, essas coisinhas que eu falei de às vezes a gente rir muito, no caso, eu gosto de assistir o Silvio Santos de domingo, aqueles palhaçada do Silvio Santos lá eu adoro, dou as*

minhas gargalhadas. Aí eles vem “oh mãe, o que tá acontecendo, você tá ficando doida?” eu falei você já não tá acostumado com essa palavra doida ou louca, né. Eles dorme e aí eu começo a rir sozinha lá com os Silvio Santos com as palhaçada eu gosto de vê.

CO: *aí ele acha que você não tá bem?*

S2: *é, “nossa mãe, precisa ri nessa altura, você tá ficando louca?”. Ué, se eu to achando graça eu tenho que ri ué eu ponho tudo pra fora aquela hora pra quê segurar.*

CO: *e aí você acha que ele fica desconfiado?*

S2: *não, eu não gosto dessa palavra quando ele fala “louca”, “você tá ficando louca”, eu não gosto dessa palavra (...) então, eu acho, que essa palavra pra ele tem que ser mais pesada do que pra mim e eu não gosto dessa palavra.*

CO: *então vamos tenta fazer?*

S2: *de louca, eu?* [S2 e S1 riem]

CO: *essa situação acontece na sua casa então?*

S2: *é, acontece.*

CO: *então vamos montar então, é uma sala, é isso? Você tá na sala assistindo televisão?*

S2: *é to na sala. Ele tá lá naquele sofá dormindo, que ele só sabe fazer isso. [Refere-se ao marido]*

S1: *aí, que programa chato. [S1 faz o papel do marido de S2]*

S2: *ué, eu to assistindo televisão, mas o Silvio Santos passa alguma coisa engraçada e eu começo rir e ele acorda assustado. Ele acorda com a minha risada.*

S1: *o que tá acontecendo aí, você tá rindo do que?*

S2: *to achando graça do Silvio Santos, das palhaçada do Silvio Santos.*

S1: *ah, eu vou dormi, tchau. Eu vou dormi. [S2 levanta e sai da cena].*

S2: *ele fala assim “você tá ficando louca, precisa ri desse jeito? Sozinha, nessa altura?” assim. E fica rindo sozinha assim é sem graça.*

CO: *e você acha que quando ele fala isso ele tá referindo a uma época que você não estava bem?*

S2: *é, eu não sei eu vejo que não é por aí, que ele me vê assim, né, como louca, mas eu acredito que é a primeira palavra que vem na boca que ninguém pode rir mais alto, a pessoa tá rindo sozinha por que, bem dizer, eu to rindo sozinha, eu to rindo lá do programa Silvio Santos.*

S2 e S1 voltam à cena.

S1: *o que você tá assistindo aí?*

S2: *Silvio Santos.*

S1: *louca, louca.*

S2: *é, to, você esqueceu dessa palavra loucura? Você sabe aonde que leva a loucura?*

S1: *não, quero saber não.*

Neste momento trocam os papéis, S2 faz seu marido e S1 passe a ser S2.

S2: *que isso nega (sic), tá ficando doida?*

S1: *não.*

S2: *rindo nessa altura.*

S1: *to assistindo meus programa aqui (sic) do Silvio Santos.*

S2: *o que tá acontecendo?*

S1: *ele ti atinge? [S1 sai de cena]*

S2: *ele consegue me irrita sim com essa palavra louca, sim.*

CO: *como chama o marido da S2?*

S2: *J.*

CO: *J, você acha que você incomoda a S2 de alguma forma, por que você fala assim com ela?*

S2: *por que eu acho que não precisa ri nessa altura uma hora dessa da noite a gente tá aqui deitado, acaba assustando pra ver o que tá acontecendo.*

CO: *mas você acha que ela tá bem ou não?*

S2: *pra dá umas risada dessas (...) ah, num pode tá não.*

CO: *Por que você acha que ela não tá bem?*

S2: *porque ela não era de rir muito e agora, depois, aí ela ri mais então a gente fica meio desconfiado.*

CO: *e você já conversou com ela sobre isso?*

S2: *eu não gosto que toca nesses assunto (sic). Eu não gosto que fica falando de doença.*

CO: *quem que não gosta o J ou S2?*

S2: *o J não gosta.*

CO: *Do que você não gosta J?*

S2: *eu sofri mais que ela, eu sofri mais do que ela. Eu, além de ter que trabalha fora, ter que fazer o serviço da casa e fica 24 hora, 2, 3 noite sem dormi vigiando.*

CO: *e a S2 sabe disso?*

S2: *não, porque ele não conta, num é tudo, pouca coisa.*

CO: *E a S2 conversa com ele?*

S2: *ele num gosta muito de fala. Ele fala aí a S2 fala pra ele: “você esqueceu da loucura, você sabe o que acontece com quem tá louco?”.*

CO: *o que você sente S2 quando você fica no papel do J agora?*

S2: *ai, o que eu sinto, no papel dele, ai eu fico com dó.*

CO: *mas quando fala nessa questão do louco e da doença você acha que também se incomoda ou é mais ele?*

S2: *não, mais ele, mais ele.*

CO: *mas você também se incomoda?*

S2: *incomodo, incomodo porque se não eu não gostava dele fala “você tá louca”, “precisa ri nessa altura”. Me incomodo.*

CO: *e ele aceita você está aqui no CAPS tá fazendo tratamento?*

S2: *ele aceita. Não, ele aceita, mas não pergunta nada do que se passa aqui às vezes eu fico contando, né, mas não adianta.*

CO: *mas ele ti acolhe?*

S2: *acolhe, mas é assim não pergunta o que se passa, o que a gente faz, alguma coisa que ele sabe eu que conto, mas também quer que eu venho, não quer que eu trabalho, prefere que eu fico vindo aqui do que trabalhar.*

Termina a cena.

Palavra síntese do encontro: *paciência.*

QUARTO ENCONTRO

Data: 10/09/2010

Horário: 14:00 às 15:40

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S3; S4; S5; S6

Neste dia, durante a conversa inicial, alguns participantes demonstraram não terem mais o que relatar a respeito da questão norteadora. Com um pouco mais de estímulo foram encontrando outros assuntos. Para a etapa de preparação foi proposto: jogo do bom dia (todos andando pelo espaço, consistia em dar um aperto de mãos e dizer bom dia assim que encontrasse com o colega); jogo de mudanças (para estimular a observação, ficavam em duplas, de costas um para o outro, trocava-se algo no visual e ao virar-se deveriam descrever o que estava diferente); espelho (um comanda o movimento, outro é espelho e espelha o movimento que recebe, após havia a troca desses papéis); construção de imagens (em duplas, consistia em formar imagens, um era o escultor e o outro o esculpido, formando imagens conforme emoções, sentimentos, desejos sobre o significado de ser um portador de transtorno mental).

Para a dramatização, uma participante propôs encenar uma situação em que vivia em relação ao tratamento medicamentoso. Segue a cena:

S1: *Eu num quero tomar o remédio agora não.*

S4: *Porque não?* [S4 faz o papel de uma das filhas de S1]

S1: *Não, num quero tomar.*

S4: *O que é que eu posso fazer então?*

S1: *Num sei o que você vai fazer.*

S4: *Toma direitinho, porque eu gosto de você.*

CO: *Porque você não gosta de tomar o remédio, Sônia? Porque você não aceita que a sua filha te dá o remédio?*

S1: *Eu acho que vai fazer mal pra mim. Um câncer, uma coisa assim. Porque já me deu, a minha barriga era assim, muxinha e inchou. Eu num tinha a barriga desse jeito.*

[Neste momento dou algumas instruções para S4, o qual apresentou dificuldades em continuar a cena]

S1: *Eu num quero tomar o remédio não, eu num quero tomar agora.*

S4: *Como num quer?*

S1: *Então, me dá ai que eu tomo vai... e sempre vigiando viu, elas ficam me vigiando, de vez em quando, agora pararam um pouco* [Começa a contar o que acontece]

S4: *Você precisa tomar. Porque você ta necessitando, vai fazer bem pra você.*

S1: *Não, mas eu tenho medo de câncer, de me dá alguma coisa.*

S4: *Que isso?! Você sara logo. Sem problema.*

S1: *Então me dá. Que eu tomo ta.*

S4: *Muito bem, muito bem.*

CO: *Oh, S1, você sempre tem esse sentimento? De que vai te dar alguma coisa?*

S1: *Agora já num dá mais. Agora eu já tô tomando direto. Num falo “eu num quero”. Antigamente eu não queria.* [Diz que aceita, mas entra em contradição nas falas]

CO: *Você ta aceitando mais agora?*

S1: *Tô aceitando mais agora.*

S4: *Agora ta bom. [sai de cena]*

S1: *É. Eu comecei a tremer um pouquinho.*

CO: *Às vezes pode...ou emagrece, ou engorda, só que ele é um componente que ajuda no tratamento também, e hoje, então, você ta aceitando mais, tomar esse remédio? Ou você ainda tem esse conflito em aceitar, pra tomar?*

S1: *É. Eu tenho um pouquinho ainda. Porque todas às vezes que eu venho no “Chico”, Dr. Chico, eu peço pra ele tirar.*

CO: *No que é que te atrapalha mais assim, tomar esse remédio?*

S1: *Que mais? Me ataca o fígado também. Me enjoa o estômago e de vez em quando eu vomito. É isso ai que me dá. Essas três coisas.*

S1: *Já tô aceitando sem... né. Deixa eles né, uma hora que eu morrer ai, tudo bem.*

CO: *Você acha que pode morrer? Você acha que pode te causar isso?*

S1: *Porque minha mãe morreu desse jeito.*

CO: *Você acha que pode te causa esses danos, o remédio?*

S1: *Porque minha mãe morreu, e ela tomava esses remédios. Neosaldina né, um punhado de remédio, e eu que dava os remédios pra ela. Já pensou? [Verifica-se aqui a sua relação com as filhas quando querem lhe a dar a medicação]*

S1: *Deu câncer no intestino.*

CO: *Mas, isso pode não ser, necessariamente, pode ter sido a causa, né? Porque a gente não sabe qual é a causa. Que é a causa do câncer. Né?*

S1: *Então, mas eu acho que é essa medicação, chega no final da vida, é câncer que dá. Cé pode ver tudo essa gente que ta morrendo de câncer por ai. E é essa remediera que toma. Que, às vezes, nem precisa. Toma um remedinho caseiro, né.*

CO: *Essa é uma coisa pra você pensar. Que, não necessariamente, você tomando esses remédios, que vai te levar a ter essa doença. Né?*

S1: *Ahãã...*

[Neste momento S1 sai de cena e prefere não continuar]

Palavra síntese do encontro: *felicidade*.

QUINTO ENCONTRO

Data: 17/09/2010

Horário: 14:00 às 15:30

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S2; S3; S4; S5

Nesse encontro estavam todos os 5 participantes. Iniciamos pela questão norteadora e foi proposto como preparação: jogo dos planos (consiste em andar pelo espaço nos níveis baixo, médio e alto); jogo de bola (um jogo no qual imaginávamos estar jogando bola, imaginar o tamanho, o peso, a velocidade); tateação grupal (ficam todos em roda, um atrás do outro, todos se tateam mutuamente); quantos “as” existem em um “a”? (consiste em soltar a respiração com a palavra “A”, porém, ao soltar expressar um sentimento).

Na dramatização S4 começou a contar uma situação, porém a cena não aconteceu, observa-se a dificuldade em se colocar em cena novamente. S4 apresenta um quadro orgânico associado, no qual tem como conseqüências perdas cognitivas, seu discurso oscila em alguns momentos apresentando-se incoerente. Neste dia S4 trouxe suas dificuldades em relacionar-se com familiares, culpando-os em alguns momentos por ter o transtorno mental.

CO: *Então pensando um pouco no que vocês falaram da questão do, acho que foi a mais falada aqui, do relacionamento lá da primeira conversa... que situação nós podemos fazer para a encenação, a dramatização...que tem haver com a questão do relacionamento, da dificuldade de se relacionar ou das pessoas relacionarem com vocês.*

S4: *O relacionamento.*

S4: *Do relacionamento das outras pessoas comigo.*

CO: *O que você sente das outras pessoas com você, S4?*

S4: *Uma conturbação, sabe o que é conturbação né (...) sinto uma conturbação em relação a mim em relação a outras pessoas que estão a minha volta.*

CO: *Que tipo de conturbação são essas?*

S4: *Falar coisas que não devem ser faladas, xingar, bater, beijar, tudo isso.*

CO: *Mas o que você traz relacionado, você falou assim que teve algumas conturbações que sobrecarregou e que por causa disso o Sr. adoeceu, que tipo de... O que acontecia?*

S4: *Comigo e com a minha família, minha esposa, ela queria tudo para mim e eu não queria saber de nada, quando aconteceu tudo aí veio o problema em mim.*

[Neste momento foi proposto a dramatização, mas S4 não conseguiu prosseguir]

Palavra síntese do encontro: *dia feliz.*

SEXTO ENCONTRO

Data: 01/10/2010

Horário: 14:00 às 15:28

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S2; S3; S4; S5

Todos participantes estiveram presentes.

Esse encontro deveria ter acontecido dia 24/09, porém por falecimento de um familiar da coordenadora o grupo foi desmarcado e adiado para o 01/10. Nos encontros anteriores foi observado dificuldades de expressão dos significados e nas dramatizações. Desta forma, houve a necessidade de troca da ordem das etapas, iniciando-se com as etapas preparatórias e em seguida a discussão da questão norteadora. A autora da técnica foi contatada e verificou-se que tal troca não implicava na execução plena da técnica, visto que em seu estudo também foi verificado tal procedimento.

Foram propostos os seguintes exercícios: respiração (cada um sentindo a sua respiração, seu ritmo, após todos em círculo apoiados uns aos outros, no ato da expiração também movimentava-se pernas e braços); caminhada com atitude (consistia em caminhar

pelo espaço e observar o seu caminhar, após caminhar de um maneira diferente da habitual); jogo do guia (consistia em formar duplas, em cada dupla um era o cego e outro o guia, entre cada dupla combinaram um som, no qual o guia emitia e o cego se movimentava na direção deste som, após trocava-se os papéis) jogo do quem sou eu? O que eu quero? (cada um escrevia em um pedaço de papel suas características e o que queria para a vida, um desejo, etc).

A dramatização partiu do último exercício, no qual os participantes falaram de seus sonhos e desejos:

CO: *Vamos pensar nesses sonhos, nessas vontades, nas coisas que vocês querem voltar a fazer, nas possibilidades que pode ainda ser feitas, afinal vocês ainda estão vivos, estão aqui fazendo coisas, pensando nisso o que a gente pode encenar hoje?*

S5: *Eu queria dizer que o tanto que eu fiquei no hospital (...) eu estudei um pouco de matéria né? Então todo esse tempo que eu passei internado eu comecei a trabalhar na medicina também, foi em 82 que eu entrei no hospital, mas só que eu não quero ser médico, entendeu? Não quero ser enfermeiro, porque eu não gosto dessa profissão, é muito sujo hospital, um chega da injeção, outro chega da remédio...*

CO: *E o que o senhor quer?*

S5: *Eu? Quero ser pedreiro, mas não tem jeito porque minha estatura ficou pequena.*

CO: *Vamos tentar encenar isso? Ai as pessoas te ajudam. Vamos tentar encenar, dramatizar isso? Qual são suas vontades?*

S5: *Eu quero trabalhar para mim, para mim mesmo, sabe? Quando eu vejo e penso em ter alguma coisa, um automóvel, uma casa.*

CO: *Então vamos tentar ajudar o S5 a montar uma cena, quem vai ajudar? Quem pode ajudar o S5? A fazer a cena.*

S1: *Eu.*

CO: *Você ajuda? Então vamos ficar mais para cá, platéia. Então S5, vamos tentar dramatizar esse sonho.*

S1: *Você é o coiso?*

S5: *Eu sou o pedreiro.*

CO: *Vamos tentar dramatizar esse seu sonho de ser pedreiro.*

[S5 e S1 ficam agachados no chão com uma régua e um sapato como se estivessem medindo algo]

S1: *Porque S5 você resolveu fazer, ser pedreiro?*

S5: *Porque eu quero ter uma casa linda, ser um profissional, que eu posso ter um emprego de, por exemplo, de pedreiro porque sozinho não vou conseguir ter uma casa, né? Mas eu conseguindo fazer uma casa para mim, de fundo eu sei fazer, muro já fiz, ai eu, porta e janela que eu não sei ainda a medida, né? E trabalhando de pedreiro...*

S1: *O que você almeja mais?*

S5: *Uma casa mobiliada, uma casa muito bonita, linda mesmo, bem feita mesmo, construída mesmo, móveis muito bonito (...) até conseguir ser um instrutor, que seja boa para meus filhos.*

S1: *Você tem filhos?*

S5: *Nunca tive, mas...*

S1: *Você quer ter filhos?*

S5: *Não, eu não pretendo me casar ainda, porque eu não tenho casa para morar, eu tenho que gastar com a casa, estou com IPTU atrasado, na hora do almoço minha mãe fala que eu posso comprar meu terreno e fazer minha casa, daí eu vou comprar meu terreno, fazer minha casa com meus irmãos ou eu pago pedreiro para fazer, vou aprendendo também, depois que eu tiver uma casa ai eu vou começar a negociar, eu vou comprar um 3, 4 terrenos ai eu vou construir ai eu vou vender uma casa e ficar com mais 3 terrenos, entendeu? Eu faço uma casa depois eu vendo a casa e construo mais 2 casas então é assim aplicando um em cima do outro, vai trançando, um valor vai puxando outro mais alto.*

S2: *E você tem condições financeiras para isso? [S2 entra na cena]*

S5: *Não, por enquanto ainda não.*

CO: *Então como você vai fazer para realizar esses seus sonhos?*

S5: *Primeiro eu tenho que esperar minha mãe, eu tenho que cuidar dos meus dentes que estão estragando.*

CO: *Mas é um sonho? É uma vontade sua?*

S5: *Primeiro da minha saúde né?*

CO: *Alguém tem alguma pergunta para fazer para o R?*

S5: *Eu preciso é de ferramentas, coisas assim, sem ferramentas eu não sei fazer, já trabalhei fazendo laje...*

CO: *O que você precisa para realizar esse sonho?*

S5: *O que precisa para realizar esse meu sonho? Primeiro ajudar o meu último irmão a ter a casa própria, depois reconstruir a minha casa se meu pai deixar ai depois ajeitando as coisas, indo devagar. Eu compro o terreno na Caixa Econômica e vou pagando por mês, ou então eu financio uma casa... mas casamento eu não quero ainda, e não quero.*

S2: *Além do sonho de ser pedreiro o que mais você quer da sua vida?*

S5: *Da minha vida? Eu quero viver eternamente agradecendo a Deus.*

CO: *Alguém tem alguma coisa para perguntar para ele?*

[Neste momento, ninguém responde, S5 e S1 deixam os objetos e saem de cena]

Termina a cena.

Palavra síntese do encontro: *conquista.*

SÉTIMO ENCONTRO

Data: 22/10/2010

Horário: 14:00 às 15:10

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S3; S4

Nesse encontro foram apenas 3 participantes, portanto o tempo de duração foi menor que o habitual.

Ficamos duas semanas sem o encontro devido ao um evento do CAPS no dia 08/10 e, dia 15/10, no qual eu não pude estar presente. Desta forma, esses acontecimentos foram explicados ao grupo no dia 01/10/10 e todos concordaram.

Os exercícios propostos foram: jogo do ritmo (todos sentados em círculo, consistia em fazer movimentos com as pernas, de maneira sincronizada); respiração (respirar lentamente para acalmar os batimentos cardíacos acelerados pelo exercício anterior) ; quem disse “ah”? (todos de olhos fechados, de forma aleatória expressavam um de cada vez o som “Ah”, o restante do grupo adivinhava quem era); troca de papéis (em duplas, consistia em dizer um para o outro sobre o que pensava e sentia em relação à condição de ser um portador de transtorno mental, suas insatisfações, seus desejos, após, todos sentados em círculo, um de cada vez apresentava uma dramatização do que ouviu do seu colega de dupla). Este último exercício foi pensado para facilitar o processo de dramatização, do qual o grupo apresentava algumas dificuldades. O resultado final deste exercício determinou a dramatização deste encontro. Entretanto, foram observadas algumas dificuldades dos participantes em se colocar no lugar do outro.

Formaram as duplas: S3 e S4; S1 e S3.

Todos em círculo, formando a platéia, e um de cada vez, no centro, apresentando o papel do outro. Inicia com S3 encenando o papel de S4.

S3: Apesar de eu estar um pouco conturbados a gente está tentando ser feliz com um pouco de dificuldades, na família ta tudo bem só que não está indo ninguém na minha casa, não vai ninguém na minha casa da família da minha esposa. Graças a Deus está tudo bem na minha família, meus filhos. Só estou um pouco confuso, mas, Graças a Deus nós vamos melhorando, pretendo melhorar.

S4: Eu concordo com tudo que ele falou (...) tem coisas de amizades que a gente consegue levar para frente e não trazer nada de ruim para cá, agora é levar tudo a diante, individualização. [S4 comenta sobre a cena de S3]

CO: O senhor S4, sobre as questões de insatisfações, dessa questão de estar em tratamento, o que significa isso para o senhor, o que você tem para falar sobre isso?

S3: A gente esta fazendo o possível para melhorar cada vez mais.

CO: Tem alguma insatisfação, alguma dificuldade?

S3: Não, nenhuma.

CO: Tem alguma pergunta para o senhor S4, S1?

S1: *Não, para nenhum dos dois.*

CO: *Está tudo certo então. Não tem nada que te incomoda, nada que precisa melhorar?*

S3: *Não, não. Tá tudo certo. Só um pouco confuso.*

CO: *Porque o senhor está confuso, senhor S4?*

S4: *Eu S4?*

CO: *Da sua vida, você está confuso?* [A pergunta se direciona a S4 pois S3 não sabe o que responder]

S4: *Com a minha vida não, Graças a Deus.* [S4 apresenta-se confuso quanto às suas respostas, S3 também não consegue terminar a cena]

[Neste momento, solicito que S4 passe a fazer o papel de S3]

CO: *Vamos tentar trocar agora os papéis, você vai fazer o S3. Você falou como S4 e agora vai falar como S3, a história que ele te contou você vai trazer para gente, mas como S3.*

S4: *O que você falou S3?*

CO: *O senhor não lembra o que ele falou?*

S4: *Não lembro, não lembro. Ele falou tanta coisa que me desconfortou a cabeça.*

CO: *Não lembra nada, nada, nada?*

S3: *Lembro que ele falou que tava tudo bem...*

CO: *Tenta falar como S3.*

[S4 apresenta uma perda cognitiva significativa, em alguns momentos apresenta dificuldades em concretizar os exercícios e as cenas, desta forma, não conseguiu finalizar a dramatização. Neste momento solicito que S3 conte novamente seus significados a S1, a qual tentaria encená-los]

S1: *Eu sou...a minha família gosta de mim tudo e eu descobri que ele não gosta de tomar remédio, eu descobri isso nele.*

S3: *Nossa, olha...*

S1: *Ele não falou, mas eu descobri isso nele.*

S3: eu falei que estou bem Graças a Deus, os filhos e a Virgem Maria eu estou bem. Eu nem comentei, ela disse que descobriu, mas eu nem comentei de remédio, e minha família esta tudo muito bem, e agora ela vem falar de remédio? Eu não comentei com remédio com você!

[S1 projeta os seus significados no papel de S3, começa a relatar sob sua percepção e não na de S3. Inicia uma discussão entre os participantes sobre o que S1 disse de S3. O exercício finaliza e termina a cena]

Palavra síntese do encontro: *respeito*.

OITAVO ENCONTRO

Data: 29/10/2010

Horário: 14:00 às 15:37

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S2; S3

Foram realizados os seguintes exercícios: respiração (inspirar ocupando o maior espaço com o corpo e expirando ocupando o menor espaço com o corpo); ninguém com ninguém (formavam duplas, conforme comandos deveriam tocar partes do corpo ao mesmo, ex: mão com cotovelo, costas com costas, pé com pé, etc); hipnotismo colombiano (em duplas, um era o guia, posicionava a mão em frente ao rosto do colega, este seguia a mão conforme os movimentos, após trocava-se os papéis); observação (em duplas, um de frente para o outro, consistia em observar em silêncio uns aos outros, após viravam de costas e descreviam o máximo de detalhes da outra pessoa); teatro-imagem (de olhos fechados, cada um formava uma imagem com o corpo, a qual representava o significado de ser um portador de transtorno mental, após foi dado o comando para dar movimento a esta imagem).

Para a dramatização foi realizada novamente a técnica “troca de papéis”. Foi proposto que conversassem sobre os significados de ser um portador de transtorno mental. A dupla S1 e S2 indicaram-se para a dramatização. S3 optou por não realizar a cena. Seguem os trechos das cenas:

[S2 e S1 formam a dupla. S2 começa a cena e troca de papel com S1]

CO: *Então, S1 conta pra gente a sua história. O que você deseja contar pra gente.*

S2: *A minha história é que a minha casa, as minhas filhas não têm paciência comigo, eu não quero tomar remédio e sou obrigada a tomar remédio, eu não aceito, de jeito nenhum, tomar remédio porque o remédio pode me dar um câncer, pode me dar uma outra doença e, a gente num tem muito com quem contar, com as pessoas. Porque as pessoas acham que a gente ta ficando louca e eu não aceito, de jeito nenhum, tomar remédio.*

CO: *E você se sente como louca?*

S2: *Eu não me sinto como louca. É a família, as minhas filhas que me vê como louca. Eu não.*

CO: *Você já tentou conversar com as suas filhas, pra melhorar o relacionamento, ter um diálogo com elas, explicar? Você acha que realmente é isso que elas sentem por você, ou é a sua impressão que você tem delas?*

S2: *Não, eu que acho elas vê isso em mim sim. Que a gente ta um pouco perturbada, mas, elas acho que os filhos hoje (...) num tem muita paciência com a gente. Num paciência comigo.*

CO: *Alguém quer fazer uma pergunta pra S2?*

S3: *Só pra ela tomar o remédio, só isso.*

CO: *E porque você acha que ela tem que tomar o remédio?*

CO: *Tem que tomar o remédio pra ficar mais equilibrada, mais calma, não que ela não seja isso, porque ela é calma, equilibrada. Pra seguir o tratamento, é porque o remédio agora é uma das últimas peças que ta tendo na medicina para as pessoas que sofrem de algum transtorno, de alguma coisa. Então, se ela tomar o remédio, ela vai ficar mais tranqüila, eu acho...*

CO: *Tem alguma pergunta, S1 pra “S1”?*

S1: *Pra “Sônia”? Ahh, eu acho que, deixa eu ver o que eu vou perguntar pra S1. [risos] É esquisito né, a gente perguntar pra “S1”. A S1 vai parar de tomar o remédio?*

S2: *Eu quero parar de tomar o remédio, mas as minhas filhas não deixam.*

CO: *Porque você acha que as suas filhas não deixam você parar de tomar o remédio, S1?*

S2: *Porque se o médico falou que eu tenho que tomar o remédio, então eu tenho que tomar o remédio. Se eu to indo no médico, eu tenho que seguir o que o médico me fala. Mas eu num aceito tomar o remédio, eu tomo porque a minha folha me obriga.*

CO: *Quando elas vêm e pedem pra você tomar o remédio, elas estão querendo cuidar, e cuidar é o sinal de que elas gostam de você, né?*

S2: *É. Elas querem ver eu bem.*

S1: *Porque se eu morrer, elas vão ficar livre de mim. [S1 responde por S2]*

S2: *Ela interrompeu eu.*

CO: *Você acha que tomando esse remédio você vai morrer?*

S2: *Não. Acho que não. Não. É que eu vejo que eu vou morrer e elas vão ficar livre de mim.*

CO: *Mas será que elas pensam mesmo que você é um peso? Você falou “que elas vão ficar livres de mim”, será que elas sentem mesmo que você é um peso pra elas?*

S1: *[S1 entra em cena respondendo o seu papel] Na hora lá elas falam: “Pelo amor de Deus né!!!”. E as vezes eu vou atrás e, quando eu vou atrás elas falam isso. “Nossa Senhora, espera um pouco!!!” (...) a R já me dá o remédio na boca na hora de dormir. Olha o tanto de remédio, é cedo, de tarde e de noite.*

CO: *A gente tem que aprender a conviver com esse remédio.*

S1: *É.*

CO: *É uma coisa que, por enquanto você tem que tomar. Então é uma coisa que você tem que conviver com isso, né? Da mesma forma que as outras pessoas convivem com os outros problemas que elas têm.*

CO: *S2, o que é que você sente ou ta sentindo agora? Que sentimento que veio em você quando eu te perguntei as coisas e quando você contou a história da S1?*

S2: *Ahh, eu vejo assim ohh, quando a gente ta mesmo em crise, a gente torna um peso sim, pra família (...).*

CO: *Mas, vamos pensar no sentimento que você sentiu aqui e agora como S2. Quando você começou a contar a história dela, que a gente foi fazendo a pergunta, que sentimento que veio pra você?*

S2: *Eu acho que ainda tá longe pra ela, pra ela ser liberta sim. É é duro, é difícil. Ter uma pessoa atrás da gente, dá a impressão que a pessoa tá vigiando a gente 24 horas.*

S1: *Vigiada. Agora tá mais normal, mas antes vigiava.* [S1 responde por ela mesma].

CO: *Oh S1, o que você acha que deve ser feito pra mudar isso, essa relação com a família, de pressão, de vigilância?* [Referindo-se a S2 fazendo o papel de S1]

S2: *Confiança né. Ter confiança, mas eu preciso mostrar para as minhas filhas que eu tô bem, pra elas terem um pouquinho mais de confiança e parar um pouquinho de pegar no pé.*

CO: *Tanto elas, como você também aceitar algumas condições.*

S2: *É. Mas agora eu vou falar assim, vou falar pra ela, eu acho que eu também, eu já tive época de não querer tomar o remédio, não aceitava tomar o remédio. Eu num tomava, escondia, punha debaixo da língua, aí meu marido precisa amassar o remédio. Mas, aí depois eu parei e pensei, se pra melhorar precisa tomar o remédio, então eu vou fazer a minha parte, cada um fazendo a sua parte vai dar certo.* [Referindo-se a S1 como S2]

[Neste momento trocam-se os papéis novamente, agora S1 passa a encenar a história de S2]

S1: *Que os problema meu é com o marido, com o marido e com o filho. (...) que eu quero trabalhar e o meu marido não quer me deixa. Eu fico doida pra trabalhar e o meu marido não deixa.*

CO: *Então, você tem vontade de trabalhar, S2?*

S1: *Nossa!!! Eu adoro trabalhar. E eu num tem jeito, meu marido não deixa.*

S1: *eu adoro o CAPS, que eu venho pra cá e aqui eu faço meus crochê, eu converso com as pessoas, faço crochê, pinto.*

CO: *E você tem conversado com seu marido a respeito disso, dessa sua vontade de trabalhar?*

[S2 sinaliza em sinal de positivo].

S1: *Eu tenho conversado com ele, mas ele num deixa né? Ele num deixa.*

CO: *E porque você acha que ele não quer que você trabalhe?*

S2: *Porque ele quer ficar junto o dia inteiro, né. Quer que eu fique o dia inteiro perto dele.*

CO: *É isso mesmo, ele quer que você fique com ele, é essa a razão?*

S2: *Mas, o problema dele é que ele não quer ter preocupação. Ele acha que se eu ficar acumulada eu vou ter uma frise. Então ele prefere que eu fique em casa. Então ele quer ficar sossegado, não quer ter preocupação. [S2 responde por ela mesma].*

CO: *Oh S2, mas você acha que você fazendo todas essas coisas, né... você tem bastante habilidade, consegue fazer bastante coisa, né. Já não ta mais em crise. Você acha que você não consegue passar essa confiança pra ele? Se você ta boa, que você consegue, que você dá conta de trabalhar?*

S1: *É. Eu trabalhar pra ver se ele tem essa confiança, né?*

CO: *Então, por enquanto isso é o que te mais aflige, é essa questão do trabalho.*

S1: *É. Eu gostaria de trabalhar.*

CO: *O que você ta sentindo agora, S1?*

S1: *(...) eu fico triste, né, porque o marido dela num deixar ela trabalhar. Ela ta querendo trabalhar e ele num ta deixando.*

CO: *O que você tem pra falar, S2?*

S2: *Não, assim, em relação ao remédio, o único problema que eu ainda tenho, mas num tenho, é que eu ainda tô aprendendo a lidar com o remédio. É só de manhã, de manhã pra levantar é duro. Só que esses tipos de remédio é pra tomar cedo, mas como eu num tenho muita obrigação de levantar cedo, ai tomo ele onze horas, depois que eu acabo de assistir as novelas. Porque se eu deixar, se eu tomar ele e querer assistir alguma coisa eu não dô conta.*

CO: *Dorme?*

S2: *Dorme.*

CO: *E você acha que isso poderia te atrapalhar no trabalho?*

S2: *Ahhh, sim, de manhã sim. Porque, eu falo assim: “agora mesmo, agora mesmo”, agora eu não desperto. É muito difícil eu despertar. Mas, assim, eu já tive serviço de começar as 2 horas da tarde.*

CO: *Você poderia adaptar e arrumar um trabalho no período da tarde?*

S2: *É, como eu já trabalhei uns 7 anos no período das 2 as 6 e meia da tarde.*

Termina a cena.

Palavra síntese do encontro: *paz*.

NONO ENCONTRO

Data: 05/11/2010

Horário: 14:00 às 15:20

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S2; S3; S5; S6

Foi proposto como exercício: relaxamento (todos sentados em círculo, consistia em usar o próprio toque para massagear o próprio corpo conforme necessidade); ouvindo o ambiente (todos de olhos fechados, em silêncio, consistia em descrever o máximo de sons do ambiente); batendo (observavam todo o ambiente, após fechavam os olhos, aos poucos eu fazia um movimento com algum objeto por três vezes, os participantes, um de cada vez, diziam qual objeto foi movimentado); blablação (em duplas, desta vez o exercício de blablação consistia em contar um para o outro com o blá blá blá um incidente passado).

Nesse encontro a etapa de dramatização não aconteceu, os participantes trouxeram vários relatos na discussão, porém ninguém apresentou necessidade de encená-los.

Palavra síntese do encontro: *amizade*.

DÉCIMO ENCONTRO

Data: 12/11/2010

Horário: 14:00 às 15:10

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S2; S4

Participaram apenas 3 pessoas, o que influenciou em uma menor duração do grupo.

Os exercícios foram: massagem face a face (em duplas, de olhos fechados, de frente um para o outro, consistia em massagear uns aos outros ao mesmo tempo); respiração (ao expirar soltava-se o corpo, primeiro os as pernas, depois os braços); balão como

prolongamento do corpo (cada participante enchia uma bexiga, a intenção era ao soprar o ar, os participantes pensavam em expectativas, em desejos, todos andavam pelo espaço jogando as bexigas pelo ar, porém não podiam deixá-la cair, como se fosse uma parte de si que deveriam cuidar); em seguida repetiu-se o exercício de troca de papéis (em duplas, consistia em contar um para o outro, as expectativas, o que eles queriam para si, para sua vida, após, todos sentados em círculo, um de cada vez apresentava uma dramatização do que ouviu do seu colega de dupla). Seguem alguns trechos:

[Duplas: S1 e S2; S4 e CO. Inicia-se pela dupla S1 e S2. S2 faz o papel de S1]

S2: *Falta eu parar de tomar os remédios, eu não aceito, eu venho converso com o médico ele tira o remédio, mas meu marido ele não diminui, eu tomo 3 vezes por dia e fico com o corpo sonolento, não sou muito de dormir de dia mas fico com o corpo lento e não aceito tomar o remédio, eu não consigo muito fazer o serviço de casa, às vezes eu arrumo a cozinha, coloco o lixo para fora mas a casa eu não consigo arrumar porque fico o corpo não deixa.*

CO: *E você deseja isso, arrumar a casa? É um desejo seu?*

S2: *É um desejo meu só que com o remédio eu não consigo porque o remédio me deixa com o corpo mole, né? Minhas filhas acham que eu não tenho vontade de trabalhar, mas eu tenho só que não consigo, e então queria parar de tomar o remédio.*

CO: *S1 será que além do remédio você não almeja mais algum outro tipo de desejo que você acha que precisa não sua vida, no seu dia-dia?*

S2: *Eu tenho vontade de voltar a minha vida normal, como eu ajudava eles trabalhar eu tenho vontade voltar como se fosse normal, mas eles não aceitam que eu fique sem o remédio.*

CO: *E você acha que você não consegue conquistar coisa, de ter uma vida normal? Tem várias coisas que tem no nosso dia-dia, tem trabalho, lazer, será que você não conseguiu conquistar?*

S2: *Tomando remédio? Eu tomando remédio minha vida parou.*

S1: *Não consigo, tem dia que não estou bem.* [S1 entra em cena e responde]

CO: *E você acha que é por causa do remédio?*

S1: *Sim, por causa do remédio.*

CO: *Quer fazer alguma pergunta senhor S4? Falar alguma coisa sobre o que ela falou?*

S4: *Ah, não é fácil não, tirar o remédio ela não deve fazer não (...) é um complemento médico, o médico passa para ela e ela tentar fazer, tanta levar para cabeça dela para fazer tudo certinho.*

CO: *É um complemento médico?*

S4: *É.*

CO: *Oh S1, vamos pensar assim... No dia-dia o que você acha que faz de bom, o que você gosta de fazer, que te faz bem?*

S2: *Fazer meu serviço, trabalhar, cuidar da chácara. [S2 volta a fazer a cena]*

CO: *São coisas que você almeja, vamos pensar agora em coisas que você faz, sabe me falar?*

S2: *Nesse momento nada esta me fazendo bem.*

CO: *Estar vindo aqui nesse grupo te faz bem?*

S2: *Faz sim.*

CO: *No grupo da C? [C refere-se a outro grupo de terapia ocupacional]*

S2: *Faz porque eu me sinto bem.*

CO: *Então isso já não é uma coisa boa que você faz?*

S2: *Mas a gente vem mesmo por causa do tratamento e se eu parar com o remédio ai não precisa de eu vim mais.*

CO: *Será S1? Se tirar totalmente o remédio algumas dificuldades, alguns sintomas podem aflorar né?*

S2: *Mas na época que eu parei com os remédios eu me senti muito bem.*

CO: *Quanto tempo você ficou sem tomar?*

S1: *Ah fiquei muito tempo.[S1 entra na cena]*

CO: *Você ficou sem tomar nada?*

S1: *É.*

CO: *Mas quanto tempo mais ou menos? Foram meses?*

S1: *Não foram anos.*

CO: *Mas você tinha tomado antes aí parou, e esses anos que você ficou sem tomar o que você sentiu?*

S1: *Me senti bem, fazia as coisas, cuidava das meninas.*

CO: *Mas porque você voltou a tomar o remédio?*

S1: *Porque eu voltei a sentir o problema. Senti algumas coisas.*

CO: *Essa pergunta que eu fiz hoje S1, o que você acha que conquistou o que faz você se sentir bem?*

S1: *Não conseguir bordar, o que eu consegui mesmo foi pintar.*

CO: *A pintura é uma coisa que você faz que você gosta e conseguiu fazer?*

S1: *É.*

CO: *E fora aqui do CAPS, no seu dia-dia o que você costuma fazer, não precisa ser algo manual não e sim coisas que você faz lá fora que você acha que faz bem, que faz você se sentir bem?*

S1: *Ah, eu arrumo cozinha, as meninas limpam o chão, coloco o lixo na rua.*

CO: *Você faz sem dificuldades?*

S1: *É só que for para limpar assim aí não dá, não sei se é porque eu tomo muita água por causa do remédio, um pouquinho que eu limpo eu já estou transpirando.*

CO: *Uma coisa que você me contou também é que você voltou a trabalhar de certa forma junto com a filha. Você não acompanha ela?*

S1: *É, mas eu não vendo, eu não sei dizer, antes eu fazia tudo, tudo, pergunta para o Professor T, ele sabe, eu fazia tudo e agora não faço mais nada só ando com elas.*

CO: *Vamos trocar então? Ah, você tem alguma pergunta para fazer para ela?*

S1: *Não, só quero tirar o remédio mesmo, é isso aí. O que eu vou fazer agora?*

CO: *Você vai ser a S2, né? Lembra do que ela te contou das expectativas, dos desejos, do que ela espera, você vai contar para a gente como S2.*

S1: *Eu desejo tirar o remédio também, eu quero trabalhar e meu marido não deixa... é engraçado né, ela dirige e eu não. [S1 faz o papel de S2, porém continua relatando em alguns momentos seus próprios desejos]*

CO: *O que mais você deseja o que você espera para melhorar o seu dia-dia?*

S1: *Então eu quero tirar o remédio e o J não deixa tirar e só.*

CO: *E você S2 o que você colocou de desejos na bexiga?*

S2: *É igual eu falei a gente passou algumas coisas no passado que a gente já foi mais mau vista e agora não está enfrentando tanta dificuldade mais, esta acabando essa dificuldade. Quando a pessoa trabalha parece que os outros veneram, sei lá, eles acham que o povo que trabalha é mais respeitado, mas eu estou conseguindo aceitar bem, não igual ela mas aumentar o ritmo de vida.*

CO: *Você também pretende tirar o remédio?*

S2: *Não, eu na verdade não sei se a pessoa que tem transtorno um dia pode não precisar mais tomar, esse remédio mexe um pouco com a gente, muito sono, às vezes a gente fica mole e não é tão mole assim só que o remédio deixa. Eu já briguei com o remédio, mas hoje não, se o médico mando vamos tomar, né?*

CO: *O que mais, vamos pensar em coisas positivas, o que te faz bem, que você gosta?*

S1: *Eu gostei do teatro, eu gosto. [S1 volta à cena como S2]*

CO: *A S2 gosta?*

S1: *Eu gosto a S1.*

CO: *E a S2?*

S1: *Ela gosta também, eu gosto muito do teatro, da ginástica, vocês gostam?*

CO: *S2 além das coisas aqui do CAPS o que você faz no seu dia-dia que você gosta e que te faz bem?*

S1: *Eu faço crochê e gosto muito.*

S2: *Estou aprendendo bordado, fazer chinelo.*

CO: *S2 você já conseguiu vender algum chinelo lá fora, já tentou vender?*

S1: *Já.*

CO: *Olha que bom.*

CO: *Eu não sabia disso S2, um dia a gente conversou aqui para você começar a vender e deu certo, isso é uma coisa positiva e é uma forma de trabalho.*

[Neste momento termina a cena de S1 e S2. Inicia-se CO e S4. CO faz papel de S4]

CO: *Como expectativa eu espero melhorar mais e tenho muito desejo de voltar a ser professor de Educação Física que é o que eu me formei, tenho muita vontade de dar aula, trabalhar, tenho vontade que as pessoas da família me entendam porque as vezes eu não consigo transmitir o que eu desejo e uma coisa que eu preciso também é ter vontades, preciso ter mais desejos e vontades de fazer as coisas.*

S2: *Que tipo de coisas?*

CO: *Uma delas é voltar a ser professor de Educação Física, e quais são as outras, senhor S4?*

S4: *Trabalhar.*

CO: *Além de trabalhar o senhor não me falou.*

S4: *Não consigo falar para vocês porque eu não tenho desejos mais, meu desejo ficou tudo.*

CO: *Ele não consegue mais ter um desejo, uma vontade e queria voltar a ter vontade de fazer as coisas, é isso?*

S4: *Pode ser.*

S2: *Ah, e a F tava sabendo, né? Dos desejos, de voltar a ser professor? [F refere-se á esposa de S4]*

CO: *É. Ela sempre me acompanha, né, a F, ela ta sempre junto comigo. Agora eu num sei, porque às vezes eu acho que as pessoas não conseguem entender o que eu tô querendo, as minhas vontades.*

S2: *Por que você acha que é tão difícil as outras pessoas entender? Por que cê tem dificuldade de passar, as tuas vontades?*

CO: *É. Eu tenho dificuldade de expressar o que eu quero. É isso S4?*

S4: *Não. Às vezes não, de vez em quando acontece e às vezes, como eu tenho a cabeça boa agora, é difícil acontecer isso. Mas quando acontece eu dou um jeito de largar logo disso, né. Largar logo e passar pra frente.*

CO: *A mesma pergunta que eu fiz pra elas, eu vou fazer pro senhor. O que o senhor acha que o senhor faz no dia a dia, que o senhor gosta, que te faz bem?*

S4: *A coisa que eu mais gostava na vida, agora eu não faço mais e eu não posso falar.*

CO: *Então vamos pensar ao contrário, coisas que você faz?*

S4: *Ah, que eu faço?*

CO: *É. O que é que tem de bom ainda, né?*

S4: *Na minha vida?*

CO: *É.*

S4: *O que ainda tem de bom na minha vida é só a minha mulher e o meu filho só. E as caminhadas que nós dois fazemos.*

CO: *Caminhar te faz bem?*

S4: *Caminhar me faz bem. Eu fico feliz caminhando.*

CO: *Que mais que o senhor faz que te faz bem? Que te faz feliz?*

S2: *Ah, o que eu posso falar que o que eu sinto que faz bem hoje, é fazer o que nós támo fazendo. Encontrar com as pessoas, conversar.*

CO: *Vir aqui te faz bem?*

S4: *Faz bem, eu me sinto bem, graças a Deus.*

Terminam as cenas.

Palavra síntese do encontro: *paciência.*

DÉCIMO PRIMEIRO ENCONTRO

Data: 26/11/2010

Horário: 14:00 às 15:30

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S2; S3; S4; S5

Esse encontro deveria ter acontecido dia 19/11, porém não pude estar presente devido a um evento científico fora da cidade. O encontro foi então transferido para o dia 26/11. Os exercícios foram: a mão melódica (todo de mãos dadas, em círculo, consistia em iniciar um movimento, e este passava por todos do círculo de forma sincronizada até chegar onde iniciou); jogo de perguntas (em duplas, um jogo de improvisação, consistia em conversar apenas com perguntas, sem respostas afirmativas); uma história contada por muitos atores (todos sentados em círculo, consistia em contar uma história por todos, um participante iniciava, o colega do lado continuava de forma coerente a fim de completar o trecho já contado, neste exercício, eu propus iniciar a história, a qual foi relacionada ao contexto do grupo, relacionada a condição de serem portadores de transtornos mentais); representação da história (este exercício foi proposto para facilitar a dramatização, neste momento foi proposto que dramatizassem a história que haviam contado).

Os participantes apresentaram dificuldades em executar o exercício *uma história contada por muitos atores* e, conseqüentemente de concretizar a cena. Alguns participantes não conseguiam dar seqüência nas falas da história, e por vezes, começavam a contar outra história fora do contexto. De uma maneira geral, o grupo relatou sobre um grupo de pessoas que freqüentam um CAPS e sua rotina dentro e fora do serviço. Propus então que fizessem uma cena a respeito desta rotina, porém não conseguiram executá-la em sua plenitude. Vale ressaltar que neste dia apresentavam-se agitados e todos falavam ao mesmo tempo, o que tornou alguns trechos incompreensíveis, prejudicando as transcrições das falas, portanto, será apresentado os trechos mais significativos da cena.

CO: *Vamos tentar fazer uma coisa, essa história que a gente contou aqui é uma história de vocês, cada um contou uma percepção, vamos tentar montar essa história na encenação?*

S4: *O que a gente tá vivendo, né?*

CO: *Isso.*

S4: *Nós contamos nossa história agora e falamos o que nós estamos vivendo.*

CO: *É o que tá vivendo. Agente contou uma história aqui e como que a gente pode representar, como que a gente pode encenar essa história que a gente contou?*

S2: *Ihhh, todo mundo junto, né. Essa história é de todo mundo.*

CO: *Tá, então vamos pensar, tá todo mundo junto onde S2?*

S2: *Na sala ué.*

CO: *Na sala do CAPS?*

S2: *É ué, a história não é pra conta do grupo de pessoas?*

CO: *Tá, e essas pessoas vão estar fazendo o quê?*

S1: *Um teatro.*

S2: *Ah, não sei.*

CO: *Vamos pensar na história que a gente montou, vocês falaram várias coisas. É um grupo de pessoas que estão no CAPS, provavelmente, então elas estão em algum tratamento, certo? Ou elas são na terapia ocupacional ou elas são em consulta com o médico ou elas são com a psicóloga ou elas são tendo aula lá no EJA.*

S3: *Pode ser todos?*

CO: *Todo mundo. E eles, todo mundo tá no CAPS?*

S3: *Todo mundo tá no CAPS.*

S1: *Todo mundo tá no CAPS.*

S3: *Todo mundo vai participar junto.*

CO: *Isso, vamos pensar primeiro. Então vocês vão tá no CAPS.*

S3: *Vai ter que encenar, né.*

CO: *Isso. Vocês tão no CAPS e vocês tão fazendo o que no CAPS?*

S1: *Tratamento, não é?*

S3: *Aí, eu tive uma idéia. Deixa eu fala.*

S2: *Ah, mas você tá falando que é pra fala do remédio.*

S3: *Não é do remédio, vamos fala da hora que nós chega, a hora que dá 3 hora e a hora que nós vai embora, o que você acha? Aí a senhora chega e fala oi, tudo bem, como é que tá, ai faz um pouquinho a terapia a coisa.*

CO: *Vocês vão contar a rotina do CAPS, é isso?*

S3: *É, um dia só.*

CO: *O que acontece dentro do CAPS.*

S3: *É, o nosso astral, não é. Conta o nosso astral.*

[Inicia-se uma primeira tentativa da cena]

S3: *S2!!! Como é que você ta? Como é que foi na tua casa?*

S2: *Foi tudo bem, Graças a Deus!*

S3: *E seus menino, tão sossegado?*

S2: *Tão sossegado.*

S3: *Ta a fim de tomar o medicamento?*

S2: *Não.*

[Neste momento começam a falar sobre as aulas do EJA, as quais freqüentam no CAPS, todos falam ao mesmo tempo e os trechos ficam incompreensíveis]

CO: *Oh, deixa eu perguntar uma coisa. Qual a importância pra vocês, de está vindo no CAPS? Do que é que você gosta daqui? O que é que faz bem pra vocês dentro do CAPS?*

S1: *Eu acho que é a pintura, eu gostei.*

CO: *São as atividades?*

S1: *É. É a atividade. Porque eu num tive atividade em outros lugares, então eu gosto de pintar. Com lápis.*

S3: *Eu vou ser sincero, tudo que a gente faz com amor, né, dá certo.*

CO: *É importante pra vocês, virem no CAPS?*

S3: *Eu acho que é importante.*

S4: *Eu acho que é.*

S1: *É.*

S3: *Depois que eu vim no CAPS né, na minha pessoa, às vezes pensa igual, mas ninguém é igual a ninguém né? É parecido. Eu repito, eu aprendi muitas coisas. Só que eu aprendi muitas coisas, mas num pode deixar perder, né? Por isso que eu tenho que seguir o tratamento.*

CO: *S2 é importante pra você vir ao CAPS?*

S2: *Eu acho que é importante. Porque, como eu num tô trabalhando, eu tenho que fazer alguma coisa né, e aqui é um lugar de tratamento e a gente aprende outras coisas. Pra mim é importante.*

CO: *É importante pra você vir aqui S4?*

S4: *Depende. Quando venho aqui pra fazer alguma coisa, na salinha de aula pra aprender alguns conhecimentos eu gosto. Isso faz parte da minha vida. Mas, vir aqui de fazer essas coisas, de ficar sentado conversando eu num gosto não. Eu gosto de sentar em casa, ai eu gosto de sentar e conversar. Ou conversar com amigos assim, agora igual nós estamos aqui, em tratamento, ai eu acho difícil. Pra mim é difícil.*

[Neste momento é estimulado que voltem à cena e tentem dramatizar essa história da rotina, porém não conseguem finalizá-la, começam a contá-la e não encená-la, repetem o que já haviam contado no início do exercício]

Termina a cena.

Palavra síntese do encontro: *benevolência.*

DÉCIMO SEGUNDO ENCONTRO

Data: 03/12/2010

Horário: 14:00 às 15:20

Coordenadora: CO

Participantes: S1; S2; S3; S5

Nesse último encontro não estavam todos participantes presentes. Etapa preparatória: relaxamento (respiração diafragmática, cada um no seu tempo); siga o mestre (consistia em eleger um participante para iniciar um movimento conforme ritmo da música, os outros seguiam o mestre, todos passaram por este papel de mestre e seguidor do mestre); jogo dos animais (todos andavam pelo espaço conforme alguns animais: gato, elefante; borboleta, após todos de olhos fechados, ainda como borboleta, imaginando lugares que gostariam de estar, sensações que gostariam de sentir, conforme o exercício acontecia, eu me dirigia a cada um perguntando sobre que estava sentindo naquele momento); jogo do barbante (todos sentados em círculo, consistia em desenrolar o barbante e jogar para um outro participante, e neste momento dizer algo que desejava no passado, após enrolava-se novamente o barbante e dizia um desejo do presente). A partir deste exercício, os sujeitos começaram a relatar sobre seus desejos, S5 apresentou-se sem desejos, o que estimulou o grupo a dramatizar essa problemática. Seguem os trechos:

S1: S5, *o que você queria da vida?*

S2: *Ajudar meu irmão a pintar casa e queria estudar no CAIC porque eu ainda quero me formar.* [S2 faz o papel de S5]

CO: *Está vendo S5 quantas coisas você ainda quer fazer, e são coisas importante né?*

S2: *Eu tenho esse sonho sim em voltar a dirigir, renovar minha carta, ajudar minha mãe, casar.*

CO: *A escola S5, você já tentou ir atrás?*

S2: *Ah, eu conversei com a T minha professora, mas ela acha que eu devo estudar aqui porque a noite para quem tomar remédio é complicado.*

CO: *Mas você tem vontade?*

S2: *Tenho.*

CO: *Você disse que sua mão esta tremendo para voltar a estudar?!*

S2: *Já tremeu mais hoje está tremendo menos.*

CO: *E pode adaptar um jeito também para escrever.*

S2: *Isso eu já não sei.*

CO: *Colocar um lápis mais pesado ou pedir para alguém te ajudar o dia que estiver tremendo mais, pedir para alguém copiar para você, porque com o remédio tem dia que os efeitos colaterais são mais fortes e tem dia que não, então você pode ver quem pode te ajudar. O que você acha?*

S2: *Eu posso ir no CAIC ver com a diretora.*

S5: *Eu não quero estudar mais. Quero comprar livros.* [S5 entra com seu papel em cena]

CO: *Quer comprar livros?*

S5: *Quero ter uma estante com livros.*

CO: *Olha que legal então isso é um desejo.*

S5: *Não tenho desejos.*

CO: *Tem sim, você acabou de falar. É uma coisa interessante ler, estudar, que bom que você ainda tem esse desejo. Às vezes o remédio atrapalha, mas aos poucos você vai tentando.*

S2: *Porque você não esta vindo mais na aula para terminar o ano?*

[A fala fica um pouco incompreensível, S5 diz algo relacionado a não voltar]

S2: *Mas agora que tá no final você não devia fechar.*

CO: *Pelo menos ler você vai tentar? Você tem livros na sua casa ou você pede emprestado?*

S5: *É...*

CO: *Você pode ir também S5 onde era a antiga estação, lá tem.*

S5: *Eu já fui lá.*

CO: *É um caminho para você ler mais, né?! Tem mais alguma coisa para falar? Não?!*

[S5 diz que não, S2 também sai de cena]

Termina a cena.

Palavra síntese do encontro: *sem preconceito.*

4.3 Os significados de ser um portador de transtorno mental

Frente à questão norteadora, “O que significa para você ser um portador de transtorno mental?” a ótica do interacionismo simbólico permitiu identificar o significado e o sentido que as pessoas dão às coisas e como estes relatos se relacionam com as experiências vivenciadas. Desta forma, apresento a seguir os trechos mais significativos e que foram distribuídos em categorias temáticas. São elas:

- *O transtorno mental, suas definições e causas;*
- *O portador de transtorno mental e a relação com a normalidade e aceitação;*
- *O portador de transtorno mental e a relação com o medicamento;*
- *O portador de transtorno mental e as perdas cotidianas;*
- *A relação da sociedade com o transtorno mental;*
- *O transtorno mental enquanto possibilidades, renovações e superações;*
- *O portador de transtorno mental e suas expectativas de vida.*

4.3.1 O transtorno mental, suas definições e causas

Em um primeiro momento os relatos trazem possíveis definições do que seria o transtorno mental.

“É uma coisa que ninguém assim explica, eles dão umas explicação pra gente e a gente não entende e eles também parece que não entende, não é que eles não entendem, tem

certas coisas que eu acho que nem eles sabe lá do fundo, não sabe explica direito o que a gente tem” (S2)

“Isso aí foi uma fase de um transtorno que aconteceu com gente que veio dificulta nossa vida convive com a gente mesmo...” (S4)

“No meu caso eu passei por várias fazes. Eu sou diagnóstico bipolar é variação de humor alegria, tristeza, às vezes você ta muito triste, às vezes você muda. Antigamente o meu desequilíbrio era consertar as coisas do dia para a noite” (S3)

“Eu acho que é o estado mais psicológico não eventualmente da cabeça que vai determina aquele tipo de coisa. Primeiro que eu não sou de rasgar dinheiro não. Eu acho que é o estado emocional do espírito, da pessoa, da alma no cotidiano (...) eu não considero como uma doença, nem um distúrbio, é personalidade que, no meu caso, em relação ao que eu vivi, apenas um efeito” (S3)

“É uma perversão, né” (S4)

“Você acha que é louco” (S1)

“...louco, na minha opinião, é a pessoa que não sabe o que faz (...) pessoa que tem a capacidade de discernir o que é certo e o que é errado, ele num é louco. Agora o louco, ele num sabe o que faz, cê entendeu?” (S3)

“Agora você fala uma pessoa tá com problema psiquiátrico porque isso pensa assim que deve ser até de classe porque a pessoa rica tem um transtorno psiquiátrico o pobre tem o transtorno mental, né. Então quando você imagina uma pessoa mental é aquele povo que tá lá nas clínicas, eles vive tipo num asilo, que dali não sai, num tá nem fazendo o hospital dia, né, tá lá naquele fundo jogado...” (S2)

“Não, não é tipo perturbação é uma intranqüilidade” (S4)

“Ah, eu em relação a isso, transtorno é uma palavra oblíqua do contrário da calma, né. Quando você tá calmo daí o contrário é transgressão é igual transtorno, né” (S3)

“O que eu acho que tem a ver com o transtorno mental? O transtorno mental é a fúria, né”(S5)

“Eu acho uma palavra muito forte. Quando a gente imagina uma pessoa igual de manicômio, daqueles de antigamente, transtorno mental é uma pessoa doida” (S2)

“Eu sinto como um problema que me conturba muito...” (S4)

“Então, eu vejo o transtorno mental como um outro tipo qualquer de doença, o problema é que no nosso caso tem a cabeça que tem hora que não fala coisa com coisa...” (S2)

“Para mim transtorno é não compreender as coisas como a maioria das pessoas” (S3)

“Agora em relação ao transtorno mental, é o desequilíbrio emocional, pensamento. Se você desequilibrar mental...” (S3)

Em um segundo momento aparecem as causas que atribuem à condição de ser um portador de transtorno mental. Na antiguidade grega, referia-se à mitologia, Eurípedes atribuía a conflitos internos, Hipócrates, referia a loucura como efeito de um desarranjo da natureza orgânica, Platão entendia como uma desorganização entre as partes da psique, na Idade Média associava-se à possessão diabólica (PESSOTI, 1994). Sabe-se atualmente que a causa do adoecimento mental é multifatorial, entretanto, muitas são as atribuições que são dadas a elas.

“Eu já não acho que serviço faz a gente fica doente não, essas coisas acontecem, ninguém pede para ficar doente e sim acontece...” (S2)

“Não, eu transtornava na hora da bebida, as bebida era meu problema” (S3)

“É, porque eu não tinha antes de casar então agora pra que eu tenho isso, né?” (S1)

“(...) no meu passado o transtorno era familiar, principalmente familiar com decorrência da falta de trabalho, opção de vida ai tem as conseqüências...” (S3)

“...porque o meu pai saiu da minha casa e deixou eu com os meus irmãos mais velhos, e num agüentava, sabe... as crises eu num agüentava. As crises da família eu num agüentava, ai eu fiquei doente, sabe... ai todo mundo ficou preocupado, chorava demais...” (S5)

“Uns por causa de dinheiro, outro por causa de droga” (S2)

“O meu é familiar (...) divergência familiar, separação do pai e mãe” (S3)

Pode-se perceber nas falas apresentadas que para um mesmo sujeito, existem várias definições e causas. Tais concepções etiológicas dadas pelos sujeitos a respeito do transtorno mental são influenciadas por fatores psicossociais, são determinadas pelas conseqüências de situações ocorridas durante sua trajetória de vida (TSU; TOFOLO, 1990).

4.3.2 O portador de transtorno mental e a relação com a normalidade e aceitação

Em alguns momentos os sujeitos trazem questionamentos relacionados a critérios que determinam quem é um portador de transtorno mental, chamando a atenção para os padrões de normalidade.

“...mas hoje em dia eu não me vejo assim com tanto transtorno mental. Se for ver assim, do que ele falou todo mundo transtornado, tá todo mundo transtornado” (S2)

“...porque eu não sou doente, nunca fui doente depois eu fui para o sanatório para cumprir e não quero ficar assim...” (S5)

“Eu não me vejo assim com um problema. Acho que é mal de todo mundo, né?” (S2)

“Ah, agora eu tenho a doença né? (...) eu fiquei diferente, né?” (S5)

“Só que de repente a gente está normal, eu me sinto normal agora...” (S2)

“Parece que o povo agora que não teve esse problema acho que acha que nunca vai passar por isso, né, porque todo mundo tá arriscado passar por isso, não tá? Eu nunca pensei que eu ia passar por isso porque sempre trabalhei normal, nunca pensei que eu ia passar problema de cabeça não, só que o povo lá fora acha que quando a gente tá assim, não tá normal, não sei” (S2)

“Eu sou normal. Sempre fui um paciente normal” (S5)

Pensar em normal e patológico, depende do ponto de vista cultural que a sociedade considera como normal. A normalidade revela o poder do diagnóstico, o qual rotula o indivíduo, significando a perda de um emprego, a perda do pátrio poder dos filhos, a internação em um hospital psiquiátrico e ter como identidade o de “louco” (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2005). A perda do padrão de normalidade é explicada como perdas de padrões sociais, portanto, os relatos também apresentam a não aceitação da condição em que se encontram, para alguns o transtorno só é considerado nos momentos de crise.

“(...) o que é a crise? Você quer concertar as coisas naquele tempo e não tem jeito, esse que é meu transtorno, né?” (S3)

“Eu não me vejo com problema mental só me vejo assim nas crises...” (S2)

Por muitas vezes os sujeitos se recusam a falar sobre o transtorno mental. Como forma de defesa em relação a esse sofrimento, gerando a negação de se falar do assunto (TSU; TOFOLO, 1990).

“...a gente não lembra o transtorno mental, não era melhor perguntar pra família o que é o transtorno mental? A família que vai saber responde porque na crise a gente não sabe”(S2)

“Você acha que a gente falando que não vê que tem transtorno mental é da gente não aceitar?” (S2)

“Então eu não aceito conter ele, agora eu aceito, mas antes eu não aceitava de jeito nenhum eu até chorava. É verdade, eu não aceito é muito problema, é de manhã, à tarde e à noite” (S1)

“Eu como portador de, né, eu não considero mental assim, igual eu comentei com você na entrevista...” (S3)

4.3.3 O portador de transtorno mental e a relação com o medicamento

A terapia medicamentosa é apresentada em grande destaque nos relatos. Para a maioria os efeitos adversos são vistos como um fator agravante que prejudica a vida diária.

“O remédio ataca mais a parte urinária os rins o tratamento é uma seqüência se você largar o tratamento e for embora daqui hoje o remédio fica no sangue ta na corrente sanguínea...” (S3)

“Eu não gosto do medicamento porque ele faz dá dores no corpo, dá dores de baixo do braço, só isso” (S5)

“Depois do comprimido eu tenho esquecido muito as coisas eu vou falar e ai eu já não sei falar” (S1)

“É, esse tipo de remédio, é isso que eu falo... é bom pra uma coisa... eu não tinha esse problema, agora eu tô conversando, as vezes eu, me dá um branco. Eu num tinha não. Não pela idade não, porque eu num acho que eu tô na idade, eu acredito que é o remédio. É por

isso que, as vezes, a gente quer mesmo parar de tomar o remédio. Porque se você vai tomar esse remédio pro resto da vida, um dia você vai ter Mal de Alzheimer” (S2)

“Incomoda. Nossa, no começo, nossa, eu não conseguia fazer nada, nem banho eu conseguia tomar direito e depois ele foi tirando devagar. Agora parece que ele tirou um pouquinho também daí eu fiquei contente. Quem sabe tira tudo pra ter uma vida melhor, né” (S1)

“Com o remédio não deixa a pessoa trabalhar legal, com o remédio o meu corpo fica mais limitado, to sendo sincero fica bem limitado” (S3)

“Eu to fazendo tratamento, mas pioro com o tratamento, eu não gosto de fazer o tratamento com comprimido. Só isso eu falo” (S1)

Um estudo nos mostra que há diversos fatores que influenciam a não adesão ao tratamento medicamentoso, dentre eles os efeitos adversos (CARDOSO; GALERA, 2006).

Outro estudo revela que a não adesão ao tratamento medicamentoso pode estar relacionada ao não entendimento e reconhecimento do transtorno (MIASSO, 2006), o que se associa com as falas identificadas na categoria de aceitação.

Entretanto, é observado momentos de contradição, no qual o tratamento medicamentoso é considerado importante, apresentando preocupações e consciência das conseqüências do não uso deste.

“A gente pra ter uma melhora, pra gente ta controlada, cê precisa ta tomando o medicamento...” (S2)

“Eu tomo os meus remédios pra que eu não fique dando vexame, né” (S5)

“Eu que acompanhei o tratamento eu acho que eu tive 16 internações toda vez que eu parava um medicamento eu ia parar no hospital...” (S3)

“Não, eu penso nunca parar de tomar os remédios porque é ótimo. A pessoa que toma remédios não é paranóica, não é burra, não é jumento (...) por isso que peço que me medique com remédios de transtornos” (S4)

“...então tem que toma o remédio pro resto da vida pra controla, to tomando o remédio pra controla, eu tomando o remédio eu to bem então, por isso, que eu não brigo mais com o remédio” (S2)

“...eu sou normal quando eu tomo o medicamento, sabe! Com o medicamento eu sou normal, sem o medicamento eu fico sem orientação, eu fico andando pra rua, porque eu num sabia tomar remédio, né...” (S5)

“Agora com relação ao medicamento toda vez que eu parava com o medicamento eu passava mal...” (S3)

“Eu sempre vou tomar os remédios porque quem toma remédio controlado pelos médicos da medicina geral do mundo ele tem habilidade em tudo que quiser fazer porque o cérebro tem sabedoria, é cuidado, é zeloso e nos dá muita saúde” (S5)

O uso da medicação é incontestável no processo de tratamento. Com o tratamento medicamentoso os sintomas são reduzidos, há possibilidade de introdução de outras formas de tratamento, organiza o mundo interno do sujeito, facilitando a reintegração na realidade externa. (SALLES; BARROS, 2007). Porém, faz-se pensar que, conforme um estudo nos alerta, a opção pela abordagem medicamentosa é a mais indicada nessa situação, esperando que, com ela, os problemas sejam solucionados e a deficiência equacionada (SOARES; SAEKI, 2006). O que chama atenção é que, de acordo com as falas apresentadas as terapias tradicionais ainda são vistas como as principais no processo de tratamento.

4.3.4 O portador de transtorno mental e as perdas cotidianas

As atividades cotidianas são de suma importância para o desempenho ocupacional, dentre elas destacam-se as atividades de vida diária, atividades laborativas e produtivas e atividades de diversão e lazer (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA), 2002).

Observa-se pelo discurso dos sujeitos que o transtorno mental é vivido como uma dificuldade para realizar as atividades cotidianas, desde as mais corriqueiras até as mais específicas, como trabalho e relacionamentos.

“Atrapalhava, atrapalhava a arrumar a cozinha e cozinha é coisa simples, não é?” (S1)

“Sei lá, coisas que venha tentar fazer e não conseguir” (S4)

“Eu num tenho essa ilusão de ter uma namorada mais, as moças me olham eu vou enganar elas que jeito? Eu tenho transtorno, o que eu vou falar?” (S3)

“Eu acho que a pessoa mental não vai limpa uma casa, ter consciência que a casa tá suja, sei lá, arruma a cama, precisa lavar a louça aí é assim, né” (S2)

“Eu não consigo escrever, fico tremendo” (S5)

“...eu teria dificuldade, porque a escrita é outra coisa, e que mais? O raciocínio é outro”(S1)

“Eu sou uma pessoa assim, que o hospital psiquiátrico desde o primeiro dia que eu sai de lá eu nunca mais fui o mesmo. Depressão profunda, traumas, seqüelas, tudo que eu faço eu lembro dos momentos que eu passei lá...” (S3)

“Por esse transtorno mental que venha dificultando as “diariedades” (S4)

“Incomoda. Nossa, no começo, nossa, eu não conseguia fazer nada, nem banho eu conseguia tomar direito” (S1)

“...eu tenho muitos sonhos mas não posso realizá-los, sou uma pessoa limitada (...) eu tinha amizade na cidade inteira, agora restringindo. Hoje não vai ninguém na minha casa, não vai moça, eu não tenho namorada, to perdendo o interesse por mulher, então o tempo ta passando para mim, to envelhecendo, é duro isso aí...” (S3)

“...mas muito lento mesmo, sabe. Depois eu quis casar e não teve jeito depois que ela me abandonou, né, eu não consegui casar (...) por causa do transtorno, tudo por causa do transtorno...” (S5)

“Porque eu não agüento fazer comida aí eu pego e faço lanche, falo pras meninas fazer lanche, hoje eu consegui fazer comida” (S1)

“...eu saiu só CAPS para casa e de casa para o CAPS” (S3)

É na perspectiva da vida cotidiana que o indivíduo se insere na sociedade. As atividades do dia a dia constituem uma trama de relações sociais, as quais são vinculadas às diferentes atividades do dia. Nessa trama, o indivíduo apropria-se do seu modo de realidade e marca sua personalidade, mantém sua particularidade e constrói uma vida inserida na sociedade (HELLER, 1994). Podemos ressaltar que os prejuízos no desempenho da vida cotidiana podem ser gerados pelo comprometimento na autonomia e independência, decorrentes da baixa autoestima e do mau funcionamento ocupacional (MORAIS, 2004).

Portanto, acredita-se que a um dos primeiros objetivos a serem alcançados nos contratos de cuidados aos portadores de transtornos mentais e, mais amplamente, em projetos de reabilitação psicossocial, deva ser a realização das atividades de vida diária (SOARES; SAEKI, 2006).

A seguir as falas trazem o trabalho como sendo umas das principais perdas no dia-a-dia destas pessoas, gerando outros conflitos. Vale ressaltar que a maneira como o portador de transtorno mental entende a importância do trabalho em sua vida pode interferir em seus planos futuros e projetos de vida (FRAZÃO; ARCOVERDE, 2009).

“Se eu chegar lá e falar assim: “vo arrumar um serviço” eu tenho que falar que conforme o serviço eu não vou conseguir preencher uma ficha, qualquer probleminha lá a gente não vai ser chamado, então a gente tem que mentir, a gente tem que mentir” (S2)

“...somos dependentes deles e a família sofre simplesmente por falta de dinheiro porque não temos emprego aqui no Brasil. Na roça eu trabalhei em muitos tipos de serviço, mas não me bastou de nada e não me bastou pra nada hoje eu to assim, uso roupa assim e não tenho nem casa pra morar e moro com a minha família” (S5)

“...eu procurei serviço, ninguém me deu. Eu procurei, eu fiz ficha na cidade ninguém me deu. Eu não tive oportunidade de trabalho” (S3)

“Não, eu num trabalho, eu tô afastado” (S4)

“...a gente trabalhando as pessoas vê a gente diferente” (S2)

“Parece que se a gente trabalhar, as pessoas que sabem que tivemos problema fala assim: “Ahh, aquela lá sarou, esta trabalhando.” Quando parece que nós não trabalha eles falam assim: “Ah, só vai para o CAPS, só sabe ir para aquele CAPS” (S2)

“...tem a cota do dia, que todo empregado tem que cumprir, eu num consegui (...) porque eu era mais fraco do que os outros, eu num tinha, num era treinado (...) e aí, foi aí que eu fui desanimando, sabe...” (S5)

“Eu não poder trabalhar (...) não tenho capacidade, não posso trabalhar (...) eu era funcionário da prefeitura, trabalhava com ambulância. Minha cabeça, se eu num tivesse dado foco na cabeça, eu assim, às vezes eu poderia ta no mesmo serviço, mas minha cabeça” (S4)

“Eu parei de trabalhar porque num dava tempo né. Os Brodósqui num deixava, quando eu fiquei lá naquele sanatório” (S5)

“É, num dá pra viver. Num tem condição, sabe. Tem que dar um jeito de trabalhar mesmo, ganhar mais um disso, trabalhar mesmo...” (S4)

“... e eu não consigo trabalhar, movimentar esse braço aqui oh...” (S5)

O trabalho representa um marco no cotidiano das pessoas, gerando a constituição de uma vida adulta, de redes sociais e o reconhecimento de capacidades (SALLES; BARROS, 2009), porém, no sistema capitalista o portador de transtorno mental não é valorizado, porque não apresenta uma produção como as pessoas ditas “normais” e assim é excluído da vida produtiva, o que conseqüentemente, gera o desemprego (KOGA, 1997).

4.3.5 A relação da sociedade com o transtorno mental

As falas trazem algumas concepções e o modo com a sociedade se relaciona com o portador de transtorno mental. Fica explícito que os sujeitos sentem essa indiferença.

Há diversas concepções de loucura conforme o contexto histórico, mas a forma como a sociedade se relaciona com o transtorno mental sempre esteve atrelada de rotulações e estigma em relação às pessoas com condutas e comportamentos diferentes daqueles apresentados pela maioria (BIRMAN, 1978; FOUCAULT, 2003; MÂNGIA; NICÁCIO, 2001; PESSOTI, 1994).

“Então, nessa hora que eles não querem a gente do lado deles de jeito nenhum” (S2)

“As pessoas consideram a gente diferente do outro né? A gente luta para ser o que a gente é e eles acha que a gente é diferente deles (...) se você chegar assim no meio deles eles sai considera que você é diferente deles” (S5)

“É, todo mundo fica com medo da gente fazer alguma coisa, né, porque já fez, né. Fica tudo vigiando, sabe” (S1)

“Depende das pessoas, tem pessoa normal comigo (...) tem aqueles que não ficaram sabendo dos problemas então trata a gente normal” (S2)

“...eu fui humilhado dentro da sociedade, por outras pessoas, familiares que me chamavam de louco...” (S3)

“...sempre acham que a gente vai passa vergonha alheia” (S2)

“Não mantém o relacionamento normal com eles” (S5)

“.. acha que eu num tenho preparo pra suportar os acontecimentos” (S2)

“Ahhh, todo mundo, como eu te falo?! As pessoas são diferentes com a gente...” (S1)

“As pessoas também não confia muito mais na gente também” (S2)

Verifica-se ainda pelas falas o quanto é difícil para a família conviver com o transtorno mental e o quanto tomam atitudes questionáveis.

“eu encontro mais dificuldade na família do que no povo de fora. Porque a família sabe o motivo, porque tem muita gente que não sabe (...) mas, num me vê assim, já tão transtornada como na época da crise. Agora a família, de vez em quando, ta sempre tacando na cara: “olha o que cê fez!! Num pode fazer isso, cê num pode fazer isso porque olha o teu problema!”. As pessoas de fora ai, num sabem que eu tive problema. As que sabe hoje num vê, pelo menos num taca na cara da gente como a família. Lógico que a família, é a base que destrói a pessoa que tem problema (...) toda pessoa problemática, ou com problema passa isso com a família...” (S2)

“Tira a chave do carro pra eu não anda. Precisa de vê é uma coisa esquisita isso aí” (S1)

“...até ver o que o médico vai fazer com a gente, tem ficar na casa da mãe. Mãe tranca o portão com medo de você sair, tranca a porta do quarto com medo de você entrar e matar ela lá dentro. Então, mas ai, até na crise a gente torna um peso sim pra família...” (S2)

Ao se depararem com a preocupação, a impotência e o medo frente ao comportamento inadequado e imprevisível, da inconstância de humor e do risco de suicídio do portador de transtorno mental, as famílias por vezes tomam atitudes que geram certa perplexidade, porém são justificáveis diante de não mais saberem o que fazer para proteger o familiar; este é o único modo encontrado para cuidar (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

No modo asilar, o portador de transtorno mental era visto como doente, os sujeitos eram fragmentados e encadeados como mercadorias de produção. Essa concepção foi extremamente apoiada nos moldes de uma prática excludente e alienante, e apesar de todo o

movimento da reabilitação psicossocial o impacto gerado pelo transtorno mental na vida dos portadores, de familiares e da própria comunidade, tem ainda como consequência a discriminação por parte da sociedade. Esta representação da nossa sociedade em relação à loucura fez com que os portadores ocupassem um lugar de alienação e despersonalização. O estigma de ser ou ter sido um paciente psiquiátrico o reduziu a quase nada, gerando quebras de comunicação com o resto da sociedade, ainda passam por uma exclusão social devido ao afastamento das pessoas. Isso pode remeter a uma discussão das projeções acerca da loucura, tais projeções se dão à lógica de um paradigma racionalista que gera o modelo da normalidade das sociedades modernas hegemonicamente capitalistas (BRUNELLO, 1998; COSTA-ROSA, 2000; MEDEIROS; GUIMARÃES, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2001; RIBEIRO; MARTINS; OLIVEIRA, 2009).

4.3.6 O transtorno mental enquanto possibilidades, renovações e superações

Diante a alguns questionamentos frente à condição de ser um portador de transtorno mental, aparecem contradições nas falas dos sujeitos, ao mesmo tempo em que o transtorno mental lhes causam dificuldades e sofrimento, o transtorno mental se apresenta como um espaço de possibilidades, de renovações e de superações.

“...mas as pessoas que têm muito problema talvez é a solução pra si próprio” (S3)

“Eu aceito o transtorno mental porque se nós vivermos uma vida reta nós não teríamos objetivo para alcançar na vida. Nós temos que ter medo de parar no meio do caminho pra pensar um pouco no passado tal qual a gente ta vivendo no presente e prevendo futuro. O transtorno mental pra mim eu acho muito importante porque me dá muitos ganhos de vida espiritual, me faz chegar mais perto de Deus e não é tanto pelo transtorno mental que tiveram as quinas que deram a vida (...) o transtorno mental pra mim, eu acho, muito importante que me leva a muitos diálogos, me trás grandes vitórias e as minhas ultrapassagens...” (S5)

“...hoje eu vejo que eu tenho mais lazer só do fato de eu vir aqui fazer esse tratamento e aprender alguma coisa eu já vejo que eu to melhor que antigamente (...) e eu também to gostando da vida que eu to tendo agora, é isso” (S2)

“Ah, pra mim foi uma oportunidade pra mim, eu acho até bom ter isso aí. Não que eu acho que seja bom, mas como um bipolar na psiquiatria, alteração de humor, fez eu crescer espiritualmente, o meu ser, abrir novos caminhos, ter novos conhecimentos, devagar foram caminhando muitas coisas se eu não tivesse a psiquiatria, os doutor, as pessoas que me ajudaram, talvez eu poderia ser mais uma pessoa com conhecimentos básicos, não poderia ter evoluído...” (S3)

“Me conturba muito, mas, no fim das contas, a gente tenta acostumar a fazer o que tem que ser feito pra viver tranqüilo como um deficiente nas possibilidades...” (S4)

“...vem a minha paciência, aí vem o “conformamento” e aí você, dos problema, você vai achando a solução...” (S3)

“...então a gente vê que foi bom perderam alguma coisa do seu dia a dia, mas ganhou outras coisas confiança, ajuda dos colegas, a gente vê que o grupo é capaz de fazer alguma coisa, perdeu lá, mas ganhou daqui” (S2)

“Significa que eu consigo resolver, solucionar problemas que dão a solução das quedas da vida, né” (S5)

“Eu acho bom fazer o tratamento (...) eu acho bom porque eu to fazendo, como é que chama, o trabalho manual, como que chama, trabalha assim manual (...) e aqui eu consegui fazer o trabalho no vaso, pintura, trabalha com pintura, eu gostei” (S1)

“...a gente foi criando mais amigo, menos temperamental, foi apreciando mais comida, a cabeça foi diversificando, ai eu fui mentalizando coisas boas, comecei a ler mais as coisas, a biblia, a vida em todos os aspectos” (S3)

O homem, seja individualmente ou na coletividade, possui capacidade de superação das crises e das adversidades, adaptando-se e enfrentando as situações de risco. Tal capacidade de superação pode ser chamada de resiliência, a qual trata-se de um processo de construção e reconstrução da história de vida por meio das interpretações que o homem faz de cotidiano (YUNES, 2003).

4.3.7 O portador de transtorno mental e suas expectativas de vida

Em alguns momentos dos discursos dos sujeitos aparecem seus desejos e expectativas para o futuro. Em contraposição às sensações de perda vivenciada pela condição de ser um portador de transtorno mental, as expectativas são cheias de vida. As principais

expectativas incluem: ter uma vida melhor, curar-se, retirar os remédios, trabalhar, voltar a estudar, conquistas materiais, cuidar-se, ter fé, intensificar os relacionamentos, não necessitar de internações.

“A cura né? Ser curado, não ter mais que tomar remédio, de ser curado, essa doença incomoda a gente parece que não, mas incomoda” (S2)

“só quero tirar o remédio mesmo” (S1)

“Um desejo relacionado ao transtorno? Ah desejo que eu fique cada vez melhor, que eu vá aprimorando, coordenando o relacionamento com as pessoas, com a família (...) é melhorar, coordenando a família e abrindo novos horizontes, novos caminhos” (S3)

“O que eu necessito ultimamente mais tempo e ter mais paciência para o que poderá acontecer se eu não consegui o reajustamento normal que tem que acontecer” (S4)

“A fé, a fé pra mim, significa acreditar. Se você não acreditar em si mesmo e não tiver esperança, você jamais será curado” (S3)

“Não quero ser internada” (S1)

“Acho que esta na hora de eu abrir novos lençóis na minha vida, seguir a minha vida, cuidar da minha saúde que é a coisa que eu tenho de mais sagrada nesse mundo, a minha mãe, que é a pessoa que me dá mais apoio...” (S3)

“O que eu tenho para falar é justamente que nós temos que nos conscientizarmos e voltarmos a ser, superar tudo, e voltar a ser como éramos. Esse que é o meu pensamento de hoje para acontecer o dia de amanhã, essa é minha probabilidade” (S4)

“Eu queria ser dono da minha vida, eu não sou dono da minha vida” (S3)

“De estudar” (S5) [Referente a algo que gostaria de voltar a fazer]

“Eu quero trabalhar para mim, para mim mesmo, sabe? Quando eu vejo, e penso em ter alguma coisa, um automóvel, uma casa” (S5)

“Eu quero trabalhar, né? Ter minha vida normal de novo” (S2)

“Eu queria apenas sentir uma mudança na minha vida, coisa boa, uma liberdade, queria muito ter uma liberdade e seguir um caminho na minha vida...” (S3)

Apresentar expectativas por uma vida melhor estabiliza a vida no presente, dando significado, direção e otimismo à vida. Entende-se que para a reabilitação do indivíduo, é preciso que ele tenha esperança e acredite em si mesmo (PERKINS; REPPER, 2003 apud SALLES; BARROS, 2009).

Vale ressaltar que apesar das dificuldades apresentadas como, reações adversas da medicação, a não aceitação do transtorno, as perdas cotidianas, as relações de estigma da sociedade, os sujeitos manifestaram respostas de enfrentamento e expectativas de vida.

Para tanto, diante aos significados empregados à condição de ser um portador de transtorno mental, foi possível observar que para um mesmo sujeito, vários são os significados atribuídos, isto se deve às inúmeras vivências com o meio, pelo o qual este sujeito interage e constrói suas concepções. Sob a ótica do interacionismo simbólico, o homem age de acordo com o modo como define a situação em que está vivenciando, tal definição pode ser influenciada por aqueles com quem interage, e também é resultado de sua própria definição e interpretação da situação. (CHARON, 1989).

4.4 Contribuições do teatro espontâneo do cotidiano na reabilitação psicossocial

É possível a partir desta técnica, reavivar o fenômeno (MENDONÇA, 2003), desta forma, pode-se considerar que durante todo o processo desta pesquisa o teatro espontâneo do cotidiano apresentou-se como um facilitador para a expressão das discussões em grupo acerca dos significados de ser um portador de transtorno mental.

Os resultados apresentados a seguir estão relacionados às percepções dos sujeitos acerca das contribuições do teatro espontâneo do cotidiano, tais percepções foram extraídas do conteúdo das discussões finais de cada encontro e das entrevistas finais.

“Pra ser sincero, pra mim, foi bacana, porque divulgou, expôs os nossos problemas, nossas soluções, os nossos conflitos. Pra cada reunião, podemos aprimorar (...) pra melhorar. Cê num concorda comigo? Pra mim foi bom.” (S3)

“Eu vou dizer que, pra mim, poucas as vezes que eu vim aqui pra participar na reunião (...) você valeu muito pra mim (...) melhora porque ela, me ensinou eu (...) eu nasci de novo (...) agora eu tô sentindo mais liberto” (S5)

“Eu gostei, foi bom gostei da ginástica, do teatro” (S1)

“Achei que foi uma aula bem explicativa. Sem muitas contravenções. Foi assim, eu gostei” (S4)

As atividades artísticas e expressivas na terapia ocupacional são vistas como ferramentas que possibilitam o estabelecimento de vínculos, permitindo a exteriorização de conteúdos emocionais, sentimentos, desejos e a efetivação de processos de expressão, o autoconhecimento, do outro e do mundo (LIBERMAN, 2002). Portanto, podemos ressaltar que ao realizar uma atividade, neste caso, o teatro espontâneo do cotidiano, o homem como ser criador está projetando nela tudo o que acredita e percebe como próprio dos homens de seu contexto, o qual influencia a sua experiência pessoal, visto que sejam elas pessoais, sociais ou efetivas, são construídas por meio das relações (BARROS, 2010).

Assim, foi possível identificar diversas contribuições, dentre elas, as vivências durante as etapas preparatórias; a oportunidade de recordações; a possibilidade e liberdade da expressão; conquistas e interações.

Acerca das etapas preparatórias:

“... as musicas, as danças, deu pra refletir” (S3)

“...fizemos exercícios, eu gosto dos exercícios, porque acaba com as dores, né. Do braço, daqui, as pernas, tudo aqui, o pé. Eu gostei” (S1)

“Foi bom né?! Mais calmo né? Sem muita agitação” (S2)

“É mais tranqüilo” (S3)

“Como naqueles exercícios de flutuar, meditar, a gente faz exercício com as mãos, a gente começa a se soltar pra uma dança, já lembra de uma dança lá de outro lugar, cê lembra que eu não sabia nem dançar uma música numa danceteria? Cê faz os exercícios, você medita, cê começa a esquecer as coisas ruins da vida, cê vai meditando coisas boas. Eu achei bom, a amizade, né. Foi conquistando amigos, aprendendo muitas coisas” (S1)

“Ah, porque nós fizemos os exercícios pra ir tirando aquele peso, pro corpo relaxar né. Fazer exercício um no outro, massagem. Então, foi sensacional” (S5)

“O massageamento que é bom, às vezes a gente esta toda dura, mais tensa e a gente fica bem, eu gostei dessa parte” (S1)

“A música em si, o ambiente, cria um certo clima” (S3)

A incessante repetição dos gestos e expressões cria uma mecanização do corpo e das emoções, por isso, os jogos e exercícios permitem uma desmecanização das idéias, emoções e sensações corporais (BOAL, 2001). Através do jogo a liberdade pessoal é liberada, e que a pessoa como um todo é física, intelectual e intuitivamente despertada (SPOLIN, 2005).

A seguir foi observado que aos sujeitos foi oferecido um espaço para recordar e reviver seu próprio cotidiano.

“Isso me ajudou no meu transtorno, cê entendeu, me ajudou no meu transtorno pra recordar as coisas da escola, fazer amizade, na minha família...” (S3)

“Relembrei, foi bom para mim” (S5)

“...ai a gente recorda as coisas boas, ruins, medita (...) pra você recordar coisas do passado (S3)

As falas abaixo revelam que uma das principais contribuições foi a possibilidade e liberdade de expressão. O teatro tem como finalidade “restabelecer o diálogo entre seres humanos evitando a construção de relações opressoras e oprimidas” (CAMPOS, 2008, p.62).

“Eu gostei, de tudo eu gostei porque na verdade tem certas coisas que a gente quer falar e as pessoas lá fora parece que não entende o que a gente quer falar e elas, às vezes, não tem paciência” (S2)

“É. Eu pus tudo pra fora” (S1)

“Ahhh, foi bom, foi bom, as pessoas expressam seus sentimentos. Falam o que sentem” (S3)

“Contar a minha história para ele foi muito bom” (S4)

“Foi um desabafo (...) deu para sensibilizar” (S5)

“Ah, eu gostei. Porque um fala, outro fala, a gente fica sabendo de um e de outro, né” (S1)

“Eu acho assim, que mudou sim, alguma coisa sim, porque eu era muito difícil pra poder falar, né. Pra me abrir. Agora eu tô conseguindo me abrir um pouco. Porque eu sou assim, muito difícil de comentar os meus problemas” (S2)

“Eu achei legal, eu achei bom. A finalidade é complementar os mundos, conversa, dialoga, né, são coisas boas...” (S3)

“Eu gostei, falar do que eu penso do transtorno mental” (S1)

“É. Porque ali na frente, ali na área a gente faz mais esses trabalhos e conversa pouco. Aqui a gente tem a oportunidade de ficar conversando mais (...) e aqui não, aqui a gente vê que o outro tá ouvindo mesmo” (S2)

“...porque eu aprendi a expor o que eu tô sentindo, até fiz algumas coisas que não costumo fazer, tive dificuldades mais saiu” (S2)

“Todo mundo falou dos seus problemas...” (S1)

O teatro permite ao sujeito concretizar e reedificar sentimentos e desejos conscientes, servindo como veículo de expressão para aqueles que permanecem inconscientes (BOAL, 2002). Contudo o teatro espontâneo do cotidiano tem se mostrado um importante meio de expressão (MENDONÇA, 2003).

Observa-se também que algumas conquistas foram alcançadas, permitindo reformulações e resignificações.

“Perder o medo né. A gente perde o medo” (S1)

“A gente viu umas coisas que a gente não tinha visto nem ouvido, e ouvimos tudo hoje as coisas que a gente tá levando na vida...” (S4)

“Eu mudei o sistema na minha casa. Porque eu cuidei da casa, né. Mas, mudou também o meu modo de pensar” (S5)

“Ah, o que é que muda? O comportamento com a minha família, contra eu. O comportamento dos meus vizinhos (...) o meu comportamento mudou. Eu num tenho ódio dos meus vizinhos mais” (S5)

“Bom tem vários fatores a ter paciência no dia-dia, em casa” (S3)

“Paciência né! Paciência. Às vezes eu sinto mais que agora tô com o marido lá (...) uma melhora né. Mas tem hora que é paciência né. Num sei se é calma. Eu num tinha essa paciência que eu tenho hoje. Eu era muito agitada, agora eu tô...” (S2)

“Muda o jeito de eu pensar” (S1)

“Sim. Me ajudou a enfrentar as coisas do jeito que vem aí” (S5)

“...no meu dia a dia com a minha família eu tenho mais calma, fui vendo as coisas que eram mais elevadas, as coisas pequenas, as coisas grandes. Ai eu transformei minhas coisas concretas com realidade, em pensamentos positivos, né (...) fez eu ter um melhor relacionamento com a minha mãe (...) fica mais fácil pra superar os obstáculos” (S3)

Pode-se pensar que cada ato também seja considerado uma nova interação com o mundo, pois a ordem dos fatos sociais e o sentido das ações estão sujeitas sempre às mudanças (SANTOS, 2008). Ao pensar nas ações de saúde mental, procurou-se oferecer um espaço que permitiu aos sujeitos darem significados a seu cotidiano. É por meio dessa significação que o sujeito percebe seu jeito de ser, para poder impor a sociedade que o receba de seu jeito e que não precise esperar pela mudança social para nela se inserir, ele mesmo se torna agente dessa mudança (BENETTON, 2010).

Verifica-se nas falas abaixo que a interação torna-se simbólica, ou seja, quando os atos de cada indivíduo têm significado para o criador e o recebedor da ação (BLUMER, 1969):

“Eu acho que no dia após dia a gente vai concentrando mais, mudando o outro” (S3)

“Eu acho que, pra gente que tem problema o outro também tem né. Num é só a gente que tem problema. Devagarzinho a gente vai chegando, né? Ah, devagarzinho a gente vai aprendendo, aceitando. Num é aceitando, porque aceita ninguém aceita, mas a gente vai vendo que tem gente que ta até pior do que nós aqui, né? Então a gente ta bem, tentando ouvir um do outro, acho que um vai dá força pro outro, né” (S2)

“Ver os amigos melhor, isso vai melhorando também” (S3)

“Eu gostei que relaciona mais com o pessoal, conversa mais. A gente fica mais amigo” (S1)

Observa-se que os sujeitos ao falarem e serem escutados possibilita alívio ao seu sofrimento e percebem que não são os únicos que vivem determinada situação.

Os sujeitos ainda trazem a importância das encenações e o quanto estas tornaram-se significativas tanto para quem faz quanto para quem assiste.

“Ah para mim?! Ahh, eu revelei tudo né?! Revelei tudo o meu sonho...” (S5) [referindo-se à uma situação encenada]

“Legal, porque ai é eu contando a história pra ela, ela pode sentir um pouquinho do meu problema, eu sentir um pouquinho do problema dela, né?” (S2) [referindo-se ao momento em que troca de papel com outra participante durante uma cena]

“...a gente trocou de papel um com o outro, mas sentindo que a gente mesmo poderia ter sido o que foi trocado com a gente mesmo. Eu achei bom, jóia” (S4)

A possibilidade de atuar dramaticamente em diversos papéis possibilita o desenvolvimento do comportamento espontâneo e criativo, desmistificando os adquiridos do meio ambiente (MORENO, 1975).

A experiência de co-criar, ou seja, criar coletivamente, desperta a crença nas possibilidades de busca em comum de soluções para problemas comuns (AGUIAR, 1998).

Assim, ao pensar nas ações da saúde mental, é sabido que a superação das práticas repressivas e excludentes é algo bastante abordado no discurso do movimento da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2001). Porém, a constituição das redes de serviço extra-hospitalares apenas favorece, mas não garante a execução plena desse projeto e, embora ainda as práticas tradicionais estejam enraizadas em nossa sociedade, ao olhar para as falas dos sujeitos, reafirmam os discursos de que os estudos sobre a loucura, o processo saúde/transtorno mental, a reforma psiquiátrica, a subjetividade e o comportamento humano compõem amplo campo de conhecimento que sugere a construção de novas formas sociais e práticas no lidar com a loucura e com o sofrimento mental (MILLANI; VALENTE, 2008).

Um estudo de revisão bibliográfica na área da terapia ocupacional nos revela que foram encontradas produções científicas das quais abordam a discussão dos fundamentos teóricos da utilização da arte como recurso terapêutico para a terapia ocupacional em Saúde

Mental, mas que não mencionam a inserção do profissional na rede de serviços substitutivos, entretanto a arte vem alcançando os objetivos tanto de expressão e comunicação, quanto de inclusão social. Possibilita o ato de pensar as relações entre a criação e a produção de saúde, de enfrentamento da doença, solidão ou isolamento (ALMEIDA; TREVISAN, 2011).

Assim, ao oferecer o teatro ao sujeito, neste estudo o teatro espontâneo do cotidiano, está facilitando produções que são destacadas como objeto de reflexão, constituindo-se como elemento de construção, articulação e transformação do cotidiano (LIBERMAN, 2002).

Para tanto, a intervenção proposta neste estudo possibilita os pressupostos da reabilitação psicossocial, a qual é considerada como uma estratégia que promove relações e que possibilita ao usuário, a recuperação de sua capacidade de gerar sentido e valor social, restabelecendo sua contratualidade como cidadão (SARACENO, 1998). Desta forma, o presente estudo corrobora com este pensamento e, nos leva a destacar o teatro espontâneo do cotidiano como uma possibilidade de intervenção na reabilitação psicossocial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta pesquisa, é importante tecer algumas considerações, que considero relevantes neste momento frente aos resultados apresentados. Então, é importante destacar, a princípio, que o número pequeno de sujeitos, inclusos neste estudo, foi o possível, conforme exposto no procedimento, e comum neste tipo de pesquisa, pois a aderência nem sempre é a que se espera frente às dificuldades gerais próprias das pessoas com diagnóstico de transtorno mental. Considero, então, que, mesmo o número de sujeitos sendo pequeno, ele foi representativo, pois, de certa forma, ele trouxe as situações rotineiras que são vivenciadas por pessoas com essas características e enfrentam inúmeras dificuldades.

As inquietações que me levaram a este estudo serviram de sustentação para as investigações e permitiram que me envolvesse com os sujeitos de forma a vê-los como verdadeiros seres humanos que necessitam de serem ouvidos e compreendidos tal como são. Por isso, ao propor compreender qual o significado de ser um portador de transtorno mental, me propus a exercitar a empatia apesar de certas presunções.

Ao oferecer o instrumento teatro espontâneo do cotidiano, busquei por algo que realmente acreditasse e que em alguns momentos da minha vida me possibilitou um espaço de autoconhecimento e experiências pessoais incríveis. Conheço de algum tempo as possibilidades que o teatro proporciona, então tive a feliz oportunidade de conhecer a técnica associada à terapia ocupacional. Porém, agora o desafio era pesquisar a técnica com outra demanda diferente da qual tinha sido aplicada, o que me incentivou ainda mais, pensando no crescimento científico da terapia ocupacional.

Nesse estudo me foi dada a oportunidade de adentrar no campo científico e conhecer uma nova metodologia, o interacionismo simbólico, este foi uma novidade e possibilitou uma compreensão do mundo e das relações de maneira significativa. Somos e estamos o tempo todo em interação e desta nos é dada a possibilidade de criar e recriar diversas ações.

Ao propor compreender os significados de ser um portador de transtorno mental, o estudo revelou os seguintes significados destacados em sete categorias: o transtorno mental, suas definições e causas; o portador de transtorno mental e a relação com a normalidade e aceitação; o portador de transtorno mental e a relação com o medicamento; o portador de transtorno mental e as perdas cotidianas; a relação da sociedade com o transtorno mental; o transtorno mental enquanto possibilidades, renovações e superações; o portador de

transtorno mental e suas expectativas de vida. Verifica-se que estes significados estão atrelados à trajetória de vida e às diversas relações que os sujeitos estabelecem.

Contudo, alguns destes significados ainda estão associados a uma lógica excludente e de segregação na qual o sujeito revela suas percepções acerca de questões normativas e do sofrimento pelas diversas perdas em seu cotidiano. Entretanto, em meio a estes significados os sujeitos indicaram caminhos positivos, de possibilidades, de renovação, de superação e de expectativas para o futuro.

Outra consideração importante diante aos significados apresentados, refere-se às perdas e prejuízos no funcionamento ocupacional dos sujeitos, me chamou à atenção para o fato de que alguns destes significados estavam atrelados a uma ruptura da vida cotidiana, ou seja, que certas atividades foram interrompidas diante da condição de ser um portador de transtorno mental. Como terapeuta ocupacional e atenta a tudo o que se refere ao cotidiano, tais observações se destacaram e tornaram-se significativas.

Assim, emergiram novas inquietações acerca do cuidado ao portador de transtorno mental e a assistência da terapia ocupacional, visto que estas observações foram identificadas após análise e que esta pesquisa não objetivou quantificar as áreas afetadas do funcionamento ocupacional. Assim, surgiu uma necessidade de aprofundar-me no assunto e a buscar por novas investigações, seqüenciais a este estudo, o que pode ser traduzido em um projeto de doutorado, que já se encontra em fase de apreciações em diversos segmentos para sua execução, denominado: “O cotidiano de usuários de serviços substitutivos de saúde mental: estudo do funcionamento ocupacional e das habilidades de vida independente”.

O estudo também revelou que o teatro espontâneo do cotidiano mostrou-se um importante instrumento terapêutico, visto que se apresenta como uma nova forma de cuidar e interagir com a experiência de ser um portador de transtorno mental, e como um agente facilitador da interação e expressão, propiciando uma construção criativa em busca de soluções para problemáticas da vida cotidiana, constituindo-se assim um instrumento de valor significativo, que permite re-significações e contribui na reabilitação psicossocial de portadores de transtorno mental.

Vale destacar que foi observado em certos momentos a dificuldade dos sujeitos colocar em ação seus significados, ou seja, concretizar a dramatização. Porém, é importante ressaltar que a técnica era uma novidade para os participantes, visto que o serviço até então não havia oferecido aos usuários nenhum tipo de atividade expressiva como o teatro.

Entretanto, diante os resultados obtidos vemos uma significativa contribuição da técnica utilizada, principalmente no que se refere à experiência corporal, interação, e possibilidades de reviver situações de conflito e resoluções destas.

Assim, pode-se considerar que ao propor o teatro espontâneo do cotidiano como uma das atividades possíveis na clínica da terapia ocupacional, utiliza-se de uma estratégia que possibilita o exercício de ser, estar e sentir, ou seja, esses sujeitos tiveram a oportunidade de utilizar-se deste instrumento terapêutico que levou a abertura de novas possibilidades de interação consigo mesmo e com o mundo.

Para tanto, ao dialogar com os pressupostos da reabilitação psicossocial, acredita-se que os resultados obtidos revelam que os significados de ser um portador de transtorno mental apesar de ainda estarem atrelados às concepções vigentes em uma sociedade que discrimina e não valoriza o sujeito, estão repletos de histórias de pessoas que desejam continuar a viver. Neste contexto, é necessário continuar a buscar por novas formas de cuidado que valorizem a história individual e ofereçam possibilidades de reencontro com a vida.

Assim, entendo que este estudo apresentou uma importante contribuição para se pensar em estratégias de assistência ao portador de transtorno mental que o ajude a transpor o sofrimento e permita uma nova interação com este.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. **Teatro espontâneo e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1998.

ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em Saúde Mental no Brasil. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 15, n. 36, jan./mar. 2011.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Occupational therapy practice framework: domain and process. **American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 56, n. 6, p. 609-39, Nov./Dec. 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, M. M. M. Atuação da terapia ocupacional no centro de atenção psicossocial – caps de sobral- ceará. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, ano 12, n. 12, p. 62-75, out. 2010.

BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BENETTON, M. J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de Saúde mental**. 1994. 189 f. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

_____. O encontro do sentido do cotidiano na terapia ocupacional para a construção de significados. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, ano 12, n. 12, p. 32-39, out. 2010.

_____. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.143-149.

_____. **Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional**. São Paulo: Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 1999.

BENETTON, M. J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, ano 8, n. 8, p. 27-40, 2003.

BERTHOLD, M.; ZURAWSKI, M. P. V. (Inserir os demais autores, até o sexto, e somente depois colocar et al.). **História mundial do teatro**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective e method**. Berkeley: University of Califórnia, 1969.

BOAL, A. **Jogos para atores e não-atores**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

_____. **O arco-íris do desejo: método Boal de teatro e terapia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. **Teatro do oprimido e outras poéticas políticas**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXIERA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2005.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

BRITO, C. M. D. **Rascunhos da loucura**. São José dos Campos: Univap, 2001.

BRUNELLO, M. I. B. Loucura: um processo de desconstrução da existência. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 9, n. 1, p. 14-19, jan./abr. 1998.

CAMPOS, F. N. **Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um Caps de Uberlândia-MG**. 2004. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

_____. **Trabalhadores de saúde mental: incoerências, conflitos e alternativas no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2008. 180 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta Paulista de Enfermem**, v. 19, n. 3, p. 343-348, 2006.

CASELLI, M. P. **O teatro espontâneo do cotidiano enquanto recurso em terapia ocupacional junto a idosos**. Texto didático – Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, SP, 2002.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M.; BERTALOTTI, C. (Org.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

CASTRO, E. D.; SILVA, R. J. G. Processos criativos e terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 71-75, 1990.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. New Jersey: Prentice-Hall, 1989.

COSTA-ROSA, A. O Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COVAS, C. A.; TORRICELI, A. C. S.; FIGUEIREDO, L. R. U.; MARTINS, E. M. V.; CASELLI, M. P. Teatro espontâneo do cotidiano: uma proposta de intervenção em terapia ocupacional e fonoaudiologia junto a pacientes hipertensos e diabéticos da terceira idade. **Revista do Centro Universitário Claretiano**, Batatais, n. 3, p. 145-158, jan./dez. 2003.

DE CARLO, M.; BARTALOTTI, C. Caminhos da terapia ocupacional. In: DE CARLO, M.; BERTALOTTI, C. (Org.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

FRAZÃO, I. S.; ARCOVERDE, A. C. B. Reinserção social pelo trabalho no campo da saúde mental: com a palavra, o usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 290-297, maio/ago. 2009.

HELLER, A. **La revolución de la vida cotidiana**. 2. ed. Barcelona: Península, 1994.
_____. **O cotidiano e a história**. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica**: sobrecarga familiar. 1997. ?? f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LIBERMAN, F. Trabalho corporal, música, teatro e dança em terapia ocupacional: clínica e formação. **Cadernos do Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 39-43, jul./set. 2002.

LIMA, E. M. F. A. A saúde mental nos caminhos da terapia ocupacional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, p. 117-122, jan./mar. 2006.

MÂNGIA, E. F. A trajetória da terapia ocupacional da psiquiatria às novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 28-32, jan./abr. 2000.

_____. Contribuições da abordagem canadense "prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 127-134, 2002.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.; BERTALOTTI, C. (Org.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

MEDEIROS, S. M.; GUIMARÃES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 571-579, 2002.

MENDONÇA, M. P. **O sentido da vida no envelhecer: o teatro espontâneo do cotidiano como um recurso em terapia ocupacional**. 2003. 218 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Prática de Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MIASSO, A. I. **“Entre a cruz e a espada”**: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar. 2006. 261 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. L. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas SMAD**, (Ed. port.) Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jul. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAIS, L. V. **A vida cotidiana de mulheres com obesidade: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional**. 2004. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1975.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 15, n. 2 p. 71-81, maio/ago. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Gráfica Brasil, 2001.

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

- PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.
- RIBEIRO, M. B. S.; MARTINS, S. T. F.; OLIVEIRA, L. R. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 14, n. 2, p. 133-140, maio/ago. 2009.
- RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A terapia ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008.
- SALLES, M. M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**; São Paulo, v. 41, n. 1, p. 73-81, 2007.
- _____. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 1, p. 11-16, 2009.
- SANTOS, R. S. Interacionismo simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde. **Revista Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 7, n.4, p. 232-237, jul./ago. 2008.
- SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 9, n. 1, p. 26-31, jan./abr. 1998.
- _____. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.
- SOARES, S. R. R.; SAEKI, T. O centro de atenção psicossocial sob a ótica dos usuários. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, [internet]. 2006 [Acessado em 20 de maio de 2011]; nov-dez; 14(6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a14.pdf
- SPOLIN, V. **Improvisação para o teatro**. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- TESDESCO, S.; FERRARI, S. Acesso à teoria da técnica trilhas associativas. **Revista do Centro de Estudos de Terapia ocupacional**, ano 5, n. 5, p. 32-36, 2000.
- TITTANEGRO, G. R. Aspectos filosóficos da reabilitação. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 30, n. 1, p. 20-25, jan./mar. 2006.
- TSU, T. M. J. A, TOFOLO, V. Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre a doença mental. **Psicologia USP**, v. 1, n. 2, p. 155- 160, 1990.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Faculdade de Medicina. **Graduação**. 1997. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/novo_portal/>. Acesso em: 16 jun. 2011.

VILLARES, C. C. Terapia ocupacional na esquizofrenia. In: SCHIRAKAWA, I.; CHAVES, A. C.; MARI, J. J. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY (WFOT). WFOT information. Disponível em: <<http://www.wfot.org/information.asp/>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, p. 75-84, 2003. Número especial.

APÊNDICES

APÊNDICE 1**CARTA CONVITE**

Convidamos o(a) Sr(a) _____
a participar de um grupo de terapia ocupacional, sendo este parte de um estudo, coordenado pela terapeuta ocupacional Francine Baltazar Assad. A atividade a ser desenvolvida no grupo será o *teatro espontâneo do cotidiano*. Caso tenha interesse em participar deste grupo, favor comparecer no CAPS dia _____ às _____ para uma reunião.

Francine Baltazar Assad
Pesquisadora responsável

e

Equipe do CAPS

APÊNDICE 2
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) senhor(a) _____, portador de Cédula de Identidade R.G. nº _____, abaixo assinado, para participar de uma pesquisa onde o(a) senhor(a) fará parte de um grupo em que se pretende utilizar uma técnica denominada “Teatro Espontâneo do Cotidiano” a partir de uma experiência clínica em Terapia Ocupacional. O objetivo desta pesquisa é compreender através da encenação, o problema das pessoas com transtorno mental e como isso pode ajudar para sua reabilitação.

Essas atividades serão estabelecidas em 12 encontros totalizando 3 meses de pesquisa, cada encontro terá duração de 2 horas cada.

O(A) senhor(a) contribuirá com a pesquisa participando regularmente das atividades e também de duas entrevistas, sendo a primeira no início da pesquisa e a outra no final. Peço autorização para fazer registros do que vocês estarão fazendo, em um caderno, e, no final, o(a) senhor(a) contribuirá, também, falando livremente sobre o que significou a atividade daquele dia para o(a) senhor(a). O que o(a) senhor(a) falar, será gravado. Para o complemento de nossos dados para a pesquisa, serão realizadas filmagens e fotografias durante todo o grupo, e para isso, pedimos também a autorização do senhor (a). As gravações, as fotos e filmagens não serão mostradas a ninguém, servirão apenas para a pesquisa.

Esta pesquisa garante ao(a) senhor(a) o direito de receber resposta a qualquer pergunta, ou esclarecimento a qualquer dúvida, sobre os procedimentos que serão realizados. Garante ainda, que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto. Garante liberdade ao(a) senhor(a) para deixar de participar da pesquisa quando quiser, sem que isso traga prejuízo à continuação da assistência que senhor está tendo no CAPS. Garante a segurança de que não será identificado e que serão mantidas em segredo as informações que o(a) senhor(a) nos falar. Garante o compromisso de proporcionar informação atualizada durante a pesquisa ainda que possa afetar sua vontade de continuar participando. Finalmente, garante o compromisso de que será devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de participação, bem como garante a continuidade dos cuidados após a conclusão dos trabalhos da mesma. O(A) senhor(a) não correrá nenhum risco e esperamos que o(a) senhor(a) tenha muitos benefícios, entre eles, a melhora de seu relacionamento com os seus familiares, vizinhos e amigos.

Tenho ciência do exposto acima, inclusive da publicação destes resultados em revistas de pesquisa, e declaro livremente minha vontade de participar da mesma.

Este termo vai duas vias, ficando uma com o(a) senhor(a) para contato conosco, quando for necessário.

Batatais, ___ de _____ de 2010.

Nome legível e assinatura do responsável pelo usuário do CAPS

Assinatura do usuário do CAPS participante da pesquisa

Pesquisadores responsáveis:

Francine Baltazar Assad– Telefone (16) 81462569 - e-mail: franassad@hotmail.com

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 6023418 EERP-USP - Campus USP - Av. Bandeirantes, 3900 -
CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP
e-mail: lujope@eerp.usp.br

ANEXO



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 121/2009

Ribeirão Preto, 05 de junho de 2009

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 01 de junho de 2009.

Protocolo: n° 1049/2009

Projeto: CONTRIBUIÇÕES DO TEATRO ESPONTÂNEO DO COTIDIANO NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS FUNDAMENTADO NOS PRINCÍPIOS DA TERAPIA OCUPACIONAL.

Pesquisadores: Luiz Jorge Pedrão
Francine Baltazar Assad

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP