

47. Comunidade Terapêutica: Terapia do Meio

Maxwell Jones

A descentralização dos grandes hospitais estaduais em unidades pequenas, semi-autônomas, servindo áreas geográficas discretas pode ser vista como oferecendo muitos benefícios para os processos de cuidado e tratamento dos pacientes. A melhoria das comunicações, tanto intra como extramuros, manifestada pelo estabelecimento de laços mais fortes entre pacientes, pessoal hospitalar e parentes, e com agências externas, pode ser vista como vantajosa. As unidades de tratamento menores também permitem um exame e modificações mais fáceis dos papéis, relações entre papéis e a cultura geral da unidade.

Este processo pode ser mais desenvolvido ainda, e um quadro muito diferente emerge quando as tendências acima descritas são desenvolvidas e o processo sócio-cultural se torna uma parte integrante do tratamento. O quadro resultante é o que muitas vezes se chama comunidade terapêutica ou terapia do meio. Em outro lugar (21) descrevi uma comunidade terapêutica como sendo distinta dos outros centros de tratamento comparáveis na maneira pela qual os recursos totais da instituição, tanto pacientes como pessoal hospitalar, são combinados de forma auto-consciente para melhorar o tratamento. Isto implica, acima de tudo, uma mudança no estatuto usual dos pacientes. Em colaboração com o pessoal hospitalar, eles agora se tornam participantes ativos na sua própria terapia e na de outros pacientes e em outros aspectos do trabalho hospitalar como um todo — em contraste com os seus papéis relativamente mais passivos, recipientes, nos regimes de tratamento convencionais.

ESTRUTURA SOCIAL

A estrutura social de uma comunidade terapêutica é caracteristicamente diferente da ala mais tradicional do hospital ou da unidade tradicional descentralizada. O termo implica que toda a comunidade de pacientes e pessoal hospitalar está envolvida em pelo menos parte do tratamento e administração. Até onde isto é praticável ou desejável dependerá de muitas variáveis incluindo a atitude do líder e

dos outros funcionários, o tipo de paciente que está sendo tratado, e as sanções oferecidas pela autoridade mais elevada. A ênfase na comunicação livre nos e entre os grupos de pessoal hospitalar e de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a livre expressão do sentimento implica uma organização social democrática equalitária e não uma organização social hierárquica tradicional (68).

Os papéis e as relações entre papéis do pessoal hospitalar e dos pacientes estão sujeitos a exame e discussão frequentes. Isto é proposto para aumentar a eficiência dos papéis e aguçar a sua percepção por parte da comunidade. Desta forma, pode acontecer que o papel de uma enfermeira é esclarecido e tornado mais eficiente se ela deixar de usar um uniforme. Pode levar meses de estudo e discussão para decidir, digamos, que uma enfermeira requer em média quatro meses numa ala hospitalar para se sentir suficientemente segura a ponto de não usar mais o uniforme. Compartilhar esta discussão com os pacientes é aumentar sua consciência das dificuldades do papel de enfermeira e pode modificar suas relações com as outras enfermeiras. O objetivo é alcançar uma flexibilidade suficiente de papéis de modo que o papel, em qualquer momento, reflète as expectativas de comportamento tanto do pessoal hospitalar como dos pacientes, coletivamente.

O exame e o esclarecimento de funções, inevitavelmente aguçam a determinação de papéis mas podem ao mesmo tempo levar a um obscurecimento. Isto não é contraditório. Desta forma, pode parecer apropriado que tanto as enfermeiras como as assistentes sociais visitem os lares dos pacientes. A enfermeira pode acompanhar os pacientes em visitas domiciliares para ajudar no processo de reabilitação no mundo externo e para encorajar a família ou algum membro desta a participar das reuniões de grupo da ala hospitalar. A assistente social poderia visitar o lar com permissão do paciente mas não em sua presença. Sua visita poderia objetivar principalmente tentar engajar os membros da família no tratamento que seria complementar ao tratamento do paciente no hospital.

A cultura geral numa ala hospitalar ou unidade psiquiátrica representa a acumulação, ao longo do tempo, de atitudes, crenças e padrões de comportamento, comuns a uma grande parte da unidade. A isto se chega como resul-

De Maxwell Jones, *Social psychiatry: In the community, in hospitals, and in prisons*. Springfield, Ill.: Charles C Thomas, 1962. Pp. 53-71. Reprinted by permission.

tado de um longo inquérito sobre a natureza destas atitudes e se faz uma tentativa para modificá-las para se ajustar às necessidades de tratamento dos pacientes. Neste contexto, o termo "cultura terapêutica" é usado às vezes esperançosamente. A tendência é para que estes padrões culturais sejam mais claramente estabelecidos nos membros mais estáveis e permanentes na comunidade, isto é, o pessoal hospitalar.

Exemplos de tais atitudes contribuindo para uma cultura terapêutica ou ideologia de tratamento seria uma ênfase na reabilitação ativa contra o "custodialismo" e a segregação; "democratização" em contraste com as velhas hierarquias e formalidades de diferenciação de estatuto; "permissividade" em contraste com os padrões estereotipados de comunicação e comportamento; e "comunalismo" oposto aos papéis terapêuticos altamente especializados muitas vezes limitados ao médico (69).

Um aspecto básico da organização social de uma comunidade terapêutica é o estabelecimento de reuniões diárias da comunidade. Por uma reunião de comunidade, entendemos uma reunião de toda a população de pacientes e pessoal hospitalar que estão trabalhando juntos numa só área geográfica. Meus colegas e eu verificamos que é possível ter reuniões deste tipo com até oitenta pacientes e de vinte a trinta pessoas da administração hospitalar. É nossa opinião que o limite superior para o estabelecimento de uma comunidade terapêutica no sentido em que o termo é aqui usado é de cerca de 100 pacientes. O termo terapia de grupo oposta à terapia da comunidade é usado aqui no sentido mais convencional. Um grupo-relativamente pequeno de pacientes que são tratados pelo seu próprio médico ou terapeuta num contexto de grupo irá muitas vezes representar um subgrupo da comunidade total que foi selecionado por motivos clínicos, idade, inteligência, motivação etc. Na minha experiência, é desejável que as reuniões da comunidade sejam seguidas de reuniões de grupo. Nas reuniões da comunidade, as tensões na ala ou unidade num momento determinado serão ventiladas e ativarão muito material no paciente individual. Muitas das tensões não podem ser facilmente elaboradas numa reunião de comunidade, mas se esta é seguida por uma reunião de grupo, funcionaria como um estímulo útil à comunicação na reunião menor.

A REUNIÃO DA COMUNIDADE

Uma ala ou unidade de tratamento de, digamos, oitenta ou noventa pacientes tem que viver em conjunto, e, embora naturalmente se dividam em pequenos subgrupos ou até se retirem para uma posição relativamente isolada, os pacientes devem inevitavelmente interagir uns com os outros em vários graus. Numa reunião de comunidade, o pessoal hospitalar é exposto a algumas das forças sociais que normalmente operam na ala. Harry Wilmer (70) descreveu detalhadamente reuniões de ala deste tipo envolvendo pacientes esquizofrênicos muito perturbados.

O primeiro problema a considerar é a atitude do pessoal hospitalar. Em geral, verão este tipo de reunião com sentimentos muito variados. A enfermeira-chefe, ou auxiliar-chefe, pode ver isto como desprivando-a da sua apreciada entrevista diária exclusiva com o médico, a qual, no passado, deve ter contribuído muito para aliviá-la de suas próprias ansiedades. No passado ela muitas vezes se tornava o "terapeuta" da ala, descrevendo atividades de um tipo perturbador ao médico e recomendando "tratamento" que freqüentemente ele aceitava de bom grado, deixando de perceber que o "tratamento" que estava sancionando às vezes se destinava a aliviar mais a ansiedade da enfermeira do que a do paciente. Desta forma, o uso de trata-

mento de choque ou sedativos ou transferências dos pacientes para outra ala freqüentemente foi centralizado no papel da enfermeira. A atitude dos outros membros da administração hospitalar, apesar de importante, obviamente pode nunca ter sido examinada, e os auxiliares mais novos, especialmente, podem ter chegado a sentir que estavam sendo excluídos de muito do interesse no trabalho, e que o seu próprio estatuto era desprezado. Contudo, o estabelecimento de uma reunião diária da comunidade pouco contribui para melhorar a situação, se os outros funcionários, além do médico, sentirem que se trata de perda de tempo e que leva a criar mais perturbações entre os pacientes. A enfermeira-chefe ou auxiliar-chefe pode hesitar em dizer a toda a comunidade o que sente a respeito do comportamento dos pacientes, temendo, consciente ou inconscientemente, que alguns dos seus preconceitos ou tendência para ter favoritos possa se tornar aparente a todos. Além do mais, a sua autoridade pode vir a ser questionada por alguns de seus auxiliares, que podem assinalar a irracionalidade ou inconsistência de algumas das suas decisões. Por outro lado, os auxiliares podem muito bem se sentir incapazes de comunicação em público, temendo o ridículo ou possivelmente até retaliações posteriores dos seus próprios superiores.

Talvez, mais importante ainda, este tipo de situação exige um papel de responsabilidade, por parte do pessoal de enfermagem, maior do que o que estavam acostumados a desempenhar. Neste contexto, o auxiliar pode freqüentemente falar do seu desejo de prosseguir nos estudos e criticar ressentidamente a má qualidade do treinamento em serviço, se é que existe algum, mas o outro lado da moeda é que freqüentemente ele tem medo da mudança. De fato, pode preferir o papel passivo-dependente que lhe dá relativa ausência de responsabilidade e, naturalmente, uma oportunidade para se queixar legitimamente de sua posição desvalorizada. O ponto importante é que nenhuma reunião de comunidade pode ser muito eficaz até o momento em que o pessoal da unidade realmente acredita que tem valor não apenas para os pacientes mas também para eles mesmos.

Está claro que a natureza da população de pacientes é extremamente importante. Numa unidade de admissão muito ocupada com uma rápida movimentação de pacientes é difícil de se obter uma continuidade de cultura. Alguns pacientes podem vir a apreciar as reuniões diárias exatamente no momento em que têm de partir. Um número maior provavelmente nunca verá nada de proveitoso para si antes que deixem a ala para voltar para casa ou sejam transferidos para outras alas de permanência longa. Nossa própria experiência indica que se necessita, na realidade, pelo menos de um núcleo de pacientes de permanência moderada para ajudar aos novos pacientes a perceber a reunião da comunidade como um lugar onde podem, desde o início, esperar receber uma resposta para algumas das suas dificuldades e/ou discernimento do seu próprio comportamento. Reuniões diárias de comunidade tendem a produzir tanto nos pacientes como no pessoal hospitalar uma consciência crescente da natureza e dos fatores de predisposição que se oculta atrás do comportamento perturbado. Isto por sua vez tende a produzir mudanças na estrutura social da ala de maneira que novas perturbações podem em parte ser prevenidas e melhor manejadas quando ocorrem. Pode ficar claro que os pacientes deixam o pessoal hospitalar sozinho para lidar com os "incidentes". Ao mesmo tempo, o pessoal de enfermagem pode ser criticado pelas suas ações nestas perturbações, com alguns pacientes sentindo que foram demasiado negligentes ou demasiado grosseiros ou que tenham utilizado a coerção física quando não era necessária, e assim por diante.

Em tal discussão é provável que muitos dos pacientes apresentem fatores sobre o incidente que mudam o seu significado para todos os interessados. Muitas vezes vêm como o comportamento do paciente foi mal compreendido pelo pessoal hospitalar, e a tendência é para que os pacientes, aos poucos, se tornem mais responsáveis em relação com o modo de lidar e até refrear os outros pacientes. Desta forma, a atitude passivo-dependente que tantas vezes é associada ao papel do paciente vem a ser modificada na direção de uma participação mais ativa em relação a comportamentos de atuação ou outros incidentes, e se torna muito mais próxima identificada com o papel do pessoal hospitalar. Outro exemplo disto é o modo pelo qual os pacientes e o pessoal hospitalar respondem à saída de um paciente da reunião de comunidade. Em muitos casos o incidente passa aparentemente despercebido, mas se o médico ou outro membro do pessoal hospitalar começa a chamar a atenção para o fato de que fulano se afasta em algum ponto significativo, e sugere que a saída tem algo a ver com a ansiedade do paciente, então o pessoal da unidade tende a se tornar mais sensível para o significado do comportamento. Com o passar do tempo, os pacientes provavelmente começarão a falar em fazer alguma coisa para trazer o membro ansioso de volta à reunião da comunidade onde sua ansiedade pode ser estudada.

Um compartilhar da responsabilidade pelo comportamento do paciente é especialmente importante em relação ao pessoal da noite. Infelizmente, são freqüentemente aqueles que não estão presentes nas reuniões da comunidade ou às discussões que, a nosso ver, deveriam sempre seguir uma reunião da comunidade. A comunicação com eles tem que ser mediante os turnos da manhã ou da tarde, com sobreposição. Estes últimos por sua vez tendem a se isolar dos programas de ensino matutinos. O interesse dos turnos da tarde e da noite pode ser mais eficazmente despertado pela explicação, por parte do médico de plantão, do significado das reuniões de comunidade e de que qualquer comunicação verbal ou escrita que possam oferecer será grandemente apreciada. Contudo, suas ansiedades a respeito do pessoal diurno e sua falta de familiaridade com a cultura do tratamento podem tornar isto difícil. Além disso, ficar isolados na ala com pacientes a respeito dos quais sabem muito pouco e que lhes podem causar considerável ansiedade, muitas vezes os fazem sentir que o seu ponto de vista pode ser distorcido ou mal compreendido se for manipulado por outras pessoas além deles. Em pouquíssimos casos, o pessoal da tarde ou da noite pode estar tão interessado que resolve ficar ou chegar mais cedo para participar da reunião da comunidade da ala, caso em que as suas dificuldades podem ser expressas diretamente aos pacientes e ao resto do pessoal.

Conselhos de pacientes são populares e são encontrados em muitas organizações hospitalares. A função destes conselhos de ala varia consideravelmente; contudo, na nossa experiência, limitam-se principalmente a lidar com certos detalhes práticos do funcionamento da ala, com privilégios, providências para a limpeza da ala, listas de chamada etc. Não obstante, tendem com o tempo a assumir maiores responsabilidades. Na nossa opinião, não deveriam assumir demasiadas responsabilidades sem ajuda, e deveriam ser supervisionados pelo pessoal hospitalar, e o conteúdo das discussões nas reuniões do conselho trazido de volta para as reuniões da comunidade. Parece-nos que muita coisa boa pode derivar de um desenvolvimento cuidadoso e habilmente supervisionado da responsabilidade do paciente. Contudo, seria tolice acreditar que este tipo de desenvolvimento ocorre sem considerável conflito.

Se se permite ao conselho de pacientes desenvolver responsabilidades sem poder se dirigir ao pessoal hospitalar em casos de necessidade, e sem uma "retroalimentação" adequada das reuniões do seu conselho, é mais do que provável que eles se encontrarão isolados e alvo de ressentimento por parte dos outros pacientes. Podem vir a assumir todas as características de figuras de autoridade, e muito da hostilidade que previamente era dirigida ao pessoal hospitalar é agora dirigida contra eles. É por razões como estas que sentimos que o pessoal hospitalar deveria estar presente nas reuniões do conselho e, quando necessário, assinalar o que está acontecendo. Um membro do pessoal hospitalar pode achar necessário assinalar que certas decisões deveriam ser transmitidas à comunidade dos pacientes como um todo antes de serem finalizadas pelo conselho. Se o conselho não dá conhecimento das suas deliberações e dificuldades à reunião da comunidade, há o perigo de que o seu papel possa vir a ser mal compreendido; desta forma, os outros pacientes podem vir a sentir que o conselho não é mais composto de membros do grupo de pacientes mas por pessoas que estão se unindo ao pessoal hospitalar e estão em um tipo de relação autoritária alienada com eles.

Na nossa experiência, o conselho, e particularmente o seu chefe, pode sentir esta dificuldade de forma tão real que ocorre deterioração na sua condição clínica. Em geral pode-se dizer que com o tempo as responsabilidades do pessoal hospitalar podem ser transferidas em parte para a população de pacientes e particularmente ao conselho de pacientes, com real benefício, ao criar um papel mais variado e responsável para os pacientes. Ao mesmo tempo, poder-se-ia formular o princípio geral de que o grau de responsabilidade que os pacientes podem assumir utilmente está inversamente relacionado com o grau de desorganização dentro de uma ala. Assim, em épocas de organização relativamente satisfatória, com líderes apropriados dentro da população de pacientes e comunicação livre, a quantidade de responsabilidade que pode ser transmitida satisfatoriamente aos pacientes é máxima, ao passo que em épocas de desorganização, quando o ego do grupo, se quisermos usar este termo, é fraco, então o pessoal hospitalar deve assumir crescente responsabilidade pela tomada de decisões e pela direção geral da gerência dos pacientes (71).

A REUNIÃO DO PESSOAL HOSPITALAR OU POST MORTEM

Com o crescente interesse no ambiente social do paciente, o papel do psiquiatra hospitalar se torna mais complexo. Já não é bastante ser um diagnosticador competente e um terapeuta individual; ele precisa agora aprender a reconhecer e modificar a organização social e a cultura da sua ala, assim como as complexidades de tratamento em grupo. Idealmente, isto levaria à exposição aos ensinamentos de psiquiatras experimentados e cientistas sociais. É raro para um residente ter aulas de ciência social fora de um hospital ou clínica universitária. Contudo, o crescente interesse na dimensão social na psiquiatria dos hospitais mentais se manifesta nos livros sobre a organização social dos hospitais mentais, e o psiquiatra em treinamento está cada vez mais se referindo a tais estudos (64, 63, 62). Não obstante, parece que, quaisquer que sejam as habilidades de treinamento disponíveis, a maneira mais eficiente de ensinar este aspecto da psiquiatria é na situação real de vida na ala.

Isto pode melhor ser conseguido por uma reunião diária da comunidade, como já descrevemos, com duração de cerca de uma hora, imediatamente seguida por um post mortem envolvendo todos os membros do pessoal hospi-

ular. Isto oferece uma oportunidade para examinar as respostas dos vários membros do pessoal hospitalar com diferentes habilidades, expectativas e preconceitos, que foram expostos à mesma cena interacional na reunião de comunidade. Acha-mos que para efeitos de treinamento, uma reunião do pessoal hospitalar ou um post mortem deste tipo deveria durar cerca de uma hora. Neste contexto, é possível discutir as percepções e os sentimentos do pessoal retrospectivamente em relação à reunião de comunidade e também examinar a sua interação durante a reunião do pessoal.

Admitamos que todos os membros do pessoal que entram em contato com o paciente num papel terapêutico estejam presentes a ambas as reuniões. No post mortem irão, em graus variados, ser capazes de expressar tanto a sua análise de certos aspectos da reunião de comunidade como os seus sentimentos subjetivos. Se focalizarmos um problema que freqüentemente volta a aparecer, como a autoridade, os auxiliares podem perceber isto em termos do seu próprio desejo de se conformar a um sistema de autoridade rígido, no qual a implementação das exigências da autoridade superior são de importância primordial. A limpeza da ala, a observação das prescrições quanto ao fumo, e o evitar incidentes são necessários para que possam evitar ansiedades excessivas. Neste contexto, eles tenderão a expressar, direta ou indiretamente, pontos de vista que apoiam a manutenção da disciplina dos pacientes. No outro extremo, os médicos, se tiverem considerável treino e experiência no exame da interação social na ala, podem perceber a desarrumação ou a sujeira na ala como sintomas de desorganização entre os pacientes e desejar examinar isto como forma de comunicação. Para fazer isto de forma habilidosa, será necessário dar a devida consideração às ansiedades dos auxiliares, e encarar francamente as realidades de sua posição.

Na discussão, pode emergir que os auxiliares não se sentem à vontade nas reuniões de comunidade, que tomam tempo excessivo, e que são responsáveis em parte pela desarrumação da ala. Podem assinalar que uma desaprovação contínua das autoridades superiores pode resultar numa possível perda de emprego. A realidade deste medo pode ser reforçada pelo fato de que os seus supervisores não são treinados em psiquiatria social e podem aplicar um sistema de valores à área de sua responsabilidade que não está de acordo com a cultura que se desenvolve na unidade. Talvez um plano a longo prazo que envolve a utilização de seminários de treinamento com os supervisores seja um adjunto necessário ao funcionamento efetivo da unidade para que a situação se torne terapêutica. Ao mesmo tempo, pode parecer que a ansiedade dos auxiliares deriva em parte das suas dificuldades de personalidade atribuíveis à sua instrução relativamente inadequada e à falta de sofisticação que os atrapalha no seu relacionamento com o pessoal mais treinado. Podem lidar com isto mediante a negação e a racionalização, culpando a freqüência das reuniões de comunidade e a falta de disciplina pelo estado insatisfatório encontrado. Uma situação desse tipo não é infreqüente, e o simples ganho de discernimento por parte de um auxiliar pode não ser suficiente em si. Pode levar um longo período de educação e de apoio, senão de terapia, para ajudá-los na transição de sua imagem prévia de um papel estruturado e simplificado à de um papel terapêutico.

O que foi dito a respeito do papel do auxiliar num problema de ala relacionado com a autoridade se aplicaria de diferentes maneiras a todos os papéis e suas relações na unidade.

A enfermeira-chefe pode ter dificuldades particulares pelo fato de que, em contraste com os auxiliares, ela tem

um status relativamente superior e uma imagem profissional que implica conhecimentos que ela muitas vezes não possui. Nos Estados Unidos ela pode não ter tido nenhum treino profissional em psiquiatria além de um curto estágio quando estudante de enfermagem. A maioria das enfermeiras foi treinada numa cultura bastante rigorosa, autoritária e tem pouca experiência no exame de papéis e de suas relações no compartilhar da responsabilidade e do conceito de decisões do grupo ou tratamento de grupo. Pode sentir tanto a perda da sua relação relativamente exclusiva com o médico como do exame por parte do pessoal hospitalar, da mesma maneira com que lida com os problemas dos pacientes. No post mortem pode se tornar claro que, ao sentir-se ameaçada pelos pacientes, ela recorre a recursos como a recomendação do tratamento de choque, transferir o paciente a outra ala, ou "regredir" para um papel autoritário disciplinador. Assim como o auxiliar, ela também tem o problema de uma estrutura autoritária de enfermagem. Espera-se dela que satisfaça as necessidades de pessoal que não tem contato direto com a ala e que vêem as coisas a partir da sua própria perspectiva particular de enfermagem. A não ser que os supervisores de enfermagem e os escalões mais altos da enfermagem se identifiquem com os programas comunitários, a confusão de papéis é quase inevitável. A ala vê os problemas como material para tratamento, ao passo que a hierarquia da enfermagem tende a vê-los como problemas administrativos, exigindo ação imediata. Um recurso usado com freqüência na profissão de enfermagem é o de transferir uma enfermeira para outra ala se na sua existência problemas repetidos. Fazendo isto, naturalmente, nada é aprendido da perturbação na ala, mas, do ponto de vista da administração, o problema é resolvido pela transferência.

Achei possível, mesmo num hospital estadual grande, usar situações deste tipo como experiências de aprendizagem para todos os funcionários envolvidos. O diretor de enfermagem e seus colegas de posições elevadas mostraram uma imensa boa vontade em participar de seminários envolvendo os problemas da ala, de modo que mesmo se uma enfermeira foi transferida é ainda possível recriar a situação em retrospecto e ver que respostas alternativas poderiam ter sido encontradas para o problema. Se isto deve ser feito convidando o pessoal de enfermagem dos escalões superiores para a reunião post mortem da unidade ou se é necessária uma situação de aprendizagem administrativa é ainda, penso eu, uma questão em aberto, e muito dependeria das circunstâncias. O ponto essencial é que o médico da unidade deveria estar envolvido para que ganhe experiência no lidar com problemas que envolvem pessoal fora da ala e diferentes percepções de papéis. Será vantajoso incluir neste tipo de experiência de aprendizagem enfermeiras do Departamento de Educação. Se elas têm estudantes de enfermagem numa ala, costumam ensiná-las numa situação fora da atual interação da ala. Se, contudo, o próprio pessoal docente de enfermagem se torna envolvido nas reuniões da comunidade, e encontram um papel funcional na ala, então estão numa posição de discutir a cena interacional com seus alunos na reunião do pessoal hospitalar e em seus próprios seminários de ensino. Desta maneira, as suas próprias percepções do que ocorreu e do que normalmente ensinariam a seus alunos podem ser examinadas por outros profissionais treinados, e a Educação de Enfermagem se coloca na posição de ter uma experiência educativa continuada, ao invés de se tornar este-reotipada.

Além do mais, a reunião do pessoal hospitalar é um contexto ideal no qual pode-se elaborar alguns dos problemas inerentes às relações de papéis entre o pessoal médico, do serviço de enfermagem e da educação de enfermagem.

Todos os três têm uma relação significativa com a estudante de enfermagem e a não ser que se faça uma tentativa séria para elaborar esta relação, a estudante pode se sentir confusa e, às vezes, como vítima. O que ela quer acima de tudo é alguém para quem apelar quando está em dificuldades emocionais com seus pacientes. Sinto que no tipo de programa que estamos discutindo, ela será capaz de entrar em contato com a enfermeira-chefe, com a supervisora da educação de enfermagem, ou com o pessoal da ala, incluindo o médico, assistente social, psicólogo e assim por diante, todos os quais deveriam estar numa posição de compreender certos aspectos dos problemas das relações entre a enfermeira e o paciente na ala. Isto implica um grau de obscurecimento de papéis que talvez seja pouco comum. Ao mesmo tempo, implica um grau de sofisticação pelo tempo de todo o pessoal da ala que tende a envolver mediante reuniões diárias nas quais os problemas de tratamento, administração da ala, relações interpessoais, incluindo as relações do pessoal da ala, estão sob constante exame e discussão.

O que eu disse acerca dos papéis do pessoal em contato direto com o paciente aplica-se igualmente aos papéis mais periféricos, incluindo o assistente social e o psicólogo. Parece-me que é igualmente importante que suas relações com os pacientes, seja como assistentes sociais encarregados dos casos ou como terapeutas ou facilitadores de grupo, deveriam ser discutidos livremente com todo o pessoal hospitalar da unidade. Isto implica que papéis estão constantemente sendo modificados e que um psicólogo ou assistente social da unidade A não precisa necessariamente ter um papel similar na Unidade B. De fato, parece uma pena que o pessoal profissional se torne identificado com o seu próprio subgrupo profissional e não com a unidade na qual estão trabalhando. Tudo isto implica um grau considerável de habilidade e sofisticação da parte do líder da unidade que, no momento, é normalmente, ou talvez invariavelmente, o psiquiatra. Parece-me que não há razão adequada porque esta responsabilidade deveria continuar com o psiquiatra, a não ser que tenha o tipo de treinamento e habilidade que estivemos discutindo. Este papel de liderança poderia ser dado razoavelmente a qualquer dos membros do pessoal hospitalar, desde que, naturalmente, os assuntos puramente médicos fossem deixados, como teria que ser, a cargo do médico.

Para se tornar competente no lidar com as várias relações e problemas administrativos que estivemos discutindo, o psiquiatra é forçado a tentar examinar os problemas dos vários tipos de pessoal e vê-los não somente do seu próprio ponto de vista mas também de outros. Se o consenso do grupo pode ser visto como uma maneira satisfatória de solução de problemas, se é que eles jamais são resolvidos, é uma questão aberta, mas a tentativa de examinar problemas em várias dimensões é uma experiência de aprendizagem rica. Obviamente, é muito melhor se todo esse procedimento for supervisionado por um cientista social com experiência em psiquiatria ou um psiquiatra que tem considerável experiência em trabalho de grupo e do campo da ciência social. Tal treino o ajudará a fazer ótimo uso do seu pessoal e do ambiente social em geral, e no que se refere aos psiquiatras será um preparo valiosíssimo para um possível futuro papel como administrador de um hospital para doentes mentais.

TRATAMENTO DA COMUNIDADE

Se admitimos que a população de pacientes tem certos potenciais de tratamento que podem ser desenvolvidos sob supervisão médica e profissional constante, então devemos preparar uma estrutura pela qual a contribuição dos pacientes seja maximizada. A objeção imediata de que os pa-

cientes estão doentes e que é injusto e irreal esperar que ajudem no tratamento e tomem decisões envolvendo muitas responsabilidades pode ser levantada; de qualquer modo, isto é uma tarefa pela qual se paga o pessoal hospitalar. Por outro lado, pode ser argumentado que talvez a característica mais acentuada dos pacientes recém-admitidos é o seu sentimento de depressão e desespero, se possível, eles devem ser ajudados a lidar com isto. Um antigo colega, Gil Elles, um psicanalista que trabalhou na comunidade terapêutica no Henderson Hospital, Londres (anteriormente na Unidade de Reabilitação Social do Belmont Hospital), descreveu o manejo deste problema como segue (72).

A comunidade desenvolveu técnicas para lidar com este problema a nível consciente e ao mesmo tempo se apercebeu dos mecanismos inconscientes que estão operando todo o tempo para prevenir o indivíduo, o grupo ou a comunidade de ficarem subjugados por este desespero. No primeiro caso se coloca a ênfase no sentido de tentar diminuir a força da culpa inconsciente que leva o psicopata compulsivamente a procurar reiteradas encrencas e inibe seriamente sua capacidade de aprender pela experiência. Com o novo paciente isto assume a forma de dar a conhecer seus problemas à comunidade para que no primeiro momento possível do tratamento ele seja aceito por aquilo que é e não por aquilo que ele *gostaria* de ser, ou o que ele *receia* ser. Desta maneira, espera-se que a culpa profundamente entranhada seja um tanto diminuída e as forças do ego do paciente sejam aumentadas e mais disponíveis para ele.

Em segundo lugar, cada paciente tem um papel dual tanto de tentar aceitar como de dar tratamento. Desta forma, pela segunda parte do seu papel sua auto-estima é fortalecida capacitando-o a sentir-se menos fracassado porque se espera que compreenda e ajude os outros. Assim, com o passar do tempo, ele é capaz de se sentir menos ameaçado ao admitir alguma parte do seu próprio desespero acerca de si mesmo.

Em terceiro lugar, e seguindo estas atitudes iniciais da comunidade, o desespero é limitado pela melhora da comunicação dentro do indivíduo e entre indivíduos nos seus vários grupos. A comunidade tem uma cultura pela qual os sentimentos são compartilhados abertamente e a razão destes sentimentos examinada em detalhe. Para fazer isto, o dia deve estar organizado de tal forma que cada atividade da comunidade seja associada a um longo período de discussão acerca disto. Além do mais, os vários grupos de atividade são tão inter-relacionados que o máximo de contato em um número de papéis tão grande quanto possível é oferecido a cada paciente na comunidade. Com efeito, esta experiência tende a construir em cada indivíduo uma imagem mais integrada de si mesmo, primeiramente como visto pelos outros e finalmente quando aceito por si como parte de sua própria auto-avaliação.

O que aconteceu nestas situações que se seguem à admissão é que houve redução da violência e da fragmentação dos processos de divisão do indivíduo. Isto significa que a necessidade urgente de si mesmo — boas como ruins — foi diminuída em primeiro lugar pela atitude de aceitação e compreensão da comunidade. Isto permite ao indivíduo aperceber-se de novas forças enquanto permanece um membro da comunidade. Ao estabelecer elos firmes mediante a interação paciente-pessoal hospitalar e paciente-paciente, a qual está sendo constantemente vista e examinada, secundariamente é construído um arcabouço que é suficientemente forte para arcar com o peso de uma depressão pessoal de ordem mais amadurecida. Assim, alguns pacientes vivenciam pela primeira vez tanto uma segurança exterior quanto um desespero interior que lhe permite sentir e compreender as emoções de remorso e piedade, seguidas por um anseio de uma crença na sua própria capacidade de reparar e restaurar trauma das relações avariadas. Para tal paciente isto significa que as figuras de autoridade são gradualmente percebidas como menos ameaçadoras e outras relações como mais duradouras. Assim, o paciente ao internalizar uma consciência agora menos punitiva pode aceitar mais responsabilidade e maior êxito.

Esta questão de elaborar o papel do paciente para um de terapeuta é, na minha opinião, um dos princípios fundamentais do processo de tratamento comunitário. Este conceito é, muitas vezes, erroneamente visto como a delega-

ção da responsabilidade última para os pacientes. Isto, na minha opinião, não é praticável e o que se deseja fazer é dar aos pacientes a responsabilidade ótima compatível com sua capacidade geral num dado momento, e de nenhum modo do pessoal hospitalar ou o médico-chefe abre mão da sua autoridade última que permanece latente para ser invocada quando necessário. É a aplicação deste princípio que exige considerável experiência e habilidade. Como exemplo, uma comunidade pode estar funcionando num nível relativamente elevado de eficiência e os pacientes podem ser capazes de arcar com uma quantidade considerável de responsabilidade e, então, num determinado dia, quatro ou cinco dos membros mais responsáveis e tratados com êxito deixam o hospital e são substituídos por quatro ou cinco pacientes novos que podem estar num estado de considerável desorganização.

A perda da liderança dos pacientes na ala e o efeito do ingresso dos novos pode ser tal que o funcionamento da ala é materialmente alterado e o pessoal hospitalar tenha que desempenhar um papel muito mais ativo e controlador do que faziam anteriormente (71). Isto não é fundamentalmente diferente do que acontece numa sessão de tratamento individual ou de grupo na qual a falta de força do ego ou o nível de ansiedade é tal que o terapeuta acha necessário desempenhar um papel de apoio por algum tempo. Estou falando sobre uma responsabilidade do paciente de uma ordem mais elevada do que aquela normalmente compreendida pelo termo "administração pelos pacientes". A administração pelos pacientes normalmente se restringe a decisões sobre questões relativamente pouco importantes de organização e atividades da ala. O que eu tenho em mente são decisões compartilhadas com o pessoal hospitalar e que envolvem assuntos como a alta dos pacientes ou transferência para outra ala, ou qual a ação disciplinar que deveria ser tomada em caso de comportamento desviante. Este compartilhamento de responsabilidades sérias com o pessoal hospitalar é, creio, uma das maneiras mais importantes de superar a falta de confiança, baixa auto-estima e superdependência que são muito frequentemente características do paciente psiquiátrico numa ala hospitalar. Esta responsabilidade também pode ser levada aos papéis de trabalho dos pacientes (22).

É ideal quando se pode fazer trabalho produtivo na comunidade, tendo capatazes, supervisores etc. recrutados entre os pacientes. Se alguém tiver a boa sorte de ter suficiente liberdade para construir uma comunidade terapêutica do ponto de vista das necessidades sociais e de tratamento dos pacientes, então, creio eu, deve-se inevitavelmente chegar a uma estrutura que se desvia acentuadamente do padrão mais comum no qual a organização é essencialmente centralizada no pessoal hospitalar e muitas vezes é determinada por tradições do passado que possuem pouca relevância aos métodos e práticas atuais de tratamento. Como um exemplo, numa ala em que os pacientes têm uma grande dose de identificação com papéis responsáveis e com o tratamento, vê-se muitas vezes que eles vêm em auxílio da enfermeira da noite no caso de comportamento perturbado do paciente, ao invés de deixar que o pessoal hospitalar lide sozinho com o problema. Neste contexto, também os pacientes se sentem muito mais capazes de lidar com um comportamento altamente perturbado entre os seus pares porque as reuniões de comunidade os ajudam a compreender o significado do comportamento perturbado e lhes dá uma melhor idéia de como se relacionar de um modo útil e compreensível com o membro doente.

O exame diário do comportamento e dos problemas atuais significa que os pacientes se tornam conscientes dos fatores que fundamentam o comportamento e aprendem

muita coisa sobre os seus problemas e os dos outros. Em qualquer tipo de hospital, são forçados a se relacionar com os outros pacientes e com o pessoal hospitalar a nível da ala quer o desejem quer não, e parece razoável tentar ajudá-los a desempenhar um papel positivo e a ter um discernimento muito maior do que está acontecendo com eles e com os que os rodeiam. Na minha experiência, é possível conseguir que os pacientes e o pessoal hospitalar em todos os níveis compreendam alguns dos fenômenos que ocorrem na unidade e nas reuniões de comunidade diárias. A progressão que ocorre nestas reuniões ao longo do tempo tem muitos pontos em comum com o tratamento de grupo ordinário. Em primeiro lugar, os pacientes na reunião de comunidade tendem a procurar o pessoal hospitalar para liderança e ficam contentes quando algum tópico geral que não tem significado pessoal é discutido. Com o passar do tempo, começam a falar de alguns dos seus sentimentos mais profundos e a testar as reações do pessoal hospitalar nesta direção. Admitindo habilidades adequadas por parte do pessoal hospitalar, se tornam figuras de transferência com vantagem para o processo de tratamento. O mesmo se aplica à transferência para os vários membros da população de pacientes.

Os conceitos de conteúdo manifesto e latente, o inconsciente e as defesas do ego vêm a ser compreendidos da mesma forma que ocorre num grupo pequeno. Pode ser necessário ter seminários adicionais para os auxiliares que são menos bem treinados que o resto do pessoal e para os quais a mudança de papel implícita nesta discussão é maior do que a requerida de qualquer outro membro do pessoal hospitalar. Para a reunião do pessoal hospitalar, conceitos como retroalimentação de grupos informais de pacientes e de pessoal hospitalar e as dificuldades encontradas durante a noite entre os pacientes e o pessoal noturno podem ser comunicados ao grupo, com utilidade para o mesmo. Idealmente, está claro que se esperaria que o pessoal de enfermagem tivesse rotação para que o pessoal noturno tivesse oportunidade de participar na experiência de aprendizagem oferecida ao pessoal diurno, e mais especialmente ao turno da manhã.

As reuniões que eu estou descrevendo são claramente menos especificamente terapêuticas e mais interessadas com o comportamento diário e a administração da ala do que com o grupo terapêutico típico de seis a oito pacientes de um tipo selecionado. Apesar disto, penso que as reuniões da comunidade com até oitenta pacientes e o pessoal hospitalar tem um lugar especial na terapia institucional, particularmente para formar o que se poderia chamar uma cultura terapêutica. Por isso, compreendo o exame dia a dia dos problemas existentes na ala e uma consideração dos papéis de todos os membros do pessoal hospitalar e dos pacientes que, com o passar do tempo, leva a modificações consideráveis da estrutura da ala. Não apenas isto, mas as atitudes e as crenças tradicionais podem ser examinadas, e estamos numa posição de nos perguntar por que fazemos o que fazemos quando o fazemos. Uma experiência de aprendizagem do tipo que estou descrevendo está longe de ser fácil e naturalmente causa muita ansiedade ao pessoal hospitalar (20).

Muitas vezes os próprios médicos são as pessoas que tiveram menos treino do que os assistentes sociais e psicólogos, e em qualquer caso o seu treinamento num hospital geral tende a lhes dar um sentimento de considerável autoridade e até onipotência. Ter o seu desempenho questionado nestas reuniões diárias por pessoas subordinadas e outros colegas profissionais pode ser extremamente doloroso mas é sem dúvida uma experiência de aprendizagem valiosa se a personalidade do indivíduo deixar isto acontecer. Não obstante, há muitas pessoas que não se ajustam a

este tipo de prática comunitária e penso que se deve deixar isto bem claro desde o início. Acho que cada residente deveria ter a oportunidade de aprender uma terapia deste tipo mas que muitos deles não se sentirão confortáveis neste tipo de situação de comunidade e preferirão operar num papel mais tradicional, autoritário. Não vejo nada de errado nisso porque penso que em qualquer caso uma ala tenderá a se desenvolver nas linhas propostas pelo membro mais elevado da hierarquia — isto é, o médico. Gostaria que médicos treinados desta maneira e que são capazes de assimilar este tipo de orientação estivessem bem preparados para papéis futuros como superintendentes de hospital; e até certo ponto penso que isto pode ser visto como um treinamento muito valioso para a psiquiatria comunitária. A minha própria experiência é que o médico que pode se relacionar com o pessoal da ala e com os pacientes de maneira fácil e descontraída, e que sabe ouvir as suas comunicações, é com frequência o médico que nos ambulatórios ou na psiquiatria comunitária automaticamente se sente à vontade encontrando-se com o paciente no seu contexto social junto com o seu grupo familiar.

Do que foi dito até agora está claro que o treinamento e a terapia se sobrepõem. No caso das reuniões do pessoal hospitalar, se para o grupo total, ou seminários para os membros com menor experiência, muitas dificuldades internas surgem inevitavelmente. Em geral é provavelmente mais sensato limitar o exame destas dificuldades a situações que se relacionem com o tratamento dos pacientes. Isto torna a discussão relativamente objetiva, e a motivação de ajudar o paciente a todo o custo pesa bastante. Assim, numa situação de rivalidade entre duas enfermeiras a respeito de um paciente, será desejável trazer a situação à

tona ou esclarecê-la, do contrário, o paciente com certeza sofrerá (73). Contudo, as indicações de um problema homossexual encoberto num membro do pessoal hospitalar serão melhor ignoradas se não produzirem dificuldades óbvias nas relações com os pacientes. Neste caso, a terapia poderia ser indicada mas deveria ser feita por um psiquiatra estranho.

A cultura geral da ala pode modificar consideravelmente a ideologia do tratamento. Vejamos a questão dos sedativos. Muitos pacientes chegam ao-hospital saturados de sedativos ou drogas tranqüilizantes prescritas pelo seu médico local. Se a cultura da ala for contra o uso de sedativos, exceto em certas condições claramente especificadas, então isso pode mudar as expectativas do novo paciente num tempo surpreendentemente curto. O mesmo argumento se aplica ao estabelecimento de muitas atitudes potencialmente terapêuticas (por exemplo, a desiderabilidade de apelar para a participação ativa do paciente no tratamento ao invés de encorajar uma atitude passivo-dependente para com o hospital).

Como já assinalamos, o desenvolvimento de uma cultura terapêutica necessitará de reuniões frequentes, de preferência diárias, entre toda a população de pacientes e o pessoal hospitalar. Desta maneira, a comunidade enfrenta, todos os dias, os problemas de vida dos pacientes. Estes refletem os problemas que afetaram os pacientes lá fora e levaram à sua hospitalização. Ao discuti-los coletivamente, o pessoal hospitalar fica envolvido de certa forma com a vida de ala dos pacientes e está, no mínimo, numa melhor posição para modificar a rotina da ala ou os processos administrativos e, assim, indiretamente, apoiar o tratamento

Referências

20. Greenblatt, M., Levinson, D. L., & Williams, R. H. (Eds.) *The patient and the mental hospital*. Glencoe, Ill.: Free Press, 1957. Chapter 14: The absorption of new doctors into a therapeutic community.
21. Jones, M. Towards a clarification of the therapeutic community concept. *British Journal of Medicine and Psychology*, 1959, 32, 200–205.
22. Jones, M. Social rehabilitation with emphasis on work therapy as a form of group therapy. *British Journal of Medicine and Psychology*, 1960, 33, 67–71.
62. Greenblatt, M., York, R. H., & Brown, E. L. *From custodial to therapeutic patient care in mental hospitals*. New York: Russell Sage Foundation, 1955.
63. Belknap, I. *Human problems of a state mental hospital*. New York: McGraw-Hill, 1956.
64. Caudill, W. *The psychiatric hospital as a small society*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1958.
68. Rapaport, R., & Rapaport, R. Permissiveness and treatment in a therapeutic community. *Psychiatry*, 1959, 22, 57–64.
69. Rapaport, R. *Community as doctor*. Springfield, Ill.: Charles C Thomas, 1960.
70. Wilmer, H. *Social psychiatry in action*. Springfield, Ill.: Charles C Thomas, 1958.
71. Parker, S. Disorganization on a psychiatric ward. *Psychiatry*, 1959, 22, 65–80.
72. Elles, G. Research into the aftercare needs of discharged patients. Unpublished paper, 1961.
73. Stanton, A. H., & Schwartz, M. S. *The mental hospital*. New York: Basic Books, 1954.