

ALICE HIRDES

**CENTRO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL
DE SÃO LOURENÇO DO SUL:
RESGATANDO POSSIBILIDADES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Florianópolis, junho de 2000

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE Mestrado em Assistência de Enfermagem
Mestrado Interinstitucional
CAPES/UFSC/FAPERGS – UFPel – RECEPTORA
FURG – URCAMP – ASSOCIADAS**

**CENTRO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL
DE SÃO LOURENÇO DO SUL:
RESGATANDO POSSIBILIDADES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

ALICE HIRDES

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Florianópolis, junho de 2000

H668c Hirdes, Alice

Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial. / Alice Hirdes. - Florianópolis, 2000. 193p.

Orientadora: Prof. Dra. Luciane Prado Kantorski

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Distúrbio Mental - Reabilitação Psicossocial. I. Título.

CDU 616-083: 159.97

Catálogo na publicação: Samile Andréa de Souza Vanz - CRB 013/2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CENTRO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL:
RESGATANDO POSSIBILIDADES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

ALICE HIRDES

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

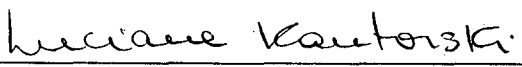
Mestre em Enfermagem

e aprovada em sua forma final em _____ de _____ de 2000, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



Dra. Denise Elyra Pires de Pires - Coordenadora do Curso

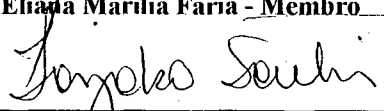
BANCA EXAMINADORA



Dra. Luciane Prado Kantorski - Presidente



Dra. Eliana Marília Faria - Membro



Dra. Toyoko Saeki - Membro



Dr. Ari Nunes Assunção - Membro

AGRADECIMENTOS

Aos professores da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Pelotas pelo incentivo para prestar seleção para o mestrado, particularmente à Salete Sartori, Luciane Kantorski, Ari Nunes Assunção e Cláudio Mairan Brasil.

Aos colegas do mestrado pela rica convivência durante estes dois anos. Espero que a separação não se faça presente sempre, que possamos nos encontrar no futuro, para outros desafios.

À Luciane Kantorski, misto de orientadora e amiga, pela orientação, amizade e construção de uma relação pautada no respeito, amizade e afeto. Pela paciência e serenidade que sempre demonstrou, mesmo quando tudo à volta parecia caótico. Por ter me acolhido em sua casa e em sua vida, quando dos meus retornos a Pelotas. Pela confiança desmedida que sempre depositou na minha capacidade profissional e na elaboração deste trabalho acadêmico. A relação orientador-orientando acaba, mas os laços afetivos permanecem.

À minha “colega” na construção de um mundo melhor para os portadores de sofrimento psíquico e amiga Maria Vergínia Andreola da Rosa, o meu agradecimento pela disposição em colaborar na validação do instrumento de pesquisa.

Aos colegas da URI, particularmente ao Irany Denti, à Luciana De Biasi e à Kênia Freitas que, durante a etapa final da conclusão desta dissertação, assumiram o meu fazer, dando-me a oportunidade de voltar-me por inteiro ao processo de escrever. À sensibilidade e compreensão que demonstraram frente à necessidade de reclusão e solidão dos que se embrenham a escrever trabalhos acadêmicos. À construção de uma relação pautada no respeito, amizade e confiança.

Aos colegas da URI que me auxiliaram durante o período em que me encontrava fisicamente desabilitada, em especial à Luciana De Biasi, pela forma com que cuidou de mim, expressando a verdadeira essência do significado do cuidar.

Aos usuários da “Nossa Casa” de São Lourenço do Sul com quem aprendi, durante 10 anos, o valor da liberdade, do acolhimento e do respeito à diferença. Aos profissionais

com quem compartilhei do ideal de construção de um mundo sem barreiras físicas, onde a liberdade e a individualidade das pessoas fosse a tônica, onde as trocas e aprendizado estabelecidos durante os anos em que trabalhamos juntos fosse uma constante.

À minha mãe e à Rosângela por terem colaborado para que eu pudesse compatibilizar o trabalho na Nossa Casa com a docência na universidade e com o mestrado. À Rosângela pela forma carinhosa com que tem cuidado da minha mãe.

À Sandra Neuhauss Machado, amiga solidária que se fez presente em muitas horas, sobretudo nas mais difíceis, pela sua amizade e incentivo para buscar sempre mais. Aos inúmeros pores-do-sol que pudemos desfrutar à beira da Lagoa.

À Christine Wetzel, por sua capacidade de encontrar “coisas” nas pessoas, pela amizade e pelo estímulo que sempre manteve no decorrer dos anos. Você é uma das raras pessoas que são como bálsamo para a alma.

À Isabela e ao Riad pela amizade que foi construída e que se mantém perene apesar da distância física e pelos desafios que compartilhamos juntos. Por demonstrarem que uma amizade verdadeira se mantém além fronteiras.

À Arita Bergmann por ter investido em mim no início de minha carreira profissional, por ter-me apresentado desafios que hoje reconheço terem contribuído para a construção de uma identidade profissional diferente. Ao aprendizado de que não existem limites intransponíveis que não possam ser superados.

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo estudar os movimentos que perpassam a constituição da reabilitação psicossocial, enquanto prática social voltada à reconstrução de identidades e possibilidades aos portadores de sofrimento psíquico. Neste sentido procurei investigar características de uma realidade concreta, o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, conhecido como "Nossa Casa", considerado um marco prático no estabelecimento de uma nova abordagem à doença mental. Esta pesquisa consiste em um estudo qualitativo que se utiliza do referencial marxista, o materialismo dialético, como substrato teórico para a interpretação da realidade. Os instrumentos utilizados foram: entrevistas semi-estruturadas com dez integrantes da equipe de saúde mental e análise de documentos como jornais. As temáticas analisadas foram: centralização do trabalho terapêutico nos aspectos da vida cotidiana dos usuários, trabalho integrado-comprometimento e envolvimento da família, relacionamento humano - escuta terapêutica, autonomia e cidadania como consequência da reabilitação psicossocial. A investigação revelou que as práticas são executadas tendo como referencial norteador a centralização das ações nos aspectos da vida cotidiana dos usuários, com o objetivo de alcançar autonomia e cidadania. O relacionamento estabelecido entre a equipe e os usuários é marcadamente influenciado pela afetividade, o acolhimento e a responsabilização. A análise evidenciou que existe pouca sistematização da assistência, sendo as situações trabalhadas a partir das necessidades apresentadas pelos usuários. As resistências à adoção de um projeto terapêutico individualizado ficaram evidentes. Os conflitos e contradições aparecem na dicotomia trabalho intelectual/manual, entre quem provê o tratamento e quem se encarrega da reabilitação, ainda que muitas vezes homogeneizado, diluído entre a equipe. As contradições se revelam quando é mencionado o ideal de reabilitação confrontado com as práticas desenvolvidas. A inclusão ativa da família no tratamento aparece como uma característica do Serviço, assim como a adequação das práticas, considerando aspectos culturais e sociais das pessoas envolvidas. Finalizo reiterando a necessidade de lançarmos olhares críticos, desprovidos de justificativas e ocultamentos, para que as práticas decorrentes do processo de desinstitucionalização, através da tomada de consciência, resultem num redesenho dos programas instituídos.

ABSTRACT

This survey aims to study the movement that pass by psychosocial rehabilitation constitution, while social practice turned o rebuilding identities and possibilities to psychic suffering people. In this view, I tried to investigate the features of a concrete reality, the Mental Health Community Center in São Lourenço do Sul, the so-called "Nossa Casa", taken as a practical mark in a new way to approach mental diseases. This research consists of a qualitative study in which we make use of the Marx's referential, the dialectical materialism as a theoretical substrate in order to reality interpretation. The instruments used were: semi-structured interviews with 10 people from the mental health staff and documents analysis as newspaper. The subjects analyzed were: therapy work centralization is the average users life aspects, integrated work – family compromising and involvement, human relationship – therapy hearing, autonomy and citizen feeling as a consequence of psychosocial rehabilitation. The investigation has revealed that the practices are performed as a northern referential to the actions centralization in the average users life aspects, aiming to reach autonomy and citizen feeling. The relationship established between the staff and the users is very influenciated by affectivity, home joining and responsibility comprehension. This analysis showed the existence of little assistance system array, such that the situations dealt from the needs showed by the users. The resistance's to adopting an individual therapeutical project were evident. The conflicts and mistakes show themselves in the intellectual/manual work, between the one which provides treatment and the one the manages the rehabilitation, even though homogeneity exists, diluted among the team. The mistakes show themselves when we quote the rehabilitation ideal faced to the practices developed. The family active inclusion in the treatment shows as a feature of the service, as well as the practices adaptation, considering cultural and social aspects of the involved in it. I finish reinforcing the need of looking at with critical eyes, with no justifications and hidings, in order to resulting in a redrawing of the instituted programs.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
1.0 INTRODUÇÃO	9
2.0 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO	11
3.0 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	39
3.1 O Referencial Teórico-Metodológico	39
3.2 O Percurso Metodológico	52
4.0 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	58
5.0 O CONTEXTO INSTITUCIONAL	99
5.1 O Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul	99
6.0 ANÁLISE DOS DADOS	110
6.1 Centralização do Trabalho Terapêutico nos Aspectos da Vida Cotidiana dos Usuários	110
6.2 Trabalho Integrado – Comprometimento e Envolvimento da Família	133
6.3 Relacionamento Humano – Escuta Terapêutica	147
6.4 Autonomia e Cidadania como Conseqüência da Reabilitação Psicossocial	161
7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186
ANEXOS	194

1.0 INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica introduz no campo da saúde mental uma nova ética fundamentada no respeito à diferença e no deslocamento da atenção do hospital psiquiátrico para serviços territorializados. As transformações decorrentes deste processo vão além da reestruturação física dos espaços, da forma, para se ocuparem das transformações efetivas entre quem provê o cuidado e quem dele necessita, ou seja, a preocupação é com o conteúdo, a essência. O cerne da questão centra-se no questionamento da assistência prestada conforme o paradigma convencional e na busca de soluções que contemplem o respeito ao ser humano.

Este estudo utiliza-se da reforma psiquiátrica como pano de fundo para reconstituir a prática de reabilitação psicossocial como uma tecnologia que conduz à emancipação humana. Enquanto a Reforma Psiquiátrica opera no plano da reversão do modelo ainda vigente, a reabilitação psicossocial volta-se à reconstrução do ser humano em sua singularidade. Ainda que ambas se influenciem e condicionem reciprocamente, uma não pode ser reduzida à outra. Via de regra os serviços que trabalham no contexto da reforma psiquiátrica intitulam-se reabilitadores. Entretanto, em uma análise mais minuciosa, por vezes são identificadas idiosincrasias entre o modelo anunciado, quando confrontado com os pressupostos que norteiam a reforma psiquiátrica e a reabilitação psicossocial.

Em nosso país, a produção científica referente à reabilitação tem conseguido tão somente tangenciar a reforma psiquiátrica, esta última, exaustivamente discutida em eventos oficiais e artigos científicos. Convém ressaltar que as práticas em muitos lugares superam esta lacuna. Entretanto, a senso comum visualiza a reabilitação psicossocial como intrínseca ao processo desencadeado com o que se convencionou chamar de reforma psiquiátrica. Ainda que esta não-dissociação fosse desejável no plano prático, na operacionalização do

discurso teórico são identificadas rupturas não compatíveis com os princípios amplos que o processo encerra. A separação conceitual entre reforma e reabilitação poderá permitir um aprofundamento e questionamento da práxis.

Durante uma década, a desinstitucionalização ocupou o cenário da saúde mental. Este período intercalado com fases de ostracismo, deve-se às dificuldades de aprovação de uma política específica para o setor, em razão dos interesses político-econômicos em questão. Faz-se urgente a promoção de saltos qualitativos, de superação e introdução no palco das discussões acerca da reabilitação psicossocial. Para que as ações decorrentes de ambos, reforma e reabilitação, possam produzir mudanças reais, genuínas e significativas na vida e no viver dos que sofrem psicicamente.

Vivenciamos a era da moderna psicofarmacologia na esfera do tratamento, o desenvolvimento de estudos científicos importantes para a descoberta da etiologia da esquizofrenia, estes avanços indiscutivelmente importantes precisam estar incorporados a um cuidado amplo em saúde mental. Cuidado ético e responsável que permita lançar mão de vários recursos, da tecnociência ao acolhimento nos Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial. Tratamento e reabilitação são conceitos distintos, todavia, precisam se entrelaçar na prática dos serviços.

Este trabalho tem como objetivo investigar as práticas construídas no Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul – RS, considerado um marco prático no estabelecimento de uma nova abordagem a doença mental. Foram protagonistas do estudo profissionais com no mínimo cinco anos de trabalho na instituição. Utilizo como referencial teórico-metodológico para a interpretação da realidade a perspectiva dialética, em razão desta corrente do pensamento promover a integração entre as idéias sobre a realidade e a transformação dessa realidade, que resulta, em última instância, em práticas transformadoras que conduzem à emancipação humana. Penso ser premente uma análise da missão e dos resultados alcançados nos serviços que norteiam suas ações no referencial da reforma psiquiátrica, haja vista, muitos trabalharem há mais de uma década neste contexto. O institucionalismo fatalmente acaba se traduzindo em práticas cronificantes, equidistantes do modelo proposto. Desta forma, a análise de uma realidade específica pode ser transposta e utilizada numa leitura crítica em outros espaços que trabalham com o mesmo referencial.

2.0 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

O tema que pretendo abordar neste trabalho tem suas origens no movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. O conceito de saúde/doença mental vem atravessando, nos últimos anos, mudanças importantes em nível mundial e estas repercutiram em nosso país, através da criação de modelos de atenção à saúde mental substitutivos ao modelo tradicional – o hospital psiquiátrico, espaço produtor de segregação e exclusão.

Um amplo movimento nacional de profissionais das mais diversas áreas, vem tentando mudar esta realidade, através de um movimento que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica. Este preconiza a substituição do manicômio por uma rede de atenção integral à saúde mental, a aprovação da política para o setor, a cidadania do portador de sofrimento psíquico e a capacitação técnica dos profissionais em um novo paradigma.

A busca e superação deste modelo encontra ressonância nas políticas de saúde do país que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), culminando com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992). Um marco histórico importante para o setor de saúde mental, no Brasil, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas” (OPAS/OMS, 1990). Neste, os países da América Latina, inclusive o Brasil, se comprometem a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis e a dignidade pessoal e os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário

(Bahia, 1998). Cabe destacar que a semente para a reestruturação da assistência psiquiátrica foi lançada, quando da discussão em torno da Reforma Sanitária no país.

Importante destacar que, no Rio Grande do Sul, muitos municípios já se preocupavam em implantar algum tipo de assistência à saúde mental, através de iniciativas dos trabalhadores de saúde mental, muitos ligados ao Fórum Gaúcho de Saúde Mental, e aos cursos de Especialização em Saúde Mental Coletiva. Nos eventos prévios em âmbito municipal e nas conferências regionais que culminaram na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, pude observar o nível de politização dos gaúchos em relação ao tema e a preocupação em reverter o modelo assistencial. Pessoalmente, assessoriei vários municípios que estavam implantando serviços de saúde mental. Destas sementes lançadas, muitas caíram em solo fértil e frutificaram, e como resultado temos vários serviços em funcionamento no Estado.

No Rio Grande do Sul, um marco político importante foi a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 1992. A aprovação desta lei passou por várias situações de conflito e divergências. O Fórum Gaúcho de Saúde Mental apresentou um projeto defendido pelo deputado estadual Marcos Rolim, presidente da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos (CCDH) da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, enquanto o Estado apresentava um projeto defendido pelo deputado estadual Beto Grill. À época vivenciamos estas discussões e contribuimos com sugestões nas visitas realizadas ao Serviço de Saúde Mental, pelo então deputado estadual Marcos Rolim. O Estado ocupa uma posição de destaque no cenário nacional, em virtude de ter sido pioneiro na mudança da legislação até então vigente. Esta aprovação inspirou leis semelhantes aprovadas em outros Estados, como em Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Alagoas, Paraná e no Distrito Federal. Vale o registro: a antiga lei datava de 1934 e estava obsoleta.

A atual Lei da Reforma Psiquiátrica determina a substituição progressiva de leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental, estipula regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, regulamenta as internações compulsórias e dá outras providências (Lei 9.716, de 07.08.1992).

A recente aprovação do substitutivo à Lei Paulo Delgado, Lei 3.657 de 1989, que tramitou durante anos no Congresso, em virtude do *lobby* daqueles que investem na

“indústria da loucura”, vem corroborar os marcos teóricos e respaldar as novas experiências no campo da saúde mental. A redação final do substitutivo do Senado dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (Diário Oficial)

A partir destes marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao modelo hegemônico tradicional, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros/Núcleos de Atenção à Saúde Mental (CAPS/NAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, lares assistidos, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local. As iniciativas dos municípios, em que pese a vontade política dos gestores municipais, passam a ser ressarcidas através das portarias¹ ministeriais, objetivando o deslocamento dos recursos para modalidades alternativas à internação psiquiátrica e compatibilizando os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial.

Conforme Goldberg (1996), os projetos de atendimento surgidos nos últimos anos têm de saída a recusa ao modelo sintomático em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente.

Nestes novos espaços, as ações antes centradas nos sinais e sintomas, na classificação dos diferentes quadros nosográficos, em suma, na medicalização da loucura, passam a ter outro enfoque, que é o de falar de saúde, de projetos terapêuticos, cidadania, reabilitação e reinserção social e, sobretudo, projetos de vida.

Como marcos práticos de reversão do modelo manicomial, podemos citar a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos, o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira, ambos localizados em São Paulo, e o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul - RS, conhecido como "NOSSA CASA", objeto deste estudo. O Centro Comunitário de Saúde Mental é formado por uma rede integrada de serviços de atenção à saúde mental. Este Serviço tem por objetivo oferecer na própria comunidade tratamento a pessoas portadoras de sofrimento psíquico – neuróticos,

¹ Portarias 189 de 19/11/1991 (D.O.U. de 11/12/1991) e 224 de 29/01/1992).

psicóticos, egressos de hospitais psiquiátricos. A tônica caracteriza-se pelo respeito à diferença, pela singularidade da atenção e por práticas de reabilitação e reinserção social.

O meu interesse e envolvimento pela área temática em questão, deve-se a minha trajetória de vida profissional no Centro de Saúde Mental de São Lourenço do Sul. Nesse modelo, “nasci” e pautei a minha vida profissional em diversos momentos: como estagiária vo-

luntária, como estagiária do estágio complementar, como acompanhante terapêutico, como enfermeira, e como coordenadora. Em virtude do meu interesse na área, a minha monografia de conclusão da graduação intitulou-se “Proposta Alternativa em Saúde Mental Comunitária”, realizada também no respectivo serviço, em 1990. Nesta caminhada, sempre foi meu objetivo trabalhar numa lógica de não-exclusão do portador de sofrimento psíquico e, ao contrário, trabalhar pela reintegração deste sujeito, enquanto um ser único, com projetos, desejos, sonhos, com uma história de vida única, que necessita, também, uma abordagem terapêutica individualizada.

Nicácio (1994), Bezerra Júnior (1992) e Aguiar (1995) consideram a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, em 1989, um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que ocorreu uma intervenção médico-legal num asilo. Esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas. Aguiar (1995), apresenta os pressupostos do movimento de transformação institucional e as estratégias que criaram as possibilidades de intervenção: as denúncias na imprensa sobre a situação da Casa de Saúde Anchieta e o conhecimento público da situação do nosocômio pela população da cidade; um relatório do SUDS-R-52, no qual uma comissão técnica explicita as precárias condições de funcionamento deste; a questão de um partido de esquerda ter assumido a Prefeitura de Santos, além da chegada à cidade de um número expressivo de profissionais vinculados ao Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental.

Incontestavelmente, a experiência de Santos – SP serviu para abrir os olhos dos poderes constituídos, da população e de segmentos ligados aos direitos humanos para a situação de internação dos doentes mentais. A mídia, a partir daí, começou a interessar-se pela questão, resultando em programas em horário nobre em que eram veiculadas imagens

que chocaram pela violência e descaso para com os seres humanos: as celas fortes, o “leito chão”, as precárias condições de higiene e a violência institucional consentida. Entretanto, apesar de transcorridos mais de dez anos, e das novas tecnologias de tratamento instituídas, como, por exemplo, a revolução das novas drogas para o tratamento das psicoses, o hospício ainda desempenha um papel central no atendimento aos transtornos psíquicos em nosso país. Na análise de Wetzel (1995), esse fato não deve ser atribuído ao fracasso do modelo não manicomial, mas sim, como expressão de um modelo contra-hegemônico ao sistema asilar, considerando que a hegemonia do asilo mantém-se ainda com muita força no país.

Cabe registrar que, enquanto no Brasil prevalecia a lógica do modelo manicomial, hospitalocêntrico, segregador e excludente, países como os Estados Unidos, a Itália e a Inglaterra, nos idos da década de 60, já se preocupavam com as mudanças do modelo assistencial (Bezerra Filho, 1987).

Não se pode deixar de mencionar que, dois anos após a comemoração da Declaração Universal dos Direitos Humanos, milhares de pessoas em todo o mundo, inclusive no Brasil, continuam com o mais elementar direito – o da liberdade – cerceado, trancafiadas em hospitais psiquiátricos. Os doentes mentais representam, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, cerca de 10% da população. No Brasil, eles foram excluídos pelo próprio governo, há três anos, quando da criação do Plano Nacional de Direitos Humanos. Neste documento, não há qualquer referência aos direitos dos doentes mentais.

Entende-se a doença mental como um estado de sofrimento - o sofrimento psíquico - e a necessidade de práticas voltadas para o enfrentamento desta, através do desenvolvimento de tecnologias que priorizem a integração social dos pacientes à vida na comunidade. Abominam-se as tecnologias medievais de exclusão social que são os hospícios, sem contudo negar a doença, o sofrimento.

Não é objetivo deste trabalho descrever a historiografia da loucura, a sua transformação em doença mental, as representações e tratamentos daí decorrentes ao longo do tempo. Muitos autores, alguns citados, já abordaram esta questão. A preocupação central será focar a institucionalização da loucura com vistas a projetos de

desinstitucionalização surgidos em várias partes do mundo e, mais recentemente, no Brasil. Pretende-se, através da revisão das experiências práticas em andamento em várias partes do mundo e, mais especificamente na Itália e no Brasil, construir um caminho prático-teórico que dê suporte e fundamentação às novas intervenções em saúde mental. Especificamente pretende-se abordar a reabilitação psicossocial como um corpo de conhecimentos capaz de dar respaldo às novas práticas. Entretanto, apesar de ser possível separar conceitualmente na teoria - institucionalização/desinstitucionalização/reabilitação psicossocial, na prática o conhecimento destes três conceitos não pode aparecer dissociado.

No início do século XVII não havia hospícios como hoje os conhecemos. No fim deste século, havia na Europa uma nova e florescente indústria, chamada de “o negócio da loucura”. (Szasz, 1994). No Brasil, o hospício é “importado” em 1900, com a vinda da família real. O primeiro hospício chamava-se Hospital Geral de Alienados e localizava-se no Rio de Janeiro. Destinava-se a acolher pessoas de todo o Império, o que era um contra-senso, considerando a abrangência territorial envolvida. Posteriormente recebeu o nome de Hospício Pedro II. Após a abertura deste, vários outros seguiram-se, macroestruturas, em diversos Estados. No Rio Grande do Sul, tem-se um exemplo histórico do tratamento destinado à loucura: o Hospital Psiquiátrico São Pedro. Para esse, convergiam também pessoas de todos os lugares, ficando na história o chamado “trem da loucura”, que recolhia os doentes em vagões específicos para tal finalidade, muitos sem nunca terem conseguido retornar ao seu lugar de origem, ficando caracterizado o abandono à própria sorte, o descaso dos familiares. Esta “desova” acabou por impor um número que logo excedeu o mínimo para um atendimento “digno”.

Althusser (1985) designa pelo nome de aparelho ideológico de Estado um certo número de realidades que se apresentam ao observador imediato sob a forma de instituições distintas e especializadas. Pouco importa se as instituições que as constituem sejam “públicas” ou “privadas”. O que importa é o seu funcionamento. Todos os aparelhos ideológicos de Estado concorrem para um mesmo resultado: a reprodução das relações de produção, isto é, das relações de exploração capitalista. Cada uma delas concorre para esse resultado de uma maneira que lhe é própria, ou seja, sujeitando os indivíduos a uma ideologia e, esse concerto é dominado por uma partitura única, a ideologia da classe dominante.

Estes conceitos podem ser transpostos para a psiquiatria: aquelas pessoas “diferentes”, que não se enquadram na normalidade vigente, que não produzem em termos da lógica capitalista e que apresentam conduta excêntrica ou atitudes bizarras precisam de um espaço próprio – o hospício. Neste, os indivíduos “doentes mentais” serão submetidos à ideologia da instituição e o concerto dentro desta é regido pela classe “psi”. Este poder consiste em classificar, rotular, medicar, conter, isto quando não são tomadas atitudes mais severas. Todos esses procedimentos legitimados pelo conhecimento científico e objetivando o “tratamento” do paciente.

E como se originam as instituições? Segundo Berger e Luckmann (1998), a institucionalização ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores. Visto de maneira diferente, qualquer uma dessas tipificações é uma instituição. O que deve ser acentuado é a reciprocidade das tipificações institucionais e o caráter típico, não somente das ações, mas também dos atores nas instituições. As tipificações das ações habituais que constituem as instituições são sempre partilhadas. São acessíveis a todos os membros do grupo social particular em questão, e a própria instituição tipifica os atores individuais assim como as ações individuais.

As instituições implicam, além disso, a historicidade e o controle. Não podem ser criadas instantaneamente. As instituições têm sempre uma história, da qual são produtos. É impossível compreender adequadamente uma instituição sem entender o processo histórico em que foi produzida. As instituições também controlam a conduta humana, canalizam-na em uma direção por oposição às muitas outras direções que seriam teoricamente possíveis. Este caráter controlador é inerente à institucionalização enquanto tal e estabelece mecanismos de controle social² (Berger e Luckmann, 1998).

Os autores acima citados crêem que um mundo institucional é experimentado como realidade objetiva, que tem uma história que antecede o nascimento do indivíduo e não é acessível à sua lembrança biográfica. O próprio hospício, enquanto instituição, e o segmento humano institucionalizado já foram submetidos ao controle social. As instituições estão aí, persistentes em sua realidade. Resistem às tentativas de alterá-las ou evadir-se de-

² Conforme Friedrich Tenbrueck “Soziale Kontrolle” e Heinrich Popitz “Soziale Normen”.

las. A realidade objetiva das instituições não fica diminuída se o indivíduo não compreende a sua finalidade ou seu mundo de operação. É importante ter em mente que a objetividade do mundo institucional, por mais maciça que pareça ao indivíduo, é uma objetividade produzida e construída pelo homem. Ao mesmo tempo, o mundo institucional exige legitimação, isto é, modos pelos quais possa ser “explicado” e justificado. A realidade do mundo social é histórica, o que faz chegar às outras gerações como tradição e não como memória biográfica. O conhecimento que tem da história institucional foi recebido por “ouvir dizer”.

Esses mesmos autores afirmam que toda instituição tem um corpo de conhecimento transmitido como receita, isto é, conhecimento que fornece as regras de conduta institucionalmente adequadas. Este conhecimento constitui a dinâmica motivadora da conduta institucionalizada. Define as áreas institucionalizadas da conduta e designa todas as ações que se localizam dentro destas áreas. Sendo este conhecimento socialmente objetivado como conhecimento, isto é, como um corpo de verdades universalmente válidas sobre a realidade, qualquer desvio radical da ordem institucional toma caráter de um afastamento da realidade. Este desvio pode ser designado como depravação moral, doença mental ou simplesmente ignorância crassa. Embora estas distinções tenham conseqüências óbvias para o tratamento do indivíduo que se desviou, todos participam de um *status* inferior no particular mundo social.

Pelo exposto, pode-se fazer algumas considerações. O hospício, enquanto instituição, está aí, como realidade objetiva, anterior ao nosso nascimento. Tem resistido às tentativas de transformação ou evasão. Numa perspectiva sociológica pode-se enxergá-lo como um aparelho ideológico de Estado, submetendo os indivíduos que não se enquadram na ordem vigente, ao controle social. Não se questiona essa realidade, independente de sua compreensão. Aceita-se-a como um fato consumado. Desde a primeira revolução psiquiátrica, a pineliana, até os dias atuais, novas tecnologias de intervenção no sofrimento psíquico foram implementadas. Entretanto, estas não conseguiram afastar do hospício o locus por excelência do “tratamento” da doença mental. Outros modos de intervenção, como se verá adiante são tecnicamente e eticamente possíveis. Estas instituições, designadas por Basaglia (1991) como instituições da violência, têm suportado incólumes as tentativas de transformação ou superação. E, como mecanismo de controle social, têm sido

eficientes, independente das marcas que uma internação nestes locais possa produzir nos seres humanos.

Autores como Barton (1974) e Goffman (1974) relatam uma verdadeira semiologia dos danos causados ao paciente pela longa permanência hospitalar. Barton descreve uma semiologia dos danos causados em virtude das longas internações, que o autor denomina de “neurose institucional”, caracterizada por apatia, submissão; falta de iniciativa; incapacidade de formular projetos e ausência de interesse para o futuro; deterioração de hábitos pessoais; indiferença e resignação diante de situações injustas que lhe dizem respeito diretamente.

A estes, Delgado (1987, p. 193) acrescenta outras características da vida asilar: “a desqualificação permanente dos gestos e da fala dos internos, a valorização ridicularizante de atitudes grotescas, as relações ambíguas e subservientes próprias à sociologia dos asilos, a violência consentida etc”. O autor entende que esses são os dispositivos institucionais de cronificação. Aponta que as estratégias de ressocialização deverão contemplar a desmontagem destes dispositivos. Estas são as características funcionais das instituições totalitárias, identificadas por Goffman em seu clássico estudo sobre os asilos.

Foucault (1979), analisando as práticas de internamento e a transformação do fenômeno loucura em doença mental, a partir de Esquirol, situa o hospital psiquiátrico como um lugar de confronto, de luta e de dominação. Descreve as duas funções do asilo – prova e produção da verdade por um lado; conhecimento e constatação dos fenômenos por outro, como elementos que se redistribuem e se superpõem. Estabelece que as grandes estruturas asilares, instaladas a partir do século XIX, eram justificadas pelas exigências de ordem social que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades de terapêutica. Esse autor pontua as cinco razões principais que, para Esquirol, justificavam o isolamento dos doentes: 1. garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; 2. liberá-los das influências externas; 3. vencer suas resistências pessoais; 4. submetê-los a um regime médico; 5. impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.

A partir destes, Foucault (1979, p. 129) comenta as relações de poder que a institucionalização do louco e a prática psiquiátrica viriam legitimar: “dominar o poder do louco, neutralizar os poderes que de fora possam se exercer sobre eles, estabelecer um poder terapêutico e de adestramento, de ortopedia”. Para este autor, as relações de poder

constituem o *a priori* da prática psiquiátrica. Estas relações condicionavam o funcionamento da instituição asilar e as relações entre os indivíduos. E nestas, estava implicado o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. Este direito era triplo: o direito da competência exercido sobre a ignorância, do bom senso no acesso à realidade, corrigindo erros (ilusões, alucinações, fantasmas), da normalidade se impondo à desordem e ao desvio.

É este triplo poder que constitui a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constitui como doença, no exato momento em que o "sujeito" que dela sofre encontra-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença"... este jogo de uma relação de poder que dá origem a um conhecimento que, por sua vez, funda os direitos deste poder, caracteriza a psiquiatria clássica (Foucault, 1979, p. 127).

Para Basaglia (1985), a relação institucional aumenta vertiginosamente o poder puro do médico; exatamente porque diminui vertiginosamente o do doente, o qual, pelo próprio fato de estar internado num hospital psiquiátrico, torna-se automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros, que podem fazer dele o que lhes aprouver, sem qualquer apelação.

Reportando ainda a Basaglia, este analisa que é neste contexto que se evidencia que o que está em jogo não é tanto a doença em si (o que é, quais as suas causas, quais os prognósticos), mas a determinação do tipo de relação que se estabelece e a conseqüente carência de valor contratual do doente. Enfatiza que a doença, enquanto entidade mórbida, desempenha um papel puramente acessório, porque para o indivíduo ela assume um significado estigmatizante, que confirma a perda de seu valor social.

Foucault (1979, p. 126), contextualizando os abalos que sacudiram a psiquiatria desde o fim do século XIX, visualiza que o essencialmente questionado é o poder do médico. Reportando-se a Bernheim, Laing, Basaglia e Cooper, esclarece que "no cerne da antipsiquiatria existe a luta com, dentro e contra a instituição ...e que, as relações de poder constituem o *a priori* da prática psiquiátrica". Situando as diferentes formas de antipsiquiatria que os atores acima representam, analisa que diferentes foram as estratégias usadas em relação a estes jogos do poder institucional. E que, em última análise, a

antipsiquiatria coloca estas questões no centro do campo problemático para questioná-las de maneira primordial.

Basaglia (1985), ao descrever as “instituições da violência”, afirma que o questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam. Introduce a discussão através de uma visão sociológica, antropológica, política e de questionamento à ciência que produziu a psiquiatria e a consequente institucionalização do objeto desta – o doente.

Com base neste autor farei a discussão do institucionalismo em psiquiatria, com vistas à desinstitucionalização dos saberes e práticas. Convém pontuar que as idéias de Basaglia contidas neste estudo datam da década de 1960, especificamente de 1964 em diante. Ressalto esse dado, para lembrar que, 40 anos depois, a situação da assistência psiquiátrica hospitalar pouco mudou. Esta continua centrada ainda hoje, no Brasil e no mundo, no modelo manicomial. Ou seja, as idéias de Basaglia podem ser utilizadas na contemporaneidade, porque não estão ultrapassadas, ao contrário, refletem as transformações necessárias nos macro e micro-espacos, quer sejam eles o hospital psiquiátrico ou os Centros de Atenção Psicossocial.

Este autor entende que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre aqueles que têm o poder e os que não o têm. Transpondo-se este conceito para a psiquiatria, observa-se que a sociedade concedeu aos técnicos o papel de delegados junto àquelas pessoas diferentes, que fugiam à norma e o direito de seqüestrá-los, com o objetivo de proporcionar-lhes tratamento, isto legitimado e referendado pelo conhecimento científico. Sobre o *corpo doente* foram construídas teorias, classificações e definições, que acabaram por objetivar o paciente. A constatação “científica” de que o doente mental deveria ser considerado como o resultado de uma alteração biológica e de que nada havia por fazer, acarretou a ação exclusivamente tutelar das instituições psiquiátricas. Estas, em vez de colocar em discussão a objetualização à qual se relega o paciente, detiveram-se analisando os vários modos de objetualidade. Ou seja, o enfoque centrou-se na doença, esquecendo-se desta forma o doente. As teorias psicodinâmicas objetivaram, não mais o *corpo*, mas a pessoa.

Basaglia (1985) entende que se o paciente sofre com a perda de identidade em virtude da internação, logo uma nova identidade é confeccionada, através da relação objetivante estabelecida. É levado a fazer da instituição seu próprio corpo...

o doente que já sofre de uma perda de liberdade que se pode considerar como característica da doença, ao aderir ao novo corpo, o da instituição, esta negando cada desejo, cada ação e cada aspiração autônomos que fariam com que se sentisse ainda vivo e ainda ele próprio. Torna-se um corpo vivido na instituição, pela instituição, a ponto de ser considerado parte de suas estruturas físicas. (Basaglia, 1985, p. 121).

Convém lembrar que o hospital psiquiátrico representa a segunda forma de exclusão. A primeira exclusão e violência já ocorreu por parte da família, dos vínculos sociais do paciente e da própria sociedade que não o quer.

Aos técnicos cabe o mandato, definido pelo *establishment* de sua tutela. O diagnóstico corrobora a ausência de poder contratual, assume o valor de um rótulo. A partir deste, a relação entre o doente e aquele que dele cuida, passa a ser objetual, porque passa a ser definida pelo diagnóstico, o que não deixa qualquer possibilidade de apelação.

O que foi dito aqui até aqui permite lançar o primeiro pressuposto: **a necessidade do abandono da centralização do olhar dirigido pelo diagnóstico, pela doença, para construção de um novo olhar guiado pela história de vida, singular de cada indivíduo, com maior ênfase no diagnóstico de vida.**

De acordo com a Declaração de Consenso (1996) sobre reabilitação psicossocial da Organização Mundial da Saúde – OMS, esta deveria ser um empreendimento em comum na qual profissionais e usuários combinam para transformar os papéis sociais de recipientes do serviço. Entendo que a reabilitação psicossocial envolve prioritariamente a reabilitação profissional das equipes de saúde mental. A contextualização da história de vida, da realidade social, do ser sujeito social, do portador de sofrimento psíquico implica necessariamente a mudança dos padrões estabelecidos de conhecimentos adquiridos sobre saúde – doença mental. Sem esta revisão e crítica, a tendência dos novos serviços que trabalham na “linha” da Reforma Psiquiátrica, poderá encaminhar-se para as mesmas práticas contestadas e condenadas, desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos. Para que isto

não ocorra, torna-se crucial a instrumentalização dos trabalhadores de saúde e de saúde mental e a permanente preocupação com a qualidade dos serviços oferecidos.

Para (Basaglia, 1985, p. 103):

a negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo em que agimos... e que este é o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e sistema institucional: as instituições fundam suas ações terapêuticas sobre as teorias científicas acerca do conceito de doença.

Diante desta constatação, esse autor entende ser impossível evitar a crise das teorias científicas. E... “agir no interior de uma instituição da violência mais ou menos camuflada significa recusar o mandato social que ela delega, dialetizando no plano prático, tal negação” (p. 103).

Costa (1994, p.11-12), ao prefaciá-lo livro Clínica da Psicose – um projeto na rede pública, de autoria de Jairo Goldberg - diz: “onde encontrar contradição na teoria, redescreva o problema. Onde encontrar contradição na prática, experimente novos modos de agir”.

Complemento com Demo (1981, p. 25), que diz:

Envolver uma teoria com o manto da verdade é atribuir-lhe uma característica não realizável historicamente. Nada mais prejudicial ao processo científico que o apego a enunciados evidentes, não discutíveis. Somente na teoria se pode dizer que a ciência é a interpretação verdadeira da realidade, porque na prática, toda interpretação realiza apenas uma versão historicamente possível.

Esta negação de concessionários da violência foi conduzida por Basaglia no hospital psiquiátrico de Gorizia, quando contestou no plano prático a realidade manicomial. Em 1961, Franco Basaglia assume a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, e sofre um grande impacto ao deparar-se com a situação dos internos. Estes, trancados a chave, em celas de isolamento, fizeram-no lembrar de sua própria situação enquanto preso político. Este primeiro contato acabou por identificá-lo, através da experiência vivida, com os internos. Importante se faz destacar que Basaglia vinha do meio universitário, de Parma,

num contexto completamente diferente da assistência pública. "A realidade dos manicômios não contaminava os assépticos gabinetes universitários e enfermarias de clínica psiquiátrica, nem penetrava nos cursos de psiquiatria" (Amarante, 1994, p.150).

Enquanto ocorriam transformações na assistência psiquiátrica de outros países, como a Inglaterra e a França, a Itália, fortemente influenciada pelo modelo psiquiátrico alemão, onde as mudanças ocorrem no topo e não nas bases, centrava-se fortemente no manicômio.

Desta experiência prático-teórica de desinstitucionalização, foram dissecados os pressupostos que nortearam o processo. Importante se faz pontuar que este processo não se constitui numa receita pronta, acabada, mas numa constante desconstrução-reconstrução-superação.

No contexto do novo paradigma em saúde mental, entende-se que as funções não podem ser estanques, cristalizadas em papéis fixos. Os novos trabalhadores em saúde mental necessitam redimensionar o olhar sobre a psicose e o sofrimento psíquico, possibilitando, desta forma, uma abordagem consistente, abrangente, dialética e ética.

Isto permite expor o segundo pressuposto: **este paradigma suscita um novo papel dos trabalhadores de saúde mental – o de agente terapêutico – e a prática assistencial pautada na responsabilidade para com o portador de sofrimento psíquico.**

As práticas de reabilitação psicossocial pressupõem profissionais terapêuticos empenhados em promover um cuidado responsável e ético em relação às pessoas que dele necessitam. A seguir, cito os pressupostos de Rotelli (1990) para um trabalho efetivo de desinstitucionalização. Penso que estes indicam um caminho norteador, que deveria estar presente na prática dos serviços de saúde mental e, periodicamente ser consultado, para corroborar a prática executada com a teoria, e ver se há congruência e pertinência entre o desenvolvido e o anunciado.

Pressupostos da Reforma Psiquiátrica

Basaglia (1991) considera como aspectos fundamentais:

1. o de que o trabalho de construção de alternativas deve começar pela destruição do aparato manicomial; e,
2. de que esta advém da prática efetiva de transformação.

Rotelli (1990) vê a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que contempla:

1. a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade;
2. o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para “invenção de saúde”;
3. a construção de uma nova política de saúde mental;
4. a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global;
5. a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio;
6. a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação;
7. a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos;
8. o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas;
9. o cuidado como elemento-chave, para transformar os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” em sua concretude no cotidiano;
10. a mobilização de todos os atores envolvidos – técnicos e pacientes, isto irá produzir comunicação, solidariedade e conflitos, ingredientes fundamentais para a mudança das estruturas e dos sujeitos;
11. a promoção da capacidade de auto-ajuda e de autonomia das pessoas;
12. o enriquecimento das competências profissionais e espaços de autonomia e decisão;
13. a demolição da compartimentalização das terapias (médica, psicológica, social, farmacológica, ...);

14. a valorização da dimensão afetiva na relação terapêutica, de figuras não profissionais no campo, utilização de esforços sociais e;

15. “A LIBERDADE É TERAPÊUTICA”.

Entende-se por desinstitucionalização o processo de deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território. Este termo tem sua origem no movimento italiano de reforma psiquiátrica. Para Rotelli (1990, p. 27),

o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a 'doença', da 'existência global complexa e concreta' dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se constrói um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos (precisamente a 'instituição'), todos referidos à 'doença'.

Como se pode observar, a desinstitucionalização tem uma conotação muito mais ampla do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade. Enquanto este existir como realidade concreta, as ações perpassarão, necessariamente, por desmontar este aparato, mas não acabam aí. Para o autor acima referido, e também ator do processo, é o conjunto que é necessário desmontar (desinstitucionalizar) para o contato efetivo com o paciente, na sua “existência” doente.

Quando se fala em desinstitucionalização, isto não deve ser confundido com desospitalização, nem tampouco com a visão reducionista da negação da loucura. Ao contrário, rejeita-se o aparato institucional para buscar outras formas de intervenção, mais sadias, no sofrimento psíquico.

Rotelli nos faz ver que:

concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução – cura... o problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa (1990, p. 29-30).

Amarante (1996) faz um paralelo entre o movimento pela reforma sanitária e o movimento pela reforma psiquiátrica. Observa que a reforma sanitária, de uma perspectiva inicial de crítica quanto à natureza do saber médico, torna-se um conjunto de medidas de cunho administrativo, sem o questionamento das abordagens técnicas centradas quase exclusivamente em sintomas, do especialismo, da cultura medicalizante e do intervencionismo diagnóstico e terapêutico. Considera que o movimento pela reforma psiquiátrica foi além, porque busca transformações qualitativas no modelo de saúde e não meramente de reorganização administrativa. Amarante traça três formulações importantes de desinstitucionalização, a saber: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e, por último, a desinstitucionalização como desconstrução. Esta última, abordada acima nas ponderações de Rotelli (1990). A compreensão e distinção é fundamental para a compreensão do processo e, de acordo com Amarante, irá determinar a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização.

A Desinstitucionalização como Desospitalização

A noção de desinstitucionalização surge nos EUA, no Governo Kennedy, mas seus princípios e as medidas adotadas são basicamente de desospitalização. Nesta modalidade, há uma crítica ao sistema psiquiátrico, na centralização da atenção na assistência hospitalar, mas não é questionado o saber que o legitima. Esta configuração está baseada e construída a partir dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária. Para Amarante (1996, p.18) “a desinstitucionalização nesta tradição está voltada principalmente para objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos) e menos para uma real transformação da natureza da assistência”. Este autor coloca, também, que o hospital psiquiátrico não é questionado nesta formulação de desinstitucionalização. Enfatiza que nesta versão, com a criação de inúmeros novos serviços e técnicas, ocorre uma ampliação do território psiquiátrico, com o conseqüente alargamento do conceito de doença para desvio, mal-estar social, desajustamento, anormalidade. Demonstra que o preventivismo tem sido um referencial teórico importante para a patologização e normalização do social. Aborda as transformações assistenciais e administrativas decorrentes do preventivismo, sem, entretanto, questionar o corpo teórico com o qual a

psiquiatria apreende a loucura enquanto fenômeno ou a sua vocação terapêutica. Como a psiquiatria preventiva está fundamentada na história natural das doenças, entende-se que seja possível intervir na sua conformação ou no seu desenvolvimento.

O autor considera que, por Reforma Psiquiátrica, entendam-se as transformações administrativas, organizativas e modernizantes do aparato prático-discursivo e, sobretudo, a sua operacionalidade prática. Concordo com Amarante, e entendo que o que está sendo colocado em xeque não é o saber psiquiátrico, mas sim, o isolamento, a segregação, a marginalização que este saber legitima. Podemos acrescentar a isto, o rótulo, a mitificação, a patologização social massiva, a conformidade com situações que deveriam causar indignação. Ou seja, está sendo questionada a prática, referendada pelo conhecimento científico.

A Desinstitucionalização como Desassistência

Para Amarante (1996), alguns setores entendem a desinstitucionalização como desospitalização, ou ainda, como desassistência – abandonar os doentes à própria sorte. O autor considera que neste rol estão incluídos determinados segmentos que são atavicamente conservadores e que resistem a qualquer idéia sobre direitos de grupos minoritários. Há, ainda, um grupo que tem interesses econômicos em jogo e opõe-se à desinstitucionalização em virtude dos interesses constituídos. Coloca que a tendência contradesinstitucionalizante assume maior magnitude após o projeto de lei Paulo Delgado – 3.657/89, que propõe a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência. Observo que isto é verificável, na prática, através da organização da Associação Brasileira de Hospitais-ABH. Esta entidade sempre buscou meios de proteção contra a aprovação da referida lei. Concomitante à organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM, pela aprovação da lei ocorria um maciço lobby dos empresários de hospitais psiquiátricos.

A Desinstitucionalização como Desconstrução

De acordo com Amarante (1996), esta tendência está caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria. É nesta tendência que o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira se inspira. E este movimento, por sua vez, identifica-se com a trajetória de desinstitucionalização prático-teórica desenvolvida por Franco Basaglia, na Itália. No final da década de 70, as idéias de Basaglia chegam ao Brasil, sobretudo em virtude da repercussão internacional do processo italiano, que englobou a desativação do hospital de Gorizia, a criação da “Psiquiatria Democrática” e de “Redes Alternativas à Psiquiatria” e, posteriormente, a promulgação da lei 180 na Itália, conhecida como Lei Basaglia.

Amarante considera que a década de 70 foi caracterizada por uma *démarche* nas contribuições de Basaglia no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, principalmente pelas seguintes questões, a saber: o caráter político de suas idéias, a sua crítica ao saber psiquiátrico e o questionamento da função social desempenhada pelos técnicos. Entretanto, a partir da década de 80, com a redemocratização no país, as idéias difundidas por Basaglia retornam, e isto, pode ser verificado pelo número de serviços “alternativos” ou “comunitários” em desenvolvimento. O autor observa que o movimento dos trabalhadores de saúde mental tornou-se um movimento social pela Reforma Psiquiátrica. Isto pode ser verificado através do lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Ou seja, há uma tendência de envolver a sociedade no processo de desinstitucionalização.

Para o autor anteriormente referido, a produção de Basaglia foi e continua sendo um marco importante de referência para os projetos de reforma psiquiátrica e para o redimensionamento atual de desinstitucionalização em psiquiatria. Coloca que “o projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa-e-efeito, para voltar-se para a invenção da realidade enquanto um processo histórico” (Amarante, 1996, p. 24 - 25).

Penso que, pela inquestionável importância que assume a produção prático-teórica da tradição basagliana, estas idéias e conceitos deverão sempre estar presentes no cotidiano dos trabalhadores de saúde mental, que se espelham nos pressupostos da Reforma

Psiquiátrica³. Estes conceitos também devem ser uma linguagem universal, acessível a todos os profissionais, técnicos e não técnicos. Isto evitaria as “derrapagens” eventuais que porventura possam ocorrer. Entendo a desinstitucionalização de uma forma ampla, dialética, como: a mudança de nossos próprios conceitos (e preconceitos) acerca da loucura começa pela desconstrução de nossos “manicômios mentais”, enxerga-se o indivíduo em sua existência/sofrimento, não mais a partir do paradigma doença/cura, mas volta-se à reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem. Investe-se nos aspectos sadios, muda-se o enfoque, que antes era centrado na doença, para a saúde; utilizam-se espaços (a cidade, o bairro) onde se possa ter acesso a intercâmbios sociais. Privilegia-se o livre expressar da subjetividade, educa-se para o livre exercício da cidadania.

Para Rotelli (1990, a base da instituição inventada a partir dos projetos de desinstitucionalização reside na ruptura da causalidade linear doença-cura, problema-solução e na reconstrução do objeto enquanto sujeito histórico. O autor ressalta que as novas instituições deverão estar à altura da complexidade da tarefa de intervir na sua existência – sofrimento, remetendo ao processo da constante reconstrução deste sujeito.

Entendo que Rotelli visualiza que o processo não se esgota na ruptura da linearidade, mas analisa as transformações necessárias decorrentes deste processo. Dialeticamente, situo estas transformações a partir da relação de nossos conhecimentos sobre a realidade, através da negação da realidade e da construção de uma outra mais completa. Saliento que os movimentos de negação da negação para a superação dialética deverão necessariamente estar presentes nas ações e serviços como uma estratégia histórica.

Saraceno (1996), analisando as novas práticas, entende que a reabilitação psicossocial não consiste em tornar os fracos fortes, ao contrário, consistem em mudar as regras do jogo para que os fortes possam se adaptar aos fracos e coexistir no mesmo cenário, a fim de permitir que o paciente que tem uma desabilidade, freqüente o mesmo cenário onde os fortes estão. Esse autor entende que essa perspectiva ainda não foi teorizada, que é uma prática à espera de teoria. Considera que as práticas nesta fase

³ A expressão reforma psiquiátrica vem sendo questionada, por ser considerada contraditória e problemática, uma vez que não define o quê e o quanto está sendo reformado (Amarante, 1996).

histórica da psiquiatria são muito mais complexas e articuladas que as teorias e os modelos de referência.

Aponta, também, que uma prática à espera de teoria é uma situação que deve ser transitória, que não se pode pensar que existam práticas eternamente sem teorias, sem um modelo de sustentação. Analisa, também, que não podemos aceitar um modelo, uma teoria, porque não temos um modelo de referência. Na pressa, podemos estar incorrendo em dois erros: retomar antigas teorias e modelos de referência que na prática clínica se mostraram insatisfatórias. Como exemplo, cita a teoria psiquiátrica, extremamente complexa e articulada, que corresponde aos pacientes maltratados nos manicômios dos anos 20. O outro erro seria, na ausência de uma teoria de referência, seguir uma ideologia de referência. A ideologia de capacitar os mais fracos numa sociedade de fortes, e desta forma passar a ser entendida a reabilitação psicossocial. Ou ainda, as ideologias populistas da retórica reabilitativo-populista, que apóiam a idéia da sociedade má, que os condenou à marginalidade.

Para Pitta (1996, p. 19), “a reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes em saúde mental”.

Na definição da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* seria “o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade... o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustadas às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado” (Pitta, 1996, p. 19-20).

Através da leitura das definições acima, múltiplas idéias sobre propostas reabilitadoras vêm à cabeça. Cada profissional tem seu conceito de reabilitação psicossocial em determinado contexto. Neste campo, entendo que existem conceitos e pressupostos, constructos teóricos têm sido produzidos sobre as práticas de reabilitação psicossocial, entretanto, em virtude de diversos aspectos (econômicos, sociais, culturais, geográficos), múltiplas abordagens são realizadas dificultando a construção de uma teoria. Entretanto, em

termos de Brasil, a riqueza consiste exatamente nisso: de norte a sul são desenvolvidas práticas reabilitadoras únicas, que têm como finalidade, nas propostas originais, trabalhar com as limitações do indivíduo, amenizando o seu sofrimento psíquico.

A desinstitucionalização é um processo ético, porque parte da premissa de que existem outras formas de atenção à pessoa portadora de sofrimento psíquico, diferentes daquela centrada no manicômio, na exclusão, na estigmatização. A Reforma Psiquiátrica contesta o que a Psiquiatria legitima enquanto saber científico: o isolamento, a imposição da reclusão, que é a função social da Psiquiatria desde o seu nascimento (Amarante, 1996).

Isto permite explicitar o terceiro pressuposto: **o aparato institucional tradicional – traduzido no manicômio – não é compatível com uma assistência ética em saúde mental e não permite o desenvolvimento pleno da reabilitação psicossocial.**

O novo paradigma traz um tratado ético/estético, este último conceito como “estética da existência” que, para Schmid (1995, p. 98), deve ter as seguintes características:

1. *Uma sensibilidade muito afinada ao que realmente importa, ... uma sensibilidade política à tudo que é intolerável, inaceitável.*
2. *... desenvolvimento de uma capacidade de julgamento, de diferenciação apoiada na sensibilidade.*
3. *A escolha é aquela que repousa na capacidade de julgamento e que é privilégio de cada indivíduo.*
4. *A estética da existência não é a relação consigo mesmo, é através da relação com o outro que se constitui o sujeito desta ética.”*

Segundo Andery (1985, p. 86), as novas práticas de atenção à saúde mental necessitam de um novo código de ética e a prática, neste modelo, deve ser condizente com o discurso progressista. “A ética deve ser compromisso de vida e com a vida, indo além dos códigos já estabelecidos, e nunca subterfúgio para se fugir ao incerto, ao novo, ao ainda não institucionalizado”.

A reabilitação psicossocial prevê programas verdadeiramente individualizados de tratamento, nos serviços comunitários de saúde mental. Para tal, há a necessidade permanente de interlocução com a comunidade, através do aporte de intercâmbios que

auxiliem, em primeiro lugar, a desmistificação da doença mental. Para a obtenção deste, o locus por excelência constitui-se de serviços geograficamente próximos a sua residência e realidade social e cultural. O serviço poderá constituir-se num “laboratório protegido”, sempre com vistas à emancipação do ser humano e ao desenvolvimento de habilidades e competências. Logo, em uma internação tradicional, sem as características acima citadas, geográfica e culturalmente distante, dificilmente poderão ser trabalhados os elementos essenciais que caracterizam a abordagem da reabilitação psicossocial.

Estes elementos, segundo o *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* (1999) são, a saber:

1. Individualização: os serviços deverão ser talhados de praxe para o indivíduo. Isso significa que a distribuição do programa deverá ser muito flexível e dirigida para uma escolha individual.
2. Esperança: acreditar no potencial para a mudança e desenvolver uniformemente ao máximo a maior parte das desabilidades individuais severas. Como dentro de todos isso não é extraído, a sub-utilização da capacidade humana deverá ser desenvolvida.
3. Direitos dos clientes: as pessoas têm o direito e a responsabilidade por sua autodeterminação. Isso significa que o consumidor toma as decisões, incluindo o tempo que receberá o serviço.
4. Focos da habilidade: a essência da reabilitação está no incremento de competências através da aquisição de habilidades.
5. Força e habilidades: a ênfase na força e nas habilidades e não na redução de sintomas ou problemas do passado.
6. Meio ambiente específico: força e habilidades deverão ser acessadas em relação ao meio ambiente específico. Habilidades também deverão ser consideradas em relação ao meio ambiente no qual elas serão usadas.
7. Suporte ambiental: modificações no meio ambiente e construção de suportes externos são igualmente importantes no aprendizado de habilidades. Isso inclui mudança social (mudança de atitudes, direitos, leis...)

8. Participação na realização: a criação de um ambiente íntimo com profissionais não autoritários sem barreiras é fundamental.
9. Suporte na partida: os programas não deverão ser limitados no tempo, mas engrenados para um programa de libertação individual que deverá ser flexível e de escolha individual. Histórias têm mostrado que muitas pessoas com doenças mentais severas são bem sucedidas por um longo período, desde que providas de suporte nas atividades básicas.
10. Habilidades e suporte na estabilidade: uma pessoa pode se concentrar somente no aperfeiçoamento/aprendizado de uma-duas habilidades no tempo. Suporte deverá ser providenciado em todas as outras áreas deficitárias para habilitar a pessoa ao funcionamento até ao máximo de habilidades correntes, e poderá se mover para o aprendizado ou aperfeiçoamento de mais de uma ou duas habilidades. Por esse motivo, habilidades e suporte são sempre balanceados um com o outro.

Entendo que a proposta de desinstitucionalização do serviço de São Lourenço do Sul vem corroborar o resgate da atenção ética em saúde mental. Isto ficou evidente na análise do estudo de Kuhn e Kantorski (1995), realizado no serviço intitulado “Aspectos Éticos da Assistência ao Doente Mental”.

Esta experiência enfatiza o resgate da cidadania e tem servido como agente de mudança social, no momento em que problematiza a questão do louco na escola, na sua comunidade. E, também, no momento em que leva outros serviços a engajarem-se neste movimento. Particularmente, penso que este processo está em construção contínua e é exercitado na prática no cotidiano, através dos atores envolvidos – profissionais e usuários. Sobretudo através das relações estabelecidas entre estes dois segmentos: de horizontalidade ou verticalidade, o poder contratual, do cuidado como elemento chave, no respeito aos seus desejos, sonhos e projetos e antes, no respeito à diferença. Este não deve ser entendido como condescendência ou complacência, mas reconhecer e compreender o portador de sofrimento psíquico como diferente, com direito a ser diferente. E que esta diferença não significa não-comunicação, mas o resgate dela numa escuta terapêutica qualificada, autêntica.

Os pressupostos evidenciados no trabalho dão-nos o caminho para uma assistência qualificada, ética, em saúde mental. Parecem, à primeira vista, simples, fáceis, Todavia, na prática, na operacionalização do discurso teórico, muitas vezes as ações são diferentes daquele. Em suma: muitas vezes escutamos ou vivenciamos excelentes retóricas no que tange à desinstitucionalização, e as ações, na prática, não são condizentes com o discurso progressista. Estas são as derrapagens de que nos fala Bertolote (1996). De acordo com Andery (1995), também aqui permanece o perigo do discurso progressista sobre ética, nem sempre acompanhado, na prática, do reconhecimento dos aspectos errôneos, antiéticos. Este autor coloca que o discurso objetiva a manutenção da boa consciência tranqüila do profissional.

O meu projeto de prática assistencial foi desenvolvido neste mesmo serviço e consistiu num projeto de sistematização do cuidado em enfermagem psiquiátrica. Procurei, durante essa sistematização, não introduzir um referencial estranho àquele já desenvolvido na instituição. Utilizei como referencial teórico-metodológico, para elaborar a sistematização, os conceitos⁴ e pressupostos da Reforma Psiquiátrica e o processo de enfermagem de Irving (1979). Propus a construção de um projeto terapêutico ao portador de sofrimento psíquico, condizente com a proposta interdisciplinar vigente na instituição. Observei que a intervenção interdisciplinar da equipe, dirigida por uma orientação comum previamente discutida e definida através de um projeto terapêutico individualizado, conduz a uma assistência abrangente, consistente, qualificada e ética em saúde mental. Foram protagonistas deste projeto dois usuários que não tinham aderido ao serviço. Um deles andava na rua e era tido como "louco de rua". Este projeto mostrou-se perfeitamente viável para ser empregado por serviços que se utilizam do referencial da reforma e que trabalham sob a sua égide.

A dissertação se constitui em um desdobramento da prática assistencial, visto que a essência do projeto de prática assistencial está intimamente relacionada à reabilitação psicossocial dos usuários. Este estudo nasce da prática social da pesquisadora, enquanto trabalhadora de saúde mental preocupada com os rumos da assistência no novo paradigma em saúde mental. Esta preocupação encontra ressonância na revisão de literatura, quando,

⁴ O desenho do marco conceitual e a sua interpretação encontram-se nos anexos.

autores como Saraceno (1999) visualizam que se aos novos serviços não corresponderem novas práticas, produzir-se-á a mesma situação que levou à conformação do institucionalismo em psiquiatria.

Nestes novos serviços, de acordo com Bertolote (1996, p. 158), “o que se convencionou chamar de ‘Cultura de Avaliação’ tem que estar presente o tempo todo para que nós não nos percamos em linguagem, em saberes, em práticas ou em modelos que não são bem aquilo que se propõe”. A única forma, segundo este autor, que temos para controlar esta derrapagem é a preocupação com a qualidade.

Atualmente, a crescente urbanização, o subemprego, o desemprego em massa, a baixa remuneração, as condições estressantes da jornada de trabalho, a robotização, aliados a outros fatores, têm levado muitas pessoas ao adoecer psíquico. Pesquisas nacionais na área da saúde mental têm estimado a prevalência de transtornos mentais em cidades brasileiras, oscilando entre 17% e 20% (Brasil, 1994).

Outros levantamentos epidemiológicos mais recentes, conduzidos por Mari e Jorge (1998) como referência, já apontam para uma prevalência de transtornos mentais, de aproximadamente 30%, na população adulta, no período de um ano. Quando esta prevalência é ajustada para os casos que demandam atendimento, chega a uma estimativa de 20%, ou seja, um quinto da população necessita de algum tipo de atenção em um período de 12 meses. Estudos demonstram, também, que a mediana da prevalência de transtornos mentais na clínica geral é de 25% (Mari e Jorge). Através destes indicadores podemos observar para onde se encaminha a questão da saúde/doença mental nos próximos anos. A nossa preocupação, enquanto profissionais, deve ser dirigida ao tipo de atenção que esta população irá demandar.

Em razão de estimativas já feitas por profissionais da área e considerando que urge, nos dias atuais, uma assistência em saúde mental compatível com o novo milênio, e frente à aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, tornam-se estrategicamente importantes os estudos que balizem as novas tecnologias de intervenção no sofrimento psíquico.

Pesquisas têm sido realizadas sobre o Serviço de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, a saber: Aspectos Éticos da Assistência ao Doente Mental, (Kuhn e Kantorski, 1995); Desinstitucionalização em Saúde Mental: a experiência de São Lourenço do Sul – RS,

(Wetzel 1995); Reintegração de Pacientes Esquizofrênicos – uma visão a partir da experiência de desinstitucionalização de São Lourenço do Sul, (Castro, 1999); Retorno do Menor Institucionalizado ao Lar. Uma questão de estímulo ou desestímulo?, (Gerevini, 1988); entre outros. Cito, ainda, o trabalho de Dalmolin (1998) – Reforma Psiquiátrica: um processo em construção na prática dos enfermeiros do RS.

Estes trabalhos se preocuparam em refletir sobre a questão da desinstitucionalização, a partir da ótica dos trabalhadores de saúde mental, dos gestores municipais, da comunidade e dos sujeitos envolvidos, os usuários da atenção neste paradigma. Acredito que se faz mister a produção científica no que tange a resultados obtidos nesta nova proposição em saúde mental, sobretudo em relação aos aspectos concernentes à qualidade de vida dos sujeitos, à desinstitucionalização como um processo ético, à formação dos trabalhadores, à avaliação dos serviços e aos aspectos relativos a práticas de reabilitação psicossocial.

O meu estudo difere dos anteriormente citados, por trabalhar diretamente com a questão da reabilitação psicossocial dos usuários e com as práticas executadas pela equipe que presta os cuidados. Enfatizo, entretanto, que o “pano de fundo” da prática de reabilitação psicossocial encontra respaldo na reforma psiquiátrica, ou no que se convencionou chamar desinstitucionalização. Concebo que uma não prescinde da outra, ambas estando intrinsecamente interligadas e condicionando-se mutuamente, embora, na prática, muitas vezes não ocorra desta forma.

E isto me remete aos seguintes questionamentos:

- que saberes (pressupostos, referencial teórico) dão suporte a uma prática de saúde mental como a desenvolvida pela “NOSSA CASA” ?
- o que fundamentalmente diferencia a prática desenvolvida na “NOSSA CASA” dos saberes e práticas hegemônicas de exclusão da loucura ?
- muito se fala da qualidade de vida do usuário dos serviços implantados a partir da Reforma Psiquiátrica. O que efetivamente nestes serviços contribui para a qualidade de vida deste portador de sofrimento psíquico ?

Pela discussão teórica desencadeada a partir do referencial da Reforma Psiquiátrica, minha prática social enquanto enfermeira e trabalhadora de saúde mental e dos questionamentos apresentados, proponho investigar as práticas assistenciais implementadas no serviço, a fim de explicitar as tecnologias de intervenção no sofrimento psíquico que foram sendo construídas, especialmente no que se refere aos aspectos de reabilitação psicossocial dos usuários.

Meus objetivos específicos são:

- identificar a intervenção prática que permeia o trabalho desenvolvido e sua contribuição para a reabilitação psicossocial dos usuários;
- investigar que instrumentos de intervenção no sofrimento psíquico são utilizados no serviço;
- averiguar a constituição das práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas na instituição e sua relação com a qualidade de vida dos usuários;
- estudar o entendimento da equipe sobre o significado da reabilitação psicossocial.

Considero que para ser construída a nova revolução psiquiátrica, na mudança do paradigma, faz-se necessário implantar um referencial teórico que balize as novas práticas. É chegada a hora de refletir a prática, avaliá-la e construir modelos de referência. Uma das formas encontradas, para fins deste estudo, é através da reconstrução da práxis desenvolvida no serviço de saúde mental de São Lourenço do Sul, incontestavelmente um marco prático no estabelecimento de novas abordagens ao sofrimento psíquico.

3.0 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Neste capítulo discuto a opção metodológica adotada, a dialética, estabelecendo uma base para a reflexão das práticas de reabilitação psicossocial no contexto do Serviço em estudo. Didaticamente, este capítulo está dividido em dois itens, quais sejam: o referencial teórico-metodológico, como fundamentação teórica e metodológica, ainda o percurso da pesquisa propriamente dito. Considero, entretanto, que ambos são indissociáveis e estão intrinsecamente interligados para a compreensão da realidade em estudo. Saliento que a pesquisa é descritivo-analítica, com abordagem qualitativa e o referencial metodológico escolhido, explicitado anteriormente, a contextualização dialética.

3.1 O Referencial Teórico-Metodológico

Como opção teórico-metodológica, utilizo neste trabalho a perspectiva dialética, por entender, assim como Minayo (1998), que a lógica dialética é a que melhor responde às necessidades da pesquisa social, por vincular a teoria à prática. A revisão de literatura foi feita com base em autores marxistas, dentre eles, Lukács (1979), Konder (1981), Kosik (1995) e Lefebvre (1991).

Para estes autores, nada existe eterno, fixo, absoluto. Toda vida humana é social e está sujeita à transformação, sendo desta forma historicamente condicionada. Sendo o sujeito humano essencialmente ativo e processando interferência na realidade. Para a

história sociológica ou sociologia histórica, os seres humanos não são apenas objeto de investigação, mas sujeitos em relação ao processo investigatório.

A lógica dialética, conforme Minayo (1998, p. 68-70), “introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente que explica a transformação”. Outra tese fundamental da dialética é “o caráter total da existência humana e da ligação indissolúvel entre história dos fatos econômicos e sociais e história das idéias”.

A partir do conceito de totalidade, que busca reter a explicação do particular no geral e vice-versa, é que ocorre o processo de pesquisa. O princípio metodológico da totalidade, para esta autora significa:

compreender as diferenças numa unidade ou totalidade parcial; buscar a compreensão das conexões orgânicas, isto é, do modo de relacionamento entre as várias instâncias da realidade e o processo de constituição da totalidade parcial; entender, na totalidade parcial em análise, as determinações essenciais e as condições e efeitos de sua manifestação (Minayo, 1988, p. 70).

Kosik (1995), ao abordar a dialética da totalidade concreta, enfatiza que esta não é um método que pretenda conhecer todos os aspectos da realidade, um panorama total da realidade, mas é uma teoria da realidade e do conhecimento que se tem dela como realidade. Mas é a partir do entendimento da realidade como concreticidade, que possui estrutura própria, que se desenvolve e que se cria, que se desenvolvem concepções da realidade. Destas, decorrem conclusões metodológicas que se convertem em princípios epistemológicos para estudo de temas da realidade ou de práticas relativas à organização da vida humana e da situação social. Enfatiza que “a totalidade concreta não é um método para captar e exaurir todos os aspectos, caracteres, propriedades, relações e processos da realidade; é a teoria da realidade como totalidade concreta” (p.44). Pontua que totalidade não significa conhecer todos os fatos, mas a realidade como um todo estruturado, dialético, no qual um fato ou conjunto de fatos pode vir a ser racionalmente compreendido. Da mesma forma, o conhecimento de fatos acumulados da realidade não significa o conhecimento da realidade; a reunião de determinados fatos não constitui ainda a totalidade. Os fatos são conhecimentos da realidade, se forem compreendidos como partes estruturais de um todo dialético.

Konder (1981) também ressalta a característica totalizante do conhecimento na dialética marxista. A teoria dialética decompõe o todo em partes, para depois novamente recompor as partes e chegar à totalidade. Salienta, entretanto, que esta totalidade não é simplesmente a soma das partes deste todo. Por exemplo, no trabalho de reabilitação desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, os conhecimentos perpassam-se, e os resultados obtidos certamente serão mais ricos do que somente o trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar. Esta última entendida como o trabalho realizado em uma equipe, entretanto os saberes e práticas sendo executados de forma isolada, estanque, cristalizados em papéis fixos. Ou seja, os resultados das intervenções somadas serão uma, ao passo que a ocorrência simultânea de várias abordagens articuladas entre si, será outra.

Este autor chama a atenção para o fato de que a aproximação da realidade não é a realidade, e que a realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que se tem dela. Outra noção diz respeito à visão de conjunto da realidade. Esta é sempre provisória, como a realidade não é estática, mas dinâmica e em constante movimento e transformação nunca pode pretender esgotar a realidade de determinado contexto-situação. Ou seja, nunca alcança uma forma definitiva, acabada.

Konder (1981, p. 39) coloca:

a dialética – maneira de pensar elaborada em função da necessidade de reconhecer-mos a constante emergência do novo na realidade humana – negar-se-ia a si mesma, caso cristalizasse ou coagulasse suas sínteses, recusando-se a revê-las, mesmo em face de situações modificadas.

Konder entende que a teoria fornece indicações, mas que em última análise, para verificar o maior ou menor acerto com as totalizações - os conceitos - devemos nos reportar à prática, aqui particularmente, à prática social. Daí a necessidade de, nas ciências sociais, o pesquisador social estar envolvido com o seu objeto de estudo. Isto vai de encontro à corrente de pensamento positivista, que foca a neutralidade da ciência. Entendo que, mesmo nas ciências exatas, a escolha por determinado tipo de estudo já coloca em cheque a famosa neutralidade científica. Nas ciências sociais considera-se que o pesquisador deva ter alguma (ou muita) vinculação com o seu objeto de estudo. De outra forma, o

conhecimento pelo conhecimento resultaria em vazio e destituído de sentido. A visão dialética propõe a não-neutralidade científica. Faço estas colocações porque, ainda hoje, as pessoas acreditam que o pesquisador não pode ter “envolvimento” com o seu objeto de estudo. Saliento que é justamente este envolvimento que, encontrando ressonância na prática social, traz significação ao estudo.

A dialética, enquanto conceito grego da arte do diálogo é utilizada cotidianamente pelos trabalhadores de saúde mental com portadores de sofrimento psíquico, através das negociações conduzidas entre estes atores e os usuários, assim como com os familiares, como também pela interlocução estabelecida entre profissionais nas equipes interdisciplinares. A dialética enquanto conceito moderno do modo de pensar as contradições da realidade, e o modo de compreendermos a realidade como em constante transformação remete-nos a buscar constantemente novas formas de abordar a complexidade das doenças mentais. Formas mais completas onde, através da construção de novas possibilidades, o portador de sofrimento psíquico reencontre e reescreva a sua história no contexto da totalidade humana.

A dialética, enquanto modo de pensar as contradições da realidade, a história humana e a transformação da sociedade, nos leva a uma permanente inquietação, porque não se satisfaz com a aparência das coisas, mas procura a essência. E para isto é necessário que sejam desveladas as partes, num constante caminho de ir do concreto para o abstrato e vice-versa. Mas isto não significa, de modo algum, esquecer a totalidade, a conexão e interligação dos fenômenos do todo. A complexidade da dialética se dá pela busca constante da superação, pelo não se satisfazer com o já atingido. A busca por alcançar sempre formas mais elevadas de apreensão da realidade, e a explicitação que as contradições da realidade e dos fenômenos encerram.

Para Lukács (1979, p. 237)

o conhecimento, que está em condições de apreender dialeticamente as “astúcias” da evolução histórica, só é válido e eficaz quando suas aquisições forem outros tantos expedientes para a ação prática, cujas experiências virão, por sua vez, enriquecer o conhecimento e fornecer-lhe uma força sempre nova.

Entendo que o conhecimento deverá ser capaz de ser traduzido em uma prática, uma prática transformadora que, se entendido no conceito marxista de práxis- união da prática com a teoria - possa levar à emancipação do ser humano. Dentro desta perspectiva, o estudo de outras formas de tratamento e recuperação de portadores de transtornos psíquicos emerge como uma força que se empenha na busca de soluções mais completas e complexas, visualizando a totalidade do ser humano. O conhecimento pelo conhecimento torna-se vazio e inútil. Na perspectiva dialética, a transformação das idéias sobre a realidade e a transformação dessa realidade devem caminhar juntas. Esta exposição explicita a escolha do método dialético neste trabalho.

De acordo com Kosik (1995, p. 248) o homem não está emparedado na subjetividade, mas tem com a sua existência a capacidade de conhecer as coisas como elas realmente são. E este conhecimento dá-se através da práxis. A dialética para este autor trata da “totalidade do mundo revelada pelo homem na história e o homem que existe na totalidade do mundo”.

O princípio metodológico da investigação dialética da realidade social é, para o autor anteriormente referido, o ponto de vista da totalidade concreta. Isso significa que cada fenômeno pode ser compreendido como momento do todo. Ressalta que um fenômeno social é um fato histórico que desempenha dupla função: definir a si mesmo e definir o todo, ser produtor e produto, ser revelador e ao mesmo tempo decifrar a si mesmo, conquistar o próprio significado ao mesmo tempo conferir um sentido a algo mais. Esta conexão das partes e do todo significa que os fatos isolados são momentos artificialmente separados do todo, os quais só adquirem verdade e concreticidade quando inseridos no todo correspondente. Assim como o todo de que não forem separados os momentos é um todo vazio e abstrato (Kosik, 1995).

Para Hegel, filósofo alemão e um dos expoentes do pensamento dialético, o trabalho é a mola propulsora que impulsiona o desenvolvimento humano e através do qual pode ser compreendida a atividade criadora do ser. Hegel introduziu a concepção de superação dialética – e *utilizou* a palavra alemã *aufheben*, que significa suspender. O filósofo emprega três diferentes sentidos ao mesmo tempo para a palavra: o primeiro sentido de negar, anular, cancelar; o segundo é o de erguer alguma coisa e mantê-la erguida e o terceiro

sentido é o de elevar a qualidade, promover a passagem de alguma coisa para um plano superior, suspender o nível. A superação dialética, para Hegel, é a ocorrência simultânea da negação de uma determinada realidade, a conservação do essencial que existe na realidade negada e a elevação dela a um nível superior (Konder, 1981).

Abstraindo da concepção dialética a questão negação-superação para o referencial de reabilitação psicossocial, entendo a negação da realidade assistencial dos portadores de doenças mentais centrado no modelo do dano, nos déficits, o resgate e a centralização do foco nas habilidades e a busca do trabalho para atingir os objetivos de reinserção social, cidadania e qualidade de vida. Ou seja, nega-se a primeira realidade, a centralização do foco nos sinais e sintomas, em suma, na doença, resgata-se e centraliza-se a atenção nos aspectos sadios e concomitante busca-se elevar a vida do ser humano portador de transtornos psíquicos através de práticas de reabilitação psicossocial.

Em virtude de o pensamento dialético em Hegel ser considerado abstrato, vago, idealista, Marx e Engels reescreveram a dialética dentro de uma perspectiva materialista. As três leis da dialética formuladas por Engels com base em Hegel são: lei da passagem da quantidade à qualidade (e vice-versa); lei da unidade e luta dos contrários e lei da negação da negação (Konder, 1981).

Alguns autores contemporâneos como Lefebvre e Konder entendem que as leis da dialética não se deixam reduzir a três. Este reducionismo, na visão de Konder (1981), é arbitrário, porém não significa que as leis devem ser esquecidas, mas utilizadas com precaução. Lefebvre (1991, p. 237) entende que as leis do método dialético deverão ser universais e concretas. Para este autor o método representa o universal concreto. E estas leis deverão ser, ao mesmo tempo, leis do real e do pensamento. Deverão ser concretas para atingir toda a realidade, mas não podem substituir a investigação e o contato com o conteúdo. Através da investigação das realidades particulares, da experiência, do contato com o conteúdo pode-se chegar à essência, ao conceito e às relações das leis particulares. O autor ressalta que “o método é alternadamente a expressão das leis universais e o quadro de aplicação delas ao particular; ou, ainda, o meio, o instrumento que faz o singular subunir-se ao universal”.

As grandes leis do método dialético para este autor são: lei da interação universal (da conexão, da mediação recíproca de tudo que existe); lei do movimento universal; lei da unidade dos contrários; transformação da quantidade em qualidade (lei dos saltos); lei do desenvolvimento em espiral (da superação).

A lei da interação universal prevê que nada é isolado. Que o isolamento dos fatos e fenômenos significa privá-los de sentido, de explicação, de conteúdo. A pesquisa dialética considera cada fenômeno no conjunto da inter-relação com os demais fenômenos e, também, o conjunto da realidade de que ele é fenômeno.

Esta lei estabelece uma conexão importante dos processos de institucionalização/desinstitucionalização e a discussão da reabilitação psicossocial. Sem o entendimento anterior sobre a conformação do institucionalismo em psiquiatria, dos saberes e práticas que durante décadas legitimaram a psiquiatria não poderá haver o entendimento ulterior da reabilitação psicossocial em sua totalidade. A reabilitação psicossocial nasceu de um conjunto de situações – a diminuição dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, a partir dos anos 60, em todo o mundo; as demandas dos pacientes ainda hospitalizados e a evolução dos conhecimentos psiquiátricos. Desta forma, a reabilitação psicossocial não pode ser tratada como um fenômeno isolado.

E esta lei encontra-se atrelada à segunda, a **lei do movimento universal**. Esta reintegra o movimento interno dos fatos e fenômenos e o movimento externo, que os envolve no devir - vir-a-ser - universal. A pesquisa dialética considera cada fenômeno no conjunto de suas relações com os demais fenômenos e da realidade. Nesta lei, compreendo a reintegração dos fenômenos - institucionalização/desinstitucionalização/reabilitação psicossocial em seu movimento próprio. Através do movimento destes fenômenos se estabelece o entendimento essencial e a conexão entre eles.

A lei da unidade dos contrários (lei da interpenetração dos contrários) fornece a idéia de que a contradição dialética é uma inclusão concreta dos contraditórios um no outro, e simultaneamente uma exclusão ativa. Diferentemente da lógica formal que conserva os dois contraditórios à margem um do outro, sendo desta forma uma relação de exclusão. A contradição dialética se estabelece no universal concreto, enquanto que a contradição formal permanece na generalidade abstrata. “O método dialético busca captar a ligação, a

unidade, o movimento que engendra os contraditórios, que os opõe , que faz com que se choquem, que os quebra ou os supera” (Lefebvre, 1991, p. 238).

Nesta lei situo a institucionalização e a desinstitucionalização em psiquiatria (intrinsecamente contraditórias), como dois lados contrários, opostos um ao outro, entretanto, com uma unidade em comum: o foco na abordagem à doença mental. Conforme o contexto, prevalecerá um ou outro – a institucionalização ou a desinstitucionalização. As idéias contidas num e noutra modelo entrando em choque na realidade concreta, através das práticas executadas. A realidade da desinstitucionalização não podendo ser compreendida sem o prévio entendimento da institucionalização. Da mesma forma, a conexão estabelecida com a reabilitação psicossocial.

As modificações quantitativas, lentas, graduais, desembocam numa modificação qualitativa que apresenta características bruscas, tumultuosas, que expressam a crise, a metamorfose, através da intensificação de todas as contradições. É a **transformação da quantidade em qualidade**. Também chamada lei dos saltos. O salto dialético implica, simultaneamente, a continuidade e a descontinuidade. Ou seja, o movimento que continua e o aparecimento do novo.

Trago, nesta lei, as mudanças ocorridas com o processo de desinstitucionalização identificadas em alguns lugares do mundo a partir da década de 60 e mais tardiamente no Brasil, após a redemocratização. As transformações políticas, a redemocratização no país, a constituição de 1988, a luta pelos direitos humanos, o movimento pela reforma sanitária, desembocaram em um movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil. Neste movimento, pode-se observar que ocorreram mudanças bruscas, o “salto” dialético, através das denúncias expostas à opinião pública e o surgimento de novas experiências em saúde mental, com características desinstitucionalizantes. O que observo, como característica do salto dialético, a continuidade – o hospital psiquiátrico como uma realidade ainda presente, os saberes e práticas hegemônicos de exclusão e segregação ainda não superados. E a descontinuidade – o aparecimento de novos serviços respaldados pelas iniciativas das políticas públicas de saúde mental.

Uma característica da lei se refere ao fato de as coisas não mudarem sempre no mesmo ritmo. Transpondo para a questão da reforma psiquiátrica, se pôde observar, nas

últimas décadas, períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, podemos situar as décadas de 80 e 90 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Em 1987, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1990, realizou-se a Conferência Para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, em Caracas, que resultou na “Declaração de Caracas”. E, em 1992, aconteceu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. De lá para cá, não houve eventos de repercussão nacional na área, excetuando-se a aprovação da Lei Paulo Delgado.

A lei do desenvolvimento em espiral traz que há um salto dialético entre a vida e a matéria sem vida, e não uma descontinuidade absoluta. Que há uma unidade sempre renovada entre o individual e o universal, que submete esse individual às leis universais. É na sociedade e no pensamento que se revela o movimento em espiral: o retorno acima do esperado, para aprofundá-lo e elevá-lo de nível, libertando-o de seus limites. É a contradição dialética da negação da negação.

Considero esta lei fundamental para a compreensão das mudanças e movimentos que o processo de reforma psiquiátrica encerra. Nesta lei, estão contemplados os refinamentos conceituais que foram sendo produzidos. Cito, como exemplo, a diferenciação entre tratamento e reabilitação, o enfoque do trabalho terapêutico sobre os aspectos da história de vida das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. No modelo tradicional, biomédico, a centralização é no diagnóstico, nos sinais e sintomas, nos déficits. Através da modificação da centralização do trabalho terapêutico, não no modelo da doença, do dano, mas nos aspectos sadios das pessoas, permitiu-se aprofundar a questão do sofrimento psíquico, e introduzir novos olhares e perspectivas, libertando de seus limites tanto o usuário/paciente como o profissional. Ocorre aí um salto dialético, não uma descontinuidade absoluta, porque o tratamento continua a ser realizado, entretanto, associado com técnicas de reabilitação psicossocial. Da união tratamento e reabilitação psicossocial aprofunda-se a compreensão da doença mental e realizam-se abordagens mais completas. A lei da negação da negação promove refinamentos que vão sendo introduzidos para promover a superação dialética.

Lefebvre (1991) chama a atenção que todas essas leis dialéticas constituem uma análise do movimento. E que no movimento real estão implicadas a continuidade e a descontinuidade; o aparecimento e choque de contradições; saltos qualitativos e superação. Aí se encontram os aspectos do movimento. As leis dialéticas implicam uma unidade fundamental, que é encontrada no movimento, no devir universal. O que ocorre, de acordo com este autor, é a ênfase sobre uma ou outra lei, dependendo do tipo de estudo realizado.

A partir desta constatação, utilizo como referência para o processo analítico neste estudo a lei do desenvolvimento em espiral, representado pela negação – superação dialética. Entendo que muitos avanços ocorreram com as experiências de desinstitucionalização. Entretanto, penso que, a despeito de muitos serviços que trabalham sob a égide da reforma psiquiátrica em nosso país, há a necessidade de constantemente redimensionarmos o olhar para as práticas em curso, para que aos novos serviços correspondam as balizas propostas, no nosso caso, particularmente, o referencial da reforma psiquiátrica italiana. Compreendo que os projetos de reforma não são homogêneos, as práticas sendo executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental. Desta forma, visualizo que existam princípios orientadores gerais, mas que em última análise estão subordinados aos *settings* específicos onde ocorrem as práticas. Através da negação da negação, ou seja, a negação de uma determinada realidade centrada na exclusão, segregação, doença, para a afirmação de outra realidade, com o foco nos aspectos sadios, na identidade, na cidadania dos portadores de sofrimento psíquico, deverá prevalecer a superação dialética sobre esta última.

Da dialética abstrata de Hegel à dialética do concreto de Kosik, um longo caminho foi percorrido. Hegel, em virtude de ser idealista, descrevia os movimentos da realidade material de forma bastante vaga e não enxergava a significação do trabalho físico, ele próprio um intelectual. Marx superou Hegel ao introduzir a concepção materialista na dialética. Marx concordou com Hegel sobre a questão de o trabalho ser a mola propulsora que impulsiona o desenvolvimento humano. Entretanto discordava da concepção hegeliana de trabalho, que ao ignorar o lado negativo do trabalho – a alienação que o trabalho produzia, levava Hegel a fixar demasiada importância ao trabalho intelectual (Konder, 1981).

Kosik (1995) confere concretude à dialética quando menciona que esta trata “da coisa em si”. “A coisa em si” entendida como o homem e o seu lugar no universo. Para este autor,

a atitude primordial e imediata do homem, em face da realidade, não é a de um abstrato sujeito cognoscente, de uma mente pensante que examina a realidade especulativamente, porém, a de um ser que age objetiva e praticamente, de um indivíduo histórico que exerce a sua atividade prática no trato com a natureza e com os outros homens, tendo em vista a consecução dos próprios fins e interesses, dentro de um determinado conjunto de relações sociais (Kosik, 1995, p.13).

Para Kosik, a dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a “coisa em si” e se questiona como é possível chegar à compreensão da realidade. Mas para atingir adequadamente a realidade, é necessário que o pensamento destrua a pseudoconcreticidade para atingir a concreticidade. E este é “um processo no curso do qual sob o mundo da aparência se desvenda o mundo real; por trás da aparência externa do fenômeno se desvenda a lei do fenômeno; por trás do movimento visível, o mundo real interno; por trás do fenômeno, a essência” (p. 20).

Segundo o mesmo autor, a dialética não considera o mundo das representações e do pensamento comum como algo independente, fixo, mas submete-os a um exame no qual o mundo objetivo e o ideal se diluem. Através dessa perda da fixidez e originalidade mostram-se os fenômenos como sedimentos e produtos da práxis social da humanidade. A destruição da pseudoconcreticidade como método dialético-crítico mostra o outro lado da dialética, o do método de transformação da realidade⁵. Kosik salienta que a realidade só pode ser mudada na medida do entendimento em que a realidade é por nós produzida. Diferencia a realidade natural e a realidade humano-social: a primeira, a natureza, pode ser mudada e transformada pelo homem, enquanto a realidade humano-social poderá ser mudada porque ele próprio é o produtor desta realidade. A destruição da pseudoconcreticidade se realiza

⁵ Na história pode-se distinguir três momentos fundamentais: a dialética da situação dada e da ação; a dialética das intenções e dos resultados do agir humano; a dialética do ser e da consciência dos homens, ou seja, a oscilação entre aquilo que os homens são e como eles se consideram, entre o autêntico e o caráter do seu agir. A pluridimensionalidade da história está baseada na osmose e unidade destes elementos (Kosik, 1995).

através da crítica revolucionária da práxis da humanidade, do pensamento dialético, que dissolve o mundo da aparência para atingir a realidade - “a coisa em si” e através da criação da realidade humana, porque cada indivíduo humano é social-histórico. A concreticidade não se descortina pronta e acabada com a destruição da pseudoconcreticidade. Mas através desta é que ocorre o processo de criação da realidade concreta e a visão da realidade. A totalidade concreta, como concepção dialético-materialista do conhecimento do real, ocorre através de um processo indivisível representado pelos seguintes momentos: a destruição da pseudoconcreticidade, ou seja, a visão aparente do fenômeno e o conhecimento da objetividade; o conhecimento do caráter histórico do fenômeno e por fim o conhecimento do conteúdo objetivo e do significado do fenômeno, o lugar histórico ocupado dentro do corpo social.

A institucionalização dos doentes mentais tem raízes históricas no mundo. A institucionalização é produto da psiquiatria, no momento em que separa a doença da existência concreta dos doentes. A legitimação é produzida no momento em que se confere a necessidade de asilo aos alienados. A tutela encontra explicação na periculosidade do doente mental, e na necessidade de controle social. É importante a compreensão de que este fenômeno, o mundo institucional, foi produzido pelo homem. Desta forma, através do conhecimento do caráter histórico do fenômeno, cabe ao homem transformar a realidade institucional. Se os profissionais não se reconhecerem como sujeitos da ação de transformação da realidade, libertos de seu papel de controladores da conduta humana, através da negação do papel delegado pela sociedade, as instituições da violência perdurarão.

Ainda de acordo com Kosik, a realidade social, dentro da perspectiva do materialismo, pode ser conhecida em sua concretude (totalidade), a partir do momento em que se descobre a natureza da realidade social, e quando esta realidade social é conhecida como unidade dialética

de base e de supra-estrutura, e o homem como um sujeito histórico-social e objetivo. O autor ressalva que a realidade social não é conhecida como totalidade concreta, se o homem é considerado como objeto, e na práxis histórico-objetiva da humanidade o homem não se reconhecer como sujeito.

A verdade, no pensamento mecanicista, metafísico ou restrito à lógica formal, na concepção de Lukács (1979), poderá somente ser absoluta ou relativa, sem transição. Hegel concebia o relativo como um componente da dialética. Para o autor citado, a concepção da relatividade enquanto momento do absoluto somente poderá ser alcançada através do materialismo dialético. Lukács ressalta que o conjunto da realidade é sempre mais rico que a lei mais adequada, e que esse fato ilustra o papel da relatividade na evolução do conhecimento científico. Este autor adverte:

ossos conhecimentos são apenas aproximações da plenitude da realidade, e por isso mesmo são sempre relativos; na medida, entretanto, em que representam a aproximação efetiva da realidade objetiva, que existe independente da nossa consciência, são sempre absolutos. O caráter ao mesmo tempo absoluto e relativo da consciência forma uma unidade dialética indivisível. (Lukács, 1979, p.233).

Entendo que a realidade que se descortina nos diversos *settings* onde ocorrem as práticas de reabilitação psicossocial é mais rica do que a tentativa de aproximação delas. Entretanto procuro reconstruir teoricamente as práticas assistenciais do serviço em estudo, a fim de explicitar as novas tecnologias de intervenção que foram sendo construídas, particularmente no que se refere aos aspectos de reabilitação psicossocial dos usuários. Dentro desta realidade concreta, procuro estabelecer as relações entre os fenômenos, “captar” a realidade como uma totalidade concreta, que possui vida própria, entender as contradições relativas ao processo de reabilitação psicossocial através da compreensão dialética da realidade, apreender as transformações e os movimentos na realidade concreta pesquisada.

Resgato a lei da dialética que ensina que a negação é a força motriz do progresso. Negação entendida como a negação de uma determinada realidade e a força que se empenha na construção de outra realidade, mais rica e completa. Esta lei poderá ser empregada no campo da saúde mental, especificamente na área da reabilitação psicossocial. Ou seja, a negação da realidade da assistência centrada no modelo do dano, focado na doença, para o foco nos aspectos sadios do ser humano, para a concretude da realidade-totalidade do ser humano. Resgata-se, neste processo, toda a potencialidade para a

produção de vida significativa ao ser humano. Neste momento ocorre um salto qualitativo significativo, através de uma práxis transformadora que vislumbra todas as possibilidades que se descortinam frente à abordagem da doença mental. Dentro da perspectiva deste estudo os entrevistados situam-se como sujeitos históricos que, através do “seu fazer”, promovem transformações no sentir e vivenciar a doença mental. A própria pesquisadora se insere neste contexto, como um sujeito histórico, que tenta, através da sua prática social, apreender dialeticamente o movimento da pesquisa, articulando-o e contextualizando-o com a prática desenvolvida. Isto permite alcançar refinamentos conceituais que, em última análise, proporcionarão um olhar crítico em relação à práxis. O exposto anterior reforça a escolha do método dialético, enquanto referencial teórico-metodológico deste trabalho de pesquisa.

3.2 O Percurso Metodológico

Propus para este trabalho um estudo descritivo-analítico com abordagem qualitativa, em virtude “ da realidade social se manifestar de formas mais qualitativas do que quantitativas” (Demo, 1998, p.16). Esse autor entende que o rigor da análise nas ciências sociais deve ser um desafio a mais para construções científicas cuidadosas. Situa o objeto das ciências humanas e sociais como histórico, e que esta historicidade é caracterizada pela situação de “estar”, não de “ser”. Analisa que a provisoriedade processual é a marca básica da história e que as coisas estão em passagem, transição. Que ao lado da relativa harmonia e institucionalização, os conflitos predominam, e através destes as realidades encontram-se em contínua fermentação. Que o processo inacabado do vir-a-ser admite sempre aperfeiçoamentos e superações.

Dentro da perspectiva deste estudo, os “ objetos” estão em constante construção-reconstrução no seu momento histórico. Isto pode ser observado tanto no usuário, na família, como também nos próprios trabalhadores de saúde mental. Estes três estão em constante construção e superação de seus próprios limites, para a construção de novas possibilidades. Atualmente, vivencia-se um momento histórico ímpar: a mudança do

paradigma em saúde mental, para a construção de novas abordagens ao sofrimento psíquico, não prontas, acabadas, mas em construção permanente.

Duas outras particularidades dos cientistas sociais são o fenômeno da consciência histórica e o caráter ideológico das ciências sociais. Ambos refletem, em última análise, nossas idéias e o modo como justificamos nossos interesses, posições políticas e a intervenção sobre a realidade histórica. Minayo (1998) analisa que os indivíduos, os grupos e os pesquisadores, no contexto da consciência histórica, são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico.

E, como último elemento, Demo (1998, p.18) traz a imbricação com a prática. Entende que as “ciências sociais refletem profundamente o roteiro histórico prático que vivemos através dos espaços e dos tempos”. Isto condiz com a prática desenvolvida ao longo da minha trajetória de vida profissional, no Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul. E, sobretudo, encontra ressonância, na prática executada e defendida com apoio nos princípios teóricos da Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido concordo com Kosik (1995, p. 202) quando afirma que, “a práxis do homem não é a atividade prática contraposta à teoria: é a determinação da existência humana como elaboração da realidade”. Na pesquisa dialética, prática e teoria, concreto e abstrato, particular e geral são movimentos constantes que não se esgotam em si mesmos, estão sempre se superando.

Os trabalhos que aferem a efetividade do cuidado extramanicomial são ainda incipientes, principalmente no que tange aos resultados obtidos. Fagundes (1998) ressalta a necessidade de pesquisa intensa nos programas comunitários de saúde mental, e a adoção de políticas de cuidado abrangentes, onde sejam consideradas as particularidades sociais e culturais das pessoas envolvidas. As pesquisas comumente são dirigidas para aspectos clínicos, de intervenção em saúde, sendo relegadas a segundo plano características econômicas, sociais. Penso que as pesquisas devem transcender a esfera clínica e abranger as questões sociais que circunscrevem as demandas das pessoas com graves distúrbios psíquicos.

Importante se faz destacar que inúmeras cobranças existem no sentido de serem aferidos os resultados deste novo paradigma. Penso que estes podem ser aferidos em

termos quantitativos como, por exemplo, a diminuição do tempo médio de internação de pacientes internados em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, a diminuição destes para os cofres públicos, entre outros. Penso que estes dados são inquestionavelmente importantes, sobretudo para demonstrar a viabilidade do novo modelo, em termos da sua substituição e dos gastos necessários para a implementação de estruturas assistenciais economicamente viáveis para a substituição do modelo manicomial, centrado na internação em hospitais psiquiátricos.

Entretanto os estudos quantitativos não são adequados para aferir outras variáveis, não mensuráveis nestes termos. A qualidade de vida, o poder contratual, as relações estabelecidas com os usuários, a permanência em seu meio comunitário e social, são variáveis importantes para os usuários.

Segundo Minayo (1998, p. 22) o aspecto qualitativo deveria estar, a rigor, contemplado em qualquer investigação social e...

... isso implica considerar que o sujeito de estudo é gente, com uma condição social determinada e pertencente a determinado grupo social, com crenças, valores e significados. E, que o objeto das ciências sociais é "complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação.

A autora analisa que a investigação qualitativa requer fundamentalmente atitudes de abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com os atores sociais envolvidos.

O estudo foi desenvolvido no Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul⁶. A instituição caracteriza-se por oferecer atenção integral ao indivíduo com sofrimento psíquico, através de uma rede de serviços de atenção à saúde mental. Esta é composta dos seguintes serviços: ambulatório de psicologia e psiquiatria, "NOSSA CASA" – CAPS- Centro de Atenção Psicossocial e célula-mãe do projeto, oficinas terapêuticas, unidade psiquiátrica no hospital geral, Casa da Criança e do Adolescente, "NOSSO LAR" – lar protegido. A rede é cadastrada no SUS – Sistema Único de Saúde e atende a clientes

⁶ Uma descrição detalhada do referido serviço, incluindo a história institucional com vistas à desinstitucionalização em saúde mental, poderá ser encontrada no Capítulo Contexto Institucional.

oriundos da zona urbana e rural do município. O atendimento é executado por equipe interdisciplinar, diariamente, de segunda a sexta-feira. As urgências são atendidas no hospital local, que é a porta de entrada para os casos em que está indicada a hospitalização. A média de usuários na “NOSSA CASA” é de 25 a 30 pacientes, diariamente. A demanda de atendimentos é de aproximadamente 1.300 pacientes/mês.

A clientela atendida no serviço são pacientes portadores de transtornos psíquicos – neuróticos, psicóticos, egressos de hospitais psiquiátricos, psicoses orgânicas. O atendimento é estendido dos casos leves aos graves. O tempo médio de internação na Unidade Psiquiátrica é de aproximadamente 10 a 12 dias, um período considerado curto, porque tão logo o paciente apresenta melhora do quadro que motivou a internação, passa a frequentar a “NOSSA CASA”. Neste, o tempo de permanência é discutido com a equipe, onde outros fatores concorrem, como a sua situação familiar, rede social, vínculo empregatício, entre outros.

A equipe da “NOSSA CASA” é composta de 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 8 acompanhantes terapêuticos, 2 médicos psiquiatras, 3 psicólogas, 1 economista doméstica, 1 assistente social, 2 auxiliares de serviços gerais, 1 cozinheira, 1 motorista e 1 office-boy. O serviço conta hoje na coordenação administrativa com profissional com Licenciatura em Psicologia.

O objetivo do serviço é o atendimento comunitário ao portador de sofrimento psíquico dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Concorrem para isto, a permanência da pessoa no seu meio, próxima a sua família e rede social, o atendimento integral objetivando atender as necessidades individuais, o respeito à diferença e as práticas de reabilitação e reinserção social.

Foi encaminhado um ofício à equipe de saúde mental da instituição em estudo, explicitando a minha temática de pesquisa e solicitando a colaboração na fase de entrevistas. Solicitei que fossem dados os encaminhamentos de praxe, e o assunto discutido em reunião de equipe. Posteriormente procedi à validação do instrumento, aplicando-o em uma trabalhadora de saúde mental, que detém também, como tônica em seu trabalho, os conceitos e pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Após a testagem do instrumento (ANEXO A) fui a campo e realizei dez entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores do Centro Comunitário de Saúde Mental, a saber: psicólogas, psiquiatra, acompanhantes terapêuticos, auxiliares de enfermagem e instrutores de oficinas. Estas ocorreram no mês de janeiro de 2000, em São Lourenço do Sul. Como critério de delimitação dos sujeitos foram selecionados os trabalhadores com no mínimo cinco anos de trabalho na instituição.

➤ Além das entrevistas, solicitei o acesso aos documentos referentes ao serviço, particularmente, o arquivo de matérias veiculadas nos meios de comunicação, ao longo dos onze anos de funcionamento da instituição. Estes documentos objetivaram a releitura da implantação do serviço, informações sobre fatos históricos relativos ao seu funcionamento, datas festivas, marcos importantes, entre outros.

Os instrumentos utilizados foram: a análise documental, abordada anteriormente, e entrevista semi-estruturada. A entrevista semi-estruturada consiste em um roteiro de entrevista que objetiva apreender o ponto de vista dos atores sociais do objeto da pesquisa. Este contém poucas questões e é um instrumento utilizado para orientar uma “conversa com finalidade”. Deve permitir o aprofundamento da comunicação, é um guia a facilitar a entrevista. Não pode constituir-se numa amarra, deve ser o facilitador da abertura (Minayo, 1998).

Segundo Minayo (1998, p. 99),

dele constam apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto, em relação à realidade empírica e devem responder as seguintes questões: (a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

O princípio básico adotado para a elaboração do roteiro é o de que, cada questão tenha como pressuposto o marco teórico elaborado para a construção do objeto.

Em relação à análise dos dados percorri o caminho metodológico operacionalmente proposto por Minayo (1998): ordenação, classificação e análise final dos dados.

A ordenação dos dados engloba tanto as entrevistas, como o conjunto do material institucional apreendido. Essa etapa consiste na transcrição de fitas-cassete; releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica.

A etapa seguinte, a classificação dos dados, foi operacionalizada através da leitura exaustiva e repetida dos textos. Através deste exercício fiz a apreensão das “estruturas de relevância” a partir das falas dos sujeitos do estudo. Nestas estão contidas as idéias centrais dos entrevistados.

A análise final permitiu fazer uma inflexão sobre o material empírico e o analítico, num movimento incessante que se elevou do empírico para o teórico e vice-versa. Esta “dança” que promove relações entre o teórico e o empírico, o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado. Minayo entende que o produto final é sempre provisório e condicionado pelo momento histórico, pelo desenvolvimento científico, por sua pertinência a uma classe social e pela capacidade de objetivação.

O presente estudo tem a pretensão de situar-se dentro de uma pesquisa estratégica, enfatizada por Bulmer (1978, p. 11-12) para a área de políticas públicas... “se chegue à conclusão do trabalho com pistas e indicações que possam servir de fundamento para propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades”.

No próximo capítulo apresento a revisão de literatura no campo da reabilitação psicossocial. Ressalto que em virtude da incipiente produção nacional na área, utilizei, além de autores brasileiros, autores estrangeiros, sobretudo, americanos e italianos. Entendo que os conceitos, a filosofia e os objetivos expressam visões de mundo e posturas ideológicas dos autores, refletindo características sociais e culturais das nações. Penso, entretanto, que a essência da reabilitação independente da localização geográfica, remete sempre ao resgate e cuidado do ser humano com transtornos psíquicos.

4.0 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Neste capítulo, através da revisão de literatura, discuto o referencial da reabilitação psicossocial – filosofia, valores, princípios e objetivos, o diferencial estabelecido entre tratamento e reabilitação. Não é objeto deste estudo a descrição das inúmeras técnicas reabilitativas propostas pelos seus autores. O que efetivamente procuro estabelecer são as idéias contidas na essência do corpo teórico e as reflexões que emergem deste. Lanço mão, para compor este capítulo, da experiência prática, estabelecendo um movimento dialético entre a teoria e a prática.

A definição de reabilitação psicossocial produzida por peritos de vários países e compiladas em um documento denominado “Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial” traz que reabilitação psicossocial é um processo que facilita a oportunidade para indivíduos – que são prejudicados, inválidos ou dificultados por uma desordem mental – alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. Isto implica ambos os indivíduos – profissionais e usuários - melhorando competências e introduzindo mudanças ambientais para criar uma vida com a melhor qualidade possível para pessoas que experimentaram uma desordem mental, ou têm uma deterioração mental que produz um certo grau de inaptidão. Reabilitação psicossocial aponta para prover o ótimo nível de funcionamento de indivíduos e sociedades, e a minimização de incapacidades e desvantagem física ou mental (*disabilities e handicaps*), acentuando escolhas individuais em como viver prosperamente na comunidade (WHO/MNH/MND/96.2).

De acordo com este documento, a reabilitação psicossocial, previamente considerada como prevenção terciária, evoluiu em um conceito, um corpo de conhecimentos de modos de organizar serviços e métodos sujeitos à validação empírica, e está preocupada

com a prevenção/redução das desabilidades associadas com desordens mentais e de comportamento. É particularmente útil para ser empregado em cuidado comunidade-baseado⁷, ainda que a maioria de suas técnicas e terminologias é de alguma maneira associada ao cuidado hospital-baseado. Isto se deve ao fato de ter sido inicialmente praticado no asilo, em grandes hospitais mentais.

Seus métodos incluem modos de organizar serviços para maximizar continuidade do cuidado, tratamento e intervenções compreensivas com indivíduos, aumentando capacidades e reduzindo tensão excessiva, para habilitar uma ótima participação econômica, social e vacância de recaída. Deveria ser um empreendimento em comum, no qual profissionais e usuários combinam para transformar os papéis sociais de recipientes do serviço (WHO/MNH/MND/96.2).

Em virtude da reabilitação psicossocial apontar para a redução de estigma e preconceito e visar promover equidade e oportunidade, seus proponentes estão empenhados na organização, legislação, profissionalização, qualidade de cuidado e garantia de qualidade de vida, organização familiar e suporte, auto-ajuda, participação educacional e promoção de esforços para fortalecer serviços, expansão de serviços, pesquisa e desenvolvimento dos sistemas existentes.

Através do exposto, pode-se observar a amplitude do campo de atuação e as diversas instâncias nas quais a reabilitação psicossocial necessita intervir e se consolidar. Vejo isto como um processo complexo, uma vez que necessita da articulação de várias instâncias, políticas específicas voltadas à área e, sobretudo, capacitação técnica dos profissionais. Na prática muito se tem falado sobre reabilitação psicossocial, desde o advento das discussões sobre desinstitucionalização. Via de regra os serviços que trabalham na perspectiva da reforma psiquiátrica se intitulam reabilitadores. Nem sempre a teoria encontra eco na prática. Os princípios, objetivos e pressupostos da reforma psiquiátrica orientam as práticas nos serviços. Da mesma maneira, existem princípios, objetivos e

⁷ A expressão comunidade-baseado se refere ao *setting* da reabilitação. Ou seja, a prática da reabilitação na comunidade oferece possibilidades diferentes, em termos de riqueza de intervenções, se comparada ao *setting* do hospital-baseado. Neste, as intervenções estarão restringidas àquele espaço físico delimitado. Enquanto que, na comunidade, a utilização de espaços físicos dispersos de convivência coletiva proporcionará integração, trocas afetivas e materiais, ingredientes fundamentais para a restituição e/ou obtenção da cidadania.

valores que orientam o trabalho de reabilitação psicossocial. Da observância destes, aparentemente fáceis num primeiro olhar, revelar-se-á a concretude das ações dos trabalhadores em saúde mental.

Os objetivos que intermediam o processo de reabilitação psicossocial envolvem uma série de passos que, enquanto separados e valiosos no próprio significado, adquirem significado completo e força quando de perto coordenados. Os passos incluem:

- redução de sintomatologia, através de farmacoterapia apropriada, tratamentos psicológicos e intervenções psicossociais;
- redução da iatrogenia, diminuindo e eliminando, sempre que possível, as consequências físicas e comportamentais das intervenções acima – e em particular - de institucionalização prolongada;
- promoção de competência social, através do aumento de habilidades sociais dos indivíduos, suporte psicológico e funcionamento ocupacional;
- redução de discriminação e estigma;
- apoio familiar para aquelas famílias que têm um membro com desordens mentais;
- apoio social através da criação e manutenção de um sistema de apoio social de longo termo, cobrindo pelo menos necessidades básicas relacionadas a alojamento, emprego, cadeia social e lazer;
- aumento da capacidade do consumidor através da promoção da autonomia do consumidor e do provedor e capacidade de auto-suficiência e auto-advocacia.

De acordo com o documento anteriormente citado, a experiência mostrou que a eficiência é mais alta quando no contexto de uma atividade comunidade-baseada. Os principais componentes da reabilitação psicossocial podem ser descritos em níveis diferentes de operação, dos quais os mais relevantes são o indivíduo, o serviço e o ambiente.

As estratégias ao nível individual contemplam: o tratamento farmacológico, habilidades de vida independentes e treinamento de habilidades sociais, apoio psicológico

para os pacientes e as famílias destes, moradia (residência), reabilitação profissional e emprego, redes de apoio social, lazer.

Ao nível dos serviços de saúde mental e recursos humanos estão contemplados: política de serviços de saúde mental e alocação de fundos, melhoria de *settings* institucionais e residenciais, treinamento de pessoal, garantia de qualidade.

Ao nível da sociedade: melhoria da legislação pertinente, reforço do consumidor, melhoria da opinião pública e atitudes relacionadas a desordens mentais.

Entendo que a reabilitação psicossocial não pode ser dissociada do contexto da Reforma Psiquiátrica. É parte integrante dos serviços que trabalham o cuidado em programas de atenção comunitária. No Brasil, apesar destas práticas serem desenvolvidas, a produção científica é incipiente na área. Países como EUA têm uma vasta produção teórica sobre o assunto. A revisão de literatura, em virtude disso, foi feita tendo como base os autores brasileiros com constructos teóricos sobre o assunto, e principalmente autores americanos e italianos com reconhecimento na comunidade científica internacional. Reafirmo a necessidade da construção de um referencial brasileiro de reabilitação psicossocial. Entendo que temos, dentro da vastidão do nosso território várias culturas, vários brasis, mas com algumas particularidades: a afetividade de nosso povo, a adaptação a situações difíceis. Não podemos simplesmente importar um modelo anglo-saxão (equidistante da realidade, pragmático) ou italiano (mais próximo em termos de estilo de trabalho), temos que construir um referencial balizador próprio.

Saraceno (1999) afirma que o crescente interesse pela reabilitação, nos últimos dez anos, pela comunidade psiquiátrica internacional, deve-se de maneira direta ou indireta a três fatores: a diminuição dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, a partir dos anos 60 em todo o mundo. Neste processo estão entendidos a desinstitucionalização como também, mais freqüentemente, a desospitalização. O autor entende que a razão primeira do interesse pela reabilitação nasce de uma necessidade de “entretenimento extramanicomial”.

A segunda razão deve-se às demandas dos pacientes ainda hospitalizados, e ao crescimento dos direitos dos doentes mentais, com o conseqüente reconhecimento destes direitos por técnicos, administradores, políticos, familiares e pelos próprios pacientes.

A terceira razão para a cultura reabilitativa está relacionada à evolução dos conhecimentos psiquiátricos. Estudos epidemiológicos iniciados há 20 anos colocaram em dúvida a certeza da evolução desfavorável de determinadas patologias, como a esquizofrenia (Bleuler, 1972; Ciompi & Muller, 1976; Tsuang e col., 1979; Huber e col., 1980; Harding e col., 1987, apud Saraceno, 1999). Além destes, outros estudos demonstraram a relação entre as psicoses e o funcionamento social dos indivíduos antes, durante e após a doença, com evidências claras da relação entre estes dois fatores, sendo o funcionamento social considerado como fator preditivo para o êxito (Strauss e col., 1977, apud Saraceno, 1999). Outros estudos corroboram o papel do contexto familiar no decurso das psicoses (Brown e col., 1972; Leff & Vaughn, 1985, apud Saraceno, 1999). Estes estudos demonstram, na concepção de Saraceno, que a cronificação do psicótico não resulta necessariamente da doença, mas de outras variáveis nas quais se pode realizar intervenções. Estas variáveis ligadas a contextos microssociais (família, comunidade) apontam para estratégias de manejo ambiental, distantes das estratégias propostas pelo modelo psiquiátrico biomédico.

Essas evidências reforçaram, nestes últimos vinte anos, a hipótese de que uma intervenção sobre a psicose tem sentido, desde que conduzida sobre "todo o campo", influenciando assim sobre a complexa constelação de variáveis que constituem os fatores de risco e os de proteção. ... a necessidade de reabilitação parece encontrar uma razão também nessas evidências epidemiológicas que substancialmente e implicitamente denunciam o quão estatísticas e pobres são as intervenções extramuros, com características exclusivamente farmacológicas e psicoterápicas. (Saraceno, 1999, p.30-31).

Importante se faz destacar, na citação acima, a referência às intervenções *extramuros* que têm seu foco centrado na farmacologia e na psicoterapia. Não é incomum encontrarmos a simples transposição das práticas tão condenadas, realizadas nas instituições totais para diferentes *settings*: hospitais-dia, centros de atenção psicossocial, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, dentre outros. O discurso, às vezes, parece não encontrar eco nas práticas idiossincráticas. Aos profissionais parece faltar a crítica, tão prontamente desferida para os hospitais psiquiátricos. Penso que a crítica deva estar presente

independentemente do *setting*. E, sobretudo, nos serviços que trabalham sob a égide da reforma. Uma crítica que explicita as contradições e promova a superação destas.

William Anthony, um dos maiores nomes em Reabilitação Psiquiátrica, reconhecido por seus pares, visualiza que a década de 1980 foi uma década de transição - transição entre a era da desinstitucionalização e a futura era da reabilitação. Conforme este autor, por mais de três décadas, a desinstitucionalização predominou em jornais profissionais e na imprensa popular, em contraste com o espaço limitado devotado à reabilitação. Enxerga desinstitucionalização e reabilitação como significativamente diferentes.

Desinstitucionalização está focado em como os serviços funcionam; reabilitação foca em como as pessoas funcionam. Desinstitucionalização está focado em ambientes fechados; reabilitação foca uma vida aberta. Desinstitucionalização está focado em buscar livrar os pacientes do encarceramento; reabilitação está focado na busca de suporte pessoal. (Anthony et al., 1992, p.1,2).

Estes autores, comparando desinstitucionalização e reabilitação, entendem que a primeira é tarefa relativamente fácil e pobre, porque a sua concepção de desinstitucionalização refere-se à abertura das portas do hospital psiquiátrico. O modelo americano de desinstitucionalização está voltado para a desinstitucionalização enquanto desospitalização. Isto é facilmente entendido através da visão reducionista e simplista expressa acima. Os três conceitos de desinstitucionalização–desconstrução, desospitalização e desassistência foram anteriormente descritos e analisados por Amarante (1996). A Reforma Psiquiátrica brasileira, influenciada pelo modelo italiano, está voltada para o conceito de desconstrução.

Pratt et al. (1999) defendem a emergência da reabilitação psiquiátrica como o único empreendimento que pode diretamente traçar o movimento de desinstitucionalização iniciado nos EUA em 1960. Naquele país, diferente do nosso, 90% das pessoas com longas internações psiquiátricas foram liberadas para a comunidade. Quando a política de desinstitucionalização iniciou, milhares de pacientes foram movidos da instituição para a comunidade para tratamento. Os autores denunciam que os profissionais não estavam preparados para abordar pessoas com problemas psicodinâmicos, em virtude de terem sido

treinados para prover psicoterapia individual. Desta forma, o que ocorreu foi a classificação destas pessoas como não bons casos para tratamento. Como resultado, as pessoas com doenças mentais crônicas foram relegadas para programas onde inexistiam profissionais graduados, sendo atendidas por paraprofissionais. A maioria dos centros comunitários de saúde mental não provia serviços apropriados para a população desinstitucionalizada. Estes centros focavam seus esforços em prover aconselhamento, psicoterapia, consultoria e educação na área mais abrangente de doença mental. Disto, resultaram o aumento dos pacientes isolados e a permanência sem serventia na comunidade.

Pratt et al. (1999) chamam a atenção para o fato de a preparação acadêmica dos profissionais de saúde mental não ter sido ajustada para as necessidades do movimento de desinstitucionalização. Esta pobre resposta acadêmica foi causada por dois fatores: a falta de reconhecimento da situação desta população e a falta de informação das estratégias de tratamento necessárias para a ajuda. Os autores acusam que, na revisão de literatura de 1992 da graduação de psicologia, foi escrito mais sobre lobotomia do que sobre Reabilitação Psiquiátrica. Ressaltam, ainda, que os focos de clínica dos currículos de graduação têm permanecido mais na abordagem psicodinâmica, cognitiva e em modelos comportamentais de etiologia e tratamento.

Através do exposto, percebo que nos Estados Unidos, assim como no Brasil, ocorre uma centralização sobre a abordagem psicodinâmica nos currículos, em detrimento do enfoque em outras áreas como, por exemplo, a reabilitação. Disto resultam profissionais com o foco centralizado em determinadas áreas, em detrimento do olhar sobre os vários aspectos da vida das pessoas. Parece, á primeira vista, contraditório, mas a psicodinâmica, ao invés de oferecer alternativas “dinâmicas”, acaba por promover um reducionismo “psicológico”. Ressalto que não se pode reduzir um indivíduo aos aspectos psicológicos, é essencial enxergá-lo como um todo, biológico, psicológico e social.

As colocações acima nos remetem a questionar a dissonância entre o ensino e as necessidades emergentes que o processo da Reforma Psiquiátrica encerra⁸. Os novos projetos na área de saúde mental necessitam primordialmente de profissionais capacitados no novo paradigma. Os novos serviços necessitam profissionais instrumentalizados para intervenções reabilitativas. Serviços comunitários, centros de atenção psicossocial, ambulatórios de saúde mental, leitos psiquiátricos em hospitais gerais só se farão concretos, na perspectiva em questão, se os profissionais forem além de suas especificidades, para se tornarem reabilitadores por excelência.

A desinstitucionalização não deve, porém, e não pode ser praticada só no interior da instituição fechada (o manicômio): essa é prática de desarticulação e de análise dos mecanismos sociais, políticos, psicológicos que “ligam”, ou melhor, “separam” a história do indivíduo dos âmbitos em que ela é obrigada a declinar em nome da manutenção desses mesmos âmbitos. Nesse sentido, a dupla conceitual desinstitucionalização-reabilitação que vale no hospital psiquiátrico vale em qualquer lugar, enquanto em toda a parte se repropõe a necessidade de “desinstitucionalizar-reabilitar o contexto” (Rotelli, apud Saraceno, 1999, 133).

Presenciei excelentes projetos de reabilitação psicossocial sendo desenvolvidos, tendo como *setting* a rua, a cidade, o habitar do usuário. Isso vem corroborar, que esta é uma prática de articulação, de preservação ou resgate da história das pessoas. Mostra, também, que enquanto muitos profissionais “esperam” eternamente as condições ideais que às vezes não chegam nunca, outros, criativos e envolvidos fazem de cada lugar, de cada momento, a oportunidade para pôr em prática a reabilitação dentro do *setting* real da vida das pessoas. Considero este como o melhor laboratório para o desenvolvimento de práticas reais e contextualizadas, onde o interesse pela vida e reabilitação das pessoas transcende às limitações de estrutura física. Talvez este seja o único *setting* onde não haja a constante

⁸ Kantorski (1998), em sua tese de doutorado – O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, aborda esta questão. A autora conclui que inexistente a inserção da universidade, do ponto de vista institucional, no movimento de Reforma Psiquiátrica na realidade estudada; que os mecanismos de resistência e inconformismo aos saberes e práticas dominantes ocorrem a partir de alguns atores que se aproximam das discussões e práticas da Reforma Psiquiátrica. A autora entende que, apesar de o ensino formal reproduzir os saberes e práticas dominantes, os sujeitos podem assumir posturas diferentes, de inconformismo e resistências e romper com a ideologia dominante.

preocupação de desinstitucionalizar – reabilitar o contexto, entendendo-se que esse flui na sua totalidade para a não-institucionalização.

Algumas produções com o título de reabilitação psiquiátrica, tais como, Pratt et al., (1999); Farkas (1999), utilizam esta terminologia como sinônimo de reabilitação psicossocial. Entendo a reabilitação psicossocial como um conceito mais amplo do que a terminologia reabilitação psiquiátrica sugere. Entretanto, para fins deste estudo, adotarei os dois conceitos como sinônimos, por entender que na revisão de literatura a expressão reabilitação psiquiátrica não se refere somente aos aspectos psiquiátricos. Na verdade, são empregados dois termos - reabilitação psiquiátrica e reabilitação psicossocial, na opinião de Pratt et al. (1999), para a mesma prática.

Algumas conceituações se fazem necessárias, como, por exemplo, expressões de uso corrente nesta área: *impairment*, *disability* e *handicap*. *Impairment* refere-se a “qualquer perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou estrutura anatômica ou função.” *Disability* é conceituado como “qualquer restrição ou falta, consequência de uma diminuição da habilidade para a performance em atividades de diferentes tipos dentro da abrangência considerada normal para o ser humano” (Anthony et al. 1992, p.61). O termo *disability* é conceituado pela Organização Mundial da Saúde - OMS como “uma inabilidade para participar ou desempenhar um papel social desejável em atividades como autocuidado, relações sociais, trabalho e conduta adequada em situações específicas”. (Pratt et al., 1999, p. 12). *Handicap* é definido como “uma desvantagem presente no indivíduo (consequência de um *impairment* e/ou *disability*) que limita ou evita a satisfação de um papel que é normal, dependendo da idade, sexo e fatores sociais /culturais para aquele indivíduo”. (Anthony et al., 1992).

Anthony et al. referem que os trabalhos de Wood (1980) e Frey (1984) trazem clareza conceitual para estes termos. De uma maneira muito simples, fazem uma descrição articulada dos três termos. Por exemplo, o *impairment* de uma estrutura ou função pode levar a uma *disability* – isto é, decréscimo da habilidade para a performance de certas habilidades ou atividades - e limita a satisfação pessoal de certos papéis - em outras palavras, cria o *handicap*.

Estes autores entendem que o tratamento em saúde mental está tipicamente ensaiado para intervir no estágio de *impairment*. Postulam que tratamentos somáticos e psicológicos atentam para aliviar sinais e sintomas de patologias. Leitner e Drasgow, apud Anthony et al (1992), analisando as diferenças entre tratamento à minimização de doenças e reabilitação visa à maximização da saúde. Destacam que a eliminação ou supressão de impairments não irá conduzir automaticamente a um aumento do funcionamento. Da mesma maneira, um decréscimo na desabilidade não irá levar à redução do *impairment*. Saliendam a importância de notar que um *impairment* crônico ou severo (diabetes, um golpe) não significa sempre uma desabilidade crônica ou *handicap*.

Na análise das distinções entre tratamento e reabilitação, Anthony et al. (1992) assinalam que o tratamento e a reabilitação são procedimentos que idealmente deverão ocorrer em seqüência ou simultaneamente. Sobrepostos e complementares um a outro. Apontam que as técnicas de tratamento e reabilitação são realizadas no mesmo programa ou em programas separados na mesma instituição. E ambos, tratamento e reabilitação, algumas vezes providos pelo mesmo profissional.

Entretanto os autores ressaltam que deverão ser feitas distinções entre tratamento e reabilitação para uma efetiva contribuição para as necessidades das pessoas com desabilidades psiquiátricas. Recordam que no passado a reabilitação psiquiátrica era considerada somente após a conclusão do tratamento, ou ainda, considerada como uma alternativa quando o tratamento falhava. Observam que no presente, muitos programas de reabilitação psiquiátrica se utilizam de técnicas de tratamento, ao invés da tecnologia de reabilitação. Que em muitos *settings*, a principal modalidade de ajuda está apta para a combinação de farmacoterapia e terapia individual ou em grupos. E, também, que o *staff* que provê os serviços de reabilitação é selecionado para o treinamento do uso de técnicas terapêuticas e não para a habilidade da tecnologia de reabilitação psiquiátrica.

O exame dos programas de reabilitação revelam, para Anthony et al. (1992), que as diferenças entre tratamento e reabilitação não são estendidas para o que atualmente ocorre na prática. As mudanças ocorridas deram-se nas posições dos profissionais, os papéis continuam os mesmos. O tratamento continua, na visão destes autores, com conotação de mais status que a reabilitação. A distinção filosófica entre tratamento e reabilitação tem

afetado a prática somente em relação ao *setting* na qual a reabilitação ocorre, diferente do *setting* do tratamento. Para estes autores, a única filosofia e tecnologia de reabilitação psiquiátrica necessária a ser adotada por profissionais de saúde mental é que a prática de reabilitação pode ser treinada como um conjunto específico de habilidades, composto de conhecimentos do processo de reabilitação psiquiátrica.

Penso que no modelo americano acima, o que está sendo apontado são as dificuldades enfrentadas na prática. Os profissionais que foram para a área de reabilitação, continuaram desempenhando o papel que tradicionalmente ocorria no tratamento. Certamente a prática, nesta perspectiva, ficou comprometida. O alerta vem em tempo: precisa haver uma separação conceitual, entre reabilitação e tratamento. Reitero que esta deverá permanecer no plano conceitual, na prática, reabilitação e tratamento deverão ocorrer em seqüência ou simultaneamente. Estas contradições são expressas pelos profissionais quando fazem menção à reabilitação, mas utilizam a expressão tratamento. Entende-se que ocorre aí uma fragmentação dos saberes e práticas ou, ainda, não-entendimento da abrangência da reabilitação psicossocial.

Anthony et al. (1992), ao descreverem as diferenças entre tratamento e reabilitação, entendem que a missão da reabilitação é promover o funcionamento e satisfação em ambientes específicos, enquanto o tratamento está focado na redução de sintomas, na “cura”, ou desenvolvimento de insights terapêuticos; a intervenção da reabilitação pode ocorrer independente da teoria causal, o tratamento está baseado em uma variedade de teorias causais que determinam a natureza da intervenção; o foco da reabilitação está no presente e futuro enquanto o tratamento foca o passado, o presente e futuro; o diagnóstico de reabilitação identifica as habilidades presentes e necessárias e o suporte ambiental, o tratamento identifica sintomas e possíveis causas; a intervenção da reabilitação está baseada no diagnóstico de reabilitação e compreende o desenvolvimento de habilidades e incremento de suporte, o tratamento está baseado em psicoterapia e farmacoterapia; a origem histórica da reabilitação é o desenvolvimento de recursos humanos, reabilitação vocacional, reabilitação física, terapia centrada no cliente, educação especial e abordagens de aprendizagem, enquanto o tratamento se origina nas teorias psicodinâmicas e na medicina voltada para o cuidado do corpo.

Os autores alertam que, embora o processo completo de ajuda às pessoas com deficiências psiquiátricas inclui tratamento e reabilitação, deverá ser feita uma separação conceitual, para que o processo de reabilitação receba reconhecimento como a única contribuição na ajuda às pessoas com deficiências psiquiátricas.

Existem muitas definições de reabilitação psiquiátrica, estas diferenças refletem, em última instância, os modelos filosóficos e técnicos adotados pelos seus praticantes. Na definição geral da diretora da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (IAPRS), Ruth Hughes citada por Pratt et al. (1999), o objetivo da reabilitação psiquiátrica é facilitar o indivíduo para compensar ou eliminar os déficits funcionais, barreiras interpessoais e barreiras ambientais criadas pela deficiência, para restaurar habilidades para uma vida independente, socialização e efetivo gerenciamento de vida.

Em 1992, o *Psychosocial Rehabilitation Journal* solicitou aos seus leitores uma definição de reabilitação psiquiátrica. Escolheu e conferiu menção honrosa à seguinte definição: “reabilitação psiquiátrica significa que aquela pessoa que antes tinha medo de entrar em uma loja para pedir um sorvete de soda, hoje pode ser o gerente da loja de sorvetes”. A escolha desta definição deu-se em virtude de capturar a humanidade e a esperança inerentes ao processo de reabilitação. (Green, apud Pratt et al., 1999, p. 14).

Para Pratt et al., um dos mais recentes acréscimos em reabilitação psiquiátrica diz respeito ao desenvolvimento do conceito de recuperação. Em virtude de muitas condições serem de longa duração, pessoas com doenças mentais severas e profissionais não utilizavam a expressão cura. Atualmente, o conceito e a importância de recuperação de doenças mentais severas é aceito e reconhecido por muitos setores e representa a promessa de esperança para o futuro.

Os autores anteriormente mencionados entendem que para muitas condições, recuperação significa cura. Mas para uma pessoa com uma longa história de doença mental, recuperação se refere à reformulação de aspirações de vida e eventual adaptação à doença. Estabelecem uma analogia entre reabilitação de pessoas com uma doença física e mental. A primeira é tida como relativamente comum e aceita como um fenômeno da vida moderna, como, por exemplo, problemas cardíacos decorrentes de estresse e a implantação de um marcapasso cardíaco. Entretanto, a aceitação de um *handicap* mental, cognitivo ou

emocional revela-se mais difícil. Atribuem isto ao medo e ao estigma que a doença mental provoca. Acreditam que, a despeito do progresso, existe ainda um longo caminho a percorrer para educar o público sobre a doença mental e suas causas.

Pratt et al. (1999) enfatizam que autores como Deegan e Anthony acreditam que o primeiro passo no processo de recuperação ou reabilitação de uma pessoa deverá ser principalmente a aceitação do seu *handicap* ou *disability*. Postulam que para atingir a recuperação, o indivíduo terá que mudar a visão de mundo e incorporar o *handicap* como uma condição que é parte da realidade. Os sonhos e aspirações podem ter que ser modificados para incluir a doença mental. Deegan diz que ajudar alguém a alcançar o tipo de mudança fundamental no autoconceito se constitui num dos mais importantes aspectos da tarefa prática adotada pelos reabilitadores.

Esta autora entende que a mudança no autoconceito leva a muitas outras idéias importantes sobre o processo de recuperação. Enfatiza que uma das mais importantes idéias é que a recuperação e a reabilitação não são um processo linear. As pessoas em andamento nesse tipo de mudança poderão naturalmente apresentar fracassos e falências temporárias. Relata que quando estão melhores tentam esquecer ou reprimir a idéia de que têm uma doença mental severa. Coloca que a recuperação real é uma jornada que requer exploração de novas idéias e novos autoconceitos, e isto significa estar aberto para fracassos, desapontamentos e possível recaída.

Deegan, apud Pratt et al. (1999) enfatiza que os serviços de reabilitação psiquiátrica que realisticamente não levam em consideração os fracassos, estão realizando um desserviço para os clientes. Pratt et al. consideram que corolário ao conceito de recuperação, tem-se que o caminho de cada pessoa para a recuperação é único, porque está associado ao desenvolvimento de uma nova auto-imagem. Como cada pessoa é única, a tolerância dos serviços de reabilitação psiquiátrica está diretamente relacionada ao processo reabilitativo. Programas efetivos respeitam diversidades e provêem serviços individualizados para seus clientes.

Estes autores entendem que como o cerne da tarefa de recuperação de pessoas necessita do desenvolvimento de uma nova e positiva auto-imagem que incorpore a doença mental, outros consumidores têm um importante papel a desempenhar no processo de

recuperação. Neste rol entram os clientes que conseguiram atingir uma auto-imagem positiva a despeito da doença, e que servem como modelos de identificação, porque trazem à lembrança dos outros que também poderão atingir o mesmo, como também, o *staff* dos serviços de reabilitação psicossocial. Esta é a razão pela qual os trabalhadores desta área acreditam na redução de barreiras entre consumidores e *staff*, tanto quanto possível. A conceituação deste modelo é tão fundamental para a reabilitação psiquiátrica que tem sido adotada em muitos *settings*.

Pratt et al. (1999) fazem uma articulação entre objetivos, valores e princípios orientadores da reabilitação psiquiátrica. Valores são crenças arraigadas que fazem vigorar informações específicas sobre comportamentos, atitudes e idéias. Objetivos representam uma finalidade que se pretende atingir. Em contraste com objetivos, princípios são sentenças mais específicas, especialmente designadas para promulgar valores e objetivos, desde que através de diretrizes para tratar situações específicas ou comportamentos. Tomam como exemplo o princípio do tratamento menos restritivo desenvolvido em saúde mental comunitária. Este princípio designa, entre outras coisas, a promoção dos objetivos de integração comunitária e qualidade de vida, assim como o fomento dos valores pelo respeito da dignidade de cada ser humano.

→ Qualidade de vida tem sido definida pela Organização Mundial da Saúde - OMS “como uma percepção do indivíduo de sua posição de vida no contexto da cultura e sistema de valores no qual ele vive e em relação com seus objetivos, expectativas, padrões e interesses. Isto é um conceito de ampla abrangência incorporando um caminho complexo da saúde física das pessoas, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a sua relação para salientar características com o meio ambiente” (Whoqol, 1999).

Os objetivos da reabilitação psiquiátrica representam os objetivos dos serviços que executam a reabilitação psiquiátrica. E estes objetivos são aqueles pelos quais os serviços de reabilitação psiquiátrica deverão lutar para alcançar para os seus clientes. Objetivos são diretrizes para os serviços andarem de mãos dadas com os valores da reabilitação psiquiátrica. A combinação de objetivos e valores de ajuda determina os princípios orientadores dos serviços. Na revisão de Pratt et al. (1999, p.99-104), para identificar as

idéias sugeridas por muitos autores sobre os objetivos da reabilitação psiquiátrica tem-se o seguinte consenso universal:

1. Os serviços de reabilitação psiquiátrica são designados para ajudar pessoas com doença mental severa alcançar recuperação.
2. Os serviços de reabilitação psiquiátrica são designados para ajudar pessoas com doença mental severa atingir a máxima integração comunitária.
3. Os serviços de reabilitação psiquiátrica são designados para ajudar pessoas com doença mental severa a atingir a mais alta possibilidade de qualidade de vida.

Para estes autores, os valores fundamentais, se não todos, dos serviços de reabilitação psiquiátrica estão diretamente relacionados com os objetivos que a reabilitação psiquiátrica tenta atingir. Compreendem valores como atitudes gerais que influenciam o comportamento profissional de diferentes maneiras. Apontam para a necessidade de os trabalhadores de reabilitação psiquiátrica terem estes valores articulados, porque eles estão embutidos nos modelos (projetos) dos programas e nas estratégias dos serviços. Salientam a importância de, na revisão dos cinco valores da reabilitação psiquiátrica abaixo descritos, considerar como estão relacionados com os objetivos da reabilitação psiquiátrica:

1. O profissional de reabilitação psiquiátrica acredita que todas as pessoas têm o direito da autodeterminação, incluindo a participação em todas as decisões que afetam suas vidas.
2. O profissional de reabilitação psiquiátrica acredita na dignidade e valor de todos os seres humanos, indiferente aos graus de *impairment*, *disability* ou *handicap*.
3. O profissional de reabilitação psiquiátrica é otimista em consideração ao melhoramento e eventual recuperação de pessoas com doença mental severa que estão sob os seus cuidados.
4. O profissional de reabilitação psiquiátrica assume que todas as pessoas têm capacidade de aprender e crescer.
5. O profissional de reabilitação psiquiátrica é sensível no respeito individual, cultural e diferenças étnicas de cada consumidor.

Os princípios orientadores da reabilitação psiquiátrica compreendem um conjunto de normas que podem ser aplicadas em situações específicas, para atingir os objetivos e refletem os valores neste campo. Estas normas, segundo Pratt et al. (1999), podem ser manuseadas pelos profissionais de reabilitação psiquiátrica sempre que em face de situações que envolvam decisões importantes. Estes princípios são instrumentos importantes para providenciar orientação no dia-a-dia, em situações clínicas e para a sistematização da prática de reabilitação psiquiátrica.

Os princípios formulados por estes autores são os seguintes: individualização de todos os serviços; máximo envolvimento de clientes, preferência e escolha; normalização⁹ e serviços comunidade-baseado; focalizar os pontos fortes; avaliação situacional; integração tratamento/reabilitação, abordagem holística; serviços coordenados, acessíveis e contínuos; foco vocacional; treinamento de habilidades; modificações ambientais e suporte; participação com a família e foco orientado na identificação, avaliação e resultado (Pratt et al.).

Entretanto se faz necessário esclarecer que, apesar de os objetivos e valores serem compartilhados universalmente, o mesmo não ocorre na aplicação dos princípios. Estas diferenças de opinião refletem, para Pratt et al., diferenças na formulação dos princípios de reabilitação psiquiátrica que têm sido abordadas por profissionais nesta disciplina. Apesar da atual discordância sobre estes princípios, profissionais de diferentes *settings* comumente priorizam princípios diferentes. Os autores entendem que a repriorização é comumente uma resposta para a diferença real existente entre *settings* e situação única. Citam como exemplo que, para justificar os critérios de fatura em muitos *settings* médicos, membros do *staff* requerem que o foco seja nos sintomas e déficits dos consumidores, em vez de, na força. Esta ênfase nos sintomas e déficits viola o princípio do foco na força individual. Para estes autores, profissionais desta natureza colocam em perigo a existência dos programas de reabilitação psiquiátrica em geral.

⁹ O termo normalização foi cunhado por Wolf Wolfensberger, e o autor o descreve como a promoção de valores dos papéis sociais. Exemplifica que trabalho, estudo, pais e vizinhos são papéis sociais positivos que são valorizados em nossa sociedade. Ao passo que pacientes psiquiátricos e residentes são papéis sociais desvalorizados. Destaca que os serviços de reabilitação psiquiátrica são designados para assistir pessoas na aquisição de sucesso e valor nos papéis sociais. Complementa afirmando que serviços normalizados são apropriados para a idade, o sexo e a cultura das pessoas (Pratt et al., 1999).

O desenvolvimento da prática assistencial da pesquisadora objetivou a sistematização do cuidado em psiquiatria e saúde mental, utilizando princípios orientadores específicos. Isto vem corroborar a opinião dos autores sobre a adoção de princípios específicos dependendo do *setting*. Os princípios adotados vinham ao encontro das necessidades, objetivos e valores do serviço. Resgato alguns princípios trabalhados, como o cuidado como elemento-chave para transformar os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente em sua concretude no cotidiano; a promoção da capacidade de auto-ajuda e de autonomia das pessoas; a mobilização de todos os atores envolvidos; a valorização da dimensão afetiva na relação terapêutica e a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global (Rotelli, 1990). A estes foram incorporados os princípios formulados pela pesquisadora, quais sejam: a necessidade do abandono da centralização do olhar dirigido pelo diagnóstico, pela doença, para a construção de um novo olhar guiado pela história de vida singular de cada indivíduo, com maior ênfase no diagnóstico de vida; o papel prevalente de agente terapêutico dos profissionais e a inserção da educação neste contexto, objetivando a reinserção social – a cidadania do portador de sofrimento psíquico.

A base conceitual do modelo de reabilitação psiquiátrica provém do modelo subjacente de reabilitação física. Anthony et al. (1991) têm descrito como, apesar das óbvias diferenças entre uma severa deficiência psiquiátrica e física, existem similaridades para o uso da prática da reabilitação física como uma base conceitual para a prática da reabilitação psiquiátrica. Citam, como exemplo, que ambos os clientes, portadores de uma deficiência física ou psiquiátrica, exibem *handicaps* no seu desempenho, ambos frequentemente necessitam de uma larga extensão de reabilitação, frequentemente por um longo período, e ambos podem não experimentar total recuperação de suas deficiências.

Estes autores pontuam que existem inúmeras vantagens em usar o modelo conceitual de reabilitação física como uma base conceitual para a reabilitação psiquiátrica. A deficiência física é considerada menos estigmatizante do que a deficiência psiquiátrica. Além disso, a reabilitação do incapacitado físico aparece com crédito e entendimento para pessoas leigas. Assim, estes autores entendem que, através do uso do modelo e filosofia da reabilitação em reabilitação psiquiátrica, o conceito de reabilitação psiquiátrica poderá ser mais claro, articulado e mais legítimo e aceitável.

Anthony et al. (1992) têm baseado as suas descrições da prática clínica de reabilitação psiquiátrica na prática de reabilitação física. Na essência, ambas, reabilitação física e psiquiátrica, constam de duas intervenções estratégicas: desenvolvimento de habilidades dos clientes e desenvolvimento de recursos ambientais. Estas intervenções técnicas na prática da reabilitação física têm orientado a filosofia básica da reabilitação. Pessoas desabilitadas necessitam habilidades e suporte ambiental, na ordem de seqüência, para atender as demandas de vários papéis – de viver, de aprendizagem e ambiente de trabalho. Intervenções designadas para a perda da *disability* são assumidas para levar ao decréscimo do *handicap*.

O objetivo deste trabalho não é descrever a imensa quantidade de modelos de reabilitação psiquiátrica anunciados pelos seus autores. Até porque, parafraseando Saraceno (1999), do método de Anthony e Farkas (1990), talvez somente estes autores sigam-no de maneira fiel. E assim sucessivamente com Liberman (1998), Pratt (1999), Cohen (1990), entre outros. Entretanto, cabe à pesquisadora dissecar a filosofia, os princípios e objetivos da reabilitação psiquiátrica.

De acordo com Anthony et al. (1992, p. 64, 65), os princípios básicos para a prática da reabilitação psiquiátrica operam independentemente do *setting* na qual são praticados e das diferentes disciplinas dos profissionais que a praticam. São, a saber:

1. O foco primário da reabilitação psiquiátrica está em melhorar as competências das pessoas com desabilidades psiquiátricas.
2. Os benefícios da reabilitação psiquiátrica para os clientes são mudanças comportamentais naqueles ambientes onde se fazem necessárias.
3. A reabilitação psiquiátrica é eclética no uso de uma variedade de técnicas.
4. O foco central da reabilitação psiquiátrica está no melhoramento vocacional como consequência para pessoas com desabilidades psiquiátricas.
5. Esperança é um ingrediente essencial no processo de reabilitação.
6. O deliberado aumento da dependência dos clientes pode levar a um eventual aumento do funcionamento independente dos clientes.
7. O envolvimento ativo dos clientes no seu processo reabilitativo é desejável.

8. As duas intervenções fundamentais na reabilitação psiquiátrica são o desenvolvimento das habilidades dos clientes e o desenvolvimento de suporte ambiental.
9. Tratamento com drogas a longo-termo é freqüentemente necessário, mas um componente raramente suficiente na reabilitação.

Autores como Pratt et al. (1999) postulam que, em diferentes *settings*, ocorrem pequenas variações em relação aos princípios básicos, em virtude da atuação e formação de diferentes profissionais, mas que existe um consenso sobre os princípios essenciais fundamentais. Através desta colocação pode-se observar que, enquanto Anthony et al. (1992) entendem que os princípios da prática operam de forma independente do *setting* e das diferentes categorias profissionais que as executam, Pratt et al. (1990) consideram que ocorrem variações, dependendo do *setting* e dos profissionais envolvidos. Os últimos autores, entretanto, concordam sobre a existência de princípios orientadores fundamentais de reabilitação psiquiátrica.

Ao comparar os princípios de Anthony et al. (1992) com os de Pratt et al. (1999), concluo que emerge fundamentação teórica consensual em relação aos aspectos do envolvimento ativo de clientes, modificações ambientais e suporte, treinamento/desenvolvimento das habilidades dos clientes e foco vocacional. Nos princípios formulados por Pratt et al. (1999), assinalo a individualização de todos os serviços, a participação com a família e a oferta de serviços coordenados e contínuos, como pontos importantes a serem trabalhados nos programas. Nos princípios elaborados por Anthony et al. (1992), o retorno ao trabalho se processa como uma característica importante, expressa através de dois princípios, quais sejam: o foco primário da reabilitação está em melhorar as competências das pessoas com desabilidades psiquiátricas e o foco central está no melhoramento vocacional como consequência.

↳ Compreendo que existem princípios orientadores básicos, que independem da formação dos profissionais. Entretanto visualizo que a repriorização é uma realidade que ocorre nos serviços e não pode ser negada. Dependendo do *setting*, poderá haver o enfoque sobre alguns princípios, em detrimento de outros, que poderão ser considerados como menos importantes. Homogeneizar estes princípios, ainda que pudesse ser desejável, seria

reduzir as amplas possibilidades de intervenção e a criatividade que se descortinam nos diferentes *settings*.

↳ Apesar de os princípios citados acima estarem impregnados pela educação, esta em nenhum momento é referida diretamente. Considero a educação, neste paradigma, de fundamental importância para atingirmos a cidadania do portador de sofrimento psíquico. Práticas de reabilitação e reinserção social perpassam necessariamente pela educação, assim como a construção/reconstrução do sujeito. Dentro desta perspectiva, penso que o planejamento educacional participativo se enquadra como o melhor meio para a emancipação do ser humano.

Uma intervenção educativa participativa constitui-se numa forma de organização de forças que ao invés de conduzir à domesticação encaminha os educandos à autonomia, ao descobrimento de suas potencialidades, à parceria e ao experimentar juntos, ingredientes da cidadania (Rezende, 1990, p. 13).

Eis o governo e o “cuidado de si” proposto por Foucault (1985, p. 67):

Acredito que o processo entendido como educativo requer a participação de todos os sujeitos envolvidos, seu envolvimento, a manifestação de suas crenças, a interação, o respeito às idéias divergentes, a busca do consenso e do entendimento pela via do argumento, numa compreensão de que os limites da liberdade são estabelecidos na relação com o outro como sujeito e não como objeto ou coisa. O ato de planejar e desenvolver uma ação educativa para o outro não pode ser entendido como o decidir a vida para as pessoas, mas é justamente com elas descobrir uma melhor forma de vida para elas.

Através das colocações de Foucault, podemos vislumbrar o papel da educação, que considero emergente no processo de reabilitação psicossocial, independente da técnica ou programa desenvolvidas. Por exemplo, os modelos de *social skill training* são pautados nos princípios da teoria da aprendizagem. Educação entendida aqui como a da sociedade, dos profissionais e dos portadores de sofrimento psíquico. As pessoas, ao ingressar em um serviço de saúde mental, precisam dispor de profissionais sérios e comprometidos, leia-se envolvidos, em transformar o sentir e vivenciar a doença mental, através de programas nos quais esteja contemplada a totalidade do ser humano. Particularmente, penso que devam

existir projetos terapêuticos individualizados, que privilegiem os vários aspectos da vida das pessoas que estão sendo cuidadas. Esta dinâmica conduz a uma assistência abrangente, consistente, sistemática, dialética e ética em saúde mental. O que não se pode esquecer é a construção coletiva, interdisciplinar destes, a flexibilidade e a avaliação deverão permear todo o processo.

Conforme Anthony et al. (1992), o campo da saúde mental está preparado para aceitar a abordagem da reabilitação psiquiátrica como um modelo preferencial para ajudar pessoas com severas desabilidades psiquiátricas. Entretanto, estes autores lamentam que a abordagem da reabilitação psiquiátrica não será adotada, se a tecnologia do processo de reabilitação não for desenvolvida e usada. Colocam que emerge um consenso sobre as fases do processo de reabilitação psiquiátrica descrita como uma tecnologia para ser usada por profissionais para ajudar pessoas com desabilidades psiquiátricas para participar no e em benefício do processo de reabilitação.

Para estes autores a filosofia da reabilitação provém diretamente do processo de reabilitação psiquiátrica. Ou seja, pessoas desabilitadas necessitam de habilidades e suporte para o funcionamento nos ambientes residencial, educacional, social e vocacional. Apontam que o processo de reabilitação psiquiátrica consiste de três fases designadas em torno do desenvolvimento das faltas e necessidades de habilidades e suporte: a fase do diagnóstico, a fase do planejamento e a fase de intervenção.

A fase do diagnóstico envolve o profissional ajudando o cliente para avaliar as suas habilidades, suporte de força e déficits. Isto contrasta com o tradicional diagnóstico psiquiátrico que descreve sintomatologia, enquanto o diagnóstico de reabilitação produz uma descrição do comportamento da pessoa e uma definição operacional do nível de suporte ambiental nos setores residencial, educacional, social e vocacional. A fase do diagnóstico informa possibilidades de reabilitação para o profissional ajudar o cliente na fase de planejamento. Um plano de reabilitação especifica como desenvolver as habilidades e/ou suporte para atingir os objetivos de reabilitação das pessoas. Este plano é similar a um plano individualizado, a maior diferença está na identificação das prioridades agudas e no desenvolvimento de recursos objetivos e intervenções específicas para cada objetivo, em vez da identificação do serviço provedor. Na fase de intervenção, o plano de reabilitação é

implementado para o desenvolvimento de habilidades pessoais e/ou ambientais para um melhor suporte de funcionamento da pessoa.

Reporto-me novamente ao projeto de prática assistencial que se utilizou metodologicamente das fases do processo de enfermagem de Irving (1979), quais sejam: diagnóstico, plano, ação e avaliação de enfermagem. Contrapondo estas, às fases descritas por Anthony et al. (1992), visualizo que os passos orientadores são os mesmos. O diferencial é que estes autores não utilizam a fase de avaliação, essencial no meu entender. A abordagem a diferentes setores de vida das pessoas é idêntica a que no processo da pesquisadora deu-se através dos projetos terapêuticos individualizados onde estavam contempladas as histórias de vida dos usuários.

Compreendo que os projetos terapêuticos individualizados, assim como os programas reabilitativos, não devem ser encarados como processos meramente normativos, mas devem responder aos objetivos propostos, como um conjunto de diretrizes e estratégias que direcionam as ações. Para isto, algumas características são necessárias: a flexibilidade, o redimensionamento e a constante avaliação. Isto implica um processo de construção coletiva e cotidiana, com a participação e o envolvimento da equipe em sua totalidade, para que a proposta daí resultante seja o retrato do compromisso de todos para com a excelência da qualidade da atenção oferecida.

Na observação das variáveis reais, dentre elas, os sujeitos, os contextos, os serviços e os recursos, Saraceno (1999) analisa que, a despeito de um sem número de métodos e modelos de reabilitação, há uma descolagem entre realidade e modelos. Cita como exemplo que, enquanto são particularizados detalhes do programa reabilitativo, este se parece praticar num vácuo, e se sobram articulações dos métodos faltam a contextualização dos lugares e motivações que levam a esses métodos. Coloca que, assim como os *settings* psicoterápicos reais não são de forma alguma os ideais, da mesma forma ocorre uma defasagem entre as condições reais de trabalho nos serviços e os modelos. Atribui isso não somente ao *setting* "físico", mas também aos cenários emotivos em que são realizados os programas reabilitativos.

Pitta (1996) entende que as variáveis que estão relacionadas e determinam os resultados da reabilitação podem ser distribuídas em dois extremos: no micro e no macro. O

micro está relacionado à afetividade, à continuidade, ao vínculo real estabelecido entre paciente-profissional e ao tempo gasto nesta relação. O nível macro está relacionado à organização do serviço, se está aberto 24 h ou 12 h, a sua relação com a comunidade e a satisfação de seus usuários e profissionais. Na visão desta autora, estas são as variáveis que determinam se as técnicas, independente de quais forem, estão funcionando ou não. Cita, como exemplo que, enquanto alguns serviços se utilizam da técnica de Liberman¹⁰ com sucesso, outros se utilizam da mesma técnica e são um fracasso. Isto corrobora que as variáveis que influem na melhora ou piora dos pacientes não são as técnicas em si, mas o programa, o serviço e as pessoas (profissionais) que trabalham nos serviços.

Pitta (1996) e Saraceno(1999) refletem sobre a palavra entretenimento. No sentido italiano, entretenimento significa passar prazerosamente o tempo, diversão. Na raiz latina significa manter dentro. Saraceno (1999), em uma crítica à psiquiatria, considera que o entretenimento se constitui na principal característica da psiquiatria. O entretenimento entendido como o “manter dentro”. Manter dentro do hospital, dentro da cultura psiquiátrica, dentro do hospital-dia, com medicamentos, com conversas, com atividades recreativas.

Entretido, no sentido de posto dentro de um sistema de tratamentos que são administrados com um grau notável de casualidade, de falta de previsões, de ausência de avaliações, “à espera de ... E quando a espera é premiada com a melhora, essa será a “prova” da eficácia do tratamento (Saraceno, 1999, p. 17).

¹⁰ Liberman, assim como Anthony e Farkas, são os principais expoentes desta abordagem centrada no modelo de Social Skills Training. Este modelo pode ser visto como o processo de enfrentamento através do qual são adquiridas competências sociais. O modelo conceitual baseia-se em quatro fatores: a vulnerabilidade, o estresse, o *coping* (enfrentamento) e a competência. Estes autores centram o modelo em uma suposta vulnerabilidade a eventos de vida estressantes que acabariam por sobrecarregar as habilidades de enfrentamento (*coping*) de uma pessoa, instalando-se os sintomas psicóticos. O desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, as competências interpessoais aliadas ao uso de psicofármacos se constituem como os fatores de proteção desenvolvidos neste modelo. Este modelo de orientação behaviorista e os modelos psico-educativos em muitos aspectos perpassam-se, já que este último também está centrado na vulnerabilidade individual e nos fatores de estresse ambiental. Ou seja, Liberman se situa em ambos os modelos. A integração dos modelos de Social Skills Training e os psico-educativos promovem a ampliação da perspectiva terapêutica (Saraceno, 1999; Liberman, 1998).

Para Pitta, a reabilitação é ruptura do entretenimento, a ruptura da cultura do manter dentro, a não-reprodução da lógica da enfermidade. Visualiza o entretenimento como um adestramento físico e mental. Entende que a partir do momento em que se assumem os cenários - casa, trabalho e rede social, não haverá mais tempo para o entretenimento.

Saraceno (1999), ao mencionar a impotência da psiquiatria, compreende que não é esta impotência que impressiona, mas a ausência de crítica nos confrontos com essa impotência. Analisa que esta ausência de crítica culpada não permite que sejam conhecidas as ações que contribuem para a melhora ou piora dos pacientes. Considera que, através da individualização das ações e do conhecimento dessas ações, viria a se descobrir que não são as ações que definem os tratamentos formais que são relevantes na evolução das doenças. Mas ao invés dessas, as ações que contornam os tratamentos como significativamente mais decisivas para a evolução do paciente. Cita como exemplo os contextos onde o tratamento ocorre, as expectativas e motivações de quem oferece o tratamento, a afetividade, a continuidade da assistência, a perspicácia das propostas de vida para o paciente.

A ruptura do entretenimento não é, portanto, uma simples renúncia passiva à prática psiquiátrica mas, ao contrário, é uma pesquisa teórica e prática dos caminhos cotidianos para se operar micro-rupturas da miríade de micro-entretimentos, descobrindo a miríade de fontes de recursos e modos de operar que confluem para a reconstrução da cidadania plena do paciente psiquiátrico. A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível (Saraceno, 1999, p.18).

A ruptura deste entretenimento deverá ocorrer no cotidiano, em diferentes *settings*: do hospital psiquiátrico ao serviço de atenção à saúde mental na comunidade. Às vezes deparamo-nos com excelentes serviços, fundamentados no referencial da reforma psiquiátrica, entretanto, com cronificação das ações executadas. Estas refletem, em última análise, a cronificação da equipe. O institucionalismo ocorre nos pequenos atos da vida cotidiana. A institucionalização, segundo Berger e Luckmann (1998) ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores. Vistas de maneira diferente, qualquer uma dessas tipificações é uma instituição. O que deve ser acentuado é a

reciprocidade das tipificações institucionais e o caráter típico não somente das ações, mas também dos atores nas instituições. As tipificações das ações habituais que constituem as instituições são sempre partilhadas. São acessíveis a todos os membros do grupo social particular em questão, e a própria instituição tipifica os atores individuais assim como as ações individuais.

Saraceno ressalta que não é possível falar de reabilitação psiquiátrica, sem considerar o hospital psiquiátrico. Ao abordar o hospital psiquiátrico, cita que é nele que se deu de maneira mais lúcida e real a construção das alternativas e a invenção das práticas reabilitativas. O manicômio se constitui, para o autor, um paradigma dos processos de desabilitação, em virtude de o paciente encontrar neste todos os elementos da vida cotidiana, como comer, vestir, submeter-se a normas, receber ordens. Entretanto estes elementos assumem o grau zero dentro desse contexto, no sentido do empobrecimento humano e material.

Saraceno traça um paralelo entre uma enfermaria de reanimação de um país rico e uma de um país pobre e entre hospitais psiquiátricos de países ricos e pobres. Enquanto, no primeiro, as diferenças são evidentes, essas não se fazem notar em relação aos hospitais psiquiátricos. Afirma que o *layout* entre as duas realidades é muito semelhante: caminhantes ausentes que percorrem as calçadas, fumantes obstinados, banheiros molhados e malcheirosos, salas esfumaçadas. Ressalta que a lógica dos hospitais psiquiátricos prescinde da cultura local, da história dos países e das populações. Esta lógica é produto da psiquiatria, e se legitima e se auto-reproduz. E esta reprodução e legitimação é realizada pela instituição manicomial, através da ordenação do espaço, do tempo e do conjunto de normas e ritos que são praticados para conter esta ordem.

Portanto, o primeiro passo - ao mesmo tempo causa e efeito da passagem da ideologia tutelar àquela mais terapêutica - é o da transformação das relações interpessoais entre aqueles que atuam nesse campo. Transformação essa que tende a redefinir as funções... funções que já não apresentarão qualquer analogia com as que caracterizavam a situação tradicional anterior (Basaglia, 1991, p. 119).

O hospital psiquiátrico detém, de acordo com Saraceno (1999), a dupla função: a ordem do patrão e do pai. Aos manicômios do final de 1800 e início de 1900, cabia fazer prevalecer a função paterna, ou seja, a ordem, a norma. Analisa que a observação das arquiteturas manicomiais, em lugares tranquilos, com bonitos parques gramados, igrejas, remete à idéia de que a proteção não é somente da sociedade em relação ao louco ameaçador, mas também do louco em relação à sociedade ameaçadora. Considera que os manicômios foram projetados para dar forma e visibilidade ao direito de asilo. Nesta visão, passa a ser um projeto paterno, no momento em que a sociedade forte prevê tutela aos seus membros fracos. Com o desenvolvimento da cientificidade da psiquiatria e da ideologia médica, passa a prevalecer a função patronal, a da miséria e do abandono.

A crítica ao manicômio como lugar desumano e antiterapêutico, se não assume que tais conotações não são do "manicômio" mas da ideologia psiquiátrica (da qual o manicômio é o produto) se traduzirá simplesmente em criação de outros cenários para o exercício da mesmíssima ideologia psiquiátrica.[...] É a unidimensionalidade da doença a instituição a ser transformada, é o entretenimento unidimensional da doença a função a ser interrompida (Saraceno, 1999, p. 9-72).

→ Penso ser importante a introdução desta discussão nos serviços comunitários, para que fique claro que os muros a serem demolidos não são tão somente os da estrutura física, mas que a questão primordial colocada em campo diz respeito as relações entre as pessoas. Nos microespaços, se não houver esta crítica, reproduzir-se-ão as mesmas práticas condenadas. A reprodução das relações de poder dar-se-á de uma forma mais sutil, mas nem por isso inexistente. Considero importante, de tempos em tempos, a visita aos pressupostos da reforma psiquiátrica, com o objetivo de ver se há congruência entre a teoria e a prática.

Saraceno (1999) diferencia a concepção de Laing e de Basaglia sobre a loucura. A antipsiquiatria inglesa carrega o signo de identificação com a vítima, enquanto a antipsiquiatria italiana reivindica um espaço comum de cidadania curador-curado. O autor analisa que a legitimidade da loucura, para Laing, é uma experiência do outro, não podendo ser normalizada pela psiquiatria e nem pela psicanálise, podendo somente ser compreendida, testemunhada e acolhida.

É talvez nessa legitimação “psicológica” que são mais evidentes as diferenças entre Laing e o movimento da psiquiatria anti-institucional italiana: a legitimação sobre a qual trabalha Franco Basaglia é, de fato, a do corpo. O louco de Laing é reconhecido enquanto produtor de desrazão...O louco de Basaglia é antes de tudo um sujeito social condenado a uma progressiva perda de contratualidade não só afetiva mas social, econômica, civil (Saraceno, 1999, p.67-68).

As diferentes visões sobre a loucura, correspondem diferentes tipos de abordagens e tratamentos. O que deveria ser relevante e preocupante nas diversas abordagens é o questionamento: o que posso fazer, dentro da minha área de atuação, para melhorar a vida dos portadores de sofrimento psíquico? Independe das técnicas e modelos empregados. Entendo que, por mais elaborado e estruturado que se possa apresentar um programa reabilitativo, este tem que estar articulado com as dimensões reais dos serviços e da vida das pessoas envolvidas. Ou seja, necessita de um “pano de fundo”. Necessita da cidade, do bairro, dos moradores deste local, das relações e interações que estabelecem com os portadores de sofrimento psíquico daquele lugar. Ou seja, os modelos e técnicas precisam estar articulados e contextualizados para que sejam atingidos os objetivos propostos. E a equipe deverá estar permanentemente em alerta para romper com os seus próprios “entretimentos”.

É por isso que a experiência da transformação cotidiana da vida do que jaz no manicômio é o fundamento para cada possível libertação do doente da centralidade ordenante da psiquiatria, dentro e fora do manicômio. Seja bem-vindo o desaparecimento do manicômio, mas que com isso não desapareça a experiência de formação dos reabilitadores capacitados para transformar um cenário sem vida em outro cenário, dotado de vida (Saraceno, 1999, p. 75).

Alguns serviços, como por exemplo, o de saúde mental de Beer-Shava, em Israel, promovem cursos - em uma escola de reabilitação - onde são trabalhados elementos básicos de vida independente, como higiene pessoal, efeitos da medicação, cozinha básica, recursos livres da comunidade, entre outros. O que se faz notar no relato deste serviço, é a ausência do *setting* “real”. Até que ponto, o *setting* “criado” pode substituir as interações, demandas, necessidades e conflitos presentes no mundo real, “in vivo”, que não se apresentam “in vitro”? A situação ideal nem sempre reflete a real. O cenário do palco, com os atores com

as falas ensaiadas poderá não se repetir dentro do contexto real. Dentro de um laboratório experimental, as situações poderão ser antecipadas e contornadas. No *setting* da vida real as situações poderão se apresentar com outras nuances e matizes. Entendo que a cidade, o bairro, a rua, com o seu número de interações que ela propicia, revela-se como a melhor escola para a aprendizagem de habilidades e interações (<http://www.psychosocial.com/israel.htm>).

A despeito das muitas discussões sobre qual o melhor *setting* para a reabilitação, se hospital-baseado ou comunidade-baseado, Anthony et al. (1992) apontam que a reabilitação foi julgada, por definição, para ocorrer somente em *settings* comunidade-baseados. Estes autores entendem que a filosofia e tecnologia da reabilitação psiquiátrica certamente está focada na comunidade. Descrevem que as pessoas com ou sem desabilidades psiquiátricas vivem, estudam, socializam e trabalham no mundo real da comunidade.

Na revisão das variáveis que determinam os resultados ficou evidenciado que as variáveis diagnósticas ou psicopatológicas são secundárias ao processo reabilitativo, enquanto as variáveis sociais e situacionais são comparativamente mais importantes. Assim como a correlação entre níveis de desabilitação e sintomatologia clínica (Ciompi e col., Ardigó & De Girolamo, apud Saraceno, 1999).

Em ampla revisão de literatura realizada por Anthony e Jansen (1984) e Anthony (1994), os pesquisadores chegaram à seguinte conclusão: fatores como diagnóstico e grau de sintomatologia não são relacionados ao sucesso vocacional. Entretanto, estudos posteriores relataram achados entre diagnóstico e situação vocacional. Estes estudos sugerem a possibilidade de uma relação entre medicação e performance no trabalho. Outros estudos indicam que ao ser examinada a integração entre serviços de reabilitação vocacional com típicos serviços de saúde mental, sugerem que muitas das características vocacionais positivas conseqüentes não são características dos indivíduos, mas dos programas. Os estudos de Anthony (1994) identificaram resultados consistentes que apontam que o sucesso no emprego está diretamente relacionado com o aprendizado de experiências passadas. Os autores concluem que a experiência de trabalho no passado é o melhor preditivo de sucesso no emprego.

Isto vai ao encontro da assertiva de Saraceno (1999) que considera que os amplos cenários onde se dão as intervenções são variáveis mais relevantes do que somente as características clínicas, assim como a pobreza do diagnóstico como fator preditivo sobre os programas de reabilitação.

Anthony et al. (1992) enfatizam que o processo de reabilitação psiquiátrica que consiste no diagnóstico, planejamento e execução, pode ser facilitador para profissionais experts em tecnologia de reabilitação psiquiátrica. Definem uma tecnologia como a aplicação de conhecimentos científicos para a solução de problemas individuais ou da sociedade, e/ou para a realização de objetivos individuais ou da sociedade.

Entretanto, os autores entendem que existem resistências para a adoção da tecnologia de reabilitação psiquiátrica, em razão da visão de tecnologia ser mecânica, ao invés de uma tecnologia humana. Entendem que a resistência de alguns está associada à não valorização da tecnologia, enquanto outros, antitecnólogos, acreditam que os seus valores profissionais são apropriados, sobretudo se estiverem trabalhando em um programa de reabilitação corretamente estruturado, estando por conseguinte, aptos a ajudar pessoas com deficiências psiquiátricas.

Na opinião de Valentini e Vicente (1996, p. 49-50) um conceito fundamental para o processo de reabilitação é o de resiliência: “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica”. Este conceito, originariamente pertencente ao campo da física, foi incorporado pela psicologia, e designa a capacidade de alguns indivíduos, quando submetidos a adversidades e condições psicopatologizantes, não adoecerem. Segundo os autores, através do conceito de resiliência, o modelo deixa de ser o do dano e passa a ser o do desafio. E isto implica o estabelecimento de mudanças da equipe e da instituição. O futuro não é mais pré-estabelecido, mas passa a ser construído.

Entendo que a reabilitação psicossocial é um processo complexo, que envolve várias instâncias, do nível micro - individual/familiar/institucional ao macro - seja ele a comunidade, ou as políticas de saúde mental. E em todos estes espaços, coexistem desafios, conflitos a serem vencidos. Comparativamente ao modelo tradicional, centrado no diagnóstico e no tratamento, em suma, na doença, o modelo de reabilitação psicossocial

mostra-se rico de possibilidades, ao mesmo tempo que complexo e, indubitavelmente, mais difícil. E esta complexidade se dá, em virtude de as respostas não estarem prontas, acabadas, fechadas. Existem inúmeras propostas e modelos de reabilitação no mercado, mas a adoção de uma ou outra técnica deverá estar subordinada ao contexto real dos serviços e das pessoas envolvidas. Com as possibilidades sendo construídas cotidianamente, nos diversos cenários onde ocorre a práxis – no eixo casa, trabalho, família, relações sociais. Práxis entendida aqui no sentido marxista do termo, ou seja, a união da prática com a teoria.

Através da revisão de literatura, pode-se observar que a reabilitação psicossocial deverá estar centrada em três níveis: no individual, no serviço e no ambiente. Entretanto, a importância atribuída pelos autores é variável. Enquanto alguns dão maior ênfase ao programa, outros consideram o indivíduo e o ambiente como significativamente relevantes. Saraceno (1999), por exemplo, ao se referir ao serviço entende que este constitui a variável que influi no processo reabilitativo. Ressalta que um serviço de alta qualidade é um serviço que se ocupa de todos os pacientes e a todos que se possam beneficiar oferece reabilitação. Este autor entende que o paciente que não se adapta ao programa de reabilitação oferecido, acaba entrando num nível mais baixo. Ou seja, como o paciente “não se adaptou” ao programa, não são realizados investimentos e redimensionamentos no programa, o que vai, em última análise, em detrimento do paciente. Em síntese: os programas deverão ser adaptados às pessoas e não o contrário. Na impotência frente a um paciente que não responde às intervenções realizadas, comumente vemos profissionais depositarem inúmeras explicações, todas atribuídas ao paciente, menos a intervenção realizada. Compreendo que as três variáveis são importantes, e a ênfase numa em detrimento das demais poderá resultar em tornar sem valor o processo reabilitativo.

Uma das mitificações da cultura da reabilitação, na concepção de Saraceno (1999, p.113), encontra-se na busca de autonomia dos desabilitados como objetivo primário da reabilitação.

O mito da autonomia é o maior responsável pela hiperseleção dos pacientes nos programas de reabilitação e do complementar abandono dos pacientes não selecionados. Uma vez mais, a psiquiatria é um microcosmo onde se auto-reproduz a cultura dominante: os mais dotados conseguem, e então se

selecionam aqueles que provavelmente são os mais bem dotados a fim de que consigam; por outro lado, os menos dotados não conseguem, então é anti-econômico selecioná-los.

Considero que a busca da autonomia encontra-se em muitos serviços centralizada como um dos principais aspectos a serem trabalhados na reabilitação psicossocial. Como nem todos os usuários poderão alcançar este patamar de reabilitação, acabam sendo excluídos ou deixados de lado nos programas de reabilitação. E neste contexto acaba por ocorrer a seleção dos pacientes. Certamente os menos dotados conseguem atingir determinados patamares que podem ser considerados satisfatórios pelos profissionais. Mas para que isso aconteça, investimentos maiores de tempo, disponibilidade, tolerância, flexibilidade, afetividade deverão estar presentes. Na prática assistencial trabalhei com dois usuários considerados difíceis, sem aderência ao tratamento. A escolha recaiu sobre eles, justamente para mostrar que, dependendo do comprometimento e envolvimento, os casos mais complicados podem resultar em intervenções bem sucedidas.

Da abordagem tradicional ao paradigma de reabilitação psicossocial há a necessidade de redimensionar o olhar sobre a psicose, e, sobretudo, construir novos saberes e práticas, não estanques, cristalizados, mas em constante processo de avaliação. A partir daí, além da especificidade de cada profissão, todas terão que ter em comum o foco centrado no trabalho prático de reabilitadores. E isso se mostra trabalhoso e complexo, principalmente para aqueles profissionais acostumados com o trivial de cada dia. A tônica passa não mais a ser o encaminhamento ao setor competente, mas o fazer com. Esta abordagem necessita, primordialmente, de profissionais sérios, comprometidos e com uma vinculação com a prática – leia-se aqui profundo envolvimento com a transformação do sofrer e sentir do portador de sofrimento psíquico. De outra forma, os programas de reabilitação psicossocial não subsistem.

E como passar de um modelo centrado na doença, na medicalização dos sintomas, para uma abordagem dialética? Certamente os desafios serão muitos. A começar pela mudança cultural intrinsecamente necessária a tal transformação. Esta mudança terá que passar, também, do nível micro para o macro. Há a necessidade de uma nova política de

saúde mental, na qual o foco não esteja centrado somente na doença, mas na promoção da saúde das pessoas portadoras de transtornos psíquicos.

Há também o risco da reabilitação psicossocial ser um novo jargão nos serviços, destituído de seu significado real. Ou ainda, de profissionais intitularem-se reabilitadores na “teoria” enquanto na “prática” a abrangência da atenção - do cuidado - estar centrada no tratamento. Este, conforme já explorado, é centrado na doença, no dano.

No modelo americano há, além do código de ética de cada profissão, um código de ética para os profissionais da reabilitação. Este código é um instrumento consistente com os princípios e valores da profissão. Foi elaborado em 1996 para os profissionais da reabilitação psiquiátrica. Consta de cinco sessões que remetem a diferentes aspectos da prática profissional, a saber: conduta e comportamento, responsabilidade ética para com as pessoas que recebem os serviços, responsabilidade ética com colegas, responsabilidade ética para com a profissão e responsabilidade ética para com a sociedade (Pratt et al., 1999).

A reabilitação, na concepção de Saraceno (1999), não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias que visam aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos. Em um processo que implica abertura de espaços para a negociação, em diferentes instâncias: para o paciente, para a comunidade e para os serviços envolvidos. Esta dinâmica de negociação não pode ser codificada, mas continuamente construída, em virtude de diferentes atores e poderes encontrarem-se em jogo e multiplicarem-se reciprocamente.

Este autor situa em três eixos a construção do aumento da contratualidade dos pacientes psiquiátricos: morar, trocar as identidades, produzir e trocar mercadorias e valores. Cada um desses itens será abordado separadamente, a seguir, para que se lhe possa atribuir o devido valor.

A reabilitação, na concepção de Saraceno, tem muito a ver com a idéia de casa, de morar. Traça um diferencial entre “estar” e habitar um lugar. No “estar” fica expressa a pouca ou nenhuma propriedade, material ou simbólica, em relação ao poder decisional. Exemplifica através do hospital psiquiátrico: neste os pacientes “estão”, sem nenhum poder contratual em relação ao espaço físico. Enquanto habitar pressupõe um grau mais evoluído em relação ao espaço em que se vive, com o conseqüente aumento do poder contratual em

relação ao espaço físico, a organização material e simbólica dos espaços e objetos, e a divisão afetiva com outros. Ressalta que um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de uma pessoa é representado pelo poder contratual de habitar um lugar.

O autor preocupa-se em manter conceitualmente separadas as duas noções- de casa e de habitar¹¹. Enquanto a noção de casa remete ao espaço físico, a de habitar remete ao simbólico. Salaria que a reabilitação deve-se ocupar das duas, da casa e do habitar. Alerta, entretanto, que à separação conceitual não deve corresponder a uma separação prática. Reportando-se ao hospital psiquiátrico, lembra que neste o trabalho de reabilitação tem muito a ver com a humanização e os direitos, a desinstitucionalização das práticas¹². Enquanto na cotidianidade de nossas vidas o comer, dormir, amar, trabalhar é uma banalidade, no hospital psiquiátrico isto é negado, regulado, tolerado.

Postula que um dos eixos fundamentais da reabilitação não é o eixo casa, mas o eixo habitat. Daí a necessidade da separação conceitual anteriormente proposta pelo autor. Este entende que as políticas e programas podem estar centradas num habitat, mesmo na ausência de uma casa. O habitat pode se constituir de lares protegidos, casas, manicômios, ambulatorios. E é sobre este habitat que deve ser realizado o trabalho reabilitativo, através da intervenção de atos cotidianos, para o paciente ter o direito não somente a casa, mas ao habitar. O habitar, na opinião de Saraceno (1999), muitas vezes se realiza através de um casa, mas isto não significa que a ausência desta faça diminuir a necessidade da intervenção sobre o habitar.

Saraceno (1999) recorda que apesar dos tempos modernos, as pessoas trocam palavras - trocam identidades - com os outros em diversos lugares. A rede social de um indivíduo é constituída da invenção de lugares de troca e da participação nessa troca. A desabilitação dos pacientes psiquiátricos é relacionada, também, ao empobrecimento da

¹¹ Estas noções de casa e habitar, respectivamente, são expressas em várias línguas: casa e lar em português, house e home em inglês e casa e hogar em espanhol.

¹² O autor não aprofunda o que chama de "querela histórica": o conflito entre as duas vertentes - uma que afirma a necessidade de transformar e melhorar as estruturas manicomiais, e a outra que alerta sobre o perigo da manutenção dessas estruturas, no sentido da confirmação do papel do manicômio. Entende que o "melhoramento" das estruturas manicomiais reconfirma a sua hegemonia e impede a sua superação. Visualiza, por outro lado, que a criação de serviços psiquiátricos em hospitais gerais e territoriais se constitui na motivação para a não-transformação do hospital psiquiátrico. Para este autor, deverão existir simultaneamente, políticas territoriais e políticas de superação do manicômio.

rede social, em termos quantitativos e qualitativos. Recorda que este empobrecimento ocorre a partir da primeira rede social, a família. Entende que não devem ser mantidos distantes os dois âmbitos, rede social e familiar em virtude de ambas influírem uma sobre a outra.

O autor menciona que a maioria das abordagens reabilitativas são realizadas na rede social familiar, por esta encontrar-se mais concreta e definida para a equipe terapêutica, para o paciente e para a própria família. Aponta que as maiores dificuldades relatadas pelos familiares dos pacientes estão relacionadas às dificuldades de interação entre familiares e pacientes. Entretanto, a despeito dessas queixas, a maioria dos familiares prefere ter um paciente esquizofrênico em casa a ter que interná-lo em hospitais psiquiátricos. Analisa que a intervenção para aliviar os familiares se traduz na diminuição da solicitação de expulsão do paciente, sendo beneficiados o paciente e o programa de reabilitação.

Thornicroft (1992) preconiza que os objetivos da intervenção familiar devem contemplar a redução dos riscos de recaída dos pacientes psicóticos, a melhoria da qualidade de vida de ambos, familiares e pacientes, o ensino de habilidades e a minimização da desabilitação. Aponta que a intervenção familiar poderá ser definida através de duas estratégias principais: a intervenção psico-educacional e a intervenção de comunicação e ensino de habilidades. A primeira refere-se às informações sobre a doença, causas, sintomas e prognóstico e aos sucessos obtidos em relação às patologias mentais, visando aumentar a estabilidade emocional do ambiente familiar e as capacidades de a família interagir com a paciente. A segunda tem o objetivo de diminuir os conflitos entre familiares e pacientes, através da exposição clara das necessidades e sentimentos. O autor analisa que ambas as abordagens não são muito diferentes entre si.

Realça como um aspecto fundamental o desenvolvimento da consciência dos trabalhadores do co-envolvimento da família nos projetos de reabilitação. E a importância da adoção de modelos formais de intervenção onde esteja privilegiada a família, deixando esta de ser, neste contexto, vítima ou cúmplice da psiquiatria, para se tornar protagonista do processo de tratamento e reabilitação.

O terceiro e último eixo sobre o qual se assenta o aumento da contratualidade do paciente psiquiátrico – produzir e trocar mercadorias e valores, mostra-se bastante

complexo. Saraceno (1999) aborda esta questão de maneira aprofundada, tecendo as correlações que estão implicadas nesse processo. Inicia com uma reflexão sobre o sentido do trabalho para pacientes psiquiátricos severamente desabilitados. Faz uma diferenciação entre o desenvolver tarefas e a inserção laborativa pelo trabalho. Entende que o desenvolvimento de tarefas levará à norma e contenção, à restrição do campo existencial, enquanto a inserção laborativa promoverá um processo de articulação no campo dos interesses.

Pitta (1996) analisa que a inserção social do homem no mundo do trabalho se constitui quase na única possibilidade de ser aceito, amado e compreendido em nossa sociedade. Considera que a modernidade exclui um contingente cada vez maior, expondo a precariedade de laços, a vulnerabilidade às agressões, a segregação e exclusão. Denuncia que as formas de inclusão social pelo trabalho não são e não estão disponíveis e nem flexíveis para as diferentes necessidades individuais e coletivas dos homens.

Desde o surgimento do manicômio, na visão de Saraceno (1999), os doentes psiquiátricos foram postos a trabalhar. Mão-de-obra não qualificada, barata, norma moral, entretenimento, racionalização da psiquiatria, através da qual tornou-se terapia. Muitos são os significados atribuídos, entretanto, destituídos de valor, enquanto projetos de realização pessoal. O autor alerta que, a despeito dos inúmeros modelos de reabilitação através do trabalho disponíveis, muitos são uma atualização da mesma ideologia executada no manicômio, anteriormente citada, acrescidos, algumas vezes de exploração. Igualmente alerta que, após os processos de desospitalização, (grifa que não no processo de desinstitucionalização) a ênfase recaiu sobre a cultura reabilitadora através do trabalho. Com enfoques diferenciados na terapia ocupacional, na formação profissional e de reinserção no trabalho. “O trabalho aparece valorizado como importante indicador do funcionamento social e visto como função recíproca complexa entre o indivíduo e os lugares econômicos e sociais, mas sobretudo como faculdade intrapsíquica de adaptação” (Saraceno, 1999, p.128).

Saraceno, refere que o modelo anglo-saxão de reabilitação vocacional (*vocational rehabilitation*) e o modelo francês de readaptação (*readaptation*) representam modelos em que o objetivo é o da normalização dos pacientes psiquiátricos desabilitados através dos

confrontos com o mercado de trabalho. E a sua reinserção, segundo uma lógica pragmática, na qual as expectativas não devem ser nem altas e nem baixas demais. Menciona as dificuldades de interação social como os maiores obstáculos nesse tipo de intervenções. Além dessa, menciona as dificuldades dos programas: em alguns, o que é denominado reabilitação é na realidade entretenimento; e a não-preparação dos ambientes para receber pessoas desabilitadas – o estigma associado à doença mental. Faz uma crítica a estes modelos de reabilitação por não estar claro o sentido que é atribuído ao trabalho nesse processo – se entretenimento, adestramento ou reinserção. Estabelece uma analogia entre programas de *Social Skill Training* (Treinamento de Habilidades Sociais) e programas de reabilitação laborativa: enquanto no primeiro são apresentadas dificuldades quanto à aplicação das habilidades adquiridas fora do *setting*, o segundo apresenta uma distância entre os serviços e o mundo externo.

Para Cohen (1990) o binômio trabalho e saúde/doença mental é supersimplificado e idealizado, respectivamente, porque não são considerados os amplos contextos onde o trabalho ocorre no que tange aos aspectos social, pessoal e econômico; e idealizado porque nega as contradições que emergem deste contexto. Situa variáveis determinantes, quais sejam: a exploração e a inflexibilidade na organização do trabalho no que concerne ao contexto econômico; às expectativas, o estigma e à intolerância em relação ao contexto social e a valorização que o trabalho traz no que diz respeito ao contexto pessoal.

O processo de desinstitucionalização, a avaliação crítica da ergoterapia e a crise do *welfare* se constituem, na opinião de Saraceno (1999), como elementos de análise dos fenômenos sociais e políticos que apresentam conexão com a assistência psiquiátrica. Destaca dentre esses a desinstitucionalização como a que possibilita a recuperação da contratualidade, ou seja, através das trocas sociais, a obtenção da cidadania social. Entende que da ergoterapia manicomial às cooperativas fora do manicômio foram construídos saberes e práticas que permitiram a compreensão dos mecanismos antiinstitucionais do trabalho. Visualiza as cooperativas como lugares de promoção da autonomia e de proteção, características que deveriam ser próprias de um bom serviço de saúde mental.

De acordo com este autor, o estabelecimento de práticas de negociação e de troca ocorre através do trabalho como base concreta de comunicação. Coloca no cerne da

questão a relação com o mercado de trabalho. Nesse, estabelece parâmetros e avaliações dos riscos e benefícios entre as situações: trabalho não protegido em mercados protegidos, versus trabalho protegido em mercados não protegidos. Em relação à primeira situação, trabalho não protegido em mercados protegidos, visualiza que esta será uma experiência mais verdadeira, dentro de um *setting* real; mas que provavelmente, neste contexto, o paciente será admitido em um cargo protegido, com pouca remuneração, do ponto de vista da auto-estima, com os pacientes mais graves sendo excluídos do processo de seleção. Nas situações em que se configurarem produção e mercado mais protegidos, os pacientes serão menos selecionados, e a produção do trabalho será mais significativa por si mesma e coerente.

É dentro deste contexto, a partir das experiências com cooperativas, que se situam as empresas sociais. A noção de empresa social, conforme Saraceno (1999), vem sendo difundida na literatura sobre reabilitação psiquiátrica, muitas vezes com acepções errôneas. Conceitua a empresa social como uma empresa que tem, além do caráter de empreendimento econômico, um caráter social. Este caráter social promove o estabelecimento de novas redes e relações entre os sujeitos.

Torna-se, assim, importante “conceder crédito” às pessoas, a fim de que sua autonomia e sua capacidade possam encontrar uma ocasião de expressão e de crescimento, na convicção de que o verdadeiro problema é o de fazer com que consigam se tornar empreendedores com respeito a si mesmos. Para ser protagonistas das próprias escolhas, é essencial poder mover-se em cenários de vidas reais, onde se trabalha e se ganha, se troca e se consome. É assim que “as praças do mercado”, criadas da proliferação das atividades múltiplas da empresa social, geram a multiplicação das trocas, a produção de contextos e de redes nas quais as pessoas se encontram e se individualizam (Saraceno, 1999, p.141).

Pratt et al. (1999), examinando características de efetivos serviços vocacionais, descreve que a reabilitação vocacional está situada em quatro áreas: no profissional, no processo, nos programas e nos princípios. Em relação ao profissional, fica evidenciado que a maioria dos profissionais demonstra respeito pelos pacientes e suas experiências particulares com a doença; eles não somente estabelecem participação que permite aos pacientes liderar, mas também providenciam informação e direção, e são compreensivos

sobre desabilidades psiquiátricas e os amplos sistemas de serviços. O processo de reabilitação vocacional deverá ser dinâmico, compreensivo e adaptável, não se limitar a programações estandarizadas. Os programas efetivos colocam a ênfase no trabalho real e na remuneração real nos *settings* comunitários. Em relação aos princípios, serviços efetivos operam compartilhando os respectivos princípios: escolha do consumidor, integração de *settings*, suportes naturais, colocações rápidas, acomodação de tarefas, serviços sem costuras (serviços deverão prover continuidade) e educação para o emprego.

A reabilitação vocacional, entendida como a reabilitação para o trabalho, para uma vida produtiva, é considerada com ênfase no modelo anglo-saxão. Nestes países, certamente pela influência arraigada do modelo capitalista de mercado, as pessoas necessitam produzir em termos econômicos, enquanto nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, há uma dificuldade de emprego para as pessoas “normais”, nos países desenvolvidos espera-se que as pessoas com distúrbios mentais possam ocupar espaços nos confrontos com o mercado. Ciardello e Bell (1991), ao abordarem a reabilitação vocacional, comentam que autores como Strauss, Harding, Silverman e Liberman enxergam o trabalho como tratamento sob diferentes perspectivas. Ou seja, não há um consenso sobre reabilitação vocacional entre estes autores.

Anthony et al. (1991, p. 62), analisando pesquisas e estudos de bases empíricas sobre reabilitação psiquiátrica, e em particular a sua aplicabilidade para promover a performance vocacional dos clientes, observa que os estudos indicam que:

1. A mensuração de sintomas psiquiátricos não é preditivo da reabilitação vocacional como consequência.
2. O diagnóstico psiquiátrico não é preditivo de reabilitação vocacional como consequência.
3. Mensuração de sintomas psiquiátricos não tem correlação com habilidades de pessoas incapacitadas psiquiatricamente.
4. Mensuração de habilidades é preditivo de reabilitação vocacional como consequência.

5. Treinamento de habilidades vocacionais críticas melhoram a reabilitação vocacional como consequência.

Em virtude de a reabilitação vocacional abranger um amplo campo de ação e, sobretudo, a existência de hipóteses diferentes e conflitantes, limito-me neste estudo a mencioná-la, sem entretanto aprofundá-la. Entendo que a reabilitação vocacional faz parte da reabilitação psicossocial, não podendo ser dissociada deste contexto. Penso que o eixo casa, rede social, família são aspectos que primeiramente deverão ser trabalhados, para posteriormente centralizar o trabalho. Silva Filho (1999) percebe que a reabilitação no Brasil e em outras partes da América Latina teve o foco compulsivo no trabalho desempregado e realizada uma construção e a restituição dos direitos humanos dos portadores de doenças mentais. A centralização nesta área parece-me mais adequada, se não forem reconhecidos estes direitos, conseqüentemente não será reconhecido o direito ao trabalho aos portadores de distúrbios psíquicos.

Farkas (1999) liderou um importante estudo da World Association of Psychosocial Rehabilitation, realizado entre 1994 e 1977, que procurou definir uma lista dos programas de reabilitação psicossocial ao redor do mundo que poderiam ser definidos como a melhor prática. Dentre as características mínimas de um bom programa de reabilitação constam: o foco do programa está nas pessoas com doenças mentais graves; o foco do programa está no melhoramento. Melhoramento é definido como a ajuda ao aumento do funcionamento nas áreas física, emocional e intelectual nos âmbitos de casa, trabalho e escola, e há normalização para a idade, cultura e expectativas das pessoas. O programa está designado para o desenvolvimento de parcerias e para delegar poderes para a clientela; o programa está integrado com uma rede de serviços, pesquisas e suporte, e o programa tem fácil acesso a serviços clínicos.

Neste estudo, os serviços de saúde mental do Brasil que constam no livro, são, a saber: Associação Franco Basaglia – São Paulo; Instituto Franco Basaglia – Rio de Janeiro e a Secretaria de Saúde de Santos – São Paulo.

Anthony et al. (1992) visualizam o futuro da reabilitação psiquiátrica como a emergência de um consenso da filosofia da reabilitação, a expansão de centros de reabilitação, a integração da abordagem da reabilitação nos *settings* de saúde mental, o

desenvolvimento de tecnologia e pesquisa de base, e o aumento do conhecimento da necessidade de participação dos consumidores. Dentre as várias perspectivas em relação ao futuro levantadas pelo autores, destaco algumas: a visualização dos serviços de saúde mental dirigidos preferencialmente aos objetivos dos indivíduos do que aos objetivos dos serviços; a não-definição das pessoas através de rótulos, mas vê-las primeiramente como pessoas; a caracterização do diagnóstico de esquizofrenia no DSM não como uma doença com um curso comum, que conduz a um aumento da deterioração entre os episódios, mas como um *imparment* que conduz a um aumento de funcionamento de novo no tempo; e um mundo no qual as pessoas sejam acessíveis.

Os autores lembram que falar de um mundo ideal pode ser estimulante, que é fácil sonhar, ter esperança. Apontam que o caminho para chegar próximo à visualização é a ação. O trabalho duro é o que fará os nossos sonhos serem mais tranquilos. “Sonhos sem ação podem ser enganosos; ações sem sonhos podem ser errantes e insensatos” (Anthony et al., 1992, p. 228). A aquisição da visão do futuro da reabilitação psiquiátrica depende dos crescentes conhecimentos de base, da filosofia e da excelência dessa tecnologia. Depende, também, das pessoas que praticam no campo a prática, os programas nos quais a prática é operacionalizada e dos sistemas de suporte da prática.

Penso que, independentemente dos modelos, das teorias adotadas, a reabilitação psicossocial deverá prover serviços nos quais as possibilidades se transformem em realidade, não uma realidade envolvida somente numa aura de utopia, mas dialeticamente construída-inventada no cotidiano dos serviços. Para que as possibilidades se transformem em realidade, é necessário o envolvimento de profissionais, familiares, usuários e a desmitificação e educação da sociedade. Numa perspectiva que remeta à dignidade, ao valor e ao potencial para crescimento de cada ser humano.

Neste capítulo pode-se ter uma visão da reabilitação psiquiátrica/psicossocial no que tange a sua missão, filosofia, objetivos e valores. Ressalto, conforme abordado no início, que o objetivo não é a descrição de modelos reabilitativos, mas a apreensão de um corpo teórico que pudesse dar sustentação às práticas em desenvolvimento. Também, que a partir das discussões teóricas desencadeadas se pudesse refletir sobre os resultados e avanços alcançados neste novo paradigma, propiciando movimentos dialéticos entre a teoria e a

prática. A seguir, apresento o contexto institucional do Serviço deste estudo, situando a organização dos serviços e programas, a sistemática de atenção à saúde mental, emergindo daí a filosofia do Serviço.

5.0 O CONTEXTO INSTITUCIONAL

Neste capítulo, abordo o contexto institucional do serviço em estudo, a sua conformação, a caracterização do município onde se encontra inserido, a rede de serviços que compõem o Centro Comunitário de Saúde Mental, e os atores do processo: a equipe e os usuários. Para tal, utilizo-me de análise documental para recompor o cenário onde se desenvolveu esta experiência prática e pioneira de desinstitucionalização em saúde mental. Como trabalhadora de saúde mental que atuou no serviço, portanto, também protagonista do processo, lanço mão de lembranças, ainda muito vivas, para descrever esta vivência. A minha opção de vida profissional, os meus desejos e sonhos do respeito à diferença, da não-exclusão dos portadores de sofrimento psíquico, encontram-se diluídos neste capítulo. Desta forma, além das fontes formais, faço uso das vivências práticas que permearam a construção de um outro olhar e de uma outra abordagem à doença mental.

5.1 O Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul

São Lourenço do Sul, município situado no extremo sul do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 50 mil habitantes e colonização basicamente formada de alemães, com acentuadas características culturais presentes e cultivadas, tem a economia centrada basicamente na agropecuária. A cidade é conhecida pelas suas belezas naturais, por situar-se às margens da Lagoa dos Patos. Em relação à assistência à saúde, particularmente à saúde mental, o panorama que se descortinava na cidade antes de 1988, era igual ao de outras

centenas de municípios brasileiros: aos loucos restava a ambulancioterapia, ou seja, a transferência para hospitais psiquiátricos das cidades vizinhas. Da primeira transferência à caracterização do processo de porta giratória–internação–alta–reinternação, um curto caminho foi percorrido. Na inexistência de um serviço que desse retaguarda para as crises psicóticas, foi necessária a busca do atendimento dos casos agudos fora do município.

As constantes idas e vindas das ambulâncias, a não-resolução dos casos crônicos – a loucura escondida nos fundos de quintal em muitos casos, explícita na rua em outros, acabaram por mobilizar a comunidade para a questão da doença mental. Provavelmente o que mais incomodava, segundo relatos, foi a loucura explícita na rua. Deste contexto, à reivindicação da população para a solução destes “problemas”, um caminho foi percorrido na busca de soluções que dessem conta de atender aos anseios da comunidade.

Matéria publicada em maio de 1988 traz a seguinte manchete: Um Problema Que Preocupa – o problema X (cita o nome da doente mental). A reportagem traz que

a problemática de saúde mental no município, como em geral, é muito delicada e há pouco despertou o interesse da Comunidade... Durante longos anos, a Comunidade manteve uma postura defensiva diante dos casos de doenças mentais, realidade esta que modificou-se com o decorrer do tempo e atualmente, a própria comunidade tem assumido a sua parcela de responsabilidade para com seus doentes (O Lourenciano, 10 de maio de 1988).

O que cabe destacar é que a motivação da população para a solução dos problemas incômodos encontrou ressonância junto ao Prefeito Municipal e à secretária de saúde. Estes dois atores foram fundamentais para a implantação do serviço que viria configurar-se, um ano após a sua inauguração, como um serviço com projeção em âmbito nacional, em virtude da nova abordagem com que tratava a doença.

Outro aspecto importante a considerar, quando da implantação do serviço, diz respeito à posição político partidária dos governantes: o partido no poder na época era de direita. Faço esta alusão, em virtude da idéia do senso comum, de que projetos arrojados e, sobretudo, revestidos de forte caráter social, são de partidos de esquerda. Em muitas situações foram feitos questionamentos a este respeito. Esta ressonância, no dizer do prefeito e da secretária de saúde da época, chama-se vontade política.

Um marco histórico foi a exposição e discussão do projeto de saúde mental na câmara de vereadores da cidade, em quatro de abril de 1988. Esta reunião objetivava explicar aos edis sobre o conteúdo do programa de saúde mental. Desta reunião participaram os profissionais - psiquiatra, assistente social, enfermeira e psicóloga -, que atuavam no projeto e a secretária de saúde. Esta solicitou aos vereadores a divulgação do trabalho e o encaminhamento dos casos aos recursos existentes na comunidade, a saber: plantão da Santa Casa, unidade sanitária e ambulatório de saúde. (Correio da Lagoa, 07 abr. 1988).

Esta reunião poderia ser destacada como planejamento estratégico. Era importante conseguir a colaboração dos vereadores e a aderência ao projeto, por serem eles procurados pela população para a realização das transferências para os hospitais psiquiátricos. Em outras palavras, a loucura dava voto. O projeto inicial estava configurado na prevenção e “cura”, e era executado nos locais acima referidos.

O que logo se fez perceber é que o tratamento centradamente de cunho ambulatorial, não estava resolvendo os casos agudos e crônicos da comunidade. As transferências continuavam ocorrendo, os casos crônicos continuavam nos fundos de quintal e a loucura explícita na rua.

A secretária de saúde situa como um marco para o redimensionamento do programa a participação em um encontro de saúde mental, onde conheceu uma docente, enfermeira psiquiátrica da Universidade Federal de Pelotas, que viria a ajudar a equipe através de supervisões, para a manutenção e tratamento dos doentes mentais na própria comunidade. Recordo-me de ter participado, posteriormente, de reuniões com esta enfermeira. À época, suas idéias sobre o *setting* do tratamento eram consideradas pelos colegas como muito arrojadas, para não dizer utópicas. Através das suas supervisões, sempre conseguia trazer ânimo para as situações mais difíceis. Esta pessoa acreditava firmemente que era possível o tratamento dos doentes mentais fora do hospital psiquiátrico.

A partir daí, a equipe resolveu procurar uma casa com características da casa em que habitamos, para a implantação de um serviço em que os pacientes pudessem passar o dia, desenvolver atividades do cotidiano, que visavam à redução das debilidades (que são realizadas em uma casa), refeições, atividades recreativas, atendimento psicológico e

psiquiátrico. Enfim, criar um ambiente que se assemelhasse a uma casa, pela qual os pacientes também se sentissem responsáveis, com o diferencial de nesta casa poder ser encontrado acolhimento e atendimento ao sofrimento psíquico. Por ocasião da escolha da denominação do local, a intenção da equipe não era que o Centro de Reabilitação fosse interpretado pela comunidade como uma instituição de cunho hospitalar. A opção, após muitas discussões, foi denominá-la “Nossa Casa”.

Era inaugurada em 16 de agosto de 1988, a “Nossa Casa”, um Centro de Reabilitação de Doentes Mentais, projetado e concretizado de forma integrada pelo Sistema Único de Saúde e Prefeitura Municipal. Autoridades presentes à inauguração ressaltaram o pioneirismo da iniciativa, através da qual ocorreria a diminuição das transferências dos doentes mentais para hospitais psiquiátricos de Pelotas. Foi salientado, também, que desta forma os pacientes ficarão em sua comunidade, e somente serão transferidos os casos graves (Correio da Lagoa, 16 ago. 1988).

São Lourenço do Sul foi um dos primeiros municípios a aderir ao Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS. A municipalização da saúde já ocorria na prática, quando da assinatura do convênio, em junho de 1988. O repasse de verbas ocorria mediante prévia negociação entre representantes do Estado, INAMPS e dos municípios, através das secretárias municipais e membros da Comissão CIMS. A efetiva participação popular nas discussões em relação à Reforma Sanitária, ocorreu quando da formação dos Conselhos Comunitários de Saúde, na zona rural e urbana (Espaço Para a Saúde, out. 1989).

Para que o trabalho não fugisse aos objetivos principais, dentre eles, manter os doentes no município, realizaram-se reuniões com a direção da Santa Casa de Misericórdia para a utilização de leitos destinados aos pacientes em crise aguda. Após muitas negociações, foram conseguidos dois leitos. O paciente seria atendido pelo médico clínico plantonista e, posteriormente, freqüentaria a “Nossa Casa” com os demais.

A “Nossa Casa” funcionava de segundas a sextas-feiras, com uma média de vinte e cinco pacientes ao dia. A rotina apresentava, a saber: café da manhã, higiene, atividades ocupacionais, almoço, café da tarde, recreação. O trabalho da equipe contemplava, em relação aos pacientes: entrevistas individuais, grupos operativos, encaminhamentos a consultas ambulatoriais médicas, odontológicas e de enfermagem, consultas com psiquiatra

junto ao ambulatório da Secretaria de Saúde. Em relação aos familiares: grupo de familiares, entrevistas individuais realizadas pela psicologia, enfermagem e serviço social e visitas domiciliares. A presença do médico psiquiatra ocorria apenas duas vezes por semana (Espaço para a Saúde, abr. 1990).

Na avaliação dos frutos colhidos, um ano após a implantação do serviço, destacavam-se: vários pacientes em regime de alta progressiva, atuando junto às suas famílias; participação da comunidade de diversas formas, conversando com os pacientes durante os passeios que são realizados diariamente, nas visitas e festividades programadas, na compra de serviços realizados pelos pacientes. E através do acompanhamento dos pacientes em alta da Nossa Casa e do hospital, através de treinamento realizado pela enfermagem, junto às comunidades, e redução do número de internações, em hospital geral e psiquiátrico, mediante a implantação do Plano Municipal de Saúde Mental (Espaço para a Saúde, abr. 1990).

O Plano de Saúde Mental em 1988 era dividido em quatro programas: Programa de Assistência e Reabilitação; Programa de Controle do Alcoolismo e Farmacodependência; Programa de Prevenção e Promoção; Investigação Estatística e Preparação de Pessoal.

Este último contemplava o treinamento de agentes comunitários de saúde, que se constituíam de pessoas da comunidade dispostas a exercer um trabalho voluntário na prevenção de doenças, encaminhamento dos casos e posterior acompanhamento. Este programa contou inicialmente com o respaldo dos alunos e professora do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Entretanto, em virtude da rotatividade dos alunos, estes não conseguiram estabelecer vínculo com os agentes, passando a seleção e o treinamento a ficar a cargo da equipe. Foi observado, também, que os critérios de seleção dos agentes deveria contemplar as pessoas que já possuíam uma história de trabalho comunitário, para evitar o risco da seleção daquelas pessoas em que o objetivo primeiro era a aquisição de conhecimentos para o próprio “uso”.

Atualmente o Centro Comunitário de Saúde Mental é composto dos seguintes serviços: Ambulatório de Psicologia e Psiquiatria, “Nossa Casa” – Centro de Atenção Psicossocial – (CAPS), célula-mãe do projeto, Unidade Psiquiátrica da Santa Casa de Misericórdia, “Nosso Lar” – lar protegido, Oficinas Integradas, Centro Comunitário da

Criança e do Adolescente. Passo a descrever, a seguir, cada um dos serviços que compõem a rede separadamente. Entretanto, ressalto que a esta separação conceitual correspondem práticas que interligam os serviços entre si.

O Ambulatório de Psicologia e Psiquiatria, conforme já mencionado anteriormente, se constituiu no primeiro serviço a ser implantado. De uma concepção inicial um tanto ingênua – de que iria resolver grande parte das intercorrências, atualmente é porta de entrada do serviço. As consultas são agendadas através de uma triagem que é realizada pelo técnico que está na casa. A triagem é utilizada também como um alívio de tensão para quem procura atendimento. Neste momento, é identificado o motivo da consulta e realizado o encaminhamento ao serviço mais adequado. Na triagem é considerada a urgência do caso e, se necessário, realizado encaminhamento para internação na Unidade Psiquiátrica na Santa Casa de Misericórdia local. Naquelas situações em que o paciente apresenta risco e encontra-se sozinho, um acompanhante terapêutico procede o acompanhamento e a posterior visita domiciliar para informar a família. A triagem, via de regra, encaminha as pessoas ao ambulatório de psicologia e psiquiatria, podendo o mesmo usuário ser atendido em ambos. Os casos vão desde transtornos leves a surtos psicóticos, assim como, das modalidades de atendimento individual e grupal. Em virtude da triagem ser realizada indistintamente pelos técnicos, estes necessitam estar capacitados para tomar decisões e dispor de conhecimentos de psicopatologia.

A “Nossa Casa”, atualmente cadastrada como um Centro de Atenção Psicossocial, tem sua terceira sede localizada na praça central da cidade, em uma bela edificação do início do século, restaurada com verba do Ministério da Saúde, destinada exclusivamente para reforma ou ampliação de serviços de saúde mental. A primeira sede localizava-se na zona nobre da praia, defronte ao iate clube, com uma aprazível vista da Lagoa dos Patos. Não raro, deparávamo-nos com comentários sobre o aspecto terapêutico do local. O usufruir das belezas naturais acontecia como uma rotina, quando da instalação da sede neste local. De um rechaço inicial dos moradores com expressões do tipo “vão estragar o cartão postal da cidade”, aos serviços prestados pelos usuários (capina de residências, restauração de móveis, venda de verduras). Ou seja, o preconceito e o medo dando lugar à receptividade, ao acolhimento.

A “Nossa Casa” funciona de segunda a sexta-feira, atendendo uma média de 25 a 30 usuários por dia. O traslado das casas dos usuários até a “Nossa Casa” ocorre através de um ônibus que passa por paradas pré-estabelecidas. Os usuários com maiores dificuldades são acompanhados pelos seus familiares. Outros que moram perto, optam por se deslocar sozinhos. A rotina começa com o café da manhã, o desenvolvimento de atividades até aproximadamente 11 horas, quando todos se reúnem em volta da roda de chimarrão, e escutam música. A seguir é servido o almoço, realizada a limpeza do refeitório em sistema de rodízio. São desenvolvidas atividades até as 4 horas, posteriormente é servido o café da tarde, quando então todos se preparam para retornar para as suas casas. Existe um acordo estabelecido entre o familiar, o usuário e a equipe no que tange à frequência deste usuário: alguns frequentam a instituição todos os dias, enquanto outros vão em dias estabelecidos, conforme o benefício em oficinas, grupos. A alta é um processo gradativo, comumente o último laço é o grupo terapêutico.

Abordo neste espaço as oficinas protegidas, em virtude da aproximação em termos de estrutura física – funcionam na mesma sede da “Nossa Casa”, no andar superior, como também, pelo fato de muitos usuários frequentarem ambos. Nas oficinas são desenvolvidas atividades como reciclagem de papel, costura, tapeçaria, confecção de envelopes para raio x, entre outras atividades. No ingresso são consideradas aptidões prévias, assim como a identificação com determinada atividade. Os produtos são comercializados em feiras e também na própria oficina. Os rendimentos são divididos equitativamente entre os usuários que realizaram o trabalho.

A Unidade Psiquiátrica da Santa Casa constitui-se no local por excelência para a internação dos casos agudos. A primeira unidade localizava-se em um local “menos nobre” do hospital, onde internavam toda a sorte de pacientes excluídos: alcoolistas, mendigos que eram trazidos, andarilhos, pacientes com doenças infecto-contagiosas, pacientes com doenças terminais e doentes mentais. Inicialmente, quando das negociações para a implantação de leitos psiquiátricos, esta solicitação foi negada. Gradativamente, mesmo contrariando as recomendações, foram sendo internados doentes mentais. Havia alguns acordos tácitos, como, por exemplo, se o paciente apresentasse alguma melhora do quadro que tinha motivado a internação num prazo de 72 horas, este ficaria internado, caso

contrário, seria transferido para um hospital psiquiátrico. A sensibilização do corpo clínico para a questão foi se dando, e dos 2 leitos iniciais, foi-se conquistando espaço.

A próxima negociação deu-se para que a unidade fosse destinada somente para doentes mentais. Para a concretização desta, foram realizadas desinfecções terminais, pintura e treinamento de uma equipe que iria atuar em um posto de enfermagem instalado na unidade. Convém destacar a inexistência do posto anteriormente, sendo a unidade “atendida” pelos funcionários da unidade clínica. Os médicos não costumavam dispor de tempo na unidade, prescrevendo na unidade clínica. Quando das reformas, a unidade passou a ser local de “visitação” pelos profissionais.

Ao longo do tempo foram sendo alcançadas conquistas importantes, como a redefinição da estrutura física. Esta passou a situar-se na zona nobre do hospital, ao lado da unidade clínica. Atualmente a unidade tem 10 leitos - o hospital tem aproximadamente 100 leitos, isso vem ao encontro da regulamentação que prevê que as unidades psiquiátricas em hospitais gerais não podem ultrapassar 10% da capacidade instalada. Existe uma interligação permanente com a “Nossa Casa”, em virtude de alguns profissionais da equipe atuarem em ambas, como também pelo fato de a unidade se constituir para os usuários em processo de melhora como um hospital-noite, se deslocando durante o dia a casa.

O “Nosso Lar” caracteriza-se como um lar protegido. Nele residem pessoas com ou sem transtornos mentais que perderam os vínculos familiares. Normalmente são pessoas que já viviam sozinhas, em função da idade, tendo dificuldades crescentes de gerenciamento. Como o próprio nome diz, a casa pretende ser um lar, no qual as pessoas vivem e estabelecem relações com os demais moradores e com a comunidade. Situa-se num bairro próximo do centro a casa pertencente à municipalidade. Em razão da idade avançada dos moradores, pessoas da própria comunidade foram selecionadas para ajudar nas atividades, sendo remuneradas financeiramente. Durante o dia costumam ir para a “Nossa Casa”, retornando à tarde ao lar. Nos meses de inverno esta dinâmica é modificada, os usuários permanecendo durante o dia no lar, em virtude das condições climáticas desfavoráveis. No lar, os moradores são fixos, ou seja, difere de um albergue onde está contida a idéia de transitoriedade, onde as pessoas não chegam a estabelecer maiores vínculos.

O Centro Comunitário da Criança e do Adolescente nasceu da necessidade de identificar um local que pudesse proporcionar segurança a menores que se encontravam em situação de risco: maus tratos, abandono, prostituição infantil, negligência. Este local foi concebido para ser uma casa de passagem, e durante a permanência das crianças e adolescentes deveriam ser trabalhados os responsáveis, ou identificada, em última instância, uma família substituta. O encaminhamento dos menores ocorre através do conselho tutelar, do judiciário e da Promotoria Pública. Alguns menores retornam para as famílias de origem, outros são encaminhados para adoção, enquanto outros, em virtude da desestruturação das famílias, acabam retornando a casa. Ressalto que existe uma integração desta casa com segmentos da comunidade preocupados com a questão. Estes, através de visitas, campanhas, estão empenhados no resgate dos menores. Algumas crianças foram simbolicamente adotadas por famílias da Alemanha, assim como por empresários brasileiros, sensíveis às questões sociais, que ajudam com aportes financeiros para a manutenção das necessidades básicas e da educação dos menores.

Cabe ressaltar que as comemorações dos aniversários ocorrem anualmente. No início, as comemorações eram mais “domésticas”, o convite estendido aos familiares dos usuários, colaboradores, equipe e comunidade. Gradativamente, foram sendo ampliadas, e normalmente é realizado um encontro de saúde mental, em agosto, por ocasião do aniversário da casa. Aos encontros científicos foi incluída uma programação social, um jantar de confraternização, do qual participam a comunidade, os usuários, a equipe, os painelistas e participantes do encontro.

Em 1996 foi implementado, por sugestão de técnico da equipe, além do evento científico e social, a entrega de um troféu àquelas pessoas que no ano tivessem se destacado e contribuído na questão da saúde mental. O troféu intitulou-se Troféu Vanda Gimbruski. O nome é uma homenagem a uma doente mental, “louca de rua” da cidade, que após a implantação do serviço passou a ter uma vida com dignidade. O idealizador do troféu pretendia, ao homenagear a “Vanda Louca” - que já havia falecido - simbolicamente prestar uma homenagem às pessoas que ao longo do ano tivessem contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de sofrimento psíquico. Este troféu foi dado a personalidades da cidade, empresários, novos serviços que estavam sendo implantados no referencial da Reforma Psiquiátrica, profissionais da cidade e região, profissionais com

destaque na luta pela aprovação da política para o setor, professores universitários, familiares e usuários. Anualmente, também era escolhida uma pessoa da equipe de saúde mental. A pesquisadora recebeu o troféu em 1996.

Por ocasião do 10º aniversário da “Nossa Casa”, foi realizado o descerramento de uma placa em homenagem ao Prefeito Rudh Hübner, prefeito que apoiou e incentivou o Projeto. A sua vontade política foi crucial para a implantação deste. Esta placa encontra-se na terceira sede da “Nossa Casa”. Em nome dos familiares pronunciou-se a filha Arita Bergmann, secretária da saúde à época e grande incentivadora do projeto. Cabe destacar, também, que a manutenção do funcionamento da unidade psiquiátrica do hospital geral deve-se a estes dois protagonistas, quando assumiram a provedoria e a administração do hospital.

Em outubro de 1991, o serviço recebia uma ilustre visita: o Dr. Franco Rotelli, psiquiatra italiano que juntamente com Franco Basaglia implantou o Serviço de Saúde Mental na Província de Trieste – Itália. Rotelli, que veio participar do Seminário Internacional de Saúde Mental em Porto Alegre, mostrou-se emocionado pelo que pôde ver e sentir. Posteriormente, um membro da equipe estagiou durante um mês em Trieste, um centro de referência mundial de desinstitucionalização em saúde mental. Profissionais que tiveram a oportunidade de assistir a congressos relataram que o Dr. Rotelli muitas vezes mencionou o Serviço em suas apresentações. Posteriormente outro consultor da Organização Mundial da Saúde- OMS, Dr. Manuel Desviat, esteve em visita ao Serviço.

Ao longo destes onze anos de funcionamento, inúmeras pessoas conheceram o serviço. Profissionais interessados, acadêmicos, professores, mestrandos, hoje com titulação defendida, conviveram com a equipe, usuários e familiares. O Serviço se constituiu, também, como um marco prático quando das discussões sobre o projeto de extinção progressiva dos manicômios. Em setembro de 1991, o vice-presidente da Assembléia Legislativa, deputado Marcos Rolim, veio a São Lourenço discutir com a equipe o referido projeto. Este foi aprovado em agosto de 1992, e dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul (Lei n.9.716 de 07 de agosto de 1992).

Destacaria, a título de encerramento deste capítulo, que o combustível que sempre moveu a equipe foi fundamental para a implantação de uma estrutura com as características

mencionadas. A vontade política foi crucial, entretanto, esta sem o comprometimento e a responsabilização não traduziriam as conquistas e avanços alcançados. Neste processo estão contidos sonhos, esperanças, utopias, conflitos, contradições, acertos e desacertos inerentes à construção de uma prática radical, transformadora. Estes movimentos, quando dialeticamente trabalhados, conduzem à superação de saberes e práticas, e a um refinamento da práxis. Constitui-se, desta forma, um laboratório que redimensiona a ação e a reflexão. Esta experiência singular possibilitou, concretamente, redimensionar novos espaços para o sofrimento psíquico, a partir da produção de uma nova cultura de saúde/doença mental e das relações estabelecidas neste campo. Este capítulo, no qual é contextualizado o estudo, serve como um referencial estrutural ao capítulo seguinte, a análise dos dados.

6.0 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão abordados os aspectos referentes ao trabalho desenvolvido na instituição, através da análise de como esta é operacionalizada pela equipe. Além dos temas identificados que deram origem aos capítulos, outros recortes foram realizados, que possibilitaram novas análises e interpretações. Estão presentes, também, as vivências práticas da pesquisadora enquanto trabalhadora de saúde mental do referido Serviço, permeando a análise, o movimento dialético entre a teoria e a prática, o concreto e o abstrato, o particular e o geral.

Na análise dos dados foram identificadas quatro áreas temáticas: **centralização do trabalho terapêutico nos aspectos da vida cotidiana dos usuários, trabalho integrado-comprometimento e envolvimento da família, relacionamento humano - escuta terapêutica, autonomia e cidadania como consequência da reabilitação psicossocial**. A análise está organizada com base nestes temas. Ressalto que, apesar da colocação linear dos temas, eles se encontram intrinsecamente articulados, necessitando, portanto, de uma leitura em espiral.

6.1 Centralização do Trabalho Terapêutico nos Aspectos da Vida Cotidiana dos Usuários

Esta área temática contempla o fazer dos atores no cotidiano do Serviço e a importância atribuída às diferentes práticas de reabilitação psicossocial. A concepção do

usuário enquanto pessoa e não como uma somatória nosológica direciona as ações para intervenções centradas na individualidade de cada ser humano. A abordagem nos aspectos da vida cotidiana constitui-se em práticas assistenciais implantadas no Serviço. São apontadas as práticas consideradas consistentes com a filosofia de um fazer não pautado no modelo tradicional. Evidencia-se uma separação entre doença e pessoa, e a centralização das práticas na pessoa, sem entretanto desconsiderar os aspectos relativos ao tratamento.

As práticas são o cotidiano deste serviço, e tu sabes bem como é. As práticas da vida cotidiana. As práticas da vida cotidiana são o primeiro passo para a reabilitação psicossocial do indivíduo e, principalmente aquilo que lhe torna cidadão. Então dentro do cotidiano do indivíduo, a gente tem que trazer primeiro ele ser uma pessoa. Quando a gente trata uma pessoa a gente trata coisas bem diferentes de quando a gente trata um diagnóstico. Esta é a prática deste serviço. Tratar pessoas, cidadãos. Com carteira de identidade, endereço, família. Essa é a prática. Acho que seria basicamente isso (A 1).

As práticas da vida cotidiana são consideradas, neste contexto, como componentes essenciais para a reabilitação psicossocial dos usuários. E, através delas, a conseqüente obtenção de cidadania. A diferenciação entre tratar pessoas com suas necessidades próprias, sua subjetividade aparece como um diferencial importante em relação à centralização no tratamento da doença. Esta superação só se faz concreta e possível se os profissionais decidirem abandonar a centralização do seu-fazer no modelo biomédico e assumirem outras posições nos *settings* de tratamento e reabilitação.

Os serviços se constituem para Saraceno (1999) como a variável que influi no processo reabilitativo. Assinala que somente serviços de alta qualidade podem garantir programas reabilitativos confiáveis. Dentre as características de um serviço de alta qualidade, identifica aqueles que se ocupam de todos os pacientes, e a todos oferece possibilidades de reabilitação. Pontua que os serviços que não oferecem estas possibilidades acabam gerando hierarquias de intervenção, e os menos dotados sendo excluídos do processo.

Além desta característica, Saraceno ressalta que um serviço de alta qualidade deverá ser permeável e dinâmico, com uma alta integração interna e externa. “... um serviço onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece sobre a separação dos mesmos” (p.96).

Acrescento a estas as características que Bachrach (1991) considera importantes em um bom serviço: a flexibilidade e a diversificação. A primeira característica, flexibilidade, foi identificada pela pesquisadora durante o desenvolvimento da prática assistencial. Compreendo que esta é uma característica fundamental que um serviço de alta qualidade indispensavelmente deverá ter, em sua orientação de estratégias organizativas. Acrescentaria às características formuladas pela autora acima citada, o redimensionamento e a constante avaliação das práticas. Estas características também apareceram como relevantes durante o trabalho realizado.

Entendo que a concepção de Saraceno (1999) de “adaptar o saber à especificidade da situação é a estratégia indispensável para aprender”, remete ao redimensionamento, ao repensar estratégias e modos de intervenção, não fixos, mas em permanente construção/superação.

Saraceno enfatiza que “a organização (seja em termos de acesso da demanda, seja em termos da não-estereotipia da resposta) orientada às necessidades do paciente e não às do serviço” (p.97). Compartilho desta afirmação, porque entendo que a integração interna dos serviços não pode estar voltada para a burocratização estandardizada dos próprios procedimentos, mas antes, centrada nas especificidades de cada pessoa. Isto remarca a projetos terapêuticos individualizados, nos quais seja resgatada a história de vida das pessoas.

A integração externa é referida por Saraceno como a permeabilidade do serviço a saberes e recursos existentes que circundam estes. Esta permeabilidade não se restringe somente aos recursos disponíveis, mas a sua concreta ativação. O autor entende que os muros a serem demolidos são aqueles que impedem a utilização de outros saberes e recursos.

Entendo que a integração também deverá se dar nos movimentos que perpassam o tratamento e a reabilitação psicossocial. Esta integração far-se-á possível e concreta se os profissionais visualizarem a importância da não-dissociação, e assumirem ambos, o tratamento e a reabilitação. A idéia contida nesta proposta enfrenta um embate que se estabelece muitas vezes no cotidiano dos serviços: o tratamento sendo executado por uns e a reabilitação por outros. Em outras palavras, há uma dissociação entre tratamento e

reabilitação, e mormente entre quem discute os projetos e quem os operacionaliza. A reintegração destes movimentos conduzirá a transformações qualitativas, a saltos dialéticos, na concretude da vida cotidiana dos usuários. Só assim se poderá desenvolver a dialética entre a situação – dada para cada indivíduo, e a ação que se desenvolve a partir de pressupostos não prontos, acabados. A superação, a transcendência são alcançadas não através de projetos ideais, mas através da práxis transformadora.

Na “Nossa Casa” os técnicos em sua maioria, se detêm no tratamento e na formulação de propostas reabilitativas em nível intelectual, enquanto os não-técnicos operacionalizam as propostas no plano prático. Ou seja, prevalece uma separação entre quem provê tratamento e quem provê reabilitação. As tentativas de aproximação ocorrem através de reuniões de equipe, onde são abordados os casos individualmente, e onde se procede o resgate e a integração de ambos, tratamento e reabilitação.

Para Goldberg (1996) independente do paradigma institucional, reabilitação ou tratamento, a produção de movimento deverá ter como finalidade oferecer aos pacientes escolhas no gerenciamento de suas vidas, escolhas que conduzam à apropriação e produção de significado à vida, onde seja resgatado um contexto de vida, um espaço afirmativo, não redutível à função hospitalar.

Bandeira¹³ (1994), analisando a importância da infra-estrutura comunitária nos programas de reinserção social, em um grupo controle avaliado durante três anos, concluiu dois aspectos essenciais para o aumento da probabilidade de sucesso na reinserção social dos doentes mentais, quais sejam: a qualidade do programa, estando incluídas neste item as habilidades básicas para a vida cotidiana na comunidade, o acompanhamento individualizado e o atendimento aos pacientes em crise. O segundo aspecto diz respeito à qualidade do ambiente residencial. Estão incluídos neste item a participação ativa dos pacientes nas atividades da casa, o estabelecimento de objetivos, a orientação individualizada. A autora conclui que o processo de reinserção social evolui e se aperfeiçoa

¹³ O estudo de pós-doutoramento de Bandeira (1994) foi realizado em Montreal, no Canadá. Para o estudo foram utilizados quatro questionários que apresentam propriedades como fidedignidade, validade e sensibilidade a mudanças da população avaliada. Um dos instrumentos utilizados pela psicóloga é a escala NOSIE – *Nurses observation scale for inpatient examination*, que consta de 32 itens que objetiva avaliar os sintomas psicóticos positivos e negativos. Os questionários foram analisados estatisticamente através de MANOVA, ANOVA e Análise de Regressão Múltipla.

através da pesquisa avaliativa constante, para que possam ser apurados concretamente os efeitos obtidos. Esta característica, a avaliação constante da prática, foi confirmada pela pesquisadora nos resultados do trabalho de prática assistencial e as conclusões convergem com o estudo de Bandeira (1994).

Pode-se apreender, através das colocações de diferentes pesquisadores, de diferentes categorias profissionais, em diferentes países, a importância atribuída ao serviço e por conseguinte aos programas desenvolvidos nos serviços. A organização interna e externa dos serviços irá refletir diretamente na planificação dos programas projetados e executados pelos profissionais nos serviços. Em virtude dos objetivos e valores de ajuda determinarem os princípios orientadores dos serviços, estes deverão ser consensuais ao grupo profissional, porque irão refletir, em última análise, o entendimento e o direcionamento dos esforços para a obtenção de determinados resultados. Sem esta prévia organização “profissional” interna, os programas executados poderão não ter a consistência, congruência e convergência desejáveis em um programa de saúde mental.

O desenvolvimento em espiral, as transformações quantitativas em qualitativas, os saltos dialéticos, podem ser alcançados através da busca de novas abordagens, novos olhares acerca do processo de reabilitação psicossocial. Este processo que objetiva ajudar os pacientes/usuários a desenvolver o melhor nível de reinserção comunitária, aponta para a necessidade de termos presente em nosso trabalho cotidiano o ideal de superação dialética. Esta superação sendo construída a partir das dificuldades e necessidades do usuário, numa perspectiva de trabalho que remeta sempre ao usuário, e não aos anseios organizativos dos profissionais. Isto remarca a busca constante da excelência através da avaliação e crítica das ações desenvolvidas.

Goldberg (1996) salienta que frente ao paciente não podemos situar-nos a priori no conhecimento do objeto. Ilustra com a clínica, que busca sempre apreender os distúrbios do paciente e não produzi-los. Lembra que a centralização nos sintomas se constitui no referencial adotado nos modelos institucionais, que reduzem e incluem o paciente em condutas padronizadas, independente das características psicossociais apresentadas. A clínica, na visão do autor, afirmada nos modelos institucionais, admite a tipificação das manifestações das doenças, enquanto estratégia para atingir as especificidades. Entretanto,

ênfatiza que somente uma clínica operativa e ética poderá estabelecer intervenções terapêuticas diferenciadas.

Entendo que aos novos serviços deverá corresponder uma clínica renovada, com tratamentos diferenciados, e onde concomitante ou em seqüência sejam desenvolvidos projetos terapêuticos que contemplem as necessidades psicossociais das pessoas envolvidas. Isto é o que poderá efetivamente trazer uma pessoa a ser cidadã. Importante se faz pontuar que os projetos não podem se constituir como modelos construídos a partir dos profissionais, mas construídos coletivamente com os maiores interessados: os usuários. Não se pode incorrer no erro de formular projetos a partir das expectativas dos profissionais, estes, via de regra, são fadados ao insucesso, porque refletem os anseios dos profissionais, que podem não ser convergentes com as necessidades e anseios dos usuários.

Nós tentamos fazer com que os usuários retomem sua vida mais próxima, da realidade, possível. A gente faz com que eles retomem atividades diárias que perdem, às vezes, com a doença. Atividades como, higiene pessoal, é... banho, barba, unha, cabelo, para que eles consigam voltar a ter a sua vaidade de volta. Além disso, tenta retomar atividades com eles, alguns em horta, que já faziam esse tipo de coisa, outros em marcenaria, alguns nas oficinas protegidas... (A 9).

Tentar fazer com que eles retomem a sua vida, tentar fazer com que eles voltem a fazer o que estavam acostumados. Tentar cuidar de suas casas, cuidar da sua vida, ter o seu lazer, várias são importantes (A 9).

Através dessas falas fica claro que a centralização do trabalho terapêutico primeiro tem início sobre as dificuldades instaladas com a doença, em relação ao desenvolvimento de atividades que as pessoas executam no seu dia-a-dia. Ou seja, são trabalhados elementos banais da vida cotidiana de uma pessoa, que para os portadores de uma *desabilidade* ou *handicap*, poderão não ser nada banais, para gradativamente alargar-se o leque de intervenções. O processo de reabilitação tem início nas atividades de vida diária, como o cuidado com o próprio corpo. A seguir passam a ser trabalhados os aspectos referentes às atividades que eram desenvolvidas anteriormente à instalação da doença. O trabalho passa de um contexto protegido para a ocupação dos espaços reais na comunidade. As

habilidades prévias dos usuários são consideradas e reforçadas, e as desabilidades trabalhadas.

Menciono uma situação que se caracterizou como um trabalho protegido: os usuários iam diariamente com um acompanhante terapêutico a uma grande obra, que seria reformada para ser a filial de um supermercado da cidade. Estes usuários, de um regime protegido, após a alta, foram efetivamente trabalhar na construção civil. Permeando todo o processo estavam empresários que souberam acolher a proposta. O trabalho para portadores de sofrimento psíquico, além do próprio desafio que este representa, necessita primordialmente da discussão dos direitos dos portadores de sofrimento psíquico ao trabalho e o reconhecimento destes direitos pela sociedade.

Bandeira (1998), pesquisando a competência social de psicóticos, através da validação social de habilidades específicas, em relação aos componentes verbais, não-verbais, paralingüísticos, de expressividade e habilidades de solução de problemas, concluiu que as dificuldades mais acentuadas se dão em relação ao componente verbal e de solução de problemas. O objetivo da autora foi avaliar o treinamento de competências sociais de pacientes psiquiátricos, comparados a um grupo de referência de sua própria comunidade. De acordo com a revisão de literatura de Bandeira, os resultados do treinamento das habilidades sociais melhoram o grau de competência social e diminuem as rehospitalizações dos pacientes. A autora entende que a eficácia é maior quando são trabalhados vários componentes e situações sociais diversas. Aponta, também, para a importância da inclusão de práticas realizadas no ambiente natural no qual o paciente está inserido.

Faz-se importante salientar que Bandeira (1998), realisticamente considera na sua pesquisa a estratégia de validação social, através da qual os pacientes psiquiátricos foram comparados a um grupo de referência de sua própria comunidade. Isto remarca ao estabelecimento de objetivos socialmente pertinentes, para que os pacientes possam ser funcionais em seu grupo de referência na comunidade. Ou seja, são trabalhados os aspectos da competência social mais discrepantes, em virtude de, em alguns aspectos, haverem similaridades quanto às dificuldades do grupo de referência e do grupo clínico.

Pode-se apreender da pesquisa, a importância do reconhecimento do meio no qual o indivíduo se encontra inserido, para que as propostas formuladas sejam coerentes no ajuste

social dos portadores de sofrimento psíquico. Alguns profissionais consideram que as expectativas em relação ao usuário não devem ser nem altas, nem baixas demais. Compreendo que a contextualização do meio, da cultura na qual a pessoa se encontra inserida mostra-se como um termômetro no sentido de determinar a validade e pertinência dos aspectos a serem focalizados no treinamento da competência social.

Quando se trata de uma pessoa se trata de suas interrelações, seu lidar com a família, com o trabalho, com a habitação, com a recreação, com tudo isso. E, o que é bom para mim, é bom para o funcionário, é bom para o paciente. E as práticas tradicionais, muitas vezes esquecem isso. Tanto do ponto de vista do vestuário, de nome, de habitação, de todos esses conceitos que para nós são tão importantes e que também passam a ser importantes no modelo de reabilitação psicossocial, onde a gente reabilita primeiro a pessoa, a sua condição de trabalho, depois a sua condição de vida fora do tratamento (A 1).

O trabalho terapêutico aparece como não se restringindo ao paciente, mas sendo estendido à rede social deste. Estabelece-se um parâmetro de uniformidade entre técnicos, funcionários e usuários em relação aos aspectos do usufruir da vida cotidiana. Este usufruir da vida necessita ser contextualizado, porque, entendo que os usuários terão dificuldades no acesso aos serviços e produtos. A situação sócio-econômica baixa dos usuários, concretamente impõe obstáculos que não podem ser desconsiderados, sob o ônus da promoção de um reducionismo alienante. A contradição aparece na dicotomia entre o trabalho dos técnicos e dos funcionários. Na fala acima, o ator reporta-se “é bom para mim, é bom para o funcionários”. Os técnicos parecem não se enquadrar como funcionários, como também o são na realidade.

Wetzel (1995) analisa que o saber científico é tido como um conhecimento considerado não necessário pelos técnicos para a prática dos funcionários. Isto foi verbalizado pelo grupo de funcionários e por um técnico sem formação na área como um fator limitante. O saber, neste contexto, fica limitado a alguns profissionais, caracterizando-se desta forma as relações de poder.

Alguns técnicos assumem um papel polivalente, atuando em várias frentes. Entretanto, esta não pode ser considerada a regra: principalmente os técnicos que atuam no atendimento ambulatorial permanecem sem uma intervenção terapêutica sistemática com os

usuários “da casa”. Os fatores atribuídos são relativos ao tempo despendido no atendimento do ambulatório de psicologia e psiquiatria (Wetzel, 1995).

Este ambulatório inicialmente funcionava em outro local, na secretaria de saúde. Em virtude do estigma que começou a se criar, do tipo, os mais loucos são atendidos na “Nossa Casa” e os menos loucos na Secretaria de Saúde, foi feita a opção de trazer o ambulatório para dentro da “Nossa Casa”. O problema da estigmatização foi amenizado através desta ação, porém, outro foi criado: os técnicos passaram a se ocupar deste, enquanto os não-técnicos ocuparam-se dos usuários “internos” da casa.

O trabalho aparece também como um fator de reabilitação nas falas dos entrevistados. Importante se faz destacar que este não é tão acessível aos portadores de sofrimento psíquico, como se faz parecer. Esta é uma realidade que não pode ser negada, sobretudo se formos considerar que São Lourenço do Sul é uma cidade pequena, com dificuldades relativas de mercado aos “normais”. Esta realidade não difere da de outras cidades, com características populacionais semelhantes. Em relação aos grandes centros, as dificuldades certamente serão maiores: em primeiro lugar, a disputa pelo emprego é maior, e, em segundo lugar, os pequenos centros provavelmente levam vantagens no que tange ao trabalho protegido.

Para Saraceno (1999, p 131) “... se identifica o trabalho como um “instrumento” de reabilitação, subordinado à “cura” e, sucessivamente, como indicador de êxito da cura em si mesma, um indicador, portanto, de retorno à normalidade”.

A reabilitação ocupacional, principalmente no modelo anglo-saxão de reabilitação psicossocial, encontra-se explicitada como o princípio central do processo. Neste modelo pragmático, as pessoas necessitam produzir em termos econômicos, para serem reconhecidas na sua cidadania. Nos países da América Latina, o enfoque tem sido sobre os direitos dos portadores de sofrimento psíquico. Visualizo esta como uma necessidade básica a ser trabalhada com a sociedade. Sem este entendimento prévio da sociedade, a efetiva reabilitação ocupacional não terá chances de se concretizar como um direito, e sim como uma concessão.

A reabilitação, na fala do entrevistado, é dividida em momentos distintos. Goldberg (1996) pontua que tratamento e reabilitação são perspectivas indissociáveis. Estabelece que “para se reabilitar um paciente é necessário oferecer continuamente tratamento”.

Entendo que o tratamento inicial dos sintomas produtivos constitua-se na primeira intervenção a ser realizada. Dentro de uma perspectiva mais ampla, considero de fundamental importância o diagnóstico de vida desta pessoa, e o conseqüente estabelecimento de um projeto terapêutico a partir do contexto no qual a pessoa se encontra inserida. Visualizo que estes movimentos são dinâmicos, não lineares, e de maneira nenhuma estanques. Os projetos terapêuticos devem ser suficientemente flexíveis para que possam incorporar mudanças, e deixar margem a possíveis redimensionamentos. Ressalto a necessidade da leitura do contexto dentro de uma mudança de ótica: comumente esta leitura é realizada em cima dos déficits, dos aspectos negativos. Sublinhar as forças, os aspectos sadios, constitui-se em transição importante no processo de tratamento e na reabilitação. Assim como a noção de indissociabilidade de ambos.

Goldberg (p. 45) relata que a noção de reabilitação foi incorporada *a posteriori* no Centro de Atenção Psicossocial Luís Cerqueira, em São Paulo. O autor entende que a reabilitação não pode ser encarada como uma fase terciária, como o resgate de habilidades perdidas pela doença mental. Visualiza a reabilitação como um processo de oferecer cuidados e possibilidades de tratamento disponíveis a pessoas que tiveram a vida marcada por uma inflexão drástica. Em virtude da evolução da psicose, a reabilitação é vista como um processo sem fim, através do qual “chega-se onde o paciente quer chegar e não onde a equipe de cuidados previamente estabelece”.

Entendo que outros países, como os Estados Unidos, percorreram um longo caminho na reabilitação, com o estabelecimento de uma tecnologia de reabilitação psicossocial. Entretanto visualizo a produção teórica daquele país, inquestionavelmente importante, com características diversas das práticas ali executadas. À parte características culturais e econômicas acentuadamente diferentes, a forma de olhar para a reabilitação apresenta particularidades e perspectivas não homogêneas, como, por exemplo, a utilização da tecnologia de reabilitação física, no modelo americano, como um paralelo para a reabilitação psicossocial. Goldberg (1996) analisa que a reabilitação não pode ser

considerada como o resgate de habilidades decorrentes da doença mental, o reabilitar habilidades transtornadas. Concordo com o autor, e penso que a reabilitação é um processo muito mais amplo e complexo, que envolve múltiplas dimensões, não podendo ser caracterizado somente como a aquisição de habilidades. Entendo não ser possível comparar uma fratura e a necessidade de reabilitação física com a complexidade da reconstrução do aparelho psíquico, através de uma “fisioterapia mental”.

Liberman (1998) descreve que os programas de suporte comunitário servem como protetores ambientais, através da redução dos efeitos nocivos da crítica, ausência de suporte, sobreenvolvimento emocional e social em indivíduos vulneráveis. De acordo com o autor, o suporte comunitário pode fortalecer os efeitos protetores do treinamento de habilidades de pacientes psiquiátricos crônicos. Aponta que o aprendizado de habilidades para resolver problemas, habilidades de conversação e vocacionais, e habilidades de auto-ajuda, dentro de um contexto de suporte comunitário, capacitam para o estabelecimento de objetivos realistas e promovem aspectos clínicos e sociais. A participação comunitária é visualizada como responsável pela diminuição das recaídas e por um ajustamento social adequado. Assim como o aprendizado para fazer mudanças e resolver problemas da vida cotidiana.

A gente aqui na casa tem, eu acho, vários tipos:... vou citar alguns exemplos que a gente usa no nosso cotidiano. A gente usa... a gente tem uma turma muito grande aqui que a gente leva para jogar futebol, tem dois horários e ginásios e leva esse pessoal. Então, mais ou menos quinze pessoas a gente sempre leva (A 2).

Temos também atividades de lazer: Futebol, a gente sai para a comunidade para jogar...Temos o coral que se apresenta em vários lugares, aqui dentro da cidade, fora dela também,...Temos, além disso, também, passagem...passeios de lazer com eles, idas à praia. Vamos ao...ao REI CLUBE para eles jogarem esnuque, ping pong, entre várias coisas... (A 9).

A utilização de espaços coletivos em horários “normais” é uma prática corrente no serviço. O esporte também aqui é um fator agregador, que proporciona diversão e lazer. O apropriar-se legitimamente dos espaços sociais, não como uma concessão ou um favor é conquista que foi alcançada ao longo do tempo. Nem sempre as relações estabelecidas com

a comunidade deram-se desta forma. Se por um lado havia solicitações para uma assistência que conferisse resolutividade e acabasse com o *revolving door*, inicialmente o medo, o preconceito e o estigma colocaram barreiras, muros, que foram derrubados ao longo do tempo.

Morgado e Lima (1994) tecem críticas aos modelos de desinstitucionalização, tomando como base, para as suas análises, o processo de desinstitucionalização em países como Estados Unidos, Itália, Canadá e Inglaterra. Em relação aos Estados Unidos referem-se ao processo de desospitalização. Este entendimento, entretanto, não pode ser concebido como desinstitucionalização, haja vista que, na prática, neste país, a desinstitucionalização foi reduzida à desospitalização. Os autores apontam cinco graves conseqüências da desospitalização¹⁴, quais sejam: desamparo dos pacientes graves, alta rotatividade dos pacientes- caracterizada como *revolving door*, custo não monetário por doença mental, problemas com a justiça/polícia e a politização do movimento de desinstitucionalização.

Embora não concordando com a análise de Morgado e Lima em relação à desinstitucionalização (desospitalização), concordo com os autores em relação às características de um bom modelo¹⁵ de saúde mental. Consideram dois pré-requisitos indispensáveis para a implantação do programa, quais sejam: a aceitação do programa pela comunidade e a preparação de recursos humanos. Em relação à aceitação do programa pela comunidade, foram caracterizados dois aspectos: o asseguramento das condições objetivas dos participantes, para o engajamento efetivo nas atividades e a dimensão subjetiva da convivência da comunidade com portadores de distúrbios mentais. Em relação a esta característica os autores pontuam que essa dimensão é clara pelo seu oposto, ou seja, a inclinação á internação. Os recursos humanos bem preparados incluem o manejo seguro da psicofarmacologia básica, psicoterapia focal e terapia de família, enfermagem psiquiátrica comunitária e serviço social.

Entendo que no Serviço estes requisitos foram plenamente atingidos e até superados em muitos aspectos. Na estruturação do Serviço, a comunidade sempre foi envolvida

¹⁴ Os autores se referem à desinstitucionalização e à desospitalização como se ambos os processos fossem iguais, promovendo um reducionismo em que a desinstitucionalização é restringida à desospitalização.

¹⁵ Prefiro a utilização da nomenclatura de bons serviços ao invés de bons modelos, por entender que os modelos não são generalizáveis. O que pode se constituir em um bom modelo em um determinado serviço, pode não ser em outro.

ativamente. Este envolvimento deu-se de maneira formal, como também informalmente. Formalmente, quando da apresentação do programa na câmara de vereadores e informalmente através das interações estabelecidas com a comunidade: o falar de saúde mental em vários espaços coletivos (igrejas, associações, escolas, meios de comunicação) nas promoções, nos convites estendidos à comunidade nos aniversários, na venda de verduras da horta pelos usuários à comunidade, na integração em festivais, assim como nas visitas da comunidade à casa, primeiramente movida pela curiosidade e posteriormente pela solidariedade. Este envolvimento deu-se de inúmeras formas, como, por exemplo, através de visitas das crianças das escolas, objetivando conhecer o Serviço, como também, o deslocamento dos profissionais às escolas para falar de saúde mental e loucura. Estas ações produziram um impacto favorável na desmitificação da loucura. Na comunidade pôde-se observar de maneira muito clara os saltos dialéticos: de uma rejeição inicial – uma casa de loucos na zona nobre da praia, aos projetos desenvolvidos em parceria com os empresários da cidade.

Na análise da infra-estrutura comunitária formulada por Morgado & Lima (1994) fica evidenciado que o contexto interacionista da comunidade é central para o estabelecimento de um bom sistema de atendimento em saúde mental. Os autores visualizam o *revolving door*¹⁶ como o melhor indicativo da assistência comunitária e indicador direto da assistência hospitalar. Delegam como uma tarefa primária do governo e da população soerguer a comunidade, para a implantação de serviços de saúde mental comunitários.

Concordo com os autores e considero o engajamento da comunidade primordial para a formulação de qualquer proposta de desinstitucionalização. Entretanto, considero uma percepção tendenciosa dos autores que, através do exemplo do *revolving door*, querem fazer crer que não se dispõe de meios para a manutenção dos pacientes dentro de uma estrutura comunitária. Entendo não ser possível viabilizar na esfera concreta, por meio do governo o “soerguer a comunidade”. Visualizo que estas transformações decorrem, com maior concretude, nos microespaços, através da desconstrução do modelo manicomial fortemente arraigado nos profissionais e no senso comum. Isto significa um responsabilizar-se com o processo de reforma, enquanto o atribuir a outras instâncias, resulta numa

¹⁶ O *revolving door* (porta giratória) caracteriza-se pelo constante círculo vicioso: internação-alta-reinternação, em um mesmo hospital ou em um distinto.

desresponsabilização. O processamento de mudanças em nível de reformulação do modelo de assistência, conforme observado, não se dará somente através de medidas de cunho legislativo, mas fundamentalmente pelas rupturas realizadas nos microespaços.

De acordo com Saraceno (1999), as experiências de transformação da assistência psiquiátrica no que chama de sul do mundo (entendo que estamos situados neste contexto), são “inventadas” e obtidas da conjugação da pobreza de recursos institucionais associada à capacidade de identificar recursos da comunidade.

A implantação da proposta de trabalho desenvolvida em saúde mental comunitária em São Lourenço do Sul vem corroborar a importância da comunidade neste processo, em virtude das reivindicações por uma assistência adequada terem partido da própria comunidade. Ao contrário da assertiva formulada por Morgado & Lima (1994), de que a tendência da comunidade é a exclusão, o encaminhamento a hospitais psiquiátricos. O apelo era de uma solução para os casos crônicos, entretanto, uma solução caracterizadamente humana e resolutiva. O fenômeno do *revolving door*, uma realidade concreta antes da implantação do Serviço, impulsionou de maneira decisiva a vontade política, técnica e humana no estabelecimento de uma outra forma de olhar e assistir a loucura. Considero que nos locais onde não exista outra forma de assistência comunitária sistemática o *revolving door* talvez se constitua na única opção possível. Entretanto a ocorrência deste fenômeno simultaneamente ao funcionamento de dispositivos extramanicomiais denota uma não-integração interserviços.

Outra coisa é por exemplo, de um paciente que tá afim de...vou comprar uma roupa. A gente sai com esse pessoal e sai pela cidade, pelas lojas e escolhe as roupas com eles, eles vão olhar...essa me serve, essa não... a gente compra...ajuda ele a comprar, com o dinheiro dele. Outra coisa que a gente faz, no exemplo do cotidiano aqui..., nosso coral, nós temos um coral e é nele..., é um coral aberto inclusive, ele é um coral aqui da casa, mas é aberto à população (A2).

Os pequenos atos do dia-a-dia são compartilhados com os acompanhantes terapêuticos, como o fazer compras. E isto acaba sendo uma prática rotineira que não causa espanto nenhum aos vendedores e lojistas. Estes acabam sendo logo reconhecidos e identificados como sendo da “Nossa Casa”. Este reconhecimento se dá não pelas “facies”

de portador de sofrimento psíquico, mas por se tratar de uma cidade pequena onde todos se conhecem, e os portadores de distúrbios psíquicos conviverem e estabelecerem relações com a população.

O coral aparece como um fator de agregação entre usuários, equipe e comunidade que dele participa. O coral estabeleceu um importante elo de ligação com a comunidade. Propiciou a desmitificação da loucura. E esta ocorre nos principais eventos e festividades da cidade. As apresentações se dão nos mais variados lugares: nos bancos, no comércio na época do Natal, na abertura de eventos de saúde mental, em igrejas e nos festivais de corais. Os ensaios, estrategicamente foram marcados para os dias de consultas ambulatoriais, neste momento as pessoas que aguardam as consultas são convidadas a entrar no local do ensaio para participar do mesmo.

Eu acho assim, acho que não é só eles fazerem alguma coisa nas oficinas sabe, costurar, bordar etc. Acho que assim, ... muda a higiene, aquela ...coisa assim de, como cuidar da casa deles, a gente conversa muito com eles isso (A3).

Um outro mecanismo de habilitador que eu acho vejo é o próprio cuidado da pessoa consigo mesmo... a gente procura, de alguma maneira tornar ele parecido com qualquer ser humano que caminhe em nossa cidade.. De alguma maneira a higiene, né, que é praticada pela enfermagem ela é ... é um dos fatores não só em relação à saúde das pessoas se manterem limpas, mas também uma coisa reabilitadora, um fator reabilitador no sentido dela não se sentir envergonhada. Muitas vezes, passada a crise ela se sentir da mesma forma que qualquer pessoa que esteja dentro da equipe que esteja frequentando a casa (A8).

Mas eu acho assim que pra reabilitação nós temos as oficinas. Eu inclusive trabalho nas oficinas. Eu acho assim que é uma das coisas assim que ajuda bastante porque eles se mantêm ocupados. (A4).

O cuidado consigo mesmo, através de hábitos de higiene saudáveis e adequados, o gerenciamento da casa e os vários aspectos envolvidos neste são discutidos com os usuários. O fazer nas oficinas aparece como um fator não prioritário para a reabilitação, primeiramente aparece a capacidade de realizar as tarefas do cotidiano de uma pessoa, inserida em um determinado contexto.

Outra acompanhante terapêutica enxerga que as oficinas são importantes, porque mantêm eles ocupados. O processo reabilitativo, nesta perspectiva, passa a ser visto como manter os usuários ocupados, entretidos.

Resgato o diferencial entre entretenimento e reabilitação abordado por Saraceno (1999). O *fazer alguma coisa* é visto como sinônimo de entretenimento, preencher o tempo, ainda que muitas vezes de forma automática, inútil, repetitiva e desprovida de finalidade. Neste contexto, os entretenimentos acabam por reduzir o ser humano a repetição mecânica, estereotipada, de determinadas atividades, para preencher o tempo, já que o ócio não é tolerado.

De acordo com Saraceno,

a pobreza do manicômio é a forma condensada e clamorosa da pobreza dos serviços, os quais, como o manicômio, reproduzem cronicidade, dependência, barreiras, exclusões, invalidações, isto é, produzem aquela infantilização de quem é considerado e tratado unicamente como depositário passivo de intervenções e suportes, ou seja, é tratado como custo (p.138).

Este fazer aparece como não prioritário porque entendo que é visualizado como entretenimento, fazer passar o tempo, enquanto as atividades, como o cuidar da casa, da própria higiene, são vistos como atividades que mudam aspectos importantes da vida dos usuários.

Compartilho da opinião de Saraceno (1999) quanto à busca do rompimento dos entretenimentos nos serviços de saúde mental. Este rompimento deverá ser abordado em duas frentes: o rompimento dos entretenimentos da equipe que presta a assistência e o rompimento dos entretenimentos dos usuários - que são os depositários dos entretenimentos formulados pelas equipes.

A crítica também se dá com a casualidade com que são administrados os tratamentos na clínica. O autor faz uma reflexão sobre a necessidade de individualizar as ações que foram utilizadas para a melhora dos pacientes. Compreende que a partir da identificação destas ações, provavelmente viria a se descobrir que as ações formais tem uma influência menor sobre a evolução da doenças. Enquanto as ações que contornam os

tratamentos - os contextos, as motivações de quem oferece o tratamento, a continuidade, a afetividade e a construção de propostas de vida - poderão vir a ser decisivamente mais importantes para a evolução dos pacientes. E a adoção de ações que promovam transformações reais na vida dos usuários.

Saraceno constata que a história natural das doenças encontra a história natural dos serviços. Assinala a importância da revisão e crítica dos serviços para as transformações efetivas na vida dos pacientes uma vez que estas variáveis – os serviços - têm um peso significativamente mais importante do que as variáveis clínicas. Caso contrário, as doenças mentais e seus decursos não permaneceriam imodificados no tempo.

A filosofia dos serviços deve ser introjetada por todos os trabalhadores, para que as práticas daí resultantes sejam o reflexo do trabalho da equipe em sua concretude. É nos serviços que se vislumbram os movimentos dialéticos, as transformações quantitativas em qualitativas, o estabelecimento de linhas nodais, o aparecimento de contradições. A apreensão, compreensão e discussão destes movimentos pelos trabalhadores conduzirá ao estabelecimento de práticas pautadas na negação para a superação dialética.

E eu acho assim, que ele na oficina, ele aprende alguma coisa. Porque nós temos marcenaria, a gente tem tapeçaria, tem os pacotes, tem várias oficinas. E eu acho assim que ele aprende alguma coisa, e eu acho que isso beneficia pra ele até assim...depois que ele tiver alta daqui, até em casa, se ele quiser fazer alguma coisa pra vender ou... eu acho que isso beneficia, a oficina em si. E eu acho assim que, a visita também, porque vai criar aquele vínculo com ele, a família e o serviço (A 4).

Outra acompanhante terapêutica entende que as oficinas auxiliam na reabilitação dos usuários, sobretudo se houver um retorno financeiro para ele. Este benefício é visto como o poder manter-se às próprias custas, precisamente através do trabalho desenvolvido. O aprender, neste contexto, passa a ser percebido de maneira diferente do fazer para executar algo, do entretenimento. Existe o estar aqui e o depois, o fazer algo para se manter. Neste, estão contidos a idéia de transitoriedade, da passagem na instituição e do retorno à vida que levava antes de adoecer. A Nossa Casa, após a alta dos usuários, passa a ser um ponto de referência a que eles acorrem, quando necessitam.

A unidade psiquiátrica também passa a se situar como um ponto de referência, após a alta. Não raro, ocorreram situações em que pacientes, após a alta, retornavam alguns dias ou semanas para fazer uma visita aos pacientes que ficaram internados, e conversar com os profissionais. No início as aparições inusitadas dos pacientes causavam uma certa surpresa, depois tornaram-se rotina. Visualizo que este voltar deve-se muito ao acolhimento e atenção que foram dispensados quando da internação.

A integração existente entre a unidade psiquiátrica e as demais clínicas do hospital aparece, também, como um fator agregador e com finalidade de desmitificar a loucura. Isto vem corroborar que as unidades psiquiátricas em hospitais gerais não podem ser locais de pseudo-integração, mas que esta poderá ser construída, desmitificada e solidificada no cotidiano perante a comunidade hospitalar. Algumas unidades se constituem como novos espaços de segregação, quer seja pela localização desta no interior da estrutura hospitalar, pelas relações estabelecidas no seu interior ou pelo isolamento em relação às demais unidades. Nesta caracterização, ocorre a simples transposição das macroestruturas para estruturas menores, sendo que a essência do trabalho continua a mesma. O exemplo acima vem demonstrar que outras possibilidades concretas, poderão se constituir, no que se refere a este *setting* de tratamento.

Nos eventos da cidade, ah... expofeira, reponte, olimpíadas, a gente inclusive nas olimpíadas participou com uma equipe, se integram claramente todo o mundo...,deixa eu ver que mais..., a integração é total e geral com as pessoas. Aqui nós temos horário no Grêmio Lourenciano, onde a gente vai né, vamos jogar bocha no camping, na verdade poucas coisas a gente faz dentro da casa, a gente faz mais fora (A 2).

A integração dos usuários nos eventos da cidade aparece claramente nesta fala. Antes havia a necessidade de “sair” da Nossa Casa para desmitificar a loucura perante a comunidade lourenciana, agora, o sair expressa uma outra conotação: sair para realmente proporcionar lazer e integração com outros grupos. O fazer poucas coisas na casa corrobora para que a cidade se mostre como o melhor *setting* para o desenvolvimento de trocas reais, onde através das situações reais, com suas variáveis, poderão ser trabalhadas as dificuldades dos usuários. Este “laboratório real”, “in vivo”, revela-se como a melhor escola de reabilitação psicossocial para os usuários e um aprendizado à equipe.

A fala seguinte reafirma que o sair extrapola a desmitificação da loucura para, efetivamente, apropriar-se legitimamente dos diversos cenários que compõem a cidade.

Além do acompanhamento assim diário, acredito que mais no início, havia mais necessidade de inserir eles na sociedade, que as pessoas pudessem reconhecer...reconhecê-los, Então, se levava muito mais pra fora ...as peças, era muito mais aberto. Se levava mais tempo assim tipo... vamos pra praia todo mundo. Hoje a gente faz, mas hoje a gente faz com a intenção assim de nós aproveitarmos mais isso do que mostrar para as pessoas que... que eles estão aí, que estão na rua (A 6).

A constatação de que inicialmente o levar para fora estava mais voltado à necessidade de reconhecimento dos usuários como cidadãos, do que somente para o lazer, a convivência, a confraternização, as trocas. E a conseqüente não-necessidade deste mostrar, para realmente voltar-se às coisas da vida cotidiana, do usufruir da cidade e das interações que ela propicia, aparecem como mudanças significativas que foram ocorrendo à medida que os trabalhadores, a população e o serviço evoluíam.

Ocorre aí um salto qualitativo importante. As transformações quantitativas conduzem a modificações qualitativas que se encontram inseridas no movimento dialético. A constatação interna dos trabalhadores de saúde mental associada às modificações externas da comunidade sobre a percepção e representação da doença mental, aparece como nós de relações e mudanças. O conjunto desses nós formam a linha nodal hegeliana. Podem ser visualizados, também, a interação e o movimento universal nestas transições.

Eu acho que é ...esse dia a dia dele aqui é muito importante ... acompanhamento que a gente tem de sentar do lado deles, ã...de ver assim as coisas simples da vida deles. Como é que foi o fim de semana, né, se foi a algum lugar, se... se passeou, se teve visita, ou se ficou sozinho, por que ficou sozinho? Daí, se a gente... se não foi bom, ver no que que a gente pode ajudar para melhorar isso. Pra que cada vez ele consiga ficar melhor o dia dele. Então, o acompanhamento, sentar do lado dele, ver o que é que está acontecendo com a vida dele, muitas vezes... é mais importante do que ... dar o remedinho de todo dia. (A 6).

A escuta terapêutica surge como um elemento prioritário em relação até à medicação a ser administrada. Esta é realizada sistematicamente, porém o ato em si não é

considerado como relevante. As dificuldades, ansiedades, necessidades dos usuários são trabalhadas no dia a dia, pelos funcionários, sem qualquer “formação” específica, além do bom senso. A preocupação com o usuário fora da casa é percebida através desta relação que se estabelece e das mudanças que poderão ocorrer. O genuíno interesse pelo bem-estar das pessoas é observado pela colocação acima. O acompanhamento nas “coisas simples” do cotidiano e a centralização terapêutica nestas é apontada como um fator preponderante em relação a outros.

A verbalização acima é de uma auxiliar de enfermagem, e esta percebe o seu papel não como de uma asséptica profissional, voltada para as suas atividades específicas. Mas sim, como uma pessoa terapêutica que, através das relações que estabelece com os usuários, promove modificações no vivenciar o sofrimento psíquico no seu cotidiano.

“A qualidade dos lugares interage com a dimensão qualitativa das relações e dos processos interativos” (Saraceno, 1999, p.142).

Penso que se não houver esta crítica apurada sobre as modificações no estabelecimento de relações “verdadeiramente” terapêuticas, aos novos *settings* corresponderão as mesmas práticas condenadas. A negação da negação para a superação dialética pode ser vislumbrada na necessidade de cotidianamente rompermos com os entretenimentos, com a institucionalização, e em cima do novo provisório reconstruir uma outra realidade, mais completa. Este desenvolvimento em espiral, expresso através da contradição dialética da negação da negação conduz a saberes e práticas dinâmicos, num processo de aprofundamento do conhecimento, das contradições, dos movimentos e dos conflitos.

Visualizo que no movimento real dos serviços estão implicados a continuidade (o movimento profundo que continua) e a descontinuidade (o aparecimento do novo), o aparecimento de contradições, os saltos qualitativos e a superação dialética. Desconsiderar estes movimentos significa promover um reducionismo que conduz à alienação e estagnação, em síntese, à cronicidade institucional.

De alguma maneira ela conviver com outras pessoas, ela ter amigos, ela se inserir num grupo que começa na Nossa Casa e vai se estendendo para a comunidade, isso também é qualidade de vida. Ela se sentir igual aos outros,

ela se vestir igual as outras pessoas, ela conseguir, sem sofrimento, pensar na sua doença e procurar ajuda quando necessita, ter essa lucidez de saber quando ela está precisando de ajuda, também é qualidade de vida. Creio que todas as oficinas, todo trabalho, assim o objetivo maior é isso: fazer com que as pessoas sejam mais felizes, tenham maior qualidade de vida (A 8).

Qualidade de vida passa a ser percebida, neste contexto, como alcançar uma uniformidade em relação às pessoas “normais”. A padronização, sentir-se igual aos outros, vestir-se, inserir-se em grupos sociais, passa a ser perseguida como um indicador de retorno à normalidade e, como consequência, a obtenção de qualidade de vida.

Talvez algumas pessoas não consigam atingir estes patamares, não consigam vestir-se, nem sentir-se iguais aos outros. O estabelecimento de metas é desejável, entretanto, entendendo que estas não poderão se constituir como camisas de força.

Saraceno (1999) analisa que as expectativas têm um papel central no êxito do processo reabilitativo. Pontua que permeando as expectativas, deverão ocorrer modificações nas condições materiais dos serviços. Segundo o autor, o decurso da psicose encontra-se intrinsecamente conectado às estruturas sociais, nas quais são identificadas as expectativas que circulam o micro e macro ambiente sobre o paciente.

Muitas vezes são traçadas metas e objetivos pelo operadores, sem que os pacientes/usuários estejam cientes das expectativas colocadas sobre eles. Ou ainda, poderão ser estabelecidas metas, não consideradas prioritárias pelos mesmos. Os projetos reabilitativos devem considerar as necessidades e desejos dos usuários, ao invés de levá-los à adoção das metas dos operadores, vindo a se constituir, neste contexto, como meros receptores das expectativas e cuidados projetados.

Qualidade de vida e integração comunitária são objetivos da reabilitação psicossocial. Estes valores fundamentais os serviços deverão perseguir para os seus usuários. Os valores dos serviços estão diretamente associados aos valores dos profissionais que, em conjunto com os objetivos, encontram-se incorporados nos projetos dos programas e na operacionalização destes. A dissonância entre valores dos serviços e dos profissionais corresponderão práticas fragmentadas. Estas virão, em última análise, em detrimento de uma atenção qualificada aos usuários.

Bom, tirando um pouco assim do...do problema, vamos trabalhar ele em dia. Dia a dia, a gente acompanha ele. Nós temos uma horta comunitária, a gente leva... acompanha eles lá, trabalham com muita garra, com muita vontade. A gente procura comercializar os produtos que a gente tem, ... temos também atividades de passeio, jogos, de bocha, futebol, às vezes passeio na praia, ... Nós temos também oficinas que... vários tipos de oficinas, onde a gente tenta colocá-los, numa função que eles mais se adaptem (A 9).

Bom, conhecendo o usuário, sabendo da história dele, a gente começa a trabalhar coisas que ele perdeu devido à sua doença, por exemplo: Se ele foi um trabalhador rural, procura engajar ele numa atividade neste sentido, ... (silêncio). Sempre colocando ele dentro da realidade ... ajudando, proporcionando, facilitando muitas vezes, o caminho melhor (A 10).

A centralização do trabalho terapêutico tendo como base a história de vida e não nos déficits, no diagnóstico, em suma a doença, é tida como um fator reabilitador para os usuários. O respeito aos costumes e à cultura destes usuários e a reinserção em sua atividade de origem ficam evidentes. O respeito à cultura pode ser expresso, também, através de atividades simples do cotidiano, como, por exemplo, uma visita domiciliar a um usuário que somente fala o alemão e/ou o dialeto pomerano por um funcionário que entende e fala a mesma língua, é uma prática rotineira. A cidade, como o interior do município, têm raízes fortemente marcadas pela cultura alemã. Os alemães têm representações próprias e particulares sobre a doença mental e seus determinantes. A pesquisadora enquanto descendente de alemães, cresceu ouvindo algumas destas crenças. Como por exemplo, a loucura estar associada ao “estudar demais”. Esta crença poderá ter espaço em virtude de os quadros psicóticos desencadearem em torno dos 20 anos, quando as pessoas se encontravam estudando em centros maiores. Interessante se faz apontar o fato de a loucura e suas manifestações em algumas comunidades serem relativamente toleradas e até acolhidas.

Uma atividade dos funcionários que entendem e se expressam em pomerano é o grupo terapêutico da zona rural. Durante muitos anos a pesquisadora participou deste grupo. Em razão da mesma língua e cultura, os usuários se expressavam com muito mais facilidade, naturalidade.

Facilitar o melhor caminho não significa escolher pelas pessoas. Significa ajudar, fazer-se presente, na escolha dos vários caminhos possíveis e proporcionar apoio durante o

percurso. Compreendo que a reabilitação psicossocial não poderá ser centrada somente nos modelos psico-educativos ou comportamentais. Entretanto, as ações que perpassam a educação não poderão ser desconsideradas, porque, inevitavelmente, encontram-se presentes no fazer cotidiano.

Dentro deste contexto, o planejamento educacional participativo poderá ser apontado como uma das estratégias possíveis, inseridas nas propostas de reabilitação psicossocial. As palavras-chaves desta construção educacional-saber popular, educação participativa, planejamento participativo, envolvimento e autonomia remetem a práticas de reabilitação. Para Rezende (1998), o planejamento educacional participativo é uma proposta de princípios norteadores da atividade educativa, com caráter histórico, ou seja, com limitações espaço-temporais e focaliza um determinado contexto específico e concreto.

Uma intervenção educativa participativa, constitui-se numa forma de organização de forças que ao invés de conduzir à domesticação encaminha os educandos à autonomia, ao descobrimento de suas potencialidades, à parceria e ao experimentar juntos, ingredientes da cidadania” (Rezende, 1998, p.13).

Utilizei esta construção educacional durante o desenvolvimento da prática assistencial no serviço em estudo. Visualizo que esta ocorreu com dois grupos distintos e em momentos diferentes: com os trabalhadores de saúde mental e com os usuários, respectivamente. Primeiramente com as pessoas envolvidas foram discutidos os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, numa constante interlocução entre a teoria e a prática. Um segundo momento permitiu a operacionalização das discussões e a sua concretude expressa através da construção coletiva dos projetos terapêuticos individualizados. Num terceiro momento, realizou-se a operacionalização dos projetos com os usuários, através do caminho metodológico proposto. Didaticamente os momentos foram descritos em etapas. Entretanto devo salientar que os movimentos realizados não são lineares, mas em espiral. Da mesma forma os movimentos entre o concreto e o abstrato, o particular e o geral.

Analisando os dados, pude apreender que as práticas da vida cotidiana se constituem no a priori do Serviço. O foco está direcionado para um cuidado responsável, com uma grande valorização da questão afetiva. A apropriação legítima de espaços coletivos, como

um direito e não como uma concessão, foi conquista alcançada ao longo do tempo. A separação conceitual doença e pessoa e a centralização da atenção na pessoa são evidenciadas nas falas. O trabalho não está centrado no modelo biologicista, no momento em que outras variáveis são introduzidas no campo, como, por exemplo, a questão da habitação, do trabalho e das redes sociais. A centralização na história de vida da pessoa é considerada relevante para a reabilitação. O processo reabilitativo é centrado nas necessidades e possibilidades dos sujeitos, sendo consideradas e reforçadas as habilidades prévias e o contexto cultural no qual a pessoa se encontra inserida.

6.2 Trabalho Integrado – Comprometimento e Envolvimento da Família

Neste espaço exploro as concepções dos atores sobre o estabelecimento de um trabalho integrado com a família e as percepções do papel desempenhado pelos familiares no tratamento e na reabilitação. Entendo que uma mudança radical se processou, da exclusão inicial da família no *setting* tradicional às propostas de uma inclusão e participação ativa reivindicada pelos profissionais no modelo da reforma. Esta é uma construção cotidiana, na qual são superadas visões e posturas, conduzindo a movimentos que promovem um entrelaçamento que refletirá em uma melhor qualidade de vida a ambos, usuários e familiares. Penso que muitos estereótipos foram abandonados no momento em que a família não é culpabilizada pela doença do usuário e tratada como coadjuvante no tratamento e na reabilitação. Estes movimentos dialéticos de superação são identificados nas falas dos atores e são visualizados como uma necessidade, uma exigência institucional e não como uma concessão. Refletem, desta forma, uma filosofia do Serviço.

Eu acho que a coisa mais importante nesta história toda é a participação da família junto conosco, trabalhando. Isso eu acho, eu acho primordial. Eles tem que estar por dentro de tudo que a gente faz aqui, prá gente, prá gente, colocar a nossa forma de trabalhar e eles também concordarem. Nem sempre, de repente, poderemos encontrar pessoas, até hoje acho que não teve caso, não me lembro de não concordar. Mas essa integração, visita domiciliar, fala com

o pessoal, como é que a gente diz, bem assim, esse assinar da família que nos ajuda a fazer essas várias formas de tratar com o pessoal (A 2).

Dentro deste contexto, a participação ativa da família aparece como de suma relevância. Comumente se dizia que o usuário, para ser “aceito” na Nossa Casa precisava ter conta de água e luz na cidade. Em outras palavras, significa que a família deste usuário deveria residir na cidade. O programa sempre teve como um dos pressupostos a abordagem não somente centrada no usuário, mas também na família deste. A fala acima traz que a família tem que estar integrada com as intervenções realizadas pela equipe. A participação efetiva da família conduz ao estabelecimento de estratégias de intervenção mais abrangentes e consistentes, onde podem ser trabalhadas as dificuldades e necessidades de ambos, familiares e usuários.

Um dos grandes ganhos na inclusão sistemática da família no tratamento e na reabilitação diz respeito à retirada do estereótipo dela ser responsável pela doença do paciente. Prática esta difundida no paradigma institucional. A restrição das visitas nas primeiras semanas de internação vem corroborar a imputabilidade da família na doença do paciente. Além da dificuldade de ter um membro psicótico na família, esta tinha ainda que lidar com a culpa. Esta culpabilização muitas vezes nem sempre disfarçada pelos profissionais. O sofrimento, o sentimento de fracasso, a culpa já existente da família, associada com a sua exclusão do espaço terapêutico, acabaram reforçando o abandono dos pacientes. Devemos ter o cuidado de relativizar, quando responsabilizamos a família pelo abandono do usuário. Este abandono concretamente existe por parte de algumas famílias, mas também foi reforçado pelos profissionais, no momento em que excluíram a família sob a alegação da necessidade de privacidade e confidencialidade.

Segundo Liberman (1998), os papéis da família com os pacientes são similares aos papéis desempenhados pela enfermagem, quando da hospitalização do paciente. Compara que desde que a moderna psiquiatria tem enfatizado o trabalho interdisciplinar, incluindo altos níveis de comunicação e participação na responsabilidade, considera curioso e trágico que profissionais tenham isolado as famílias de papéis ativos no tratamento e na reabilitação.

Proteção, estabelecimento de limites, afeto, encorajamento, fortalecimento e desenvolvimento de habilidades, cuidados, são algumas características comuns da família e

do que é realizado pelo corpo de enfermagem, quando da internação. Esta categoria profissional, em virtude da identificação de papéis, consegue lidar e estabelecer relações de parceria com os familiares, assim como escutar os familiares nas suas dificuldades e necessidades. Isto porque, em muitos momentos, consegue colocar-se no lugar do familiar. Além disso, é comumente a enfermagem quem assume a responsabilidade do cuidado no tratamento e, pelo visto, também na reabilitação.

Lefley (1993) estabelece as dimensões dos encargos da família em termos objetivos e subjetivos. O estabelecimento desta distinção, na concepção da autora, permite distinguir, respectivamente, entre as demandas realistas de viver com uma doença mental e o sofrimento dos membros familiares como resultado da desabilidade do paciente. Exemplifica os encargos objetivos através da dependência econômica dos pacientes e a inabilidade de desempenhar papéis completos apropriados para a idade; o rompimento das rotinas domésticas; o investimento familiar de tempo e energia na busca de ajuda e na negociação da doença mental; confusão e frequentemente humilhação nas interações com os provedores dos serviços; custos financeiros da doença; privação das necessidades de outros membros da família; corte das atividades sociais; diminuição das relações com o mundo exterior e dificuldades de identificar alternativas para hospitalização ou espaços residenciais fora da casa da família. Os encargos subjetivos da família envolvem os efeitos do estresse de ter alguém possuindo uma doença mental; sentimentos de estigmatização; frustração pela pessoa não estar apta para fazer ou consumir um plano pessoal.

Freqüentemente os encargos da família são vistos com maior intensidade em relação à dimensão objetiva. As verbalizações do familiar comumente são encaminhadas para estas questões. O sofrimento decorrente da questão subjetiva, que aparece através de sinais e sintomas emocionais, assim como as freqüentes queixas do familiar - que acaba sendo rotulado como poliqueixoso, entre outros adjetivos - acaba sendo relegado a segundo plano, como algo intrínseco à doença. O reconhecimento e a valorização destes, como sinais subjetivos do encargo de ter um membro com uma desordem mental, poderá fornecer uma outra ótica aos profissionais. A centralização das abordagens nestas questões poderá fornecer a força necessária às demandas objetivas.

Liberman (1998) acrescenta ansiedade e tensão, culpa, desmoralização e depressão, desgosto e frustração como custos emocionais para os membros da família, assim como repercussões no estado clínico. Relata o aparecimento frequente de sintomas psiquiátricos nos familiares. Desta forma, os serviços necessários para os familiares deverão resultar em prevenção primária das desordens mentais.

Os papéis dos familiares na reabilitação devem ser determinados por múltiplos fatores. Nestes estão incluídos os níveis de incapacidades dos pacientes, fortalecimento e capacidade de enfrentamento das famílias e a utilização de recursos adaptativos. Salienta que isso depende da capacidade dos profissionais de colaborar nas relações com os familiares. E para que isto ocorra é importante o entendimento dos antecedentes históricos das interações com os provedores dos serviços de saúde mental (Lefley, 1993).

Eu acho também as famílias, a gente tenta ajudar as famílias de certa forma. Por exemplo, aqui a gente não tem nada a ver com anticoncepcional, por exemplo, mas a gente tenta ajudar as famílias nisso aí, explicando para elas que nós temos várias formas de medicação e a gente tenta explicar por que, até ... o caso da Isabel e do Ademar que se casaram, então tudo isso a gente tenta intervir junto à família, acho que é bem legal (A3).

A fala anterior expressa que o cuidado não se restringe aos aspectos psiquiátricos, mas considera o contexto de vida do usuário, as suas necessidades e dificuldades. A responsabilização pelo uso correto dos métodos contraceptivos aparece como uma preocupação dos funcionários, ainda que seja considerada como não sendo de sua competência. Na quebra das ações preestabelecidas, na visualização do ser humano como um todo integrado, ocorrem saltos qualitativos. Os movimentos nos novos serviços devem ser dirigidos à superação das hierarquias institucionais rígidas, intra e interserviços. O fazer com deveria reger as ações, ao invés do encaminhar ao. A tônica nas instituições que adotaram o modelo da reforma psiquiátrica deveria ser pautada tendo como base esse pressuposto. De outra forma, haveria a repetição em um microcosmo dos mesmos papéis desempenhados nas instituições totais. A ruptura destes papéis propiciará ações integradas e consistentes.

Wetzel (1995), na análise dos papéis flexíveis assumidos pelos agentes na instituição, visualiza que esta flexibilidade apresenta duas características: uma positiva que remete à interdisciplinaridade e outra negativa, que supre uma carência de pessoal.

Entendo que, se primeiramente a flexibilidade dos papéis estava mais relacionada ao déficit de pessoal, esta característica foi mantida após o preenchimento do quadro de profissionais. Enxergo que a interdisciplinaridade sempre foi a marca registrada do serviço. O fazer não estava cristalizado em papéis fixos, rígidos, preestabelecidos. Saliento, entretanto, que havia papéis específicos de alguns atores como, por exemplo, a prescrição da medicação pelo psiquiatra. O diferencial é que havia a liberdade de discutir os benefícios, efeitos colaterais e efeitos secundários com a equipe. Os acompanhantes terapêuticos são, em última análise, as pessoas que permanecem a maior parte do tempo com os usuários, podendo desta forma detectar precocemente alterações. O que começou como uma necessidade foi introjetado pela equipe e passou a se constituir como a regra na instituição. Esta interdisciplinaridade, por vezes remetendo a transdisciplinaridade certamente possibilitou o enriquecimento profissional das diversas áreas ligadas ao Centro.

As famílias são, na concepção de Anthony et al. (1992) o maior recurso que trazem, como consequência, impactos na reabilitação do usuário. De acordo com os autores, abordagens a familiares consistentes com a reabilitação psiquiátrica, provêm as famílias com informações e aumento na capacidade para a negociação de situações problemáticas.

Anthony et al. (1992) apontam as intervenções familiares sugeridas por Zipple e Spaniol (1987), encontradas em conjunto ou na maioria das necessidades críticas da família. Categorizam as intervenções existentes como: 1) intervenções educacionais designadas fundamentalmente para prover informação; 2) intervenções no treinamento de habilidades designadas fundamentalmente para desenvolver habilidades básicas; 3) intervenções de suporte, designadas fundamentalmente para aumentar a capacidade emocional da família para enfrentar o estresse; 4) intervenções compreensivas que incorporam informação, treinamento de habilidades e suporte em intervenções particulares.

Liberman (1998) descreve que, a despeito da ainda prevalente visão dos profissionais que atribuem a esquizofrenia e outras desordens mentais à família, e a despeito da indiferença dos profissionais para as necessidades dos membros das famílias para suporte

e aconselhamento, parentes ainda expressam um forte desejo de comunicação e contato com os profissionais. Para o autor, a maior ansiedade e estresse decorrentes da vida com uma pessoa sofrendo psiquicamente, está articulada a necessidade de informações e assistência dos profissionais que prestam a assistência.

No Serviço, é possível visualizar que o apoio às famílias é uma preocupação dos profissionais, até mesmo nas questões não consideradas de sua competência. Isso vem ao encontro das assertivas formuladas pelos autores mencionados, que consideram as intervenções de suporte e as intervenções compreensivas como relevantes para aumentar a capacidade dos familiares.

Pode-se observar que ambos os autores mencionados evocam para a necessidade de prover informações à família, através das intervenções levantadas. Pratt et al. (1999) descrevem que Hogarty e seus colegas utilizam um dia único em que realizam uma oficina com os familiares. Nesta, são abordados assuntos como definição, história e prevalência da esquizofrenia; os papéis biológicos na doença, informações sobre a medicação; tratamentos psicossociais; curso da doença e impacto do tratamento no curso; impacto sobre a família; reação da família e estratégias de enfrentamento para a família, incluindo a revisão das expectativas, evitar alta estimulação, ignorar seletivamente certos comportamentos, sistematizar expectativas e a utilização efetiva dos profissionais. Os propositores entendem que este tipo de treinamento provê as famílias com importantes conhecimentos sobre doença mental e o seu tratamento, trabalhando com a premissa que o conhecimento tem força nele próprio.

Pois é...eu acho que tem, essa coisa, sabe que eu me angustio muito com essa coisa da família sabe, e aí muitas vezes a gente não consegue fazer nada porque eles encaram, o nosso cliente, como uma pessoa que não vale mais a pena ser.[...]. Claro que eu acho que aqui é bem mais...eu acho que o pessoal da família se envolve mais com eles até por que a gente exige um pouco mais deles. Eles vem aqui ver como é quando eles estão aqui....(A3).

Nesta fala fica evidente o sentimento de impotência frente às famílias, quando estas demonstram que o usuário “não vale mais a pena”. Esta caracterização se dá quando esforços são realizados pela equipe, entretanto, sem um respaldo e uma adesão maior da família. A repetição destas situações acaba por minar o trabalho desenvolvido pela equipe,

conduzindo ao desestímulo. O envolvimento da família, neste contexto, é percebido em função de uma exigência institucional. Se no *setting* institucional firmado nos moldes tradicionais, a família era praticamente banida do tratamento, agora ocorre uma solicitação contrária: a sua inclusão ativa. Também aí ocorrem saltos qualitativos importantes.

Visualizo a importância do estabelecimento de parcerias com as famílias, sobretudo em um contexto onde as famílias adotarem um maior distanciamento. Os sentimentos negativos da equipe em relação aos familiares poderá produzir um embate que resultará danoso para o usuário, assim como, para os resultados concretos das intervenções estabelecidas.

Lefley (1993) destaca que as experiências com profissionais da saúde mental são vivenciadas pelos familiares como positivas e negativas. A autora enfatiza que o impacto negativo é mais evidente no pessoal responsável. Destaca que muitos membros das famílias relembram acusações punitivas que não somente ferem, mas também corroem a fé na sua própria habilidade para ajudar a quem amam.

O conceito de recuperação das famílias é abordado por Pratt et al. (1999). Os autores lembram que, nos esforços para ajudar os consumidores e suas famílias, deve-se reconhecer que, assim como os indivíduos com doença mental, famílias também passam pelo processo de recuperação. Apontam que este conceito, introduzido por Spaniol & Zipple, identifica quatro estágios na recuperação de uma família com séria e persistente doença mental: descoberta/negação, reconhecimento/aceitação, enfrentamento/competência e particular/ engajamento/proteção.

E o mais importante assim é que a família também ... é junto com a, com o serviço aqui... a família está junto. Porque eu acho assim que o doente mental jamais pode se sentir sozinho, como a gente já vê em outros serviços (A 3).

Porque a gente busca muito a família, e faz com que a família veja se eles estão hospitalizados, a família tem que tá ali. Eu acho que isso é importante até na cura, ...na doença, para que eles melhorem mais. Porque não adianta só remédio, remédio, se eles não tiverem amor (A4).

Tem a oficina, grupo, as visitas domiciliares eu acho que é fundamental, né. O familiar aí tá junto. Com problema, tanto a gente sabe como ele tá em casa, e como ele está no serviço. Eu acho que isso é fundamental (A 4).

A família estar junto implica na inclusão ativa da mesma no *setting* terapêutico. A responsabilização da família ocorre em cima do tratamento e da reabilitação desta pessoa, e não em cima da responsabilização e culpabilização pela doença.

As abordagens terapêuticas antigas, na visão de Lefley (1993), muitas vezes alienaram os indivíduos com desabilidades mentais severas de um sistema de suporte natural e em muitos casos reforçaram o abandono. Saliencia que os modelos de tratamento psicodinâmico derivam dos paradigmas que tendem a excluir as famílias de informações e do envolvimento no processo terapêutico. Pontuam que os modelos de terapia familiar, por outro lado, têm envolvido os membros da família no tratamento com a improvável premissa de que os sintomas da esquizofrenia ou de desordens afetivas irão desaparecer mediante a manutenção da homeostase de um ambiente familiar disfuncional. Esta premissa resultou em frustração às famílias e tem sido repudiada como arcaica pela maioria dos terapeutas familiares. (Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986; McFarlane & Beels, 1983; Terkelsen, 1983; Wynne, 1988).

O advento da terapia familiar, segundo Lefley, trouxe as famílias para dentro do processo do tratamento, mas perpetuou a visão da identificação do paciente como vítima e portador da psicopatologia da família. Numerosos estudos tem sido conduzidos para confirmar a hipótese subjacente da relação entre a psicodinâmica e as teorias dos sistemas familiares. Pesquisas utilizando rigorosos modelos de replicação tem falhado na confirmação da aproximação de achados de estilos de comunicação desviante. Lefley, ao comentar o trabalho desenvolvido por Arieti durante um quarto de século com pessoas com esquizofrenia, ressalta que o autor anunciou que 75% a 80% das mães encontradas não podem remotamente ser encaixadas na descrição de esquizofrenizantes. Lefley chama a atenção para o fato de que a noção de família patológica têm produzido efeitos danosos para ambos, familiares e pacientes.

Em primeiro lugar a família, assim, colocar , ...abrir o espaço para este usuário ... na família. Fazer com que a família considere ele uma pessoa merecedora de respeito, que pode trazer alguma coisa para a família. Depois procurar que ele...que ele dentro disso assim, mostrar para a família que ele tem condições de... de se gerenciar, tem condições de ... de ajudar na...na...em casa. E naquelas atividades mais corriqueiras que normalmente a família coloca ele pro canto, ele não é capaz de nada. Não, mostrar que ele é capaz de... do mínimo essencial (A 5).

Se a família vê que eles estão fazendo alguma coisa vão, sei lá, vai tentar fazer alguma coisa, se não, pelo menos, vai admirar . mais aquela pessoa, vai entender melhor, vai ver que ela serve para alguma coisa, não só por ser doente que ela não serve para nada. Então eu acho que isso também acho que é, muito importante o familiar ver que eles fazem alguma coisa, e eles fazendo é que as pessoas vão aprender e eu acho assim, acho muito legal quando as pessoas vem, e, mas "foi eles mesmos que fizeram isso? (A3).

Existe uma preocupação de que a família dê o devido valor ao usuário, as suas potencialidades e à capacidade de realizar algo. O fazer algo, independente do que seja, é muito valorizado na cultura alemã, em virtude de a cultura estar voltada para o trabalho. Entretanto, a fala acima, independente de traços culturais, remete a busca do reconhecimento do portador de sofrimento psíquico como alguém que é capaz de produzir, ser útil. Entendo que o efetivo reconhecimento das potencialidades passa pelo estabelecimento de parcerias com os familiares. Este processo necessita primordialmente da desmitificação de conceitos introjetados, tidos como verdades absolutas. Visualizo a necessidade de intervenções voltadas para a educação das famílias para a doença, para que haja colaboração no processo de reabilitação. Isso conduzirá ao estabelecimento de expectativas apropriadas por parte dos familiares, tanto no que tange ao tratamento como à reabilitação.

De acordo com Lefley (1993), para os membros da família com pessoas com séria e persistente doença mental, prevalece um persistente dilema de levantar e mover esperanças, de balançar expectativas que não sejam muito altas ou muito baixas no curso da doença. Postula que podem existir diferenças individuais nas experiências dos membros da família em relação ao portador da doença, dependendo do papel relacionado, como pais, esposa, parente, criança adulta ou outro próximo. As experiências poderão variar de acordo com o desenvolvimento do estágio da doença e o nível da desabilidade.

Da mesma forma, Pratt et al. (1999) reconhecem o mesmo dilema. Este se refere à idéia de que expectativas normais da família em relação ao portador de uma doença mental, muitas vezes acarretam frustração, porque a pessoa encontra dificuldade na realização destas expectativas. Entendem que se as expectativas forem excessivamente baixas, o indivíduo tenderá a vivenciá-las desta maneira, raramente alcançando um nível de funcionamento que pode ser considerado normal.

Um aspecto considerado por Pratt et al. e Lefley diz respeito a preocupação manifestada pelos familiares, geralmente os mais idosos, em relação ao que irá acontecer no futuro, caso eles fiquem incapacitados ou venham a falecer.

Tessler, Killian e Gubman, citados por Lefley descrevem uma resposta tipológica da família que envolve nove estágios: (1) não atenção inicial ao problema, (2) negação da doença mental, (3) rotulação, (4) fé nos profissionais da saúde mental, (5) crises recorrentes, (6) reconhecimento da cronicidade, (7) perda da fé nos profissionais da saúde mental, (8) crença na habilidade da família, e (9) preocupação com o futuro.

Os diferentes modos de defesa das famílias aparecem expressos na tipologia descrita anteriormente. O conhecimento destes estágios pelos profissionais poderá resultar em intervenções pautadas em dispositivos de continência para a família. O sofrimento, as demandas e necessidades dos familiares precisam ser incluídas e contextualizadas nos espaços de tratamento e reabilitação. Estes movimentos inseridos nos *settings* terapêuticos proporcionarão saltos qualitativos importantes, que beneficiarão ambos, familiares e usuários.

Liberman (1998) aponta as diferenças culturais das famílias que respondem a um severo distúrbio mental. Na Inglaterra, aproximadamente 47% das famílias experimentam alto estresse com desaprovação (censura) e excessivo envolvimento. Em Los Angeles, anglo-americanos tendem a responder com alta emoção expressa. De outro lado, na Índia, onde o curso da esquizofrenia parece ser mais benigno do que nos Estados Unidos e na Inglaterra, menos do que 10% dos parentes são estimados como desaprovadores, censuradores ou com excessivo envolvimento.

Isso vem ao encontro do desenvolvimento do conceito de resiliência¹⁷ da família abordado por Pratt et al. (1999). Os autores entendem que existem evidências do desenvolvimento de resiliência em muitas famílias, a despeito dos encargos objetivos e subjetivos em face à doença mental. Esta visão positiva pode levar muitas famílias a enxergarem o mundo através de lentes cor-de-rosa, levando outros membros individuais a questionarem essa visão. Talvez o mais importante nesse conceito, seja a demonstração de que os membros da família podem efetivamente resolver problemas, intervir nas crises e promover a recuperação para os seus familiares com doenças mentais.

Esta pesquisa traz que, assim como existem diferenças entre familiares de uma mesma cultura, em culturas diferentes estes tendem a expressar o impacto da doença e o estresse de forma semelhante, entretanto, com alterações de intensidade. Isso remete a lembrar que, assim como cada usuário é único, de igual modo, cada família irá apresentar comportamentos, emoções e reações que não podem ser padronizados, rotulados. Entretanto, existe uma tendência incorporada no discurso de muitos profissionais, que se referem ao comportamento da mãe do esquizofrênico, como se todas as mães de esquizofrênicos devessem exibir o mesmo comportamento padrão. Assim como cada usuário necessita de uma abordagem terapêutica individualizada, os familiares necessitam estar incluídos ativamente nesse processo, sem prejulgamentos e rótulos.

Nesta prática a gente procura em primeiro lugar conhecer a pessoa que a gente vai lidar. Conhecer significa não só conhecê-lo individualmente, mas conhecê-lo dentro do... seu meio familiar. Para isso a gente utiliza as visitas domiciliares, as entrevistas com as famílias, as reuniões de familiares e o suporte que a gente procura dar (A 8).

A fala anterior expressa a interação estabelecida com o familiar desde o primeiro momento da procura por atendimento. Neste é efetuado um contrato terapêutico no qual o familiar é notificado da importância do seu papel e da responsabilização pela sua

¹⁷ Resiliência das famílias é entendida como a capacidade de construir mudanças e crescer em resposta a uma séria desordem psiquiátrica de um membro. Os autores entendem que o papel do estresse na etiologia da esquizofrenia e outras desordens mentais não significa necessariamente que crianças tenham tido experiências traumáticas envolvendo suas famílias- assim como muitas pessoas sem sérias doenças mentais têm. Apontam para o reconhecimento do fato de que também não se pode negar que muitos indivíduos com sérias doenças mentais vivem em circunstâncias familiares adversas enquanto adultos.

participação nos assuntos relativos aos cuidados projetados. Nas reuniões de familiares são consideradas as presenças dos familiares. Se um familiar deixa de comparecer às reuniões sem apresentar uma justificativa, é realizada uma busca ativa, normalmente através de visita domiciliar. Em algumas situações-limite utilizava-se a dinâmica da permanência de um acompanhante terapêutico na casa da família. Este objetivava a apreensão do funcionamento da dinâmica familiar, e o conseqüente manejo das situações. As interações familiares posteriormente eram discutidas em reunião de equipe, para a adoção conjunta de estratégias pela equipe.

Pratt et al. (1999) consideram que as intervenções familiares capazes de capitalizar as forças das famílias são utilizadas com sucesso entre a maioria das categorias profissionais que trabalham com tratamento e reabilitação e atualmente reduzem a frequência e a duração das recaídas psicóticas. Estas intervenções, segundo os autores, são realizadas em torno da educação da doença, suporte, solução de problemas e gerenciamento das crises. Assinalam que existe um corpo de dados que prova que a descompensação ou recidivismo hospitalar das pessoas com doenças mentais que residem com suas famílias pode-se reduzir significativamente, através deste tipo de intervenções, em combinação com o uso de medicação psicotrópica. Pontuam que esta redução é significativamente maior do que quando a medicação é empregada sozinha.

No momento em que o familiar passa a ser acolhido no *setting* terapêutico associado ao reconhecimento da importância desta inclusão, ocorrem mudanças qualitativas importantes. Estas mudanças terão reflexos na interação do familiar com o usuário, através do redimensionamento das formas de manejo, da orientação e acompanhamento adequados. Isto fica expresso nas falas que seguem.

A gente observa o paciente, quando ele está... não está muito bem, a gente procura fazer uma visita domiciliar ao familiar, ver o que está se passando em casa, se houve alguma mudança, ... obtendo esta resposta do familiar a gente procura conversar com ele, conversar com o psiquiatra para ver o que está se passando (A10).

Então eu acho que esta visita de... de... necessária, tipo assim... o paciente não tá bem, tu vai lá, faz a visita, vê como é que está este familiar. Será que este familiar também não está cansado? Vamos ver como é que ele está, saudável?

Vamos ver esta família toda, como um todo, pra poder tratar o paciente. Acho que isso aí é uma prática bem importante (A 6).

As falas retratam a importância atribuída à integração com os familiares, através de um canal de comunicação que é operacionalizado por intermédio das visitas domiciliares. Estas visitas são realizadas sistematicamente pelos acompanhantes terapêuticos. O estabelecimento de uma dinâmica na qual as mesmas pessoas são responsáveis pelos usuários de determinado bairro, propiciou uma maior integração e o conhecimento dos problemas vivenciados pelas famílias. As visitas domiciliares da zona rural, via de regra, são realizadas por acompanhantes terapêuticos que falam o dialeto pomerano. Semanalmente são realizados grupos terapêuticos, estes grupos são precedidos pela reunião de familiares. Esta dinâmica objetiva trabalhar as dificuldades, queixas, ansiedades da família em um *setting* mais próximo, onde se possa estabelecer uma linguagem única, trabalhando situações de manejo de comportamentos. As visitas também são realizadas sempre que houver solicitação de membros da família, ou quando a equipe entende que estas se façam necessárias, como, por exemplo, quando um paciente deixa de comparecer à Nossa Casa. Importante se faz destacar que as reuniões foram descentralizadas, ou seja, são realizadas nos bairros onde as pessoas residem. O local pode ser o Posto de Saúde, o centro comunitário ou o salão da igreja.

A segunda fala expressa a preocupação não somente em relação ao usuário, mas à família como um todo. O entrevistado reconhece a importância de ver o usuário dentro do contexto da família. Esta visita é vista não somente como uma prática necessária, mas fundamental para o tratamento do usuário. Há uma preocupação e interesse genuíno em relação ao bem-estar da família. Isso contrasta com as abordagens onde a centralização se dá em cima da pessoa doente, esquecendo-se do que é sentido pelos cuidadores desta pessoa.

Anthony et al. (1992) apontam que os proponentes de serviços de saúde mental comunitária têm alertado para a expansão dos serviços à família como uma prioridade essencial. Os autores consideram que as famílias são o maior recurso que traz, como consequência, impactos na reabilitação dos usuários. Apontam que as abordagens às

famílias, consistentes com a reabilitação psiquiátrica, provêm informações e aumentam a capacidade para resolver situações problemáticas.

Da mesma forma, Melman (1992), refletindo sobre o percurso e o trabalho desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, considera que o fortalecimento do trabalho desenvolvido possibilitou a compreensão de que o usuário e a sua família deveriam se constituir no centro da atenção da equipe. Convém ressaltar que este serviço, juntamente com o Serviço em estudo, se caracterizaram como as primeiras propostas públicas de desinstitucionalização no país.

Através das revisões acima, pode-se apreender a importância da inclusão da família no processo de reabilitação. Esta inclusão ativa sempre se constituiu no a priori do Serviço de Saúde Mental de São Lourenço do Sul. Esta se processou de várias formas, como as reuniões de familiares, as entrevistas, o estabelecimento de estratégias comuns, o suporte e através da organização da Associação de Familiares, Amigos e Usuários da “Nossa Casa” (AFAU). No início do serviço houve a eleição de um dia em que o familiar era convidado a passar na casa, observando o manejo dos profissionais, interagindo com usuários e profissionais, ajudando nas atividades. Saliento que, ainda que as práticas de reuniões de familiares e entrevistas remetam ao trabalho desenvolvido e consolidado em instituições totais, estas, no contexto comunitário, têm uma outra dimensão. Enquanto o *setting* distante do hospital psiquiátrico não propiciava uma integração dinâmica no sentido de resolver problemas “in loco”, no Serviço, através de intervenções como visitas domiciliares ou a permanência do profissional na casa do usuário, podiam ser trabalhadas as necessidades, dificuldades e o manejo em conjunto com a família.

A introdução ativa do familiar no *setting* terapêutico aparece como uma prática e uma filosofia do Serviço. Desta forma, os familiares são despojados da culpabilização e situam-se como co-partícipes no tratamento e na reabilitação. A negação da exclusão do familiar do *setting* terapêutico, associada à negação da responsabilização pela doença mental conduzem a movimentos que se inserem nos serviços. O desencadear dos vários movimentos na concretude das ações desenvolvidas forma a linha nodal hegeliana, que se expressa, em última instância, na superação dialética. Cabe o reconhecimento de que, em cima da realidade negada, deverá corresponder uma outra realidade, sempre mais rica e

completa. Ou seja, não é suficiente a inclusão ativa do familiar no tratamento e na reabilitação. A esta inclusão deverão corresponder novas abordagens que dêem conta da complexidade das relações entre seres humanos.

6.3 Relacionamento Humano – Escuta Terapêutica

Abordo, nesta área, as relações estabelecidas entre a equipe e os usuários e intra-equipe. A centralização das ações tendo como base um relacionamento terapêutico marcadamente humano, aparece com muita concretude na exposição dos atores, assim como a importância atribuída à escuta terapêutica e o fazer-se presente como instrumento terapêutico nas vivências do cotidiano. A prática assistencial pautada na responsabilização pelo portador de sofrimento psíquico é evidenciada na fala dos entrevistados. Negociação, atenção, respeito, afeto, validação de sua identidade e liberdade são visualizados como processos terapêuticos que levam o usuário a sentir-se mais feliz e a um incremento na qualidade de vida.

O maior referencial, o maior instrumental disto aqui é a relação humana. E para isto tem que ter uma boa relação humana de toda a estrutura do trabalho. Se não tem, nada funciona. Fica muito difícil Então isso foi a idéia original da criação de um serviço que tem como nome "NOSSA CASA". Quando a casa é a "Nossa Casa" nós somos cidadãos dentro dela, e há um achatamento de hierarquias. Esse é o grande segredo (A 1).

Através da fala se percebe a centralização do trabalho nos aspectos humanos, tanto em relação aos pacientes como entre os funcionários. O achatamento de hierarquias remete à liberdade de tecer sugestões, comentários e intervenções por parte de toda a equipe. Este achatamento é uma realidade concreta, entretanto pode ser entendido pelo menos de duas formas. Primeiro, como uma horizontalidade de fato em todas as instâncias, contemplando os aspectos do fazer e do administrar o cuidado. Segundo, visualizo que este achatamento de hierarquias, em muitos momentos foi utilizado para preencher lacunas em relação à

presença física dos profissionais, sobretudo dos técnicos. Havia uma necessidade técnica de que os profissionais presentes na “Nossa Casa” (técnicos e não técnicos) dessem conta de atender e resolver as demandas que se apresentavam. Nesse caso o achatamento provém de uma necessidade externa, relacionada ao fazer, à prática. Em suma, é um achatamento derivado de uma conveniência e/ou necessidade. Pontuo que a apregoada horizontalidade encontra a sua instância máxima no trabalho, entretanto, o mesmo não se pode dizer com relação à horizontalidade de fato em relação aos espaços administrativos.

Saraceno, Asioli & Tognoni (1997) destacam a atitude de integração da equipe como uma das muitas variáveis que determinam a enfermidade e a eficácia da intervenção. Estas variáveis, relacionadas à organização e ao estilo de trabalho da equipe, podem ser favoráveis ou desfavoráveis. Apontam uma equipe integrada como uma variável favorável, que deve ter as seguintes características: distribuição do poder; importância dos conhecimentos; comunicação clara e não contraditória; discussão e planificação do trabalho; socialização dos conhecimentos; autocritica e avaliação periódica dos resultados. Entre os fatores que obstaculizam a integração interna, os autores apontam a separação prática entre os diferentes papéis profissionais; as diferenças nos níveis de capacitação e aspectos culturais dos papéis profissionais e os conflitos e frustrações entre os membros da equipe.

Entendo que a “boa relação humana de toda a estrutura do trabalho” remete às relações não somente entre os usuários, mas igualmente entre os técnicos. O que pude apreender é que muitos novos serviços encontram sérias dificuldades e tensões entre a equipe técnica, comumente em relação às querelas quanto à coordenação destes serviços. Em alguns casos equipes se desestruturam (ou são desestruturadas), comprometendo seriamente o trabalho desenvolvido. E enquanto os profissionais travam os embates, os usuários acabam esquecidos. Ou seja, o serviço, constituído a priori para o usuário, acaba sendo palco de disputa pelos técnicos, que deveriam prover os cuidados aos usuários, razão maior (senão primeira e única) de suas permanências nestas instituições. Desta forma, a desintegração da equipe se constitui numa variável desfavorável ao desenvolvimento da enfermidade, comprometendo a eficácia das intervenções.

De acordo com Saraceno (1999, p. 95-96):

um serviço de alta qualidade deveria ser um “lugar” (constituído de uma multiplicidade de lugares/oportunidades comunicantes) permeável e dinâmico, onde as oportunidades (ou seja, os recursos e as ocasiões negociáveis) encontram-se continuamente à disposição dos paciente e dos operadores. De fato, se de um serviço (de uma fração dele) se estabelecem as “dotações de oportunidade” em medida limitada e de uma vez por todas, o resultado será a progressiva cegueira daquela parte do serviço em relação às atribuições que ele não possui [] a passagem de “espaço” a “lugar” é um processo complexo que diz respeito não só à arquitetura mas sobretudo às relações entre os homens (afetivas e de poder).

Outros autores como Ribeiro & Teixeira (1997, p.336) ressaltam que os confrontos entre profissionais conduzem a “antagonismos estéreis e em disputas epistêmico/políticas pelo saber/poder, além de contribuir para a fragmentação do sujeito-objeto de suas intervenções”. Os autores questionam que, a despeito das mudanças que têm-se processado no país na assistência aos portadores de transtornos psíquicos, “se a assistência efetivamente prestada tem-se transformado concretamente na direção dos valores éticos de nossa contemporaneidade”, independente das teorias ou técnicas adotadas.

Acrescento as inquietações que Basaglia (1991) já enfatizava: que não é a redefinição da instituição em termos estruturais, através de novos esquemas, que garantirá que as ações serão terapêuticas, mas sim as relações que se estabelecerão dentro das novas organizações assistenciais.

Entendo que os novos serviços deverão estar atentos para as possíveis (e concretas) contradições que podem se configurar no seu interior. Uma dessas contradições se refere ao discurso sobre a prática muitas vezes não ser condizente com a prática desenvolvida. Parece aparentemente fácil falar na teoria sobre um bom relacionamento humano, entretanto, pergunto: será este operacionalizado na prática? Ou se perderá nos meandros do poder?

Basaglia postula que as contradições do real deverão ser dialeticamente vividas. Ressalta que se as contradições não forem ignoradas ou postergadas, na tentativa de criação de um mundo ideal, mas enfrentadas dialeticamente, a comunidade tornar-se-á terapêutica. Salienta que para isso devem existir alternativas, possibilidades. Somente dessa forma a dialética existirá.

Pode-se abstrair que diferentes autores chamam a atenção para as relações estabelecidas entre as pessoas – profissionais e usuários nos serviços, destacando a

importância de explicitar as contradições, como apontado por Basaglia. A nossa preocupação enquanto profissionais deve ser dirigida ao questionamento de nossa práxis (entendida como teoria e prática). Para que efetivamente na cotidianeidade de nossas vidas correspondam práticas eticamente condizentes com os princípios filosóficos adotados.

A gente tem uma coisa em comum, que é a ...a humanização do serviço, que é torná-lo de novo uma pessoa que possa conviver dentro da comunidade, achar o seu lugar, e que possa viver uma vida mais feliz do que ele vinha tendo até então. Acho que essas práticas que a gente utiliza... elas vem muito em torno do que a gente pensa.. que seria ideal pro ser humano. Receber o respeito, receber o afeto das pessoas e ... creio que o tempo vem nos mostrando que... essas pessoas de alguma maneira conseguiram se reorganizar (A 8).

Esta fala reporta-se também ao relacionamento humano estabelecido com os usuários. Entretanto o sujeito em estudo faz uma referência concreta às práticas desenvolvidas, mencionando a seguir o respeito e o afeto. Estas atitudes certamente deverão existir num bom serviço de saúde mental. Contudo não podem se constituir nas únicas alternativas oferecidas. Inegavelmente os usuários precisam de afeto e atenção, mas necessitam também intervenções que possam proporcionar transformações concretas em suas vidas.

Saraceno (1999) alerta que, na integração interna de um bom serviço, deverão estar contempladas estratégias organizativas e afetivas. Destaca que a permeabilidade dos recursos e dos saberes deve superar a separação dos mesmos. Compreendo que este patamar deveria se constituir no ideal a ser alcançado pelos serviços. Os movimentos nos serviços, quando encaminhados para as questões organizativas e afetivas concomitantemente, conduzirão à superação dialética. Da mesma forma, quando os conflitos e as contradições forem dialeticamente trabalhados, e não ocultados, promover-se-á a descontinuidade – o aparecimento do novo, e a explicitação das contradições conduzirá a saltos qualitativos que processarão mudanças na vida real dos serviços.

E eu acho, na minha opinião, o mais importante é ... a gente conversar com esse pessoal todo,... aqui na casa..., tô falando agora diretamente do usuário. Fala com ele muita conversa, bastante conversa com o pessoal, nada de querer

mandar, que tem que ser assim, que tem que ser assado. Eu acho que... claro que tudo tem seus limites, né? Mas muita conversa, eu acho isso. (risada) (A 2).

Conversar e dar atenção são visualizados como intervenções que resultam no fortalecimento dos usuários. A negociação com os usuários fica estabelecida através do “nada de querer mandar”. Entretanto o entrevistado refere que às vezes há necessidade de estabelecer limites. O estabelecimento de parcerias com a família é visto como um fator positivo, pela possibilidade de escutar o que a mesma tem a dizer sobre o usuário. Comumente este tipo de intervenção conduz a uma linguagem única, através da qual profissionais e usuários estabelecem uma forma de abordagem comum. Isso resulta positivo para ambos, usuários e familiares. Uma vez que o usuário não receberá informações e manejos diferentes, a família, por sua vez, se sentirá apoiada pela equipe.

Esse tipo de coisa assim, ... esse pessoal precisa de muita atenção. E é esse tipo de atenção que faz com que esse pessoal fique, como eu falei, eles, eles tem a coragem de enfrentar o mundo que de repente eles perderam isso, sei lá de que motivo... agora eles tem... a maioria das pessoas que conversam com a gente tem a sua família e...e dão as suas opiniões, também. Então, esse tipo de coisa, não ficar assim só trancado ou internado, abaixo de remédio, coisa assim, esse tipo de coisa não adianta muita coisa (A 2).

O entrevistado tem um entendimento claro de que o confinamento, a reclusão e as terapias centradas na psicofarmacologia por si só não trazem resultados para a reabilitação. E expressa desconhecimento das possíveis razões que levaram o usuário ao adoecer psíquico. Esta colocação corrobora o que ficou evidenciado na análise de Wetzel (1995): que os não-técnicos não precisariam saber do conhecimento científico para a sua prática. Os não-técnicos percebem isso como um fator limitante, no momento em que o saber fica restrito a alguns profissionais.

Entendo a importância de estender o conhecimento indiscriminadamente aos funcionários. Ressalto que a adoção desta conduta somente trará consistência às intervenções realizadas. Esta homogeneização, guardadas as devidas proporções, não deverá resultar num academicismo e formalismos vazios, mas antes suprir carências para que as práticas não se tornem fragmentadas. Como anteriormente abordado, o

conhecimento, o saber, está diretamente ligado ao poder. A análise dessas relações se faz importante para estabelecer o entendimento deste saber/poder centralizado na mão de alguns poucos “iluminados”. Estabelece-se, dessa maneira, a distinção entre trabalho intelectual e manual. Ademais, quanto menos as pessoas sabem, menos questionamentos são feitos. O conhecimento se constitui na única forma de emancipação do ser humano.

O grupo é... aquela coisa assim do usuário, ele mesmo desabafa, eu acho que isso é uma das coisas... importante é tu saber ouvir. Eu acho que isso eles tem. De tu senta e conversa e discuti. E eles contarem a vida deles e tu ouvi. Isso aí é um benefício para qualquer um (A 4)

O corpo a corpo, o contato, o conversar, aquela coisa bem...de perto, de, ouvir as pessoas, não é simplesmente alguém que toma uma linha de medicação, que é um número, que é um papelzinho, que tem que se mandar para a secretaria. É uma pessoa que tem alguma dificuldade que a gente ...pode sentar e conversar com ela, escutar o que ela tem prá dizer (A 5)

O escutar representa, na concepção dos profissionais, um benefício para os usuários em virtude da atenção, da disponibilidade de tempo, da individualização e de o outro se colocar livremente, falar de sua vida, de seus medos, necessidades e dificuldades. Isso é visualizado como altamente terapêutico. O diferencial é o tratar a “pessoa”. Isso implica acolher o usuário na sua subjetividade.

Na área da enfermagem psiquiátrica e saúde mental Stefanelli (1993) tem se dedicado a estudar a comunicação terapêutica em seus aspectos teóricos e operacionais no campo do ensino e da assistência. A autora destaca que a enfermeira, além do conhecimento profissional, tem que adquirir competência em comunicação, qualificando o processo assistencial e o relacionamento com o paciente.

O escutar o outro, livremente, representa para Dewald (1981) uma experiência sem paralelo, em termos de significado e valor. O autor lembra que as relações não-terapêuticas estão baseadas em um dar e receber, em que fica implícito que cada participante deverá mostrar-se interessado pelo outro. Ao contrário, na situação psicoterapêutica a área exclusiva de interesse é o paciente, suas dificuldades e problemas. Enfatiza que representa um privilégio ter alguém que nos escute e trate com atenção, respeito e interesse.

Andolfi (1996, p.71) destaca a disponibilidade como um elemento importante para escutar a linguagem verbal e não-verbal. A escuta, para este autor, significa, também, a construção de uma interação adequada e funcional. Esta se caracteriza por um espaço externo (o *setting*) e o espaço interno, mental. Salienta a importância do silêncio na escuta terapêutica. Conceitua que “escutar quer dizer suspender as próprias proposições e permitir o acesso de tudo que provém do outro”.

Outro elemento importante da escuta, considerado por Dewald (1981), é a capacidade de empatia do terapeuta. Esta se expressa através da capacidade de o terapeuta colocar-se temporariamente no lugar do paciente, quando este manifesta seus pensamentos e experiências. E através da vivência desta experiência compreender o significado por detrás do material manifestado pelo paciente.

Bezerra Filho (1987), analisando a situação da entrevista psiquiátrica ao nível do atendimento ambulatorial, descreve características importantes da escuta dos alunos comparada com a atitude diagnóstica. O autor entende que a atitude diagnóstica do entrevistador prevalece no ensino da prática psiquiátrica clínica, em detrimento de uma atitude de escuta. Ressalta que o paciente psiquiátrico, nas suas relações interpessoais, experiencia uma invalidação da identidade psicossocial, sobretudo quando este paciente encontra-se em um contexto sócio-econômico adverso. Dessa forma, no processo de escuta é dada ao paciente a oportunidade de se perceber como sujeito, através da validação do seu discurso sem discriminação, como protagonista de sua história.

Considero que o real envolvimento terapêutico demanda disponibilidade, interesse, tempo, afetividade e sensibilidade¹⁸ no estabelecimento da relação terapêutica. Sem estes requisitos mínimos, dificilmente poderão ser atingidos em sua plenitude os aspectos concernentes à reabilitação psicossocial dos usuários, da forma como a concebo. Importa, sobretudo, uma atitude centrada no escutar o outro, que se revela diferente de ouvir, função fisiológica que demanda uma constituição neurológica. No escutar, colocamo-nos no espaço objetivo externo e no espaço subjetivo interno do outro, através de uma atitude de participação, de um compartilhar do vivido, assim como o fazer-se presente no silêncio. O silêncio pode adquirir diferentes significados, reporto-me aqui ao silêncio que denota uma

¹⁸ Faculdade de experimentar sentimentos de humanidade, ternura, simpatia, compaixão (Aurélio, 1986).

atitude de aceitação, de empatia, de compreensão, do estabelecimento de uma relação de confiança. Considero estes atributos substratos fundamentais para a evolução de um projeto reabilitativo.

“E, “despsiquiatrizar” o conhecimento do paciente psiquiátrico significa não apenas livrá-lo dos limites de uma nosografia mas também procurar (re)encontrá-lo enquanto sujeito na sua própria história” (Bezerra Filho, 1987, p.123).

Enquanto as práticas tradicionais objetalizaram o doente (e o seu corpo), rompe-se uma nova aurora, na qual a subjetividade é reintegrada com o corpo social dos portadores de sofrimento psíquico. Esta tomada de consciência sobre a importância dessas intervenções produz movimentos de superação da objetalização a que foi relegado o doente. E, corolário, a reconstrução de um corpo físico, subjetivo e social.

Eu acho que... eu acho que é esse respeito que a gente tem por eles... como cidadão. O respeito que a gente tem pelo familiar que vem aqui pedir ajuda ... porque de repente só tratar, dar o remédio, deixar como está ou pôr no hospital, e se o acompanhamento diário não está bem, vamos ver lá, o que que não está bem (A 6).

Bom, a primeira coisa, assim, é que a gente se preocupa em tratar o portador de sofrimento psíquico como uma pessoa que...merece todo o nosso respeito, toda a nossa consideração, e... é um relacionamento baseado num bom senso, numa atitude afetiva, ... e mais , assim preocupado em ...o emocional da pessoa, que ela tenha um, um...um pouco de felicidade, trazer um pouco de ... de alento para essa pessoa, e eu acho que isso leva a ... a um pensamento positivo que...que ajuda as pessoas (A 5).

O respeito ao usuário e ao familiar é visualizado através da preocupação e responsabilização ativa pelo bem-estar de ambos. É realizada uma diferenciação entre o tratamento sintomático, a hospitalização e o acompanhamento cotidiano do usuário no Serviço. O respeito ao familiar fica expresso no acolhimento à doença. E, na medida do possível, este acolhimento não se restringindo a escutar empaticamente, mas a produzir ações concretas que possam mudar o contexto.

O respeito, para Andolfi (1996), nasce da valorização da dignidade e da unidade de cada ser humano. A transmissão de respeito decorre da genuína sensibilidade e consciência

do ser humano. De nada valem as ações, se estes componentes não se fizerem presentes. O respeito aparece através da atenção que se dá à pessoa. A disponibilidade do terapeuta manifesta-se através da importância que dá ao problema do interlocutor e do respeito que tem pelo mesmo. O autor salienta que a diferenciação do comportamento sintomático do indivíduo representa um sinal de respeito para com o cliente. Através desta conduta, que remete a não reduzir o indivíduo aos sintomas que este apresenta, reavaliam-se os aspectos positivos, as potencialidades deste indivíduo. Desta maneira o autor entende que de um lado encontra-se a pessoa e de outro a estrutura sintomática, como entidades separadas, em virtude de a complexidade do indivíduo ser muito mais ampla que os seus problemas. Uma outra dimensão de respeito do profissional, abordada pelo autor, refere-se ao respeito do problema do cliente, quando se percebe o sofrimento e a dificuldade, a partir da avaliação da gravidade sob a perspectiva do cliente e não das avaliações preconceituosas do profissional. Este respeito é expresso, em última instância, quando ocorre a responsabilização com relação às ações realizadas, diferenciando as que são de competência do terapeuta e as que dizem respeito ao cliente.

Esta responsabilização ativa, por vezes, parece extrapolar os limites considerados adequados, quando resulta em proteção demasiada pela equipe, como caracterizado nas falas seguintes.

Eles sempre se sentem muito protegidos pela gente, e aí, a partir daí, que a gente tem que começar a mostrar pra eles o mundo lá fora, de que forma é, quais as necessidades deles, o que que é necessário eles fazerem pra se sentir bem nas suas próprias casas. A necessidade de trabalhar pra ter um nível de vida melhor (A 10).

Eu acho que até o jeito deles serem tratados, como gente que e até como, não sei a gente tem uma, a gente cria um elo com eles tão grande, que a gente já sabe da vida deles então tenta conseguir arrumar, ajudar no que for preciso, sabe. Às vezes um precisa de alguma coisa, a gente tenta conseguir pra eles, coisa assim...sabe eu acho que isso, isso é diferente, não tive em muitos lugares antes,... lá eles são tratados mais como, se fossem colegas sabe, não amigos por que tu não pode, mas como colegas tu pode fazer certas brincadeiras, não é aquela coisa rígida, com eles, eu acho legal (A 3).

Nas falas fica evidente uma atitude paternalista, que passa a ser percebida pelos profissionais, quando estes reconhecem a necessidade de uma maior independência dos usuários. Ajudar, conseguir, arrumar são verbos que denotam essa situação. Ainda que um dos fatores envolvidos seja a dificuldade econômica na qual se encontram muitos usuários, entendo que se possa estabelecer uma atitude empática sem ser paternalista e acompanhar o usuário no processo de emancipação. Concordo com Pitta (1994), quando pontua que os Centros de Atenção Psicossocial não devem ser mais que um lugar de passagem. A autora pontua que estes serviços devem sempre preservar como característica a não-permanência, mas acolher as pessoas quando necessitarem.

A segunda fala denota uma não-distinção entre os limites e papéis terapêuticos, quando se refere a tratar os usuários "mais como colegas". A não-rigidez passa a ser percebida de forma equivocada, como tratar o usuário na posição de colega. Esta conduta poderá resultar em distorções no momento em que o usuário interpretar de forma errônea este tratamento. Sabe-se, por exemplo, que pacientes esquizofrênicos têm dificuldade nas abstrações, nas analogias, podendo tomar uma brincadeira não bem formulada no sentido literal.

As atribuições e limites do profissional, do usuário e da família eram comumente discutidos em reuniões de equipe. Enquanto alguns defendiam uma posição considerada mais paternalista, outros assumiam uma posição voltada para a necessidade de o usuário enfrentar e conduzir a sua vida. Entendo que deve haver um meio termo, nem o paternalismo excessivo e também não a desresponsabilização absoluta. A atribuição somente ao usuário do insucesso de algumas intervenções, a desresponsabilização, resulta numa atitude bastante cômoda e conveniente aos profissionais. Devemos proporcionar ajuda durante o caminho percorrido e fornecer um passaporte na medida em que o usuário começar a se independizar. Observar o momento da entrega do passaporte pode se constituir no diferencial entre responsabilização e paternalismo.

Não são as grandes oficinas que tornam o serviço melhor, creio que são as pequenas coisas que se faz no dia-a-dia, o pequeno cuidado que se tem com o usuário. É o ombro que se permite que se ... que a pessoa use no caso de sentir tristeza. É a palavra que ela precisa ouvir pra se sentir melhor. Isso são processos reabilitadores. Encarar o outro como outro ser humano e não como

um número ou como uma figura que por acaso caiu no nosso serviço. Não, ele é um ser humano que de acordo com sua potencialidade, sua necessidade pode fazer uso de uma ou de outra... outro processo reabilitador (A 8).

Pode-se observar através desta colocação que as atitudes consideradas relevantes para a reabilitação são o acolhimento, o escutar o outro, e tratá-lo como ser humano. O entrevistado reconhece que não são as oficinas que tornam o serviço melhor. Talvez por este reconhecer que as oficinas podem se constituir como locais de entretenimento e não de reabilitação.

Concordo e reconheço a importância dos cuidados, do afeto e do acolhimento. Entretanto, considero que estas são (ou deveriam ser) características intrínsecas aos serviços de saúde mental que trabalham sob a égide da reforma psiquiátrica. Visualizo a necessidade de, mantendo estas características, realizar movimentos no sentido de efetuar transformações reais na vida dos usuários, através da ruptura dos entretenimentos e do estabelecimento de trocas de recursos. De outra forma, promove-se a escotomização de fazeres cotidianos que reproduzem comportamentos, criam cronificação e cegueira dos profissionais para o problema.

Considero, assim como Saraceno (1999) e Rotelli (1990), a necessidade de romper com os entretenimentos e a necessidade de praticar a desinstitucionalização em qualquer lugar, não somente na instituição fechada. Os novos serviços, pautados em novas práticas, se não exercitarem no seu cotidiano o repensar das estratégias de uma maneira aberta e franca, sem vendas a ocultar os olhos, reduzirão a reabilitação a uma atitude somente amorosa, afetiva para com os seus usuários. Esta, sem dúvida, é importante, porém não se constitui no único eixo a ser trabalhado na reabilitação. Caracterizaria esta como a questão subjetiva que envolve a reabilitação. Entretanto penso ser necessário redimensionar a reabilitação nas questões objetivas, o trabalho no eixo casa-trabalho-relações sociais-família. Trabalhando ambas, questões objetivas e subjetivas simultaneamente, de outra forma, ocorreria a fragmentação das ações.

Existe uma grande resistência em sistematizar as ações a partir de projetos terapêuticos individualizados, como se a sistematização fosse um empecilho burocrático não necessário. Conforme já anteriormente citado, entendo que os projetos terapêuticos

individualizados não devem ser encarados como processos meramente normativos, mas sim, como um conjunto de diretrizes e estratégias que direcionam as ações. Compreendo que a ausência destes projetos compromete a reabilitação dos usuários no momento em que não existe um conjunto de estratégias traçadas e em cima das quais se possa avaliar as ações estabelecidas para cada usuário. Sem esta crítica, os Centros de Atenção Psicossocial poderão vir a se constituir como “creches de doentes mentais”, em que estes passam o dia entretidos e, à noite, retornam para os seus lares. A maior dificuldade, neste contexto, é a saída de um lugar protegido. Um projeto onde esteja contemplada a reabilitação a curto, médio e longo prazo pode impedir os “esquecimentos” de manter um usuário indefinidamente nos CAPS. Como já referido anteriormente, estes deverão ser caracterizadamente locais de passagem.

Saraceno, Asioli & Tognoni (1997) afirmam que as medidas terapêuticas (psicofármacos, psicoterapias, técnicas de reabilitação) não podem ser empregadas de maneira isolada, sem a devida contextualização psicológica e social do paciente, assim como, da organização e do estilo de trabalho do serviço de saúde mental. Os autores enfatizam que qualquer intervenção terapêutica deverá fazer parte de um projeto que contemple algumas características, quais sejam: planejado por toda a equipe; com objetivos claros e bem definidos; realizado por todos os membros da equipe e modificável, através da evolução dos resultados.

Saraceno (1999) levanta a importância da realização da avaliação das ações para que se possa identificar quais são relevantes para o tratamento e a reabilitação. Na ausência de se saber quais as ações realmente projetadas e desenvolvidas, fica praticamente impossível esta avaliação. O autor remarca que, quando um conjunto de intervenções resultam em sucesso para o usuário, estas são assinaladas pelos profissionais. E atribuída a esta ou aquela intervenção, sem uma maior clareza e avaliação. Assim acentuo novamente a importância da mínima sistematização nos serviços. Entendo que o respeito pelo usuário também decorre do respeito com que se trata o seu projeto particular, único de reabilitação.

Através das entrevistas pude apreender uma certa dificuldade em relação à descrição das práticas reabilitativas usadas. Enquanto os trabalhadores de nível médio pontuam algumas práticas desenvolvidas de uma maneira mais concreta, os técnicos reportavam-se a

estas práticas de maneira ampla, genérica. Aqui aparecem as contradições: o discurso teórico nem sempre correspondendo ao desenvolvimento de uma prática correspondente. As práticas reportadas pelos técnicos referem-se àquelas desenvolvidas no paradigma tradicional: consultas, grupos, reuniões e o estabelecimento de uma relação humana com os usuários.

Retomo Kosik (1995) que, através da dialética do concreto, ressalta que a compreensão da realidade somente ocorre no momento em que o pensamento destrói a pseudoconcreticidade. E sob esta destruição desvelam-se as relações como produtos da práxis do homem. O autor destaca que a realidade pode ser mudada na medida em que nós mesmos produzimos a realidade, e quando nos damos conta de que esta realidade é por nós produzida. A destruição da pseudoconcreticidade, através da qual o pensamento dissolve o mundo fetichizado ideal para alcançar a realidade, é obtida através da crítica da práxis e do pensamento dialético – que rompe o mundo da aparência para atingir a essência.

A gente procura motivá-los para... vida, a gente procura orientá-los no espaço de tempo... O que mais que eu poderia falar... é tão ampla a atividade que a gente exerce lá, que, às vezes, faltam palavras prá colocar. Enfim, eu acho assim que basicamente, o que se faz é com carinho, é tocar, é abraçar o paciente, que é o que eles mais precisam, nesses momentos difíceis, de dificuldade, de sofrimento psíquico [...] a gente vem motivando eles, ajudando eles, ajudando eles no seu dia-a-dia, e isso leva muitas vezes um tempo, e às vezes a gente se frustra, mas a resposta vem. (A 10).

O entrevistado dessa fala mostrou-se emocionado quando colocou a dimensão do seu fazer. Entende-se que se sente muito comprometido e responsabiliza-se ativamente por esse fazer. Permeando todo o processo das intervenções realizadas, encontra-se uma atitude afetiva. Esta é visualizada pelo entrevistado como fundamental para o usuário nos momentos mais difíceis. A tomada de responsabilização fica expressa quando menciona a necessidade de “motivá-los para a vida”. Este elevado grau de consciência, este responsabilizar-se pelo usuário de maneira acentuada, acaba trazendo muita frustração quando as respostas dos usuários não são aquelas desejadas, em cima das quais foram realizadas as intervenções.

Esta é uma outra face do trabalho desenvolvido com portadores de distúrbios mentais crônicos¹⁹: a dificuldade de responder às demandas projetadas pelos profissionais. Isso acaba por induzir a um sentimento de fracasso, de impotência na equipe, quando, a despeito de várias intervenções diferentes, o usuário não evolui. Visualizo a necessidade de trabalhar a equipe, no que tange a estas situações. Senão este profissional acaba assumindo o fracasso das intervenções e, com o decorrer do tempo, pode passar a acreditar que não vale mais a pena investir no usuário, que não tem condições para reabilitar-se. Então o usuário acaba sendo deixado de lado, e outros, com “mais condições” acabam tendo a preferência. Não raro, deparamo-nos com profissionais que formulam uma série de explicações do tipo, fulano é assim, não adianta fazer nada. Isso acaba impondo uma situação de conformismo, de impotência, que pode ser contagiosa à equipe, na sua totalidade. Este conformismo, se estendido à família, corroborará a desesperança, normalmente já instituída pela doença crônica. Entendo que a esperança é o único bem que não podemos tirar das famílias, haja visto que muitas famílias e pessoas se mantêm às custas dela para enfrentar as dificuldades de ter um membro com distúrbios mentais.

Saraceno (1999, p.95) aborda a questão, quando se refere que um serviço de alta qualidade deve se ocupar de todos os pacientes. De acordo com o autor, os maus serviços são aqueles que estabelecem hierarquias de intervenção aos pacientes, segundo a lógica “quem agora não consegue, jamais conseguirá”. Dessa forma, acabam sendo excluídos dentro do próprio serviço. Importante se faz acentuar que, segundo o autor, é o paciente que encontra dificuldades de adaptar-se ao programa de reabilitação e não que não possa ser reabilitado.

A centralização do trabalho terapêutico na escuta, numa atitude de respeito, e na validação da identidade dos usuários, aparece como um estilo de trabalho do Serviço. O relacionamento marcadamente humano é tido como um fator reabilitador para os usuários. Penso que estes diferenciais que contornam as ações, introduzem saltos qualitativos que se

¹⁹ Muitos autores preferem usar outras expressões para definir uma evolução crônica, tais como, doente mental de longo-termo ou severamente desabilitado psiquiatricamente, ao referir-se aos pacientes/usuários. Isso em virtude da estigmatização que a expressão crônico remete. Este termo também designa uma não potencialidade para o melhoramento. Isso implica desesperança e progressiva deterioração.

inserir na vida cotidiana das pessoas. Todavia, se estas características assumem um papel central, em detrimento de outros aspectos, a reabilitação passa a ser reduzida a uma atitude afetiva. Indubitavelmente esta é importante, entretanto, não pode se constituir na essência do trabalho desenvolvido. A superação dialética é alcançada no momento em que são reunidos no mesmo sujeito histórico, aspectos subjetivos e objetivos oriundos das demandas singulares de cada pessoa.

Algumas contradições são identificadas como a inexistência de projetos terapêuticos individualizados e a separação estrutural entre quem executa a reabilitação e quem provê o tratamento. Isso ficou evidente nas falas dos entrevistados. Enquanto os acompanhantes terapêuticos e auxiliares de enfermagem reportavam-se às práticas com concretude, nas falas dos técnicos prevalece uma generalidade. O aprofundamento da questão remete às resistências produzidas e à negação desta realidade. Esta evidência questiona profundamente o papel dos técnicos, e as relações de saber/poder decorrentes. Conforme apontado pelos autores da tradição basagliana, a desinstitucionalização decorre fundamentalmente das mudanças de relações estabelecidas, o que implica a transformação dos papéis nas instituições.

6.4 Autonomia e Cidadania como Conseqüência da Reabilitação Psicossocial

Após a discussão das práticas operacionalizadas no Serviço, passo a descrever a visão dos entrevistados sobre o processo de reabilitação psicossocial. Entendo que, às diferentes concepções formuladas pelos entrevistados corresponderão práticas que refletirão, em última análise, visões de mundo particulares de cada profissional sobre o seu fazer. Aos diferentes conceitos formulados pelos entrevistados, aparecem com certa homogeneidade as questões da autonomia e cidadania, que emergem como atributos desejáveis, decorrentes do processo de reabilitação. Detenho-me na questão crucial da reabilitação: a inserção no mercado de trabalho, por entender que a cidadania perpassa também pela questão estrutural do mercado.

A principal é se gerenciar. Essa eu acho que... é a primeira coisa que se preocupa...que a gente se preocupa é que a pessoa possa se cuidar, se manter, que não precisa, que não dependa de alguém. Essa é a ...é o primeiro passo, depois procurar alguma coisa prá que... possa se manter (A 5).

A busca pela autonomia e a centralização do trabalho terapêutico na busca dela são perseguidas pelos funcionários. Esta autonomia começa pelo auto-gerenciamento e termina, em última instância, na almejada busca pela inserção social através do trabalho. O trabalho continua a ser uma forma de o homem relacionar-se com outrem e, sobretudo, é basicamente a única forma de inserção no mundo produtivo. Convém lembrar que, a despeito desse desejo, cada vez mais a ausência de inserção através do trabalho tem deixado um maior contingente de pessoas à margem da sociedade. Não me cabe aqui fazer uma discussão sociológica sobre os meandros econômicos, políticos e conjunturais que levam à conformação desse quadro. Um tempo imenso certamente seria gasto e os resultados provavelmente derivariam da conformação de um conjunto de hipóteses e variáveis. Reporto-me ao objeto em questão: a inserção do doente mental.

Apesar de muito se falar em inserção ou reinserção social de psicóticos, este é um processo longo e demorado, que implica, em primeiro lugar, a desmitificação da loucura perante a sociedade, devendo, a mesma, ser trabalhada desde a escola, para que os adultos de amanhã passem a enxergar os mais frágeis, não mais como ameaças ou um perigo. Implica, também, reformulações no poder contratual, dos usuários no estabelecimento de relações com o Estado e a sociedade.

Demo (1995), ao abordar os dilemas que o neoliberalismo impõe, analisa que o principal dilema consiste na incapacidade de a cidadania ser posta acima das relações de mercado. Visualiza o mercado como de absoluta relevância. Porém, situa que o dilema advém de as relações de mercado situarem-se como fim, e não como meio, estabelecendo uma ordem de inversão de valores humanos e éticos. Outro dilema, segundo o autor, reflete a tendência para gerar empregos. Explica que há uma inversão entre investimento em conhecimento e postos de trabalho, estabelecida pela competitividade. Comenta as mutações estruturais pelas quais o trabalho passa, de força de trabalho, num contexto de mais-valia, para inteligência do trabalho. O capitalismo competitivo transformou o trabalho em conhecimento inovador. Dessa forma, o “saber fazer” passa a transcender o “fazer”.

O conceito de cidadania não se restringe ao mercado de trabalho, a cidadania funda-se na raiz dos direitos humanos no momento em que a sociedade se faz sujeito histórico. Entretanto, entendo que o fazer-se sujeito histórico significa fazer-se oportunidade para a emancipação do ser humano. Este processo perpassa por questões cruciais como a educação, informação, organização política.

Compreendo que a cidadania necessita da instrumentalização econômica, não podendo ser desconsiderado este fator. A modernidade traz conflitos como a competitividade e a geração de empregos, provocando uma crescente exclusão do mercado de trabalho. Como então, podemos projetar trabalho para pessoas que tem uma dificuldade de competir, uma vez que o paradigma da modernidade é a competitividade desenfreada? Ou antes, de concorrer no mercado em uma situação já em desvantagem? Talvez muitas pessoas pensem e assumam uma atitude de resignação, quando param para refletir essa situação. Contudo, penso que não podemos nos conformar com estas constatações reais e partir para a busca de soluções onde a resignação ceda espaço para a invenção de lugares de trocas, de utopias possíveis.

Concordo com Saraceno (1999), quando coloca que a superação dos obstáculos não se dará através de técnicas mais refinadas de adestramento ao trabalho, mas sim, do enfrentamento da relação doença mental e trabalho segundo uma outra perspectiva, através de uma recomposição radical do campo.

Estas alternativas podem se constituir em cooperativas, “lugares de promoção da autonomia bem como de proteção”, conforme Saraceno, (1999, p.135), assim como de empresas sociais. A caracterização de ambas foi abordada e aprofundada na revisão de literatura. Junto a essas alternativas trago outro aspecto importante levantado, por Saraceno (1996), que remete à sociedade: o autor alerta que não podemos pensar que a reabilitação psicossocial consiste no processo de adaptar os fracos ao mundo dos fortes, mas mudar as regras do jogo, para que os fortes possam compartilhar do mesmo cenário dos mais fracos.

Esta perspectiva prevê uma reestruturação do modo de a sociedade enxergar seus membros mais frágeis. Isso requer uma tomada de consciência da sociedade, e não a adoção de medidas tranquilizadoras da boa consciência. São estes os movimentos necessários que

permitem passar de uma atitude de imobilidade para a produção de sentido, de vida, de inclusão, de dignidade, de direito e justiça.

Então nós trazemos, através de todas essas práticas reabilitativas, não só o que antes se fazia no tratamento tradicional, que era tratar sintoma, buscar tratar defeito, mas a gente trata também, sintoma, defeito, ou seja, déficits e a interação da pessoa com a sua comunidade. Visando que, tendo isso, as pessoas se sintam cidadãos, não só por ter carteira de identidade, mas também por serem cidadãos que vivem numa comunidade que lhes recebe e que lhe cria dispositivos pertinentes a sua vida. Se não tiver isso, não existe tratamento. Se a comunidade não recebe bem os seus portadores de doença mental, também não vai haver reabilitação, vai continuar havendo exclusão, se há exclusão não há reabilitação (A 1).

O trabalho desenvolvido se processa de duas formas: o tratamento dos sintomas e o desenvolvimento de práticas reabilitativas. O tratamento dos sintomas, dos déficits, figura como ligado ao modelo tradicional. Acrescido a estes, advêm as práticas reabilitativas. O fazer, nas práticas reabilitativas, é proposto com muita concretude pelos acompanhantes terapêuticos, e expresso em termos amplos, genéricos, pelos técnicos. Aparece aí uma fragmentação entre o fazer dos acompanhantes terapêuticos e dos técnicos. Os primeiros operacionalizam na prática a reabilitação enquanto os técnicos traçam as estratégias reabilitativas ao nível intelectual. Uma contradição importante revela-se nessa situação: os técnicos em vários aspectos continuam vinculados ao fazer tradicional. Nos novos serviços espera-se que os atores extrapolem as consultas, os grupos, para efetivamente operacionalizar os projetos de reabilitação.

O papel exercido pela comunidade refere-se à aceitação, ao acolhimento em relação ao portador de sofrimento psíquico. Considero que o papel da comunidade pode ser expresso em termos subjetivos e objetivos. O primeiro, anteriormente abordado, remete à dimensão afetiva com que recebe, convive e estabelece relações com os diferentes. O papel objetivo é a validação do primeiro, através de ações concretas que poderão trazer benefícios palpáveis à vida das pessoas, em termos de acesso ao trabalho, lazer, espaços sociais, contratualidade.

“A cidadania é uma construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz” (Brasil, 1994).

Esse conceito de cidadania remete a um processo através do qual a sociedade necessita estar envolvida ativamente na luta pela emancipação de seus elementos mais fracos, por intermédio de sua problematização. Isso envolve uma tomada de consciência em relação aos excluídos em geral e, em particular, sobre a situação dos doentes mentais. Estas transformações não necessitam ser precedidas de uma revolução, mas que através das pequenas lutas cotidianas possam ser efetuados movimentos que conduzam a mudanças qualitativas que levem à real inserção dos portadores de distúrbios mentais. As pessoas são autoras da sua história particular, mas também podem ajudar a reescrever a história daqueles que no momento encontram-se à margem, silenciados.

De acordo com Silva Filho (1996, p.61), “uma civilização se mede e se julga pela maneira com que aborda a questão do psicótico”.

Muitos saltos qualitativos já foram dados, entretanto, entendo que há ainda um longo caminho a ser percorrido. Enquanto em alguns lugares do Brasil desenvolvem-se projetos de tecnologia humana de ponta, em outros predominam métodos arcaicos de tratamento, centrados na segregação, exclusão. Nestes muitos brasis, enquanto alguns segmentos discutem a era da reabilitação, outros se encontram engatinhando no processo de desinstitucionalização.

As crises sociais explicitam problemas, contradições, que são superadas através do pensamento humano, quando encontra a solução para a crise. Quando uma realidade é submetida a uma mesma crise ou transformações solidárias, produz-se uma linha nodal. O envolvimento de vários setores da sociedade para a questão da cidadania, da inserção social de portadores de sofrimento psíquico estabelece um conjunto de nós, esse conjunto acabará por formar a linha nodal hegeliana. Dessa forma, entendo que deverão ser realizados movimentos que contemplem as microestruturas, o processo deverá começar “debaixo” e não “de cima”, a partir somente do macro como normalmente é projetado.

Olha, o que é que eu entendo com as minhas palavras... é nas minhas palavras é ... (risadas) não sei se vais entender isso que vou dizer, mas é nasceu um filho, do jeito que ele vier ao mundo, tu, cria, dá comida, dá estudo, dá tudo e inseri ele na comunidade. (mostra-se emocionado) Ele vai... assim para mim é reabilitação hoje. Pegar essas pessoas que não tem condições nenhuma, são jogadas, pega, trazer para dentro de casa, fazer de tudo, de todos os tipos de

coisa que é possível fazer, que eles vão sair com aquela confiança normal, como se fosse a tua família, como se fosse o teu filho. É isso (A 2).

O entendimento de reabilitação psicossocial é visto, em primeiro lugar, como a aceitação de uma pessoa como ela é, do jeito que ela se apresenta, para, em cima das dificuldades apresentadas por essa pessoa serem trabalhados os aspectos necessários à sua vida. A centralização do trabalho terapêutico remete como objetivo final do processo à reinserção na comunidade. Estão implicados no processo, também, o resgate da autoconfiança, a auto-estima, para que o usuário saia “com aquela confiança normal”.

Uma atitude de acolhimento perpassa necessariamente pela aceitação da pessoa como ela é, para, a partir do diagnóstico de vida, serem traçadas estratégias de cuidado que possibilitem ao usuário se reestruturar enquanto pessoa e não somente como entidade nosológica. A separação conceitual corpo doente e corpo social deverá corresponder a uma conjugação de práticas, de entrelaçamento de saberes e da arquitetura de projetos permeáveis a múltiplos olhares.

Goldberg (1996, p.41) descreve acolhimento como a disponibilidade da equipe de “*compor-se na paisagem do paciente*”. Nesse processo, o “sentir” extrapola o “ver”. O autor estabelece que, sob esta perspectiva, acolher não se dá com o profissional do outro lado da mesa, através de uma atitude de observação, mas através de uma atitude de participação com o paciente na situação, para a apreensão de um código desconhecido.

O acompanhante terapêutico²⁰ da fala anterior tem conseguido realizar um excelente trabalho com um usuário portador de um transtorno mental orgânico. Essa pessoa realmente se encontrava jogada, largada, presa em um quartinho. A primeira visita a este usuário, realizada antes de começar a frequentar a Nossa Casa, causou-nos um profundo impacto, em virtude das condições sub-humanas nas quais vivia/vegetava. Gradativamente

²⁰ Acompanhantes terapêuticos, no Serviço em estudo, são pessoas que receberam uma capacitação para trabalhar com psicóticos. Um dos pré-requisitos indispensáveis para prestar concurso é ter o segundo grau completo. Na entrevista prática são avaliados outros requisitos como, por exemplo, capacidade de relacionamento, identificar-se com o trabalho com psicóticos, mostrar-se como modelo de identificação, flexibilidade e empatia. Isso pressupõe pessoas adequadas e estáveis. Mauer & Resnizky (1987) descrevem as funções do acompanhante terapêutico: ser continente para o paciente; oferecer-se como modelo de identificação; emprestar o ego; perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente; informar sobre o mundo objetivo do paciente; representar o terapeuta; atuar como agente ressocializador e servir como catalisador das relações familiares.

foram sendo trabalhadas a família, e a aderência desta pessoa à casa. Hoje ele consegue se comunicar através de gestos e tem uma afinidade muito grande com o acompanhante terapêutico que o auxilia nas atividades básicas de vida, como higiene. Através das interações com o acompanhante terapêutico, mostra-se uma pessoa mais sociável e aceita pela família. Participa de atividades de lazer e mostra-se sensibilizado, quando nota que algum usuário da casa está triste.

A fala seguinte, de um outro acompanhante terapêutico, expressa a condição que o paciente em questão vivia, e a mudança que se processou desde que começou a freqüentar a Nossa Casa.

Eu acho que a reabilitação psicossocial é uma... eles, sei lá, é...mudar tudo neles, prá melhor, prá eles terem uma vida melhor, prá eles...com...bom...sei lá, é conviver melhor com todo mundo, conosco, com amigos familiares namorados Porque muitos gostam de ter namorados. Então eu acho que ele está bem com ele mesmo e saberem que são úteis, que não são aquelas pessoas, que nem o caso do () lá em baixo, é uma pessoa que vivia amarrada, e hoje em dia ele se preocupa com a () e a () tão chorando, e avisa lá na frente, sabe? [...] Então eu acho que isso também é reabilitação, eles mudar de um estado ruim que eles estavam para uma coisa melhor (A3).

O aspecto relacional conferido à reabilitação aparece expresso com destaque nesta fala. Evidencia-se uma fragilidade relacional dos portadores de sofrimento psíquico no estabelecimento de inte-relações com profissionais, familiares e vínculos afetivos. “Está bem com ele mesmo” é apontado como a culminância do processo reabilitador. Assim como, quando os usuários alcançam tal grau de competência que lhes permita reconhecer as fragilidades de outros membros. E a solidariedade necessária para realizar intervenções.

Castel (1994), abordando a vulnerabilidade a partir da precariedade do trabalho e da fragilidade relacional, analisa que a vulnerabilidade não pode ser atribuída unicamente à dimensão econômica da crise, mas através da produção da categoria da precariedade. Para esse autor, a desagregação da integração social, para uma população que deixou de ser marginal ou residual, nasce do fenômeno da instabilidade do trabalho. Observa que a inserção relacional é menos evidenciável em virtude de não apresentar a homogeneidade que a integração pelo trabalho comporta. Aponta que o retraimento das redes familiares inflige um crescente empobrecimento dos suportes relacionais. Situa as variáveis familiar e

cultural como esteios reguladores da fragilidade relacional e da instabilidade profissional. Essas variáveis constituem o que Castel chama de proteção aproximada.

Perlongher (1994), em sua análise antropológica urbana dos “territórios marginais”, ressalta a importância da noção de territorialidade/desterritorialização, que se revelava através da afluência das massas à cidade. Segundo o autor, esse processo impunha um hiato, através dos cortes nos laços primários e secundários, que acabava por afrouxar as rédeas de sociabilidade. Essa fragmentação do sujeito urbano acarretava a fragmentação do ego, enquanto centralização unitária. Esta fragmentação resultante do processo de desterritorialização correspondia à perda de laços primários, familiares, domésticos, enquanto no processo de reterritorialização recompunha-se a noção de identidade.

Através das colocações anteriores, podemos situar a importância do meio comunitário, familiar, para o fortalecimento das redes relacionais de suporte. E os efeitos danosos da ausência de vínculos que estabeleçam referenciais, que compõem a noção de pertencer a determinado grupo social. A concomitância da precariedade do trabalho e da desterritorialização, como pode ser observado nas populações de países que vivem guerras, impõe uma fragilidade que, a depender da resiliência de cada indivíduo, produz sérias conseqüências à saúde mental. Esta desterritorialização pode, também, ser visualizada com muita concretude através do estabelecimento dos cinturões marginais nos centros urbanos. A superação da vulnerabilidade relacional encontra-se diretamente vinculada à idéia do estabelecimento de redes paridas da cumplicidade e solidariedade. Como, também, através de alguma forma de inserção no mercado de trabalho. A essa inserção corresponderá uma conseqüente diminuição da vulnerabilidade dos indivíduos.

Os movimentos nascidos dessa crítica e constatação deverão ter como objetivo encontrar intervenções que viabilizem dispositivos micropolíticos capazes de superação da ortodoxia vigente. Nesta linha, a intenção é construir um espaço de problematização que possibilite ao portador de sofrimento psíquico novos universos de referência, capazes de criar dispositivos protetores socialmente pertinentes ao processo engendrado. A constituição de estratégias e as ferramentas utilizadas deverão resultar, a um só tempo, crítica e criatividade.

O aspecto relacional também é abordado na fala que segue.

Eu entendo como uma pessoa reabilitada, quando ela consegue, cuidar de si mesma, cuidar de suas coisas, cuidar do seu... do local de moradia, e que tenha capacidade, tenha condições de exercer alguma função. Eu considero isso uma... e que tenha uma boa convivência com familiares, com amigos, colegas. Acho que isso é uma pessoa que está reabilitada (A 5).

Esta fala revela o ideal de reabilitação que deve ser perseguido. Cuidar de si, de suas coisas, ter uma função, estabelecer relações e interações saudáveis com outras pessoas. Para alcançar este grau de reabilitação, diversos eixos precisam ser trabalhados: o eixo casa, trabalho, família e rede social.

De todos os eixos citados, o trabalho se revela como um dos pontos frágeis e difíceis de ser operacionalizado. Principalmente o trabalho formal, que requer a inserção no mercado de trabalho extremamente competitivo. Alternativas que remetam à inserção no mercado e possam dar conta do vácuo trabalho na vida dos portadores de distúrbios mentais necessitam ser estudadas. Essas alternativas poderão vir de setores empresariais mais comprometidos com a questão social, através do estabelecimento de parcerias. Nestas parcerias não poderá faltar o suporte dos profissionais, tanto aos usuários como aos empregadores.

Evidências têm demonstrado, segundo Pratt et al. (1999), que a história de trabalho no passado é o melhor preditivo de sucesso vocacional ou educacional. Ou seja, as pessoas que, de alguma forma, já estiveram inseridas no mercado têm mais chances de realizá-lo novamente de maneira satisfatória.

Jansen (1991) estabelece uma visão global dos problemas que confrontam as pessoas com prolongadas desordens psiquiátricas e a sua experiência para entrar no mercado de trabalho. A autora escreve que através do entendimento da natureza e do escopo desses problemas, os reabilitadores poderão traçar intervenções estratégicas que ajudem os portadores de distúrbios mentais a alcançar sucesso na reabilitação. Dentre os problemas apontados, estão déficits de ego que desempenham um papel crítico na inabilidade das pessoas com doenças mentais crônicas para funcionarem efetivamente e manterem o emprego. A autora cita a falta de auto-estima e autoconfiança, a inabilidade para tolerar frustração, o temor de falhar manifestado como baixa motivação, a ansiedade elevada e a inabilidade de ir junto com outros como fatores psicológicos que contribuem

para uma reabilitação pobre. Os problemas de ordem social e vocacional são: imaturidade vocacional, manifestada através de expectativas irrealistas, falta de experiência de sucesso vocacional, inabilidade para viver independentemente, perda de adequado suporte pessoal e rede social.

Os reabilitadores, no estabelecimento de programas de reabilitação, deverão contemplar os aspectos mencionados. Os reabilitadores deverão assistir os usuários para que tenham entendimento das conseqüências da sua doença mental, de maneira que a ansiedade e o temor de falhar novamente podem realisticamente fazer parte do acordo. Deverão ajudar no entendimento das expectativas irrealistas e nas aspirações vocacionais imaturas para que a tendência a colocar objetivos demasiadamente exigentes possa ser superada. O reabilitador deverá enfatizar objetivos a curto prazo, que possam conduzir a experiências prósperas e trabalhar com clientes e empregadores para antecipar e tolerar falhas a curto prazo. Uma conseqüência dos esforços de reabilitação com pessoas que têm uma doença mental crônica é que podem aumentar sua habilidade para usar sistemas de suportes apropriados, quando necessitam e evitar falhas desnecessárias (Jansen, 1991).

O envolvimento dos usuários em todas as fases é um aspecto importante a ser considerado. Somente assim ele se sentirá responsável pelo processo que irá determinar mudanças significativas em sua vida. A motivação corresponderá maior chance de sucesso das intervenções, assim como a identificação e discussão dos eventos causadores de ansiedade. O conhecimento prévio dos reabilitadores para as questões levantadas resultará em ações pautadas numa atitude de compreensão e manejo adequado diante das situações apresentadas.

A fala abaixo sintetiza, com muita precisão, a reabilitação psicossocial. E remete à complexidade do processo, quando se refere à sociedade.

Eu acho que é o resgate de um todo, de um ser humano... Toda uma sociedade posto em si, em si próprio (A 6).

A sociedade desempenha um papel fundamental na reabilitação. O acesso ao trabalho, ainda é o maior obstáculo à inserção social das pessoas com distúrbios mentais. A

adoção do neoliberalismo e a globalização trazem conseqüências nefastas para os mais frágeis. Assim, gradativamente, cada vez mais pessoas vão sendo excluídas, aumentando a margem de sobras. Acrescente-se a isso a patologização social massiva, quando, por exemplo, se propõe a classificação e o tratamento para pessoas tímidas. Através deste exemplo se pode observar um achatamento na abrangência (amplitude) do grau de “normalidade”, remarcando a uma tipificação das pessoas nunca antes vista.

Castel (1994), abordando a precariedade do trabalho e a vulnerabilidade social, traz à tona a exclusão e a desfiliação. Aponta que cada vez mais pessoas estão ficando à margem da sociedade e que a modernidade mudou o cenário e os personagens, antes centrados nos mendigos e vagabundos. A partir dos eixos da relação trabalho e da relação inserção relacional classifica zonas de espaço social de acordo com o grau de coesão entre elas. A zona de integração, na qual estão situados os indivíduos com garantias de trabalho permanente e sólidos suportes relacionais; a zona de vulnerabilidade, onde estão associadas precariedade do trabalho e fragilidade relacional; a zona de desfiliação, onde se encontra ausência de trabalho e isolamento social; a zona da assistência, representada pelo não-trabalho, em razão de incapacidade versus forte inserção social. O cruzamento dos eixos trabalho e inserção relacional define modalidades de existência social, que vão do pólo da autonomia ao pólo de dependência ou, ainda, conforme o autor, da estabilidade à turbulência máxima.

A classificação acima permite situar os portadores de sofrimento psíquico em duas zonas: na zona de vulnerabilidade e na zona de desfiliação. Entendo que grande parte dos portadores de distúrbios psíquicos do país situe-se na zona de desfiliação. Esse é o grande desafio dos reabilitadores: construir redes de suporte em relação ao trabalho e à inserção relacional, através das quais se possa diminuir as fronteiras entre as zonas, considerando-se que são transponíveis, porosas, não cimentadas. Esses são os movimentos necessários que levam à integração, à filiação, à inserção social.

Em Castel (1994), o perigo existe quando a sociedade se resigna e aceita a precariedade e a vulnerabilidade como estados de fato. O autor vê vulnerabilidade, precariedade, desfiliação, desvio, marginalidade, pobreza como processos e não como estados. Segundo o autor, esta perspectiva permite lançar mão de instrumentos de

intervenção nas situações, medidas concretas de inserção, antes do congelamento das situações em destino. Propõe como proposta uma dupla política social: uma preventiva, destinada a controlar a zona de vulnerabilidade e outra reparadora, que teria a função de diminuir a zona de desfiliação através de intervenções concretas de inserção.

Enquanto o mercado de produção tende cada vez mais a fragmentar, excluir, objetualizar, de outro lado, outros tendem a reconstruir, juntar os fragmentos, subjetivizar, reconstruir o ser humano na sua totalidade e complexidade. Construir e reconstruir novas formas de intervir no sofrimento, a partir da contextualização deste sujeito enquanto histórico, socialmente determinado pelo momento histórico em que vive.

Alguns conseguem alcançar o mais elevado grau, que é voltar para a sua comunidade da... sua própria história, sua própria doença, acabam tendo uma qualidade de vida melhor, sem que elas possam, de novo, voltar ou porque não lhes permita mais o retorno, mas de alguma maneira eles tem ou a velhice ou a idade adulta mais amparada, mais solidária, com pessoas mais solidárias, que se preocupam com elas (A 8).

Creio que a gente procura sempre fazer com que a pessoa recupere, se já perdeu a sua cidadania. E como cidadã é o direito de dizer o que quer, o que pensa, o que lhe serve, o que não lhe serve, o que concorda e o que não concorda, que rumo quer tomar na sua vida, o que quer trabalhar, o que quer fazer. Esses conceitos, se eles, uma vez, forem observados dentro do serviço eles também são reabilitadores (A 8).

Recuperar sua dignidade, sua cidadania, recuperar suas atividades diárias, tentar ser o que era ou o mais próximo do que era antes de enlouquecer (A 9).

Tratar o usuário como um cidadão é visualizado como um processo reabilitador. A reabilitação psicossocial é vista, também, como um processo de normalização, de retorno a uma situação anterior à instalação da doença. Fica claro na fala anterior, que alguns conseguirão atingir estes patamares de reabilitação, enquanto outros não. Aos últimos restará uma vida assistida.

Para Demo (1995), uma das mais importantes conquistas do final do século diz respeito ao reconhecimento da cidadania como o componente fundamental do desenvolvimento, ficando reservada ao mercado a função indispensável de meio. Salienta

que composição de mercado e cidadania constituem um desafio e também um dilema, sobretudo numa sociedade capitalista. O autor pontua que cidadania e economia são colunas mestras do desenvolvimento, enquanto uma é fim, outra é meio. O processo de desenvolvimento denominado pela Organização das Nações Unidas - ONU - de humano e sustentável traz conquistas como a percepção estratégica, que resulta da integração entre o social e o econômico; o predomínio dos fins sobre os meios; a prioridade estratégica para educação e conhecimento e a promoção do bem-estar comum e dos direitos humanos. Coloca a cidadania na raiz dos direitos humanos e da emancipação das pessoas, refletindo o progresso democrático possível.

A centralização decorre do reconhecimento consensual de que o desenvolvimento não se restringe à questão do mercado, ainda que seja meio indispensável, mas considera os fins comuns da sociedade, como qualidade de vida, equidade e justiça social. Avanços decorrem destas propostas, no momento em que são reintegrados meios econômicos e fins sociais. Ressalto que cidadania e economia não podem ser visualizados de maneira separada, ambas são colunas mestras do desenvolvimento, a cidadania remetendo ao fim, enquanto a produção é meio. Demo (1995) alerta, porém, que não se pode reduzir desenvolvimento à cidadania. Que o desafio e dilema das sociedades capitalistas consiste em compor mercado e cidadania.

O autor referido traz as conceituações de cidadania tutelada, assistida e emancipada. A cidadania tutelada é a decorrente do clientelismo e paternalismo, cultivada pela elite econômica e política de direita como dádiva ou uma concessão de cima. Este tipo de cidadania se configura como resultado, na reprodução histórica da mesma elite, através da negação/repressão. A cidadania assistida expressa um relativo conhecimento político, o do direito à assistência. Esta também trabalha na reprodução da pobreza política, ao não se comprometer em equalizar as oportunidades, identificada com correntes de esquerda. Nesse caso temos a população atrelada ao sistema de benefícios estatais. Enquanto a cidadania emancipada remete à condição de, através da competência, fazer-se sujeito histórico e assumir a condução do destino. Nesse processo está implicada a superação da pobreza política, que capacitará à superação da pobreza material. O autor lembra que não há emancipação que não perpassa pelas relações de mercado. Entretanto, na cidadania

emancipada o mercado se situa como um instrumento e a cidadania como um fim (Demo, 1995).

Apresento esta discussão para situar a complexidade do processo e apontar a desigualdade histórico-estrutural. À dificuldade de obtenção da cidadania dos que não foram “oficialmente” excluídos pelo Estado, temos os que a tiveram tutelada por décadas: a população confinada nas instituições totais. Como compatibilizar cidadania e loucura em nossa sociedade já por si excludente?

Para Bezerra Jr. (1992), trata-se de construir uma outra forma de a sociedade lidar com a loucura. O autor aponta que a desconstrução do manicômio implica a reinvenção da sociedade em que vivemos. Analisa que a transformação de uma realidade histórica não poderá se dar pela técnica, mas através da revelação dos pontos de sustentação que a própria sociedade impõe. Destaca que os ideários de liberdade, igualdade e fraternidade postulados pela Revolução Francesa não são uma obviedade consensual, variam enormemente entre as sociedades e estão longe de ser hegemonicamente aceitos. O cidadão nasce de uma subjetividade fundada na razão. A questão paradoxal apresentada é como conciliar a reivindicação de cidadania ao louco, se este se encontra despossuído de razão. O autor pontua que a democracia e a concepção de cidadão não são conceitos unívocos, que são determinados pelos contextos históricos analisados. Situa que a questão da cidadania do louco encontra na construção das sociedades dificuldades em virtude de o vocabulário imprimir uma tradição racional universalista que identifica cidadania com razão. Ao entendimento da história humana como a razão sobre a não-razão prevalecerá o preconceito. Entretanto, se for visualizado como o alargamento da liberdade sobreposto à coerção levará à solidariedade e à afirmação de valores éticos.

A reforma psiquiátrica introduziu no campo a noção de cidadania dos doentes mentais. Dessa forma, as ações coerentemente deverão ser centradas na busca dessa cidadania pelos profissionais e usuários. Esta cidadania poderá se dar em termos de produção, como também, em termos da qualidade de vida alcançada com o processo reabilitativo, mas, sobretudo, quando as pessoas se reconhecerem como sujeitos históricos que podem intervir para mudar a realidade. Da cidadania francamente tutelada à cidadania emancipada sobrepõem-se desafios éticos que deverão ser respondidos pela construção de

uma sociedade mais tolerante em que a possibilidade venha substituir a centralização na razão.

Estes movimentos, saltos dialéticos, remetem a uma sociedade que inclua, acolha, estabeleça valores humanos pautados na ética com os mais frágeis. Uma sociedade cidadã que esteja organizada para defender o bem-estar comum, e formule propostas concretas relativas à inserção no trabalho, entendendo-se que a cidadania perpassa pelo fenômeno estrutural do mercado. Torna-se mister a discussão destas questões em foros de várias instâncias: dos micro aos macroespaços. Penso que as respostas advêm com maior concretude do trabalho nos microespaços, onde podem ser projetadas alianças que nascem das redes de suporte da comunidade.

Olha,... ao meu entender a reabilitação psicossocial, eu acho assim que é... o usuário estar bem em casa, na comunidade e eu acho assim, que o usuário não pode ser aquela pessoa que esteja trancada e que esteja escondido da comunidade, que as pessoas vêem e... tem aquele pânico. Porque eu acho que a gente tem vários usuários aqui que andam na comunidade e se sentem iguais aos que se dizem normais. Pra mim reabilitação psicossocial é isso. É do usuário participar de tudo que tem na comunidade (A 4)

A reabilitação psicossocial, também, como diz o termo, seria o reabilitar para que essa pessoa possa conviver novamente dentro do âmbito social dela, de uma maneira psicologicamente mais adequada. [...]... creio que a grande marca é essa: a inserção deles dentro da comunidade. O procurar a habilitação dessa pessoa pela qual se exerceu algumas coisas dentro desta comunidade. Isso no meu entender é reabilitação psicossocial (A 8)

A fala anterior traz um conceito importante: o habilitar dentro do âmbito social das pessoas. Isso remete à compreensão da cultura, situação social e econômica das pessoas de determinado grupo social. A inserção em primeira instância dar-se-á dentro do seu grupo de referência na comunidade. Isso aponta para o estabelecimento de objetivos socialmente pertinentes nos projetos de intervenção. Entendo que não tão somente a reabilitação deverá ser visualizada em termos de adequação psicológica, teríamos aí um reducionismo “psicológico”, mas em termos mais amplos, onde se façam presentes aspectos vocacionais, residenciais, sociais e culturais.

Para a obtenção do estabelecimento de objetivos socialmente pertinentes de reabilitação, é fundamental conhecer a rede social na qual a pessoa se encontra inserida, a começar pela primeira rede social de um indivíduo: a sua família, visando assim gradativamente alargar-se o leque de intervenções, estendendo-as aos amigos, aos vizinhos, ao bairro onde mora. Penso que a centralização das ações deverá ter como arena a comunidade e não a instituição. Isso implica uma reformulação, um deslocamento do campo, onde se passa a privilegiar o estar “fora”. Também deve-se considerar que a mesma equipe seja responsável pela reabilitação e pelo tratamento para uma maior integralidade, coesão e estabelecimento de vínculos com as pessoas.

Apostando nele, dando foça pra que ele consiga ser um cidadão... fora, que consiga ser uma pessoa que consiga... que viva na sociedade sem preconceito (A 10).

A convivência como cidadão na sociedade não é o único atributo desejável. Mas a convivência desprovida do preconceito que paira sobre a doença mental ainda nos dias de hoje aparece como um ideal a ser conquistado. A conquista desse ideal passa necessariamente por várias instâncias, legislativa, política, de organização de serviços. Entretanto a desmitificação da loucura precisa ser pensada não somente em termos macro, mas é a partir dos movimentos, das ações que são desenvolvidas no plano micro que se darão as mudanças mais significativas na vida dos portadores de sofrimento psíquico e estas conduzirem a saltos dialéticos que se expressam em transformações qualitativas na concretude da vida das pessoas. Dessa forma poderá ser visualizado o desenvolvimento em espiral, que conduzirá à superação dialética.

“Apostar nele” remete a acreditar na potencialidade dos portadores de distúrbios psíquicos para a mudança de padrões e comportamentos e à aquisição de habilidades que lhe permitam viver e interagir em sociedade. Este viver pode dar-se através da inserção real no mercado de trabalho, como também, pelo mínimo gerenciamento – o cuidado consigo mesmo, do seu tratamento, do ambiente, das suas relações interpessoais, de que for capaz. “Dar força” remarca ao acompanhamento nesse processo.

Saraceno (1999, p.141) assinala:

torna-se, assim, importante “conceder crédito” às pessoas, a fim de que a sua autonomia e sua capacidade possam encontrar uma ocasião de expressão e de crescimento, na convicção de que o verdadeiro problema é o de fazer com que consigam se tornar empreendedores com respeito a si mesmos.

Pratt et al. (1999) apontam o estigma como a maior barreira para o emprego de pessoas com deficiências psiquiátricas. Discutem que uma das maiores origens do estigma é a freqüente caracterização negativa das pessoas com doença mental pelos meios de comunicação de massa. A falsa caracterização dos portadores de distúrbios mentais como emocionalmente instáveis, irracionais e perigosos, reflete as atitudes das pessoas leigas com os mesmos. Outra forma de estigma abordado pelos autores é o estigma sutil que reflete as crenças de os profissionais considerarem a habilidade das pessoas com deficiências psiquiátricas para trabalhar ou trabalhar em qualquer atividade, mas na maioria trabalhos domésticos. Denunciam que a forma mais insidiosa de estigma existe dentro das próprias pessoas com doenças mentais. Este estigma advém da redução do acesso a bons trabalhos e através das mensagens sutis ou abertas transmitidas pela equipe, duvidando da habilidade das pessoas para a performance no trabalho. A internalização dessas crenças negativas resulta no auto-estigma, que se revela como o mais duro estigma e mais difícil a ser superado.

Através das considerações levantadas pelos autores, convergentes em alguns aspectos, o grande desafio imposto para a desmitificação e aceitação dos portadores de distúrbios psiquiátricos no mercado de trabalho deverá ser travado com a sociedade. A organização de campanhas que promovam a desmitificação da loucura na mídia pode ser um começo. Mostrar que, a despeito da doença, existe uma pessoa com possibilidades de fazer-se cidadão, através do resgate de direitos que lhe foram negados ao longo da história institucional. Concomitantemente outras frentes precisam ser instituídas: o trabalho junto aos profissionais e sobretudo junto aos usuários.

Tanto Pratt et al. (1999) como Saraceno (1999) discutem a importância da desmitificação dos usuários frente às suas dificuldades e deficiências. Fazê-los tornarem-se empreendedores e sujeitos da própria história deverá se constituir, por excelência, num compromisso primordial assumido pelos reabilitadores.

Dos conceitos de reabilitação formulados pelos entrevistados pode-se apreender a complexidade do processo, no momento em que um conjunto de variáveis são colocadas em campo. As respostas a essas variáveis necessitam corresponder intervenções em várias áreas: casa, família, trabalho, rede social. Neste sentido, deverão ser realizados movimentos que contemplem a complexidade e as demandas particulares de cada pessoa. Isso remete ao estabelecimento de práticas dinâmicas num constante processo de reconstrução/superação, onde são produzidas possibilidades sempre novas e plurais. A estagnação resulta em institucionalismo, cronicidade. Ressalto que visualizo ser difícil atingir todos estes objetivos de forma satisfatória sem a mínima sistematização.

Implica também, numa mudança de perspectiva da sociedade, no momento em que a reforma psiquiátrica identifica outros campos de intervenção no espaço social. Esta perspectiva necessita de múltiplas estratégias para o enfrentamento da relação loucura e cidadania, loucura e mercado de trabalho. Necessita fundamentalmente de profissionais comprometidos que criem dispositivos, articulações, espaços de circulação, constituição de lugares afirmativos que dêem lugar à construção e produção de vida. Aos profissionais impõe-se o desafio da busca de uma maior solidariedade para a constituição e o resgate de valores humanos éticos e estéticos, nos quais o peso normativo da razão possa ser relativizado.

7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encerrar este estudo, faço algumas considerações preliminares. Em primeiro lugar, considero que a realidade é sempre mais complexa do que as tentativas de aproximação desta, e o produto final é sempre provisório e condicionado pelo momento histórico em que vivemos. A utilização do referencial teórico adotado, o materialismo dialético, vem corroborar que a apreensão da realidade é dinâmica e está em constante devir. As interpretações apresentadas resultam de uma realidade específica, entretanto, o particular pode ser circunscrito no universal como realidades total e parcial.

A necessidade de estudar este tema advém do meu exercício profissional enquanto enfermeira do referido Serviço. Uma das minhas grandes inquietações, nascida da minha prática social, diz respeito à emergência de repensar a prática prestada neste novo paradigma, questionando se a assistência efetivamente prestada é condizente com os valores e pressupostos da reforma psiquiátrica, para não incorrer no mesmo erro que produziu a assistência psiquiátrica tradicional. Notáveis discursos teóricos são produzidos dentro desta perspectiva de atenção à saúde mental, porém, nem sempre condizentes com a prática. Na perspectiva dialética, é na práxis - teoria e prática, que se encontra a transformação e emancipação do sujeito da ação. A escolha deste tema certamente foi influenciada por esta prática, não sendo de maneira nenhuma a pesquisa neutra, assim como a delimitação de nenhuma pesquisa o é, seja ela quantitativa ou qualitativa.

Penso que para galgar novos patamares precisamos nos remeter à constante superação de limites. Desta forma, não é suficiente implantar novas modalidades assistenciais, precisamos cotidianamente olhar para elas com senso crítico, para que as tipificações das ações não venham a se constituir num institucionalismo perigoso, danoso.

Através da crítica, faz-se necessário realizar movimentos que promovam um processo de negação para a construção de uma realidade mais completa, reconhecendo-se a complexidade de trabalhar com a reconstrução de subjetividades, assim como os determinantes contidos neste processo: sociais, geográficas, culturais, de organização de serviços, de equipes, o que introduzirá refinamentos na práxis, que virão, em última instância, em prol de uma assistência qualificada, consistente e ética em saúde mental.

Durante a fase de análise, procurei fazer uma aproximação entre o material empírico e o teórico, o particular e o geral, o concreto e o abstrato, para que destes movimentos emergissem significações e interrogações da totalidade concreta. Algumas considerações foram trabalhadas no desenvolvimento das temáticas a saber: centralização do trabalho terapêutico nos aspectos da vida cotidiana dos usuários, trabalho integrado - comprometimento e envolvimento da família, relacionamento humano - escuta terapêutica, autonomia e cidadania como consequência da reabilitação psicossocial. Trago, a seguir, alguns delineamentos que considero importantes na condução do processo de conhecimento e enquanto necessidade de transformação.

As representações dos entrevistados sobre o processo de reabilitação reportam-se à complexidade deste processo. Das inúmeras definições, várias chamaram-me a atenção pela abrangência do conceito. As contradições aparecem quando são reportadas às práticas exercidas. Ressalto que muitas práticas mencionadas não poderão dar conta dos conceitos formulados. Aparecem explícita ou veladamente contradições neste processo, no qual há um distanciamento entre o real e o ideal. Uma das contradições diz respeito ao papel das oficinas na reabilitação psicossocial. Os próprios entrevistados consideram que este espaço não é o mais importante para a reabilitação, chegando a situá-lo como um lugar para passar o tempo.

Outra contradição pode ser identificada na última área temática – autonomia e cidadania como consequência da reabilitação psicossocial. Saliento, que as práticas executadas, verbalizadas pelos entrevistados, podem dar conta da questão da autonomia dos usuários, entretanto, se considerarmos cidadania como uma questão também estrutural de mercado, esta se visualiza muito mais difícil e complexa. A visualização da cidadania como

fazer-se sujeito competente, não admitindo a tutela e a assistência, necessita fundamentalmente do redimensionamento das práticas em curso.

No discurso dos entrevistados aparece com relativa frequência a questão das atividades de vida diária de uma pessoa, dando origem à primeira grande área temática: centralização do trabalho terapêutico nos aspectos da vida cotidiana. Indubitavelmente este é o primeiro aspecto a ser trabalhado nos projetos de reabilitação psicossocial. Entretanto entendo que, superadas as necessidades desta primeira fase, outros elementos necessitam entrar em campo, num processo que remeta a movimentos em espiral. Caso contrário, as ações se cristalizam sob estes elementos, e se promove uma escotomização das ações, que leva ao institucionalismo, à cronificação.

Retomo o meu primeiro pressuposto sobre a necessidade do abandono da centralização do olhar dirigido pelo diagnóstico, pela doença, para a construção de um novo olhar guiado pela história de vida singular de cada indivíduo, com maior ênfase no diagnóstico de vida. Observo que no Serviço o trabalho é pautado nas singularidades da pessoa, e não no diagnóstico. O diagnóstico faz parte do todo, entretanto, o enfoque se dá na pessoa e na sua história de vida. O diagnóstico contextual passa a prevalecer sobre o diagnóstico sindrômico. A clínica, neste caso, é importante para instituir a terapêutica, mas não se encontra centralizada nela. Estas são as características fundamentais que diferenciam a prática desenvolvida na “Nossa Casa”, dos saberes e práticas hegemônicos de exclusão da loucura.

A adequação social das práticas aparece no discurso dos entrevistados. A consideração dos aspectos culturais nos quais as pessoas se encontram inseridas é efetivada quando do ingresso de uma pessoa na instituição. Na interlocução com o usuário e/ou a família são considerados aspectos não somente culturais, mas também de expressão verbal, no momento em que as visitas domiciliares e o cuidado das pessoas de origem germânica são realizados, na medida do possível, preferencialmente, por profissionais da mesma ascendência.

Outro aspecto importante diz respeito à ocupação legítima de espaços sociais. Isso comprova que a desmitificação da loucura resulta de um processo, muitas vezes, longo e demorado. Considero uma percepção ingênua e equivocada quando alguns autores apontam

o trabalho com a comunidade como uma das etapas prévias estanque somente quando da instalação de serviços comunitários. Ressalto que este trabalho tem um começo, mas não tem um fim determinado. Precisa ser realizado cotidianamente, entendendo-se que se visa a atingir, por exemplo, espaço no mercado de trabalho. É um processo que remete à busca constante de um lugar ao sol para a não razão. Desta forma, não pode ser visto como uma atividade aprazada a priori, mas dialeticamente construída e solidificada na relação com a comunidade.

A busca ativa pela participação da família no tratamento e na reabilitação pode ser visualizada como uma característica do Serviço. Outra característica identificada como um estilo de trabalho do Serviço é o relacionamento humano, o acolhimento e o afeto com que são tratados os usuários. Enquanto muitos serviços precisam introduzir estes valores, aprender a individualizar, a enxergar singularidades, estes conceitos são uma prática corrente no serviço. Estes são os pressupostos que dão suporte às práticas desenvolvidas na instituição.

A fragmentação ocorre na dicotomia entre quem realiza o tratamento - os técnicos e quem provê a reabilitação - os funcionários. Estas contradições ficam explícitas nas falas dos entrevistados. Os técnicos, ao se reportarem às práticas, mencionam-nas de maneira genérica, concretamente falam do fazer no modelo tradicional: consultas, grupos, visitas domiciliares, encaminhamento de benefícios (estas últimas ações realizadas por profissional do serviço social). As tentativas de aproximação entre tratamento e reabilitação ocorrem nas reuniões semanais, em que a equipe de saúde mental se encontra na sua totalidade. As propostas reabilitativas são discutidas verbalmente, sem uma planificação das estratégias amplas a curto, médio e longo prazo. Apesar de evidenciarem-se conflitos, a equipe de nível médio normalmente não assume publicamente posições, sendo as diferenças e opiniões ocultadas. Penso que essa ocultação vai em detrimento de transformações e mudanças.

A interdisciplinaridade/transdisciplinaridade pode ser visualizada de diferentes ângulos e momentos: primeiro como suprimindo uma necessidade, posteriormente como uma prática de fato, legítima. Esta é visualizada como uma relação de horizontalidade entre todos os segmentos da Casa, sobretudo entre os técnicos. Os conflitos ocorrem quanto à ocupação de espaços administrativos e técnicos na instituição. As relações acabam

contaminadas por questões de poder, esquecendo-se, neste contexto, dos pressupostos éticos norteadores do novo paradigma. Penso que o aspecto estético das relações nas equipes não poderá ser esquecido, os conflitos e contradições precisam ser resolvidos pela via da argumentação lógica, e não por intermédio de medição de forças, que acaba resultando em antagonismos estéreis.

Com relação ao segundo pressuposto, reitero que este paradigma suscita um novo papel dos trabalhadores de saúde mental – o de agente terapêutico – e a prática assistencial pautada na responsabilidade para com o portador de sofrimento psíquico. Os trabalhadores, quando conseguem se libertar de suas especificidades e voltar-se ao papel de agentes terapêuticos, promovem saltos qualitativos na assistência prestada aos usuários. Através da investigação do Serviço em estudo, pode-se concluir que alguns profissionais conseguem se destituir de seus papéis fixos e assumir a identidade de reabilitadores, responsabilizando-se pela prática instituída.

A dialética nos impele a superar o presente e projetar o futuro. Conquistas importantes foram alcançadas no campo da reforma psiquiátrica, ainda que nos últimos anos tenha havido um decréscimo nas discussões e planificações para a área. Neste aspecto, considero que as variáveis econômicas e políticas desempenham um papel central. Porém, penso que não podemos imobilizar-nos em virtude de a política para o setor não apresentar grandes progressos recentes. Assim como os homens são condicionados pelo momento histórico, também fazem a história acontecer, sendo ao mesmo tempo produtos e produtores de seu tempo histórico.

Enquanto alguns países estão na era da reabilitação, nós ainda tentamos nos afirmar na era da desinstitucionalização. Não posso deixar de reportar-me a projetos como o Programa de Apoio à Desospitalização – PAD, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, mas que jamais foi operacionalizado. Neste momento em que se fala muito de excluídos sociais, talvez possamos, junto com os “nossos” excluídos, pegar carona no trem da história e trazer à arena as discussões novamente. Sobretudo precisamos repensar as práticas de reabilitação psicossocial em andamento nos serviços que trabalham sob a égide da desinstitucionalização – enquanto desconstrução, porque ainda que ambas não possam ser dissociadas, não se pode promover um reducionismo de uma à outra.

Resgatando o terceiro pressuposto, afirmo que o aparato institucional tradicional – traduzido no manicômio – não é compatível com uma assistência ética em saúde mental e não permite o desenvolvimento pleno da reabilitação psicossocial. A partir da discussão teórica desencadeada sobre reabilitação psicossocial, observa-se que o *locus* por excelência para o desenvolvimento desta prática é a comunidade. Os diversos eixos sobre os quais se assenta a reabilitação não poderiam ser trabalhados numa instituição total. Penso que uma assistência ética vai além de oferecer tratamento, considerando o contexto de vida no qual a pessoa se encontra inserida.

A qualidade de vida nos novos serviços pode ser alcançada de diversas formas, quais sejam: a não retirada da pessoa do meio no qual se encontra inserida, a pronta intervenção nas crises agudas, a hospitalização em unidades psiquiátricas de hospitais gerais quando se fizer necessário, o acolhimento que o serviço oferece, as inter-relações estabelecidas com a comunidade e o respeito aos aspectos sociais e culturais dos envolvidos. E, sobretudo, através da responsabilização ética em relação a prover cuidado a quem dele necessita. Qualidade de vida também pode ser aferida nas relações éticas e estéticas mantidas pela equipe que presta a assistência. Uma equipe coesa, com um alto grau de afetividade entre seus membros, onde as ações são projetadas e executadas pela equipe em sua totalidade, conseguirá obter melhores resultados em termos reabilitativos aos usuários.

Deixo como sugestão e desafio aos docentes das áreas afins, a introdução da reabilitação psicossocial como uma unidade de conteúdo programático, sistematicamente desenvolvida nos cursos de graduação e pós-graduação. A despeito da pretensão da proposta, enquanto em muitas universidades não são abordados conteúdos relativos à reforma psiquiátrica, considero de fundamental importância a formação de reabilitadores qualificados, que possam responder às crescentes demandas sociais da modernidade.

Aos legisladores, administradores, profissionais, solicito que repensem as estratégias projetadas e colocadas em campo, e se estas efetivamente estão se traduzindo em práticas de emancipação dos seres humanos, ou se destinam a tranquilizar a boa consciência. A aproximação das práticas de reabilitação psicossocial à realidade, traduzir-se-á em um incremento na qualidade de vida dos portadores de debilidades psiquiátricas.

Aos pesquisadores fica o apelo para que se possa trabalhar na construção de um referencial balizador teórico nacional na área da reabilitação psicossocial. Não desmerecendo os autores que possibilitaram a construção deste estudo, muitos dos quais contribuíram de maneira incontestavelmente significativa para olhar e confrontar as temáticas de análise e o material empírico, precisamos estabelecer um referencial próprio, produzido a partir de uma contextualização “nacional”. Referencial que parta da objetivação, enquanto capacidade de empregar uma tecnologia adequada à realidade, reafirmada pela construção teórica produzida a partir desta realidade.

Entendo que este estudo não acaba aqui, novos desdobramentos poderão ser realizados a partir da investigação de uma prática particular. Sobretudo, penso ser necessário o deslocamento de estudos desta natureza para outras realidades, pautadas no referencial da desinstitucionalização, para a constituição de um corpus teórico que possa dar sustentação às inúmeras práticas em desenvolvimento no país. Os estudos também precisam reportar-se aos olhares de vários sujeitos: profissionais, usuários e familiares.

Concluo considerando que o Serviço em estudo apresenta características que podem ser incluídas dentre os “bons serviços”. Entretanto penso ser primordial repensar e redimensionar algumas questões, levantadas e discutidas ao longo deste trabalho. Sobretudo os profissionais necessitam olhar de frente os conflitos e contradições, para que daí possa emergir uma nova realidade, sempre mais completa. Esta nova realidade não significa uma descontinuidade absoluta, mas antes, conservar os aspectos positivos e aprofundar os movimentos, para que resultem em saltos qualitativos, em última instância, resultem na superação dialética.

Gostaria que esta dissertação produzisse questionamentos e inquietações nos sujeitos que têm viabilizado serviços de saúde mental voltados para a reabilitação, ou seja, para as questões da assistência prestada em saúde mental nos nossos dias, assim como, suscitasse o interesse de áreas da saúde para esta tecnologia, para que as práticas dela decorrentes possam produzir histórias de vida, de subjetividades. O desafio está posto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, M.G.G. **A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e núcleos de atenção psicossocial.** São Paulo, 1995. 155p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- ALTHUSSER, L. **Aparelhos ideológicos de estado.** 2.ed. Rio de Janeiro: Grall, 1985.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996.
- ANDERY, A.A. Três Modalidades de Ética Profissional. In: QUEIROZ, J.J. (org.) **Ética no Mundo de Hoje.** São Paulo: Paulinas, 1985.
- ANDOLFI, M. **A linguagem do encontro terapêutico.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- ANTHONY, W.A.; JANSEN, M. A. Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: research and policy implications. **American Psychologist**, 39 537-544, 1984.
- ANTHONY, W.; COHEN, M.; FARKAS, M. **Psychiatric rehabilitation.** Boston: Arcata Graphics, 1992.
- ANTHONY, W.A.; COHEN, M. R.; DANLEY, K. S. The Psychiatric Rehabilitation Model as Applied to Vocational Rehabilitation In: CIARDELLO, J. A e BELL, M. D. **Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders.** London: The Johns Hopkins Press Ltda., 1991, second printing.
- ANTHONY, W.A. Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, v.17, n.3, p.3-13. 1994.

- BACHRACH, L. High quality services for mentally ill individuals : social and political implications. In: **III Congress of The World Association for Psychosocial Rehabilitation**. Montreal, 1991.
- BAHIA, G. **Reformulação da assistência psiquiátrica: financiamento e regulação**. In: I encontro de Coordenadores/ Assessores Municipais de Saúde Mental. Natal, 1998.
- BANDEIRA, M.; LESAGE, A.; MORISSETE, R. **Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental**. J. Bras. Psiq., v.43, n.12, p. 659-666, 1994.
- BANDEIRA, M. et al. **Competência social de psicóticos: validação social de habilidades específicas**. J. Bras. Psiq., v.47, n.5, p.217-226, 1998.
- BARTON, R. **La neurosis institucional**. Madrid: Paz Montalvo, 1974.
- BASAGLIA, F. et al **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro : Graal, 1985.
- BENJAMIN, W.; HORKHEIMER, M.; ADORNO, et al J. **Os pensadores: textos escolhidos**. São Paulo : Abril Cultural, 1980.
- BERGER, P. I.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Rio de Janeiro : Vozes, 1998.
- BERTOLETE, J.M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org.) **Reabilitação psicossocial no brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BESKOW, E.T. **Nossa casa: um centro de reabilitação para doentes mentais**. Espaço para a Saúde. v.2, n.2, abr. 1990.
- BESKOW, E.T. **A experiência de São Lourenço do Sul**. Espaço para a Saúde, v.1, n.1, out. 1989.
- BEZERRA FILHO, A.R. A atitude de escuta na entrevista clínica. **Rev. Psiq.** v.9, n.2, p.120-3, maio/ago. 1987.
- BEZERRA Jr., B. et al. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro : Vozes/Abrasco, 1987.
- BEZERRA, Jr. B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA, Jr. B.; AMARANTE, P. (org) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

- BIRMAN, J.A. Cidade tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA, Jr. B.; AMARANTE, P. (org) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**, 1994.
- BRASIL. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jan. 1992. Seção 1, p.1168-70.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRITO, V.H. **Desvelando o processo ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem: ação e reflexão sobre a realidade com o corpo discente**. Santa Catarina, dissertação (Mestrado), 1997.
- BULMER, M. **Social policy research**. The Macmillan Press, 1978.
- CASTEL, R. Da Indigência à Exclusão, a Desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. **SaúdeLoucura 4**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CASTRO, T. M. **Reintegração de pacientes esquizofrênicos: uma visão a partir da experiência de São Lourenço do Sul**. Pelotas, UFPEL, 1998.
- CIARDELLO, J. A.; BELL, M. D. **Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders**. London: The Johns Hopkins Press, 1991.
- COHEN, L. J. Work and Mental Health. **Social psychiatry and psychiatry epidemiology**. n.25, p.108-113. 1990.
- CONVITE. O Lourenciano, São Lourenço do Sul, 15 de agosto de 1989.
- DALMOLIN, B. M. **Reforma psiquiátrica: um processo em construção na prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul**. São Paulo, Dissertação (mestrado), 1998.
- DEBERNARDI, A. et al. **Salute mentale: pragmática e complessità**. V.1. Trieste, Itália, 1988.

- DELGADO, P. G. G. **Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil.** In: TUNDIS e COSTA (orgs.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1987.
- DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1981.
- _____. **Introdução à metodologia da ciência.** São Paulo: Atlas, 1988.
- _____. **Cidadania tutelada e cidadania assistida.** São Paulo: Autores Associados, 1995.
- DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- DEWALD, P. **Psicoterapia: uma abordagem dinâmica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- FAGUNDES, P. **Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica: algumas questões cruciais.** *Jornal Brasileiro de Psiq.*, v.47, n.4, p.163-168. 1998.
- FARKAS, M. **International practice in psychosocial/psychiatric rehabilitation** Center for Psychiatric Rehabilitation: Boston University, 1999.
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FLEXER, R.W.; SOLOMON, P.L. **Psychiatric rehabilitation in practice.** USA: Andover Medical Publishers, 1993.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. **História da sexualidade 3: o cuidado de si.** 5.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1996.
- GELAIN, I. **A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas.** *Texto & Contexto.* Florianópolis, v.4, n.2 p. 9-17. jul/dez., 1995.
- GEORGE, J.B. e col. **Teorias de enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GEREVINI, C. **Retorno do menor institucionalizado ao lar : uma questão de estímulo ou desestímulo?.** Pelotas, UFPel, 1998.

- GIROUX, H. **Teoria crítica e resistência em educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. 2.ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1996.
- _____. **Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial**. In: PITTA, A (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- GROSSI, E.; BORDIN, J. **Paixão de aprender**. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.
- HIRDES, A. **Proposta alternativa em saúde mental comunitária**. Pelotas, UFPel, 1990.
- HIRDES, A.; KANTORSKI L. P. **Prática assistencial de enfermagem enfocando o portador de sofrimento psíquico fundamentada no referencial da reforma psiquiátrica**. Pelotas: UFSC/UFPel, 1999.
- IRVING, S. **Enfermagem psiquiátrica básica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- JANSEN, M. A. **The Psychological and Vocational Problems of Persons with Chronic Mental Illness**. In: CIARDELLO, J.A., BELL, M.D. **Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders**. London: The Johns Hopkins Press Ltd., 1991, Second printing.
- KANTORSKI, L. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e a reforma psiquiátrica no RS**. São Paulo, 1998, Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 1981. (Coleção Primeiros Passos, n.23).
- KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- KUHN, M.E.G.; KANTORSKI, L.P. **Aspectos éticos da assistência do doente mental. Texto & Contexto**. Enfermagem/UFSC, v.4, n.2, Florianópolis, UFSC, 1995.
- L'ABBATE, S. et al. **A educação em saúde como um exercício de cidadania**. 1992.
- LANCETTI, A. (org.) **SaúdeLoucura**. v.1. São Paulo: Hucitec, 1989.

- _____. (org.) **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.
- LEFEBVRE, H. **Lógica formal/lógica dialética.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- LEFLEY, H. P. A. Family perspective on rehabilitation. In: FLEXER, R.W. e SOLOMON, P.L. **Psychiatric rehabilitation in practice.** USA: Andover Medical Publishers, 1993.
- LIBERMAN, R. P. **Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients.** Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 1998.
- LUKÁCS, G. **Existencialismo ou marxismo.** São Paulo: Ciências Humanas, 1979.
- MARI, J.; JORGE, M. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. **International Journal of Psychiatry – Line, Brasil,** 1998.
- MAUER, S.K.; RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos.** São Paulo: Papirus, 1987.
- MELMAN, J. **Centro de atenção psicossocial: a metamorfose como estratégia.** Rev. Ter. Ocup. USP, 3(1/2) :54-59, jan.dez., 1992.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.
- MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário.** São Paulo: Cortez, 1993.
- MORGADO, A.; LIMA, L.A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **J. Bras. Psiq.** v.43, n.1, p.19-28. 1994.
- NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura.** São Paulo, 1994. 155p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas.** Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 14 de novembro de 1990. Caracas, OMS/OPAS, 1990.
- PERLONGUER, N. Territórios marginais. In: LANCETTI, A. **SaúdeLoucura 4.** São Paulo: Hucitec, 1994.

PITTA, A.M.F. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? **J. Bras. Psiq.** v.43, n.12, p.647- 654. 1994.

PITTA, A. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PRATT, W.; GIL, K.J.; BARRET, N.M. et al. **Psychiatric rehabilitation**. London: Academic Express, 1999.

PROJETO de saúde mental é exposto na Câmara. Correio da Lagoa, São Lourenço do Sul, 07 de abril de 1988.

PSYCHOSOCIAL Rehabilitation A **consensus statement**. WHO/MNH/MND/96.2. Capturado em 30 dez. 1999. Disponível na Internet <http://www.who.int/mas/mnh/mnd/psr.htm>.

PSYCHOSOCIAL Rehabilitation – Assertive community treatment. **The International Journal of Psychosocial Rehabilitation**. Capturado em 30 dez. 1999. Online. Disponível na Internet <http://www.psychosocial.com/descript.htm>.

RELATÓRIO final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro, 1987. Mimeo.

_____. **final da 2ª Conferência Nacional de Saúde : a reestruturação da saúde mental no Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

REZENDE, A.L. **O planejamento educacional participativo**. Mimeo. 1990.

RIBEIRO, M.S.; TEIXEIRA, L.S. Por uma ética das práticas em saúde mental. **J. Bras. Psiq.**, v.46, n.6, p.331-337. 1997.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro : Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994.

ROTELLI, F. “L’uomo e la Cosa”. In: DEBERNARDI, A.; MEZZINA, R.; NORCIO, B. **Salute mentale: pragmatica e complessità**. Trieste, Itália, 1988.

_____. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

- SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.
- SCHMID, W. Michel Foucault - Da ética como estética da existência. **Texto & Contexto**. Enfermagem/UFSC, v.4, n.2, Florianópolis, UFSC, 1995.
- SILVA FILHO, J. F. da Um outro modo de olhar. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- _____. South America. In: FARKAS, M. **International practice in psychosocial/psychiatric rehabilitation**. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 1999.
- SZASZ, T. **Cruel compaixão**. São Paulo: Papirus, 1994.
- TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- THORNICROFT, G. Developing integrated systems of care for people disabled by chronic schizophrenia: the role of psycho-social interventions. In: **WHO innovatives approaches in mental health care**. WHO/MNH/MND, Geneva, 1992.
- UFSC. 1º SIBRATEN. **Anais**. Florianópolis, 1985.
- UMANSKY, R.; TELIAS, D.; TZIDON, E. et al. A school for mental health inpatient preparation for reinsertion in the community. **The International Journal of Psychosocial Rehabilitation**. Capturado em 30 dez. 1999. Disponível na Internet <http://www.psychosocial.com/israel.htm>
- UM problema que preocupa. O Lourenciano, São Lourenço do Sul, 10 de maio. 1998.
- VALENTINI, W.A.H.; VICENTE, C.M. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- WETZEL, C. **Desinstitucionalização em saúde mental : a experiência de São Lourenço do Sul – RS**. Ribeirão Preto, 216p. 1995. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- WHOQOL annotated bibliography. October 1999 version. **Department of Mental Health**. WHO/MNH/MHP/98.4.Ver.2.

ANEXOS

PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

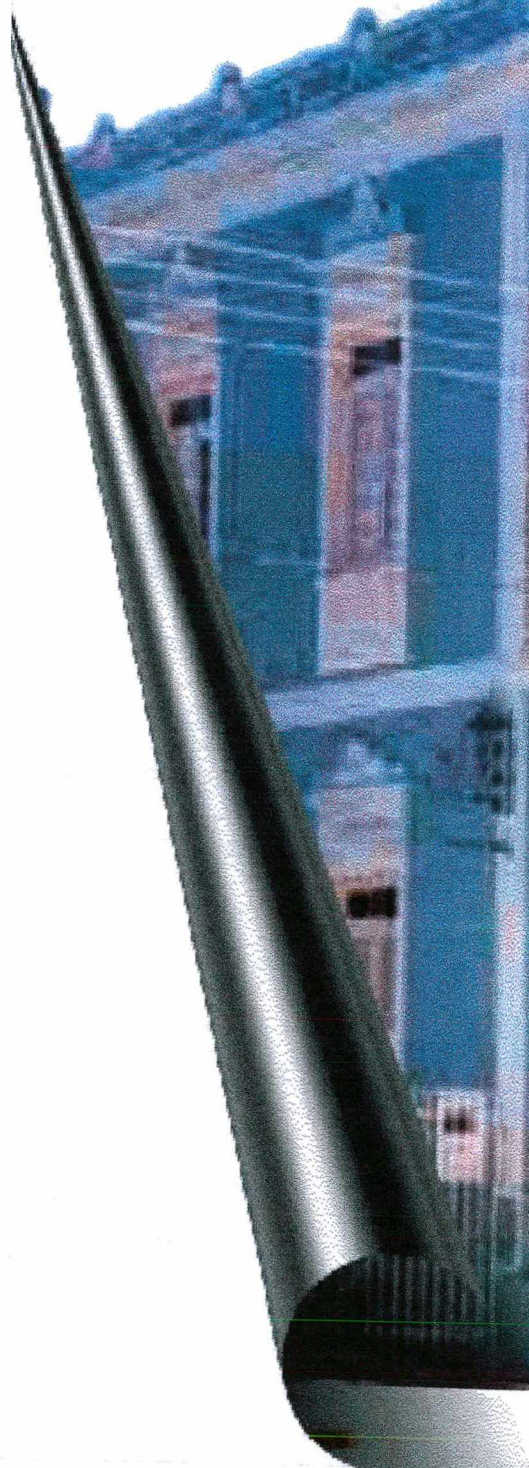
ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOENÇA MENTAL

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

ATENÇÃO INTEGRAL

RELAÇÕES INTER PESSOAIS



INTERPRETAÇÃO DO DESENHO DO MARCO CONCEITUAL

A casa, “construída” com os principais conceitos da Reforma Psiquiátrica, simboliza um novo pensar e, sobretudo, um novo agir em saúde mental. Estes conceitos devem estar presentes no cotidiano dos serviços que se intitulam comunitários ou que trabalham sob a égide da reforma. As relações interpessoais constituem o alicerce de todas as ações, dão sustentação a casa. Especificamente, a enfermagem psiquiátrica utiliza-se deste instrumental no seu processo de trabalho. Se a este forem incorporados os conceitos da reforma-desinstitucionalização, atenção integral, reabilitação psicossocial, como resultado teremos uma assistência qualificada, ética e consistente em saúde mental, compatível com o novo paradigma.

Quanto ao caráter histórico da casa, podemos fazer uma analogia entre esta e o adoecer psíquico. Na historiografia da loucura, podemos observar que desde a antiguidade as pessoas adoeceram, a diferença fundamental está no tipo de tratamento e na caracterização da loucura através dos tempos.

O efeito “nebuloso”, não claramente delimitado da casa, remete-nos a lembrar que estamos trabalhando com a subjetividade das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. E que, como tal, o plano terapêutico individualizado necessita, muitas vezes, ser redimensionado e, sobretudo, ser flexível, para podermos atingir os objetivos propostos. E também traz à lembrança, que cada ser humano é único, com seus desejos, sonhos, alegrias, tristezas e com um limiar próprio à dor psíquica.

O esboço da casa, em forma de pergaminho, ou melhor, de página sendo virada, dá-nos a idéia de que as pessoas assistidas manterão o vínculo comunitário, social e familiar, objetivo final de todo o processo.

INSTRUMENTO

Profissional

Qual o instrumental (práticas) de que você se utiliza neste novo modelo de atenção à saúde mental na abordagem ao portador de sofrimento psíquico?

Quais as práticas que você considera relevantes para a reabilitação psicossocial do usuário?

De que maneira as práticas de reabilitação psicossocial contribuem para a qualidade de vida dos usuários?

O que você entende por reabilitação psicossocial?