UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Talita Moreira Andrade

Reabilitação Psicossocial em Hospital Psiquiátrico:

As representações e práticas dos Trabalhadores.

São Paulo

2012

Talita Moreira Andrade

**Reabilitação Psicossocial em Hospital Psiquiátrico:
As representações e práticas dos Trabalhadores.**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Cuidado em
Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Andrade, Talita Moreira

Reabilitação psicossocial em hospital psiquiátrico:
as representações e práticas dos trabalhadores /
Talita Moreira Andrade . – São Paulo, 2012.
155 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Barros

Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Reabilitação psicossocial 2. Hospitais psiquiátricos
3. Reforma psiquiátrica 4. Enfermagem psiquiátrica
I. Título.

Nome: Talita Moreira Andrade

Título: Reabilitação Psicossocial em Hospital Psiquiátrico: As representações e práticas dos Trabalhadores.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em: __/__/__

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Sônia Barros, que acolheu meu projeto e dúvidas, por tudo que aprendi nesses dois últimos anos com sua orientação e experiência.

Aos demais Professores da Área de Saúde Mental do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP, pelas aulas esclarecedoras.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, pela disponibilidade e atenção. Especialmente a Thaís e Priscila, que estiveram sempre próximas e solícitas.

Aos colegas do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, Jouce Gabriela de Almeida, que sempre apoia o crescimento e bem estar dos que estão a sua volta, Gilberto Prates, por compartilhar sua experiência na Saúde Mental, Laércio Rosa e Carolini Peviani, pelo apoio.

A todos os trabalhadores dos lares abrigados, especialmente a Beatriz e Carla, pela calorosa recepção.

DEDICATÓRIA

À meus pais e irmã, Tuarne Andrade,

pelo amor incondicional.

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou refletir.”

Michel Foucault

Andrade TM. Reabilitação Psicossocial em Hospital Psiquiátrico: as representações e práticas dos Trabalhadores. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Diante do expressivo número de Hospitais Psiquiátricos no Estado de São Paulo, que continuam presentes no atendimento das pessoas com transtornos mentais mesmo frente à política de desinstitucionalização e a priorização do atendimento nos serviços substitutivos, surge a questão se os profissionais que trabalham neles conhecem e discutem o conceito de reabilitação psicossocial e como trabalham no contexto da Reforma Psiquiátrica. Este estudo objetivou analisar as possibilidades e impossibilidades de se implantar estratégias de reabilitação psicossocial em hospitais psiquiátricos, foi escolhido como objeto as representações que os trabalhadores têm sobre a reabilitação psicossocial e como categorias analíticas, as representações sociais e o processo de trabalho em saúde. Os dados foram coletados no período entre novembro e dezembro de 2011, por meio de entrevistas semiestruturadas com questões norteadoras, junto a dezoito trabalhadores dos lares abrigados em um hospital psiquiátrico no Município de São Paulo. Após a transcrição das falas, os dados foram analisados conforme a metodologia de análise temática. A análise dos discursos dos entrevistados revelou temas que por aproximação configuraram a categoria “Processo de Trabalho”: Os temas que formaram esta categoria foram: o agente, instrumentos, objeto, finalidade e as dificuldades e facilidades do processo de trabalho. Também foram encontrados temas que por aproximação configuraram a categoria “Processo de Reabilitação Psicossocial”: objeto, instrumentos e finalidade do processo de reabilitação psicossocial. A categoria representações sociais possibilitou compreender a concepção dos trabalhadores sobre a reabilitação psicossocial; sendo sua finalidade independência, aumento do poder contratual, resgate da cidadania e dos direitos: de morar, trabalhar e

reestabelecer laços sociais. A categoria analítica processo de trabalho desvelou o próprio processo de trabalho da equipe e o processo de reabilitar; os discursos apresentaram contradições em que coexistem as concepções embasadas no modelo da psiquiatria tradicional e concepções coerentes com as da reabilitação psicossocial. O que limita as possibilidades de reabilitação é: a precariedade da rede de saúde mental em São Paulo, escassez de recursos humanos e materiais, resistência por parte das famílias. As possibilidades ocorrem pela superação das práticas centradas na “doença” para práticas centradas nas necessidades materiais e psicossociais da pessoa. Os trabalhadores compreendem o hospital psiquiátrico como local de zero troca, reiterando vasta literatura sobre o tema, por isso, a finalidade do processo de trabalho é a alta do morador. Pode-se dizer que o trabalho nos lares abrigados proporciona a desospitalização do paciente e uma permanência com possibilidade de vida mais digna do que em enfermarias, pois tem a possibilidade de “habitar” e não simplesmente “estar”. Entretanto, é importante salientar que os moradores continuam sob o poder do hospital psiquiátrico e da equipe, limitados às normas institucionais, menos rígidas em relação às das enfermarias, mas ainda presentes, o que a análise revelou ser entendido pelos trabalhadores, evidenciando uma superação em relação à concepção do hospital como protetor ou local para tratar a crise.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação Psicossocial, Hospitais Psiquiátricos, Reforma Psiquiátrica, Processo de Trabalho em Saúde.

Andrade TM. Psychosocial Rehabilitation in Psychiatric Hospital : The representations and practice of workers [dissertation]. São Paulo : School of Nursing , University of São Paulo; 2012

ABSTRACT

Facing the expressive number of psychiatric hospitals in the state of São Paulo, which are still present in the assistance of people with mental disorders even facing the politics of desinstitutionalization and the prioritization in the assistance of substitutive services, arises the question whether the professional who works in them know and discuss the concept of psychosocial rehabilitation and how they work in the context of Psychiatric Reform. This study aimed in analyzing the impossibilities of implanting strategies of psychosocial rehabilitation in psychiatric hospitals, it was chosen as object the social representations in which workers have about the psychosocial rehabilitation and as analytical categories the social representations and in health work process. The data were collected between the periods from November to December of 2011, by means of semi-structured interviews with leading questions, with eighteen workers from shelters in a psychiatric hospital in the city of São Paulo. After the voices transcriptions, the data were analyzed following the methodology of thematics analysis. The analysis of the interviewed people have revealed themes that per approaching set the category "Process of Work": the themes which have formed this category were : the agent, the instruments, objects, purpose and the difficulties and facilities in the process of work. There were also found themes that per approaching set the category "Process in Psychosocial Rehabilitation": object, instruments and purpose in the process of psychosocial rehabilitation. The category social representations have allowed to make it understood the conception of workers about the psychosocial rehabilitation, being its purpose the independency, increase of contractual power, rescue of citizenship and the rights: of living, working and reestablish social bonds. The analytical category process of work unveiled the own team process of work and the process of rehabilitate; the discourses have shown contradictions where there is the coexistence the conceptions

based on the model of traditional psychiatry and conceptions consistent with the psychosocial rehabilitation one. What limits the possibilities of rehabilitation are: the precariousness in the mental health of public services in São Paulo, lack of human resources and materials, resistance from part of the families. The possibilities are given in the overcoming of practices centered in the “disease” for centered practices in the person’s material and psychosocial necessities. The workers comprehend the psychiatric hospital as a place of zero Exchange, reiterating wide literature about the theme, that’s why the purpose in the work process is the cure of the inhabitant. We could say that the work in the shelters allows the patient not to be in the hospital any longer with the chance of a healthier life than in the nursing, because there is the chance of “living” and not simply “being”. However, it is important to mention that the inhabitants keep under the control of the psychiatric hospital and its staff, being limited to the institutional, less strict when comparing to the nursing ones, but yet present, the analysis have shown it was understood by the workers making it evident an overcoming in relation to the concept of the hospital as a protector or a place to treat the crisis.

DESCRIPTORS: Psychosocial Rehabilitation, Psychiatric Hospitals, Psychiatric Reform, Health Work Process.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

GAPH - Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNASH/Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

Desde a graduação a autora pretendia especializar-se em enfermagem psiquiátrica, pois sempre teve interesse e curiosidade pela área. O interesse mais específico pelo tema da Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial se iniciou durante a especialização em Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental em um hospital-escola do Município de São Paulo.

Nos primeiros meses de curso de especialização foram introduzidas noções sobre a História da Psiquiatria, dos grandes manicômios até a promulgação da Lei nº 10.216/2001. Durante os meses de atividade prática do curso, foi possível observar contradições entre o discurso dos agentes e suas práticas, e nos anos posteriores, quando a autora passou a ser trabalhadora na mesma instituição, pôde perceber que qualquer manifestação de poder por parte do paciente era interpretada como causada pela “doença” e quase tudo o que é sadio na pessoa parece ser ignorado ou pouco valorizado pelos profissionais.

Na prática, o enfoque é nos sintomas, na psicofarmacologia e na manutenção da ordem institucional, as rotinas são rígidas, o trabalho é parcelado, as relações são hierarquizadas, onde fica muito claro quem é o detentor de poder. Os profissionais parecem não compreender a Reforma Psiquiátrica, relacionando-a sempre a desassistência, como se o hospital psiquiátrico fosse a única alternativa possível para tratar a crise das pessoas com transtornos mentais, o que despertou na autora o desejo de compreender como os profissionais dos hospitais psiquiátricos vêm trabalhando no contexto da Reforma Psiquiátrica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E MUDANÇA DE PARADIGMA	17
1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	21
1.3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	26
1.4 ESTADO DA ARTE: OS TRABALHADORES DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NA TEMÁTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	31
1.5 JUSTIFICATIVA	39
2 OBJETIVOS	42
2.1 OBJETIVO GERAL	42
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
2 METODOLOGIA	44
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	44
2.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS	48
2.4 SUJEITOS DE PESQUISA.....	52
2.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	53
3 RESULTADOS	56
3.1 CATEGORIA EMPÍRICA: PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	56
3.1.1 Agente	58
3.1.2 Objeto do Processo de Trabalho em Saúde	67
3.1.3 Finalidade do Processo de Trabalho: Alta e desospitalização.....	74
3.1.4 Instrumentos	78
3.1.5 Dificuldade e Facilidades do Processo de Trabalho.....	83
3.2 PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	90
3.2.1 Objeto	91

3.2.2 Instrumentos	96
3.2.3 Finalidade do Processo de Reabilitação	102
4 DISCUSSÃO	116
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS	143
APÊNDICE	151
ANEXOS	153

1 INTRODUÇÃO

1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E MUDANÇA DE PARADIGMA

Nas últimas décadas, mudanças importantes no campo da saúde mental vêm ocorrendo na comunidade mundial. Mudanças significativas no padrão da assistência estão sendo determinadas pelo desenvolvimento de novas abordagens institucionais e sociais, que buscam paradigmas que constituam novos modelos assistenciais e alternativas ao manicômio (Barros, 2001).

Dentre eles, destacou-se o movimento da Psiquiatria Democrática, iniciado por Franco Basaglia em Gorizia, na Itália, que possibilitou uma ruptura na história da assistência às doenças mentais e das instituições que lidam com elas (Barros, 2001).

A Reforma Psiquiátrica na Itália (Lei nº 180) tem como pressuposto que as instituições em geral, reproduzem as formas de relações sociais predominantes e, necessariamente, contribuem para o processo de alienação e despersonalização, por meio da violência e da exclusão, que estão na base de todas as relações que se estabelecem na sociedade capitalista. Uma das características das instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm, possibilitando uma relação de opressão e violência entre quem detém o poder sobre aqueles que não o têm (Basaglia, 1985).

Como produto dessa exclusão social também se tem a naturalização do doente mental como um sujeito violento e capaz de cometer atrocidades (Foucault, 1989), o que leva à formação de uma cultura na qual um diagnóstico psiquiátrico condena seu portador a um estigma e perda de seus direitos civis, legitimando sua tutela pelos profissionais que atuam nesses locais.

A reforma italiana é reconhecida em nível internacional por ser a única nas sociedades industriais que aboliu a internação em Hospitais Psiquiátricos da prestação de serviços de saúde mental. A lei proíbe a construção de novos Hospitais Psiquiátricos e a internação de novos pacientes psiquiátricos, a responsabilização dos serviços territoriais pela saúde mental de uma determinada população e são abolidos o estatuto de periculosidade social do doente mental, as tutelas jurídicas e a internação e tratamento coagido (Rotelli, 2001).

Ao longo da história vários autores criticaram e vêm criticando o Hospital Psiquiátrico, bem como o paradigma da psiquiatria (Basaglia, 1985; Castel, 1991; Rotelli, 2001; Saraceno, 2001; Amarante, 2003).

Saraceno (2001) aponta que a ordem manicomial tem simplesmente a função de ordenar a desordem do louco. Tal ordem legitima-se e auto reproduz-se, a psiquiatria é a ordem, essa legitimação e essa reprodução. A instituição manicomial não é outra coisa que o espaço, o tempo, o conjunto de normas e de ritos que contém naturalmente essa ordem.

A função ordenadora tem em si a complexidade e a ambigüidade da ordem do patrão, mas também a do pai, no sentido da proteção da sociedade (o louco ameaçador) e também do louco (vítima da sociedade ameaçadora) (Saraceno, 2001), o que é confirmado pelas publicações atuais sobre a visão a respeito do Hospital Psiquiátrico daqueles que trabalham nesses locais (Lima 2002; Rabelo 2005; Rabelo 2006; Silva 2007; Maciel 2008).

Desde sua invenção, na ideia de manicômio havia uma autêntica intenção de forma e visibilidade ao direito de asilo, chamavam-se exatamente asilos, e eram dedicados aos loucos pobres que caracterizam o projeto paterno em que a sociedade prove tutela a seus membros fracos (Saraceno, 2001).

O internamento foi ligado às suas origens e a seu sentido primordial, a reestruturação do espaço social (Barros, 2001).

Giordano apud Barros (2001) alerta que o surgimento do asilo na passagem para o século XIX, permitiu a objetivação da loucura, sua apreensão em termos de conhecimento, o deslizamento das categorias de desrazão e desatino à de alienação mental e à percepção da loucura por critérios morais, criando as condições de emergência da Psiquiatria; o discurso sobre a loucura reduzida à alienação, calcado na prática asilar e legitimado pela instituição médica.

A duplicidade que caracteriza a Psiquiatria e o manicômio, não é senão a expressão física da duplicidade paterna e patronal de uma suposta ciência, que é ideologia mesmo, quando exercita duas funções (de paternidade e domínio) que, por definição, excluem a hipótese da dúvida, ou seja, de colocar-se ela própria em questão, o que é (ou deveria ser) a marca do método científico, ou seja, da razão não burguesa (Saraceno, 2001).

Eis porque a ruptura da segregação manicomial iniciada em Gorizia, em 1964, por Basaglia não significava somente a humanização do lugar desumano, mas a interrupção da convivência entre técnicos e ideologia da razão burguesa, crise da cientificidade fundada sobre a normativa paterna e a violência do dominador.

Na Itália, o primeiro passo na direção da desinstitucionalização foi o de começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguição à solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida, o que possibilita uma mudança de ótica profunda e duradoura que atinge o conjunto das ações e interações institucionais (Rotelli, 2001).

Com base na observação do manicômio, os reformistas italianos afirmam que se torna evidente que, na relação que liga o problema à solução, é a solução que formula o problema, no sentido de que é ela que lhe dá nome e forma. Não se pretende enfrentar a etiologia da doença, mas adota-se a direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas

institucionais, por meio da qual a doença mental (o problema) assumiu aquelas formas de existência e expressão (Rotelli, 2001).

A administração da Psiquiatria exercitou-se como um instrumento principal: a privação. O manicômio é o lugar zero da troca. A tutela, a internação tem essa única finalidade: subtração das trocas, estabelecer relações de mera dependência pessoal (Rotelli, 2001).

O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção da saúde” e de reprodução social do paciente (Rotelli, 2001).

A centralização do trabalho terapêutico está no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de forma que eles sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. O termo de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais (Rotelli, 2001).

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que desmonta a solução institucional existente para desmontar e remontar o problema. Transformam-se os modos, nos quais as pessoas são tratadas para então transformar seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida, como a perseguição da solução-cura, mas, como um conjunto complexo de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão por meio de um percurso crítico sobre o modo de ser do próprio tratamento (Rotelli, 2001).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil organizou-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, que preveem a desinstitucionalização, como a desconstrução do modelo manicomial, modificando o *status quo* por meio de estratégias que oferecem novas soluções (Amarante, 2002).

1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Constituição de 1988 e a Lei nº 8.080/90 estipularam os princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro que são a universalidade, a integralidade e a igualdade da assistência, o que leva a busca da transformação do modelo de assistência. Isso se reflete no campo da saúde mental com a proposta de entender o processo saúde doença como processo social e práticas assistenciais de desinstitucionalização (Campos, 2003).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser entendida como um movimento histórico de caráter político, social e econômico; que teve suas raízes na concepção de desinstitucionalização da Itália e hoje é discutida como parte das políticas de saúde (Guimarães et al., 2010).

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no País. Entretanto, só em 2001, após tramitação no Congresso Nacional foi sancionado como a Lei Federal nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, porém foi sancionada com alterações importantes na proposta original, regulamentando as internações involuntárias.

Outro marco importante para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a Declaração de Caracas de 1990, que propunha a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra os abusos e a exclusão das pessoas com transtornos mentais (Oliveira, 2006).

Dois anos após a Declaração de Caracas, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Nela, discutiu-se a atenção integral e a cidadania na perspectiva da municipalização. Os resultados dos

aparatos legais demonstram que, nos últimos anos, a assistência em saúde mental sofreu amplas transformações e, no período de 1991-2001, os modos de tratamento têm o foco no modelo assistencial que visa à ruptura do modo hospitalocêntrico, ênfase na humanização, reinserção social, preservação e resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental e avaliação dos serviços para a garantia dos direitos desse grupo (Guimarães et al., 2010).

Em dezembro de 2001, realizou-se a III CNSM, em que se discutiu uma nova reorientação para o modelo assistencial, bem como o financiamento das ações em saúde mental e a implantação dos serviços extra-hospitalares, como suporte para a desinstitucionalização.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as diretrizes políticas em saúde mental têm direcionado esforços no sentido de ampliar os recursos extra-hospitalares, reduzir os leitos em Hospitais Psiquiátricos e melhorar a qualidade da assistência nos Hospitais Psiquiátricos (Barros, 2001).

A proposta de melhorar a qualidade da assistência hospitalar vem sendo monitorada pelo Ministério da Saúde, por meio de portarias que determinam padrões mínimos para o funcionamento de rede hospitalar pública e privada e por supervisão que acompanha junto ao estabelecimento a correta aplicação das normas em vigor. Na década de 1990, esta supervisão foi realizada pelo Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar – GAPH (Barros, 2001).

O GAPH constatou que as práticas institucionais que indicavam a má qualidade da assistência prestada que em seu conjunto representavam o desrespeito, preconceito, descaso e violação dos direitos humanos básicos, muitas estão determinadas pelas rotinas institucionais. Como por exemplo, os horários rígidos para visitas e atividades, controle dos pertences dos pacientes pela enfermagem, invasão da privacidade nos banheiros sem portas nos boxes, violação das correspondências, entre outras (Barros, 2001).

Na atualidade, os principais mecanismos de avaliação e redução de leitos psiquiátricos foram o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) que consiste em um processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos no Brasil, instituído em 2002, e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) (Ministério da Saúde, 2007).

O PRH foi discutido amplamente com gestores estaduais e municipais de saúde e prestadores filantrópicos e privados, com o objetivo de formular uma proposta de reorganização da rede de assistência hospitalar psiquiátrica, na direção da redução de leitos e melhoria da qualidade da assistência dos Hospitais Psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2007).

A expansão da rede de atenção aberta e comunitária permitiu a redução e a substituição significativa dos leitos psiquiátricos, especialmente os de longa permanência, e o fechamento de vários Hospitais Psiquiátricos em péssimas condições de funcionamento (Ministério da Saúde, 2007).

Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos efetivou-se em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes desencadeador do processo de mudança do modelo de atenção. Entre os anos de 2003 e 2006, foram reduzidos 11.826 leitos (Ministério da Saúde, 2007).

A Política Nacional de Saúde Mental vem trabalhando com o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental, localizados em hospitais gerais, Caps III, emergências gerais, leitos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas, que se associam aos leitos de hospitais de pequeno porte, onde estes existirem (Ministério da Saúde, 2007).

Estes leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise, articulado e em diálogo com outros dispositivos de referência para o paciente. A tendência é de que esta rede de leitos de atenção integral, à medida de sua expansão apresente-se como substitutiva à internação em Hospitais Psiquiátricos convencionais (Ministério da Saúde, 2007).

No início de 2010, aconteceu a IV CNSM que, pela primeira vez, foi intersetorial, ocorrendo grande participação de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores. A convocação da intersetorialidade foi um avanço radical em relação às Conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção implica. Reafirmando o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde, em geral (Rel. final IV CNSM, 2010).

Os CAPS têm sido um dos destaques da política de assistência à saúde mental e representam um dos avanços significativos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Leão, 2006). No período de 2000 a 2005, o número de CAPS passou de 209 para 689 serviços (Brasil, 2005).

Conforme o Relatório de Gestão 2007-2010 do Ministério da Saúde, o incremento da cobertura CAPS começa a estender-se a áreas menos assistidas, como a Amazônia Legal e o Centro-Oeste, atingindo 66% de cobertura/Brasil.

Em 2010 o Brasil contava com 1.620 CAPS implantados, e a cobertura de 0,66 CAPS por 100.000 habitantes. Mesmo com essa expansão da rede CAPS, ainda existem 32.735 leitos em Hospitais Psiquiátricos, sendo a maioria dos leitos 48,67 % compreendida pelos hospitais de pequeno porte (até 160 leitos).

Houve também a redução do número de macro hospitais acima de 600 leitos: em 2002, eram sete; em 2006, cinco e, em 2010, apenas um hospital ainda apresenta esse porte (Ministério da Saúde, 2011).

O maior número de leitos psiquiátricos do País ainda está em São Paulo, Estado que detém a maior proporção de moradores para o total de leitos (6.400 moradores, cerca de 60 % do total de leitos do estado) (Ministério da Saúde, 2011).

No Estado de São Paulo, conforme indicou o Censo Psicossocial dos moradores em Hospitais Psiquiátricos, existiam 6.349 moradores internados há mais de um ano em 56 hospitais psiquiátricos, e 25 desses estabelecimentos possuíam mais de 50% de seus leitos ocupados por moradores, e a média geral de ocupação de leitos psiquiátricos SUS por moradores é de 53% (Barros et al., 2008).

Os dados de tempo de internação revelam que 65% da população moradora está internada há mais de dez anos desvelando a gravidade do processo de institucionalização presente nos Hospitais Psiquiátricos do Estado e constata que, para muitas pessoas, o Hospital Psiquiátrico constituiu a única possibilidade de moradia, no decurso de suas vidas (Barros et al, 2008).

Conforme o Ministério da Saúde, os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras vêm se dedicando com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados. A característica principal dos CAPS é buscar integrar esses pacientes a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (Ministério da Saúde, 2004).

Além do conceito de desinstitucionalização, um importante conceito é o da reabilitação psicossocial, que busca aumentar o poder de contratualidade e resgate da cidadania das pessoas atendidas nos serviços de saúde mental. É importante conhecer como os trabalhadores têm entendido e colocado em prática esses novos conceitos nos diferentes serviços de saúde mental, visto que com a Reforma almeja-se a reinserção social dos sujeitos e a superação do modelo que persegue a “cura”, da lógica manicomial e do entretenimento.

1.3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O início do exercício da reabilitação física e psicossocial está localizado nas transformações sociais ocorridas, após as duas grandes guerras do século XX e surgiram, mediante as necessidades produzidas nesses períodos (Barros, 1991).

Após a primeira guerra, no início do século XX (1917), diante da demanda de pessoas capacitadas e produtivas para a reconstrução social, os serviços de reabilitação foram estruturados, retomando o tratamento moral que havia ficado em segundo plano durante o século XIX, no intuito de recuperar os acidentados e neuróticos (Medeiros apud Souza, 2011).

No contexto pós-Segunda Guerra, foram organizados serviços de reabilitação que surgiam dos movimentos humanistas, de acordo com os interesses político-ideológicos das classes hegemônicas, para responder às demandas de saúde que a intervenção médica não fazia. Nesse período, surgem a fisioterapia e a terapia ocupacional (Cavalcante et al, 2008).

Na Europa e Estados Unidos da América abria-se espaço para a readaptação e reabilitação, visando ao controle, à reciclagem, requalificação, produção e reprodução da força de trabalho. Na Psiquiatria os modelos de reabilitação surgiram com o processo de reforma dos asilos (Cavalcante et al, 2008).

Saraceno (2001) discute quatro modelos conceituais e operativos de reabilitação psiquiátrica. O “*Socials Skills Training*”, modelo cujos expoentes mais significativos encontram-se nos Estados Unidos da América, que consiste em uma abordagem behaviorista, que utiliza os princípios da teoria da aprendizagem na tentativa de promover a aquisição, generalização e manutenção das habilidades necessárias nas situações interpessoais, partindo do pressuposto que as pessoas desabilitadas

precisam de habilidades e suporte ambiental para responder às exigências de papéis formulados pelos contextos da vida.

Integrando os princípios do treinamento de habilidades sociais e da psicoeducação e embasando-se, sobretudo nos estudos sobre emoções expressas, realizados nos anos de 1960, em Londres, apresentam-se os *Modelos Psicoeducativos*.

Consistem em ações voltadas para identificar os critérios que levam a recaídas e a educação familiar na perspectiva da sintomatologia, decurso e modalidades de tratamento, para tal treinando as famílias para empregar um método estruturado de solução de problemas (Saraceno, 2001).

O terceiro modelo discutido por Saraceno (2001) é o de *Spivak*, este tem como objeto de intervenção a cronicidade psiquiátrica. Spivak interessa-se pela descrição dos comportamentos contextualizados e pelos processos de cronificação que para ele incidem de forma específica sobre qualquer paciente.

Este modelo embora capte o caráter relacional do processo de dessocialização, que envolve a pessoa e o contexto, propõe tecnicamente que se intervenha só e exclusivamente na pessoa para readequá-la de qualquer maneira e o mais rápido possível às demandas e expectativas do contexto, que não é posto minimamente em discussão (Saraceno, 2001).

O quarto modelo em questão é o de Luc Ciompi que considera os eventos da vida, como poderosos determinantes da cronificação, negando que ela seja natural do “processo esquizofrênico”.

Assim o modelo propõe modificar as expectativas de todos os atores sociais envolvidos no processo. Saraceno (2001) critica-o no sentido de que apesar de as expectativas serem centrais no condicionar os êxitos de um processo reabilitativo, seria ilusório pensar em modificá-lo no sentido positivo, sem pensar em modificar também as condições materiais (pobreza, relações, direitos...) e não apenas as “psicopatológicas” que o determinam (grifo do autor).

Os processos reabilitadores que elegem a desabilidade social produtiva (no campo da reabilitação psiquiátrica), como objeto de intervenção, são alvos de crítica da concepção basagliana de reabilitação, corroboradas posteriormente, pela construção de variáveis reais propostas por Saraceno (Souza, 2011).

As definições e os pressupostos, acima citados, suscitam múltiplas interpretações e, na história recente, Reabilitação tem tido múltiplos sentidos. Na área psiquiátrica, diferentes experiências têm usado a expressão reabilitação Psicossocial para se legitimarem. Fundamentalmente, tal denominação está associada a um sem número de iniciativas que buscam reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tradicionais tratamentos.

Saraceno (2001) afirma que há mais de dez anos a noção de Reabilitação passou a fazer parte do “discurso” psiquiátrico, a receber uma atenção relevante por parte dos profissionais de saúde mental, a ser, inclusive reconhecida como uma subdisciplina da Psiquiatria. O peso relativo das tecnologias terapêuticas específicas parece influir modestamente sobre o decurso das doenças, enquanto isso parece, frequentemente, correlacionado às variáveis do contexto do paciente (micro e macrocontexto), em que se incluem também as estratégias assistenciais dos serviços. Essas constatações apontam para o interesse crescente na Reabilitação.

Saraceno (2001) afirma que são três as razões para tal interesse:

1. A partir dos anos de 1960, em todo mundo, a população de pacientes internados nos Hospitais Psiquiátricos diminuiu. Os motivos de tal fenômeno são complexos e não atribuíveis a uma só causa;

2. O enfrentamento do paciente ainda hospitalizado constitui outra parte da nova necessidade de reabilitação. As razões de uma “necessidade de reabilitação” também dentro da instituição manicomial, estão ligadas a diversos fatores que reproduzem a afirmação dos direitos dos pacientes psiquiátricos institucionalizados; e

3. A evolução dos conhecimentos psiquiátricos: os estudos epidemiológicos iniciados há um pouco mais de 20 anos, esse corpo de conhecimentos colocou em dúvida a certeza, até então existente, de que a evolução da esquizofrenia e, mais abrangentemente, das psicoses não orgânicas, fossem “naturalmente” desfavoráveis, levando, portanto, à cronicidade e à internação. Os três eventos citados teriam contribuído para definir uma área conceitual e operativa, ainda que vaga e contraditória, definida provisoriamente, como Reabilitação.

Nesse contexto, fica clara a importância da mudança de conceito e atitude quanto à doença mental e, para tal, é necessário que os profissionais de saúde mental adaptem-se às novas concepções, como é a da reabilitação psicossocial, e assim possam efetivar a assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização e uma assistência integral (Vilella, 2004).

A reabilitação psicossocial é um processo cuja implementação ainda necessita da efetiva superação do paradigma tradicional de saúde/doença mental, que norteia conceitos e práticas terapêuticas e requer confiança dos profissionais sobre a capacidade dos usuários de transitar, como cidadão, nos mais variados segmentos da vida social (Jorge, 2006).

Para que as possibilidades transformem-se em realidade, é preciso o envolvimento de profissionais, familiares, usuários e a desmitificação do sofrimento psíquico e educação da sociedade em uma perspectiva que remeta à dignidade, ao valor e ao potencial para crescimento de cada ser humano (Hirdes, 2004). Em razão da reabilitação psicossocial ter uma grande importância na vida dos doentes mentais, mas, apresenta o risco de promover a manutenção da condição de psiquiatrizado (Guimarães et al, 2010).

A Reabilitação Psicossocial é um movimento técnico e político, iniciado no Brasil na década de 1990, derivado das transformações na Saúde Mental e surge como uma necessidade ética de mudanças nas políticas dos serviços de saúde mental. Atualmente, embasa políticas de

saúde mental brasileiras, constituindo-se em um importante operador teórico-prático da Reforma Psiquiátrica, orientando serviços como CAPS e NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) (Pinto; Ferreira, 2010).

Os modelos fundamentados na Reabilitação Psicossocial vêm sendo implantados com a finalidade precípua de resgatar a cidadania do paciente. Neste sentido, a Reabilitação Psicossocial tem como metas: diminuir o sofrimento, desidentificar a pessoa da doença, neutralizar processos crônicos, aumentar a articulação social do sujeito com o ambiente, ampliar a capacidade de autonomia para a vida, ampliar as oportunidades e aumentar o poder de contratualidade social (Chamma, 2001).

Para Pitta (1996), a reabilitação psicossocial consiste no 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 e recreativo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) classifica a reabilitação psicossocial como:

“Um processo que oferece aos indivíduos que estão desabilitados, incapacitados ou deficientes em virtude de transtorno mental a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. A reabilitação psicossocial é um processo abrangente e não apenas uma técnica.”

Saraceno (2001) cita que a reabilitação psicossocial não seria um conjunto de técnicas instrumentalizadas para ocupar o tempo dos doentes mentais. Não se trata de enquadrar o sujeito em determinados modelos preestabelecidos, mas, sim, ver suas potencialidades e criar situações respeitando seus limites, a fim de se criar possibilidades de vida e de se construir a cidadania plena.

“A reabilitação não é simplesmente a passagem da desabilitação para a habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito ‘habilitador’. Por meio dessas trocas materiais e afetivas se cria uma ‘rede de negociação’, as quais aumentam a participação e o poder de contratualidade dos indivíduos menos favorecidos em uma sociedade” (Saraceno, 2001).

Rotelli; Amarante (1992) ressaltam que a principal função reabilitadora seria a restituição da subjetividade do indivíduo em sua relação com as instituições sociais, ou melhor, a possibilidade de recuperação da contratualidade.

Hoje, a reabilitação é considerada uma exigência ética, não mais sendo tomada somente como uma tecnologia, mas, antes, como uma estratégia que implica uma política geral de serviços em Saúde Mental. Assim, reabilitação psicossocial passa a ser entendida com base na ideia de reconstrução do exercício pleno da cidadania e da contratualidade social em seus três cenários: casa, trabalho e rede social (Saraceno, 2001).

1.4 ESTADO DA ARTE: OS TRABALHADORES DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NA TEMÁTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reabilitação Psicossocial embasa as políticas atuais de saúde mental, visando à reinserção social dos usuários e restituição do exercício de direito e cidadania, sendo o CAPS o serviço estratégico para sua implantação. Entretanto, a assistência hospitalar ainda é realidade no País, como evidenciam os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (IBGE, 2010).

Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos e Indicador Leitos por 1.000 hab. (Brasil, Dezembro de 2010)

Ranking	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1º	RJ	15.993.583	36	6.224	0,39
2º	AL	3.120.922	5	880	0,28
3º	SP	41.252.160	54	10.780	0,26
4º	PR	10.439.601	15	2.452	0,23
5º	PE	8.796.032	13	1.932	0,22
6º	GO	6.004.045	10	1.171	0,20
7º	PB	3.766.834	5	691	0,18
8º	RN	3.168.133	4	572	0,18
9º	ES	3.512.672	3	565	0,16
10º	SE	2.068.031	2	280	0,14
11º	MG	19.595.309	17	2.292	0,12
12º	TO	1.383.453	1	160	0,12
13º	CE	8.448.055	7	949	0,11
14º	SC	6.249.682	4	680	0,11
15º	MA	6.569.683	3	662	0,10
16º	MS	2.449.341	2	200	0,08
17º	RS	10.695.532	6	810	0,08
18º	MT	3.033.991	2	202	0,07
19º	BA	14.021.432	7	877	0,06
20º	PI	3.119.015	1	160	0,05
21º	AC	732.793	1	35	0,05
22º	DF	2.562.963	1	85	0,03
23º	PA	7.588.078	1	56	0,01
24º	AM	3.480.937	1	20	0,01
Total		188.052.277	201	32.735	0,174
Total Brasil		190.732.694			0,172

Fontes: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/PRH, Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS, IBGE (Censo 2010).

Figura 1 – Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por unidade federal e indicador de leitos por 1.000 habitantes (Fonte:IBGE, 2010)

Ainda existem 201 hospitais psiquiátricos no Brasil e 32.735 leitos SUS. Os Estados com maior índice de leitos por 1.000 habitantes são Rio de Janeiro com 0,39; Alagoas com 0,28 e São Paulo com 0,26 (IBGE, 2010).

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2010), existem 54 hospitais psiquiátricos no SUS no total de 594 unidades hospitalares do sistema, que representam 13,5 mil ou 17% dos 80,4 mil leitos existentes ou 11,9 mil leitos (18%) dos 64,7 mil leitos SUS nesses hospitais. Diante de tal realidade, é importante conhecer as concepções que os profissionais que atuam nesses locais têm sobre a Reforma Psiquiátrica e a reabilitação psicossocial e quais conhecimentos têm produzido nessa temática.

No papel dos profissionais de saúde mental, as transformações ocorreram concomitantemente à evolução da assistência prestada no asilo,

isto é, acompanharam as transformações ocorridas na prática médica e, paralelamente, às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento do doente mental (Campos; Barros, 2000).

Mesmo frente à política de desinstitucionalização e de priorização do atendimento nos serviços substitutivos, o Hospital Psiquiátrico ainda está presente no atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, contando com uma força de trabalho que compõe as equipes que atuam nesses espaços (Barros et al., 2008).

Diante do expressivo número de Hospitais Psiquiátricos no País e mais especificamente no estado de São Paulo, surge a questão se os profissionais que trabalham neles conhecem e discutem o conceito de reabilitação psicossocial e como trabalham no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Para conhecer a produção do conhecimento desses profissionais na temática da reabilitação psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, optou-se pela revisão integrativa de literatura.

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), IBICS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library). Utilizando os seguintes descritores: Reforma Psiquiátrica, Hospitais Psiquiátricos e profissionais de saúde. De todas as publicações levantadas, foram selecionadas as publicadas no período de abril de 2001 até 2012, em razão da promulgação da Lei nº 10.216, e que tivessem como cenário o Hospital Psiquiátrico e/ou hospital-dia e que contemplassem a temática da Reforma Psiquiátrica. Seis publicações atendiam a esses critérios, cinco artigos científicos publicados em periódicos, todos nacionais, uma dissertação de mestrado e uma tese de doutorado.

Quadro 1 - Publicações científicas encontradas na bases de dados LILACS, Medline, IBECs sobre a atuação e/ou percepções dos profissionais que trabalham em hospitais psiquiátricos sobre a reforma psiquiátrica, no período de abril de 2002 a 2011; segundo a caracterização do título, autor, revista, ano e fonte.

Título	Autor	Revista	Ano	Fonte
Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo	Lima MG	Tese	2002	LILACS
O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba	Silva ATMC, Barros S	Revista da Escola de Enfermagem USP	2005	SciELO
Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem estar físico e psicológico	Rabelo IVM, Torres ANR	Psicologia: ciência e profissão	2005	LILACS
Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia	Rabelo IVM, Torres ANR	Estudos de Psicologia	2006	SciELO
O lugar dos hospitais psiquiátricos no município de São Paulo frente ao processo de reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil pela voz dos trabalhadores	Silva ALA, Silva LCL	Dissertação	2007	LILACS
Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica	Maciel SC, Maciel CMC, Barros DR, Sá RCN,	PsicoUSF	2008	LILACS
Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos – construindo no presente um futuro sem manicômios	Ferro FL	Psicologia: ciência e profissão	2009	LILACS

A tese de doutorado apresentada em Ribeirão Preto no Estado de São Paulo buscou investigar as práticas em saúde mental no Hospital São Vicente de Paulo, os resultados obtidos indicaram que o espaço institucional não tem se caracterizado como um lugar de criação de trocas intersubjetivas, de potencialização da capacidade de autogestão para melhor qualidade das relações sociais (Lima 2002).

Silva e Barros (2005) realizaram um estudo de abordagem qualitativa sobre o trabalho de enfermagem em um hospital-dia em João Pessoa na Paraíba e observaram que as atividades desempenhadas pelos enfermeiros foram relativas à admissão e ao acolhimento dos usuários no serviço; a cuidados básicos; reuniões, grupos, orientação de familiares sobre o estado de saúde do usuário e a respeito da importância da organização e participação dos parentes nos movimentos sociais e no serviço, e também em atividades administrativas e burocráticas. A análise do discurso dos profissionais da enfermagem indicou a presença de qualidades de caráter formal e político que o trabalho de enfermagem assume, mostrando a existência de crítica ao modo dominante de assistência à pessoa com doença mental.

Revelaram, ainda, o conhecimento sobre a necessidade de superação do modelo de assistência psiquiátrica tradicional; a importância da participação e que o trabalho de enfermagem deve articular-se com outras práticas sociais para potencializar seu poder de transformação nos microespaços de sua atuação profissional.

Estudo que entrevistou 201 profissionais de Goiânia, de nove clínicas psiquiátricas e de seis serviços substitutivos sobre a Reforma Psiquiátrica mostrou que 27,4% dos trabalhadores de hospitais psiquiátricos nunca ouviram falar da reforma psiquiátrica; nos serviços substitutivos, esse número caiu para 6,4% dos entrevistados (Rabelo, 2006).

De acordo com o estudo, os eixos jurídico-político e socioculturais que enfatizam as mudanças na sociedade como um todo, são pouco citados em ambos os serviços, sendo menor nos hospitais psiquiátricos.

Aproximadamente, um quarto dos entrevistados do hospital psiquiátrico citou não acreditar na reforma, e justificou alegando que os familiares dos pacientes não teriam estrutura para cuidar deles. E, ainda, 26,4% desses profissionais não acreditavam que a reforma estivesse sendo implantada em Goiânia.

Para a autora, o conhecimento dos trabalhadores restringiu-se às reformulações técnicas, e que não questionavam os princípios de tutela e segregação presentes na legislação e nas relações de insanidade/sociedade, nas quais a cultura de exclusão do diferente é hegemônica.

O que vai de encontro com os achados da dissertação de mestrado sobre os Hospitais Psiquiátricos do Município de São Paulo, no contexto da reestruturação do modelo de assistência, apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que mostrou processos médicos baseados no diagnóstico restrito à nosografia e limitados à terapêutica medicamentosa (Silva, 2007).

Nestas instituições a clínica é pouco inclusiva e ineficaz, não atende às necessidades dos usuários, sujeitos concretos, inseridos em um mundo de diversidades, materialidades e realidades concretas. Também não se verifica mudança significativa do ponto de vista da desinstitucionalização nos serviços hospitalares municipais de São Paulo, entendendo-a como substituição dos leitos de hospitais psiquiátricos por serviços residenciais terapêuticos (SRT) (Silva, 2007).

Um estudo, com 25 profissionais de diferentes formações que trabalhavam em hospitais da rede pública de João Pessoa - na Paraíba, mostrou que existe predomínio das visões negativas e estereotipadas dos usuários do serviço, entendendo-os como seres sem razão que precisam ser protegidos. O autor lembra que essa visão termina por sustentar o sistema asilar e de tutela desses usuários, uma vez que entende o Hospital Psiquiátrico como elemento protetor (Maciel, 2008).

Embora os profissionais entrevistados nesse estudo tenham dado ênfase à participação da família em comparação à hospitalização, para os autores isto é, apenas, decorrente da assimilação do discurso das políticas públicas atuais, pois, a prática é basicamente medicamentosa e hospitalocêntrica, o que é indicado pela baixa menção aos serviços substitutivos pelos entrevistados.

Na investigação citada, a maioria dos profissionais tem uma visão positiva do Hospital Psiquiátrico e considera que os doentes mentais são mais bem tratados nele que na comunidade. O hospital é entendido como protetor do sujeito e como ferramenta que possibilita “descanso” à família. Quase em sua totalidade (72%) é desfavorável ao fechamento dos Hospitais Psiquiátricos. Os trabalhadores não o identificam mais com o manicômio, acreditando que existe uma “nova” função, a de “tratar a crise” (grifo do autor) (Silva, 2007).

Ferro (2009) em estudo discute a possibilidade da desinstitucionalização das práticas terapêuticas pela proposição do trabalho territorial, procurando situar e diferenciar a desospitalização e a desinstitucionalização. O autor salienta a importância das parcerias entre técnicos e a administração hospitalar, para que diversas regras de funcionamento institucional sejam superadas, possibilitando que o Hospital Psiquiátrico “desinstitucionalize-se por dentro” por meio do resgate da subjetividade do indivíduo atendido e sua cidadania, ao passo que mesmo transitoriamente ainda existem Hospitais Psiquiátricos (grifo do autor).

Por fim, uma investigação que buscou relacionar o impacto da adesão a diferentes paradigmas teóricos, norteadores das práticas profissionais, com o bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores de saúde mental de seis hospitais psiquiátricos e seis serviços substitutivos da cidade de Goiânia, mostrou que aqueles que aderem ao paradigma biológico são os que apresentam índices mais altos de bem-estar. O autor relaciona esse bem estar do trabalhador que adere ao paradigma biológico a uma objetivação do sofrimento mental que retira dele a responsabilidade sobre o

usuário do serviço, considerando apenas o processo físico tratado por meio da psicofarmacologia (Rabello, 2005).

Esta investigação evidenciou também que existe a convivência dos dois paradigmas em todos os locais pesquisados, e que os níveis de bem-estar são iguais nos dois locais de trabalho, evidenciando que o paradigma biológico-organicista existe em ambos os modelos de serviços.

Por meio da revisão realizada, percebeu-se que existem poucas publicações sobre a reforma psiquiátrica, envolvendo os técnicos que trabalham nos Hospitais Psiquiátricos. Os estudos identificados mostram, que os profissionais têm uma visão positiva sobre o Hospital Psiquiátrico, entendendo-o como uma proteção à pessoa.

Só no hospital-dia, os técnicos demonstraram conhecimento sobre a necessidade de superação do modelo tradicional. Amarante (2003) ao discutir o conceito de reforma psiquiátrica diz ser frequente o entendimento da reforma, como simples reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, reduzido à reorganização dos serviços, entendendo a reforma psiquiátrica como modernização das técnicas terapêuticas ou mesmo, como humanização das características violentas e perversas da instituição asilar.

Barros (2004) cita que por vezes o que se entende por Reforma Psiquiátrica no Brasil, é consistente com o significado que a desinstitucionalização teve nos Estados Unidos da América e em países da Europa, ou seja, racionalização financeira e administrativa, redução de leitos hospitalares e política de altas hospitalares.

O presente estudo visa a conhecer a representação dos profissionais que trabalham em lares abrigados de um Hospital Psiquiátrico a respeito da reabilitação psicossocial, identificar se os profissionais utilizam estratégias de reabilitação psicossocial em suas práticas cotidianas, para entender como as equipes que trabalham nessas instituições estão se adequando aos preceitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

1.5 JUSTIFICATIVA

Embora as políticas atuais priorizem o tratamento nos serviços substitutivos, o hospital psiquiátrico permanece central na cultura psiquiátrica (Saraceno, 2001).

Desse modo, tem sido a própria contradição no atual modelo de atenção em saúde mental, sustentando dentro de si as várias contradições advindas de sua própria gênese como instituição, somadas às condições atuais em que se encontra “inexistente” na rede (grifo do autor) (Silva, 2007).

Saraceno (2001) afirma que o manicômio é uma variável independente das condições sócioeconômicas do país em que se encontra, pois em qualquer contexto tem mostrado dar continuidade ao processo de cerco à loucura e de exclusão à desrazão, constituindo um paradigma dos processos de desabilitação.

Sendo a reabilitação psicossocial um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos da pessoa em sofrimento psíquico, somente na dinâmica das trocas cria-se um efeito “habilitador” (grifo do autor) (Saraceno, 2001).

Portanto, entendendo o Hospital Psiquiátrico um local de troca zero (Rotelli, 2001), o presente estudo pretendeu analisar as possibilidades e impossibilidades das equipes de trabalhadores desenvolverem práticas fundamentadas nos conceitos e estratégias da reabilitação psicossocial em Hospitais Psiquiátricos.

Por entender que a Reforma vai muito além da desospitalização, sendo a superação do paradigma da psiquiatria tradicional e do estigma e exclusão que acompanham a loucura historicamente, é importante conhecer como os trabalhadores entendem a reabilitação psicossocial, para que esta não se torne apenas um novo jargão que sustente as antigas práticas e concepções.

O presente estudo tem como objeto as práticas compreendidas pelos trabalhadores de hospitais psiquiátricos como de reabilitação psicossocial e, fundamentada na literatura, e na prática da pesquisadora tem como pressuposto que os profissionais de saúde, que trabalham no Hospital Psiquiátrico, embasam suas práticas no paradigma clínico com caráter reducionista, recortado no âmbito exclusivamente biológico dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença mental em desconformidade com as propostas da Reforma Psiquiátrica.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as possibilidades e impossibilidades de se implantar estratégias de Reabilitação Psicossocial em Hospitais Psiquiátricos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a representação dos profissionais que trabalham em um hospital psiquiátrico a respeito da reabilitação psicossocial;
- Identificar se os profissionais utilizam estratégias de reabilitação psicossocial, como instrumento ou finalidade, em suas práticas cotidianas;
- Analisar as práticas dos profissionais que trabalham em um Hospital Psiquiátrico na perspectiva da reabilitação psicossocial.

METODOLOGIA

2 METODOLOGIA

Conforme os objetivos, a pesquisa desenvolvida pode ser considerada exploratória, que de acordo com Gil (2010) têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Seu planejamento tende a ser flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado.

A abordagem mais apropriada para a realização desta investigação é a qualitativa que, para Minayo (2008), pode ser entendida como aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, relações e estruturas sociais.

A pesquisa qualitativa visa a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores, quanto a seus valores, representações sobre temas específicos, processos históricos, sociais e de implantação de políticas públicas (Minayo, 2008).

O universo da investigação qualitativa é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretada e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (Minayo, 2008).

As representações sociais são o objeto desta pesquisa, assim, a abordagem qualitativa é a mais adequada, pois é voltada para fatos que não são mensuráveis.

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O suporte teórico para este estudo será dado pelos conceitos e noções da Reabilitação Psicossocial. A atenção psicossocial no contexto da

Reforma Psiquiátrica Brasileira vem construindo elementos teóricos e técnicos, ideológicos e éticos, constituindo-se em um novo paradigma para as práticas em saúde mental capazes de substituir o paradigma psiquiátrico, ainda dominante na formação e, conseqüentemente, nas práticas.

Nesta compreensão, o arcabouço conceitual da reabilitação psicossocial é um instrumental que pode possibilitar a construção desse novo olhar para o cuidado (Barros, 2007)

Para Saraceno (2001), várias pesquisas epidemiológicas atuais constataram, contrariamente aos postulados da psiquiatria tradicional, que a cronificação e o empobrecimento do portador de transtorno mental não são intrínsecos à doença, mas, ocasionados por um conjunto de variáveis externas ao indivíduo, em geral, ligadas ao contexto da família e da comunidade, passíveis de modificação por meio de um processo de intervenção. Essas variáveis por serem ligadas ao meio ambiente do paciente pressupõem intervenções no nível ambiental que se distanciam das intervenções tradicionais do modelo psiquiátrico de abordagem biológica.

A reabilitação psicossocial é um instrumento de promoção da cidadania do sujeito com transtorno psíquico a ser viabilizada mediante a utilização de estratégias orientadas para incrementar sua capacidade contratual e promover oportunidades de troca e recursos e de afetos, implicando a abertura de espaços de negociação contínua para o paciente, sua família, comunidade circundante e dos serviços que se ocupam do paciente e envolvendo o habitat, a troca de identidades e a produção e troca de valores (Saraceno, 2001).

Trabalhar com o conceito de reabilitação psicossocial é possibilitar a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental e a (re)construção de práticas voltadas às reais necessidades do paciente; é estabelecer relações que permitam ao usuário a apropriação, a significação e a reconstrução de suas histórias de vida (Barros, 2007).

Vários autores descreveram as necessidades da clientela sob uma perspectiva distinta da sintomatologia clínica. A sua extensão vai desde as

de natureza material, como comida, teto para morar, vestuário e remédios, àquelas outras psicossociais propriamente ditas, como o desenvolvimento de capacidades para lidar com o cotidiano, o conhecimento dos meios para liberar-se de relações patologicamente dependentes, o desenvolvimento da autoestima, da autonomia, ou ainda necessidades de natureza jurídico-política, como direitos civis e liberdade (Saraceno, 2001).

A estratégia metodológica fundamentou-se na dialética. A dialética refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação (Minayo, 2008).

A dialética é a metodologia mais apropriada para a realidade social, é considerada como postura metodológica específica para esta realidade (Demo, 2009), pois demonstra sensibilidade pela face social dos problemas, sem, contudo deixar de ser lógica (Demo, 2008).

Considerada a metodologia mais apropriada para o estudo do social, a dialética presta-se a compreender contradições e alicerçar o desejo de mudança histórica (Demo, 2008). Considerando o contexto do presente estudo, que é justamente de transição do modelo da psiquiatria tradicional para o da atenção psicossocial, a dialética é a que mais se aproxima da realidade desta investigação.

Para Demo (2008), o pressuposto mais fundamental da dialética parece ser o de que toda formação social, realidade que se forma processualmente na história, é suficientemente contraditória para ser historicamente superável. O autor ressalta que nem todas as dialéticas compartilham este pressuposto, mas que este serve como ponto de partida e até mesmo como 'divisor de águas'.

A historicidade é o lócus próprio da dialética, ou seja, só são tratados pela dialética os fenômenos tipicamente históricos, fica excluída a natureza como tal, uma vez que esta não apresenta consciência histórica (Demo, 2009).

Plekanov apud Demo (2009) afirma que a história move-se por leis objetivas, mas ao lado deste objetivo natural caminha o lado subjetivo, político e de conquista humana cultural.

A dialética busca a apreensão e compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade, da realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos. A lógica dialética utiliza para a compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição, como algo permanente e que explica o inacabado, o imperfeito e a transformação (Minayo, 2008).

O princípio da contradição surge, visto que, para a dialética, o conflito é predominante, e não as harmonias e consensos. Sendo essa contradição uma característica endógena e não imposta ou superveniente de fora, ou seja, exógena. Ressaltando que, para a dialética, a contradição mora dentro da realidade, e não é vista como um defeito é uma marca registrada. Dando origem a um constante vir a ser, um processo interminável que faz a história (Demo, 2008).

O dinamismo histórico da realidade é expresso, em grande parte, por esta forma de visão que admite ser ela um todo complexo, sempre com duas faces, como se fosse uma moeda. Não há moeda com uma face só, porém apesar das duas faces, formam um todo.

A polarização traz a ideia de dinâmica e contradição (Demo, 2008). É importante ressaltar que a contradição não se entende em sentido tradicional lógico de exclusão do termo oposto, pura e simplesmente. Assim, a dialética afirma a convivência dos contrários, ou seja, de elementos que têm em sua exclusão apenas uma face do fenômeno, complementada necessariamente também pela face da polarização (Demo, 2008).

“A dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais é sua propriedade inerente, e que esta qualidade e quantidade são inseparáveis e interdependentes. Considera os significados como parte integrante da totalidade, devendo ser compreendidas no nível das representações sociais e também das determinações essenciais” (Minayo, 2008).

2.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS

Categorias são conceitos classificatórios, são termos carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada. Dentro do pensamento dialético, as categorias não são entidades, são construções históricas que atravessam o desenvolvimento do conhecimento e da prática social (Minayo, 2008).

Minayo (2008) explica que categorias analíticas são as que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento de um objeto em seus aspectos gerais. As categorias utilizadas neste estudo foram representações sociais e processo de trabalho em saúde, na perspectiva de seus principais elementos constitutivos.

Representações sociais

A categoria representações sociais é central para a prática da pesquisa qualitativa tanto para a realização de entrevistas como para a observação em campo. As representações manifestam-se nas falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e rotinizam-se, portanto, podem e devem ser analisadas (Minayo, 2006).

Representações sociais é uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. As percepções são consideradas, consensualmente, por todas as correntes de pensamento, como parte da construção da realidade (Minayo, 2006).

As representações sociais como categoria analítica dizem respeito ao conjunto de conceitos, afirmações e explicações utilizadas pelas pessoas para compreensão e construção da realidade (Minayo, 2006).

Diante do contexto de transição, é consenso a importância do papel dos trabalhadores na produção e reprodução de novas práticas, novas estratégias de ação e novos discursos (Barros, 2004). As representações sociais são importantes para este estudo, uma vez que podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e política de transformação, pois retratam e refratam a realidade (Minayo, 2008).

Processo de trabalho em saúde

A Reforma Psiquiátrica compreende uma proposta de mudança no arcabouço teórico-prático, organizacional e técnico-administrativo do modelo de assistência psiquiátrica tradicional. Isso pressupõe alterações nas intenções e gestos que se materializam nos processos de trabalho em saúde mental (Barros et al, 2004).

A transformação da assistência psiquiátrica, com base no trabalho, pressupõe articular as dimensões teórico-filosóficas, técnicas, sociais, políticas, econômicas e históricas com as questões da loucura, pois, a Reforma Psiquiátrica é um projeto político e social, desencadeado por críticas sobre a realidade, na qual, os processos, saúde-doença e ensino-aprendizagem, são partes que determinam a superação ou a manutenção do modelo hegemônico (Barros et al, 2004).

Na perspectiva da superação do modelo hegemônico, o processo de trabalho necessita de um referencial teórico, cujas concepções do processo saúde-doença mental articulem-se às várias dimensões da existência da pessoa com doença mental, para o enfrentamento das contradições produzidas nas sociedades capitalistas que, historicamente, determinaram a exclusão social desse grupo (Barros, 2004).

2.3 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado nos lares abrigados de um Hospital Psiquiátrico no município de São Paulo, por fazer parte de um núcleo de reinserção social que dá ênfase à reabilitação psicossocial dos pacientes, e por ser o que mais se aproxima da proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno (2001).

O hospital localiza-se em Pirituba, na zona oeste da cidade de São Paulo, foi fundado, em 1929, como uma entidade particular voltada ao atendimento exclusivo de mulheres da elite, com vistas a oferecer tratamento diferenciado do que era ofertado na época, inspirado na terapia comunitária francesa, o hospital passou a ser público em 1944.

Foram construídas casas para que as internas pudessem ficar com suas famílias. Havia uma fazenda onde eram estimuladas ao cuidado de animais, inspirado no tratamento moral.

Na década de 1960/70, o hospital faliu e o Estado comprou a fazenda que foi entregue para a Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA).

Em diferentes momentos, recebeu moradores de outros Hospitais Psiquiátricos desativados ao longo das regulamentações e vistorias propostas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, como fruto da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Suyama, 2005).

Em 2008, teve sua denominação alterada de Hospital Psiquiátrico, para Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental. O organograma do hospital mudou e os profissionais trabalham de forma mais horizontalizada, seguindo as determinações do PNASH.

De acordo com o decreto que alterou a denominação do hospital, o centro de atenção integrada em saúde mental tem por finalidades:

I - oferecer atenção médica e multiprofissional em saúde mental a pacientes graves e em situação de crise, provenientes da Capital ou de outros municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo, que, por serem portadores de transtornos severos ou moderados, agudos ou crônicos, necessitem de internação em enfermaria de curta permanência ou de assistência em hospital-dia ou em Centro de Atenção Psicossocial - CAPS;

II - prestar assistência em saúde mental em:

a) regime de internação breve e de atenção psicossocial;

b) programas de reinserção social de pacientes crônicos;

III - oferecer aos usuários serviços de clínica médica, pediatria, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, bem como de oficinas terapêuticas e de produção;

IV - integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS como parte do sistema de referência e contra-referência;

V - ser instrumento de referência terciária para a área de sua abrangência;

VI - promover a qualidade da assistência médica, aperfeiçoando e desenvolvendo recursos humanos;

VII - participar do processo de transformação da assistência psiquiátrica na seguinte conformidade:

a) implementando o modelo assistencial humanizado;

b) evitando a cronificação e o hospitalismo nos casos agudos;

c) dando ênfase à reabilitação psicossocial dos pacientes moradores em lares abrigados, em residências terapêuticas ou em enfermarias;

d) rompendo com a lógica manicomial.

2.4 SUJEITOS DE PESQUISA

Participaram desta pesquisa 18 profissionais que trabalham nos lares abrigados, pois neste local o trabalho desenvolvido se aproximar mais da proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno (2001), conforme a coordenadora do núcleo de reinserção social. Foram entrevistadas duas enfermeiras, uma terapeuta ocupacional (gestora dos lares), quatro monitoras, três auxiliares de serviço, duas auxiliares de enfermagem, um psiquiatra, três psicólogas e duas assistentes sociais.

Os critérios de seleção dos sujeitos de pesquisa foram: trabalhar há, pelo menos, um ano nos lares, concordar em participar do estudo e disponibilidade para a gravação da entrevista. No período de coleta de dados, havia três profissionais afastados por motivos de saúde, um de férias e uma profissional com menos de um ano trabalhando na instituição.

Os profissionais foram convidados mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1), foi-lhes esclarecido os objetivos da pesquisa, bem como garantia de sigilo e anonimato de sua identidade.

Quanto à caracterização dos entrevistados:

- 1) Idade: 32 – 67 anos; média: 47,1 anos de idade
- 2) Gênero: Feminino 17; Masculino 1
- 3) Tempo de formação: 3 – 42 anos; média: 17,9 anos de formado
- 4) Tempo de trabalho na instituição: 1 – 29 anos; média 14 anos de instituição.

2.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados no período entre novembro de 2011 e dezembro de 2011, pela própria pesquisadora, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (anexo 1) e assinatura do “Pedido de autorização institucional” (anexo 2) pelo Dr. Eduardo Augusto Guidolin, diretor técnico do centro de atenção integrada em saúde mental.

As entrevistas foram gravadas em áudio, usando como roteiro a entrevista semiestruturada (Anexo 3). Ao término das gravações, o material foi transcrito e realizadas várias leituras, para que pudéssemos chegar aos temas e às categorias propostas pela análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado (Minayo, 2008).

A modalidade da análise temática foi escolhida para este estudo, pois possibilita, conforme Minayo (2008), que seja identificada a presença de determinados temas que denotam estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

Por meio dos discursos, foram identificados elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, como o agente do processo, diferentes objetos do processo, instrumentos e a finalidade comum, a alta hospitalar, bem como as facilidades e dificuldades do processo de trabalho. Esses temas formaram a categoria empírica: processo de trabalho em saúde.

Os discursos também revelaram o que os sujeitos entendem por reabilitação psicossocial, cujo objeto do processo é o indivíduo com habilidades e sua finalidade, vai desde independência ao exercício de direito e cidadania, para tal utilizando diversos instrumentos: afeto, vínculo, a

família, o usuário. Estes temas originaram a categoria empírica: processo de reabilitação psicossocial.

RESULTADOS

3 RESULTADOS

3.1 CATEGORIA EMPÍRICA: PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A análise dos discursos dos entrevistados revelou temas que, por aproximação, configuraram a categoria “Processo de Trabalho”. Os temas que formaram esta categoria foram: o agente do processo, instrumentos do processo, objeto do processo de trabalho, finalidade do processo e as dificuldades e facilidades do processo de trabalho.

O processo de trabalho pode ser compreendido, como o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos nosso trabalho (Horácio, 2009). O entendimento do trabalho como processo é decorrente da teoria marxista, que vê o trabalho como transformação da matéria pela mão do ser humano, em um *continuum* dinâmico no qual ambos sofrem alterações (Marx, 1998).

Pode-se definir processo de trabalho, como a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da intervenção do ser humano que, para fazê-lo, emprega instrumentos. É algo que o ser humano faz intencional e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor ao próprio ser humano (Marx, 1998).

Marx mostra os elementos constitutivos do processo de trabalho que são: o trabalho, o objeto de trabalho e o instrumental de trabalho. O primeiro elemento, constitui a atividade destinada a um fim; o segundo, está relacionado à matéria a qual o trabalho é aplicado; e o terceiro componente, refere-se aos meios de trabalho.

O trabalho humano diferencia-se do trabalho dos outros animais porque pressupõe uma intencionalidade. O resultado do processo de trabalho humano existia, desde o início, no pensamento ou em nível das

ideias e da intenção do trabalhador, o que o distingue do trabalho animal. Marx (1998) afirma que, no trabalho humano, além do esforço corporal é exigida a vontade orientada a um fim.

Para que algo se constitua como objeto de trabalho, há necessidade de que haja com base nele, a construção abstrata, idealizada, de um resultado ou de um objetivo que se quer atingir.

A mediação entre o trabalhador e o objeto de trabalho verifica-se pelos meios ou instrumentos de trabalho. Esses são meios condutores das atividades do trabalhador sobre o objeto, utilizados, conforme seu objetivo. Em um sentido estrito, os meios de trabalho constituem-se pelas ferramentas que o homem constrói e utiliza, em sentido amplo, os meios de trabalho são todas as condições objetivas existentes, para que o processo de trabalho se realize (Marx, 1998).

A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano (Horácio, 2009).

O processo de trabalho em saúde é sempre uma interação intersubjetiva, medida pela estrutura das organizações de saúde e das instituições sociais. Em todo o trabalho em saúde, há o encontro entre sujeitos com importantes diferenças em relação a seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder (Gastão Wagner, 2006).

O trabalho em saúde é um trabalho essencial à vida humana, e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. O produto é indissociável do processo que o produz, pois é a própria realização da atividade (Pires apud Ribeiro, 2004).

Em sua maioria, esse trabalho é coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e outros grupos trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias à manutenção da estrutura institucional. Envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do

trabalho, bem como as características do trabalho profissional do tipo artesanal (Pires apud Ribeiro, 2004).

Trabalho em saúde diz respeito à forma de organização legislativa e institucional, engendrada para produzir socialmente resposta à necessidade de saúde de uma parcela da população (Silva, 2003).

O processo de trabalho em saúde é guiado em sua dimensão operativa, ou seja, na intervenção do agente em si, que são seus determinantes de ordem estrutural (lei orgânica, princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas para o setor), particular (função do serviço na rede de atenção) e singular (organização do serviço, modelo de atenção) (Silva, 2003).

3.1.1 Agente

Agentes são os seres humanos que transformam a natureza, ou seja, são os que, tomando o objeto de trabalho e nele fazendo intervenções, são capazes de alterá-lo, produzindo um artefato ou um serviço. O agente necessariamente tem a intenção de transformar a natureza em algo que para ele tem um especial significado. Por isso e para isso, desenvolve suas ações, até obter a transformação desejada (Gomes et al, 1997).

Todo processo de trabalho tem um sujeito ou conjunto de sujeitos, que executa essas ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos (Horácio, 2009).

O agente do trabalho deve ser considerado na complexidade de sua existência real. Assim, nos processos de trabalho, em geral, muitas vezes a atividade é realizada por apenas um indivíduo, embora raramente isso ocorra em todo o processo de trabalho. Trata-se, então, de um sujeito

individual, exercendo uma atividade ou um conjunto dado de atividades (Horácio, 2009).

Dentro do tema “agente do processo de trabalho”, encontramos os seguintes subtemas: papéis desempenhados, equipe, gratificação do agente, sentimentos do agente e formação do agente, que serão discutidos a seguir.

A análise dos discursos indica que os papéis desempenhados pelos agentes, em muitos momentos, transcendem a especificidade técnica.

Adaptar o saber à especificidade da situação é a estratégia indispensável para aprender: a reanimação de si mesmo, a distinguir entre os gestos, as noções, os instrumentos que verdadeiramente podem servir para lutar contra o sofrimento e os componentes “parasitas” da identidade profissional (grifo do autor)(Saraceno, 2001).

E4AE- F1: Nós fazemos de tudo um pouco. Como trabalhamos em equipe, dependendo da necessidade, aquele que estiver na frente faz. Às vezes é um pouco mais complicado, e precisamos chamar alguém para ajudar. Cada um tem sua referência, mas nem sempre existem diferenças. Nós vamos juntando de cada um o que nos for útil.

E6P- F2: Aqui nós trabalhamos como equipe, então eu sou psicóloga, mas eu não me vejo como uma psicóloga que tem a sua salinha e só a psicologia. Nós trabalhamos com equipe que possui assistente social, enfermeiro, médico... E todos fazem tudo. Não é algo fechado. E isso é muito legal. Nós trabalhamos com referências.

E1Mo-F20: Eles acabam adquirindo o que você faz. Eu entrei aqui em 1987 e antes disso eu trabalhei na Clínica Feminina, então eu tenho toda a técnica, tenho um pouco de psicóloga, um pouco de assistente social, um pouco de tudo!

E1Mo-F:(...) então aqui nós somos o tudo para eles.

Em uma de suas falas, o entrevistado relata que desempenham vários papéis no cotidiano com os moradores.

E1Mo-F62: E já são 25 anos meus aqui dentro sem grandes confusões, mas para isso você tem que ser ouvinte, ser mãe, ser pai, ser doutor, ser psicólogo, ser chefe, ser tudo, porque às vezes não tem mais ninguém por perto, naquelas horas em que você fala: “Isso está acontecendo comigo agora. O que eu faço?”.

O papel desempenhado também aparece como aquele determinado pela especificidade técnica, onde cada uma “faz a sua parte”, como nas seguintes falas:

E1Mo-F17: Tem assistente social, psicóloga, que fazem a parte delas e nós os observamos.

E4AE– F4: O nosso papel como auxiliar de enfermagem é mais centrado na medicação, na higiene e nós também damos suporte para os técnicos.

E12E – F9: Ainda mais na nossa área, que é a enfermagem, que é uma coisa específica.

Os entrevistados têm uma percepção ora paternalista, de proteção, ora de controle, perante o morador:

E1Mo-F50: Muitos vêm reclamar, e eu falo para eles: “Gente, não reclamem, deem graças a Deus”. E nós temos que cuidar deles. Se nós não cuidarmos, quem é que vai fazer isso?

E1Mo-F34: Eu não tenho medo do serviço, o que eu tenho que enfrentar, eu enfrento. Se tiver que pôr eles para marchar, a gente põe. Se tiver que pôr eles numa boa para ficar um plantão legal, é comigo mesmo!

E8OAd – F1: Ficamos com os cigarros que os moradores compram, para darmos de forma controlada a eles toda semana. Então é a rotina básica mesmo.

Os fragmentos de frases revelam, ainda que o gestor do serviço entende que a reabilitação psicossocial é construída no cotidiano com a equipe:

E13 To – F: (...) uma equipe que tinha esse olhar, e aí a partir do momento que eu cheguei, cheguei pra compor com a equipe, e depois de um tempo passei a coordenar a equipe.

E11P – F4: Quando eu cheguei, a B. já estava timidamente fazendo esse serviço [de reabilitação]. Depois a M. veio para cá, o que deu mais ênfase ao trabalho e nós conseguimos mais crédito no sentido de liberação de condução para as viagens, liberação de verbas para as mesmas.

E13 To – F20: Então no meu trabalho isso [reabilitação psicossocial] foi sendo construído com essa equipe, porque essa equipe não é mais a mesma, não tem mais a mesma configuração da equipe que eu peguei.

E13 To – F25: (...) e no meu dia a dia eu praticamente estou nas ações com eles [equipe] para que isso [reabilitação psicossocial] aconteça, mostrando ali junto.

E13 To – F1: Atualmente o meu trabalho não é tanto na assistência, você colocou na sua prática assistencial, uma vez que, eu estou como gestora aqui, eu sou a coordenadora deste núcleo. Mas eu vou entendendo que também que o coordenador tem que estar junto nas ações com os técnicos e em muitos momentos acabo estando então na assistência.

Essas citações mostram que o entrevistado atribui à equipe, e não ao serviço, a possibilidade de trabalhar com a reabilitação psicossocial, evidenciando a importância do investimento nos recursos humanos da saúde mental, uma vez que um projeto de reabilitação psicossocial desmistificador traz a perspectiva de superação, de enfrentamento sem teoria acabada *a priori*, vislumbrando a construção de um futuro instituinte e não instituído (Guimarães, 1999), ou seja, de que os agentes devem se mobilizar para que “reabilitação psicossocial aconteça”.

Nos processos de trabalho, em geral, também os agentes são modificados pelo exercício de sua atividade produtiva e pelos resultados de sua produção. O fato apresenta-se ainda mais intenso e diretamente quando se baseia em relações interpessoais entre o prestador de serviço e o usuário ou cliente (Horácio, 2009).

Todo processo de trabalho tem um agente – ou conjunto de agentes – que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos (Horácio, 2009).

Deve-se considerar o agente do trabalho na complexidade de sua existência real. Nos processos de trabalho, em geral, muitas vezes a atividade é realizada por apenas um indivíduo, embora raramente isso ocorra em todo o processo de trabalho. Trata-se, então, de um sujeito individual exercendo uma atividade ou um conjunto dado de atividades. Frequentemente, no entanto, encontramos, nos processos de trabalho, atividades coletivas, conjuntas ou complementares de vários indivíduos. Nesse caso falamos, normalmente, em trabalho de grupo ou de equipe (Horácio, 2009).

Os agentes percebem seu trabalho como gratificante, o que vai de encontro aos resultados de em um estudo de caso (Guimarães, 2001) sobre as pensões protegidas no Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, o Santa Teresa, onde os autores colocam que foi unânime a satisfação dos trabalhadores envolvidos, apesar do trabalho ser considerado muito difícil, os mesmos trouxeram que é gratificante presenciar os resultados positivos.

Os discursos revelam que apesar das dificuldades, os agentes se sentem gratificados com o seu trabalho:

E14Mo – F15: É um trabalho gostoso, eu gosto do que faço.

E1Mo-F24: Hoje em dia, se eu me aposentar, eu não me arrependo do que fiz. Por tudo que eu passei, eu não me arrependo. Teve muito choro, muita briga, mas valeu a pena.

E1Mo-F7: Tem que ir concordando, mantendo para ficar sempre limpinho, e aí eles são uns amores. E é legal porque nós também ficamos felizes.

E1Mo-F12: Mas é legal, muito legal. Eu amo o que eu faço!

E1Mo-F47: A cada dia que eu venho aqui, eu tenho certeza que eu sou gratificada. Pode ser que ninguém esteja prestando atenção, que ninguém esteja olhando, mas Deus está vendo.

E6P- F12: Existem tantos casos interessantes, esse trabalho é uma delícia, na verdade.

E6P- F29: Não sei o que dizer, é uma delícia, só isso.

E7ASe – F4: Ela está muito bem e eu fico feliz em saber que a nossa ajuda foi primordial para a sua reabilitação.

E13 To – F56: Então a assistente social e a enfermeira voltaram para cá em êxtase. Elas são dignas de muitos parabéns. Não apenas as duas que foram, mas todos que se envolveram neste caso.

E1Mo-F19: É gratificante! Às vezes nós chegamos meio bravos, mas depois termina tudo bem.

E1Mo-F61: E o legal é encontrar os pacientes na rua depois e eles te reconhecerem, então eles dizem: “Oi, você ainda trabalha lá? Você se lembra que cuidou de mim?” Isso é muito gostoso, muito gratificante! Até hoje acontece isso e todos ficam contentes. Os pacientes dizem que sentem saudades.

E13 To – F62: Tenho muito orgulho, principalmente pelos pacientes. É um grande prazer!

Outras frases destacadas dos discursos revelam que, para que exista essa gratificação, é preciso gostar do trabalho no campo da Saúde Mental:

E1Mo-F25: Muitos foram embora, muitos ficaram, muitos deixaram saudade. E se um dia eu me aposentar, eu posso dizer: “Fiz tudo de bom para eles. Só não fiz mais porque não deu.” e tudo que eu fiz valeu a pena para cada um. Então é gostoso, para quem gosta é muito bom.

E1Mo-F46: Eu encontro com o pessoal e eles me perguntam como eu consigo trabalhar na psiquiatria, e dizem que não conseguiriam, que teriam medo, mas eu gosto, eu gosto muito, e nós vamos levando.

E1Mo-F65: Não sei para os outros funcionários, mas para mim é prazeroso. É algo que eu gosto de fazer e que eu sei que não me prejudica. Então pelo menos da minha parte, não tem mágoa.

O sentimento positivo vem também do agente perceber o trabalho como oportunidade de aprendizado e realização:

E1Mo-F31: E 25 anos [de trabalho na instituição] para mim fez eu aprender muito e os seres humanos precisam de algumas coisas e você fica grato por ajudar.

E1Mo-F83: Essa vivência, essa fortaleza, essa vida, esse serviço, a isso tudo eu dou graças a Deus. Eu dou graças por Ele ter dado a mim esta oportunidade.

E1Mo-F: (...) então nós aprendemos muito com eles. Nesses 25 anos, eu aprendi muito, muito com eles. E se nós soubermos como compreendê-los, vamos ver que é uma oportunidade muito boa.

E1Mo-F21: E é gostoso, porque você é útil.

E1Mo-F33: E é gostoso porque nós nos sentimos importantes e úteis para alguém. Essa é uma parte que Deus faz cuidar de quem precisa de cuidados e eu faço isso.

E1Mo-F51: Eles têm que dar graças a Deus por terem a nós para cuidarmos deles e esse é o nosso ganha-pão. É uma troca de tudo. Você troca com eles o falar, o pensar, como quando eles pensam em alguma coisa e pedem a sua opinião, ou quando eles querem comprar alguma coisinha e também pedem a sua opinião, ou ainda na hora de colocar uma roupa ou um sapato, ou quando penteiam o cabelo e perguntam se está bom.

E1Mo-F82: Eu aprendi muito aqui. Tem gente que vê a história que eu tenho, eu me lembro das pessoas, como as que foram embora. Fico triste quando lembro dos colegas que já morreram, que não chegaram nem a se aposentar. E tem outros também que se dizem felizes, contam que estão viajando, curtindo os netos, os genros, a sogra e estão satisfeitos com tudo que fizeram no trabalho.

Os discursos reiteram este sentimento positivo, pois os agentes demonstraram envolvimento afetivo com os moradores e também com a história da saúde mental, como pode ser visto nas seguintes falas:

E1Mo-F64: Muitos pacientes vão embora e você fica com saudade, porque se acostuma. Tem o caso da Júlia, por exemplo, que quando eu entrei aqui ela já estava, então nós ficamos com saudade desse pessoal que vai embora, mas fazer o quê?

E1Mo-F94: Quando eles vão embora, nós ficamos felizes por eles, mas dá uma saudade da turma!

E1Mo-F89: No fim vira tudo amizade.

E1Mo-F72: Tínhamos um paciente que foi internado aqui com 20 anos de idade e atualmente ele está na faixa dos 40. E ele fala que se lembra da época de internação e que hoje está muito bem. Ele também fala que vale muito a pena o nosso trabalho. Eu fico contente quando encontro ex-pacientes lá fora e me lembro dos casos.

E13 To – F: (...) e eu não consegui conter minhas lágrimas, porque ele foi chorando. Eu não consegui conter as lágrimas por causa disso: quantos anos de vida jogados fora.

E12E – F7: E é assim, se eu pudesse ficava falando com você o dia inteiro porque eu adoro, eu adoro [a inclusão social], eu acho assim, que a história da saúde mental é triste né, é uma coisa triste.

O envolvimento emocional tem limites terapêuticos, pois uma das entrevistadas salienta a importância de separar o cotidiano “dentro” e “fora” do hospital, para que o agente não “adoeça” e também para não trazer problemas de “fora” aos pacientes:

E1Mo-F105: Todas as pessoas que trabalham do modo que eu trabalho e têm jogo de cintura, supera tudo. Tem que separar a sua casa, a sua família, o seu cotidiano e entrar no dos pacientes. Mas se você chegar na sua casa com o cotidiano do seu trabalho, não dá certo. Vai parar no hospital! Você fica pior do que os pacientes, porque não soube separar. Então é isso, tem que separar. Aqui dentro é uma coisa, lá fora é outra!

E1Mo – F: (...) então eu devo vir bem para atendê-los bem. Eu não posso vir mal porque eu vou tratá-los mal. Eu preciso estar bem, mesmo que esteja mal.

Em uma das falas, o entrevistado considera que o agente, às vezes, precisa enfrentar difíceis obstáculos em seu processo de trabalho e, para tal, é preciso ousar e sair dos padrões da rotina:

E13 To – F42: Às vezes, para fazer reabilitação psicossocial você precisa ser meio louco, você precisa enfiar a cara e a enfermeira ligou lá em Lajinha, em uma escola porque não tinha telefone no PSF de lá.

E1Mo-F84: Às vezes é engraçado porque você fica pensando no que fazer com tal paciente e se pega falando sozinha.

O enfrentamento dessas situações se dá, com alguma formação; alguns entrevistados relataram que, em sua formação, foram contemplados os temas da Reforma Psiquiátrica e da reabilitação psicossocial, o que

mostra avanço em relação ao citado por Hirdes, em 2001, quando diz que no Brasil assim como nos Estados Unidos da América, ocorre uma centralização sobre a abordagem psicodinâmica nos currículos, em detrimento do enfoque em outras áreas, como a reabilitação.

Em outra frase temática, a entrevistada diz que nunca trabalhou antes da reforma e que se formou nesta perspectiva, o que indica que já estão sendo formados profissionais capacitados no paradigma da reabilitação psicossocial.

E3P- F12 Como eu nunca trabalhei antes da reforma, já trabalho nas casinhas, eu me formei desse jeito. Não tenho outra ideia de como fazer.

E13 To – F2: Acredito que sim [que trabalha com reabilitação psicossocial], por alguns fatores o primeiro é, na minha formação é uma formação na qual eu tive muito dos conceitos da reabilitação psicossocial, eu sou terapeuta ocupacional formada na Universidade de São Paulo, e desde a universidade eu sempre tive o campo da saúde mental como uma escolha. E o campo da saúde mental, entendendo que o hospital não é lugar de morar.

E13 To – F4: E na minha formação estudei teoricamente muito do que se vem falando no campo da reabilitação psicossocial.

Outro entrevistado conta que aprendeu a trabalhar no próprio local, pois entrou sem saber nada, ou seja, foi aprendendo na prática.

E1Mo-F: Eu entrei aqui sem saber de nada e foi aqui que eu aprendi tudo, então eu dou graças pelo emprego que tenho, aprendi com muitos e não aprendi nada com poucos.

3.1.2 Objeto do Processo de Trabalho em Saúde

A história da humanidade vem inscrevendo convenções sobre o que é doença e tratamento, em uma dialética mediada pelas condições materiais e objetivas nas quais as práticas em saúde podem ser identificadas. No campo da saúde mental, da mesma forma, podem ser identificados conceitos de adoecimento psíquico e terapêuticas operadas nos diferentes períodos de desenvolvimento político e econômico e da organização da sociedade, desde os primórdios até a idade contemporânea (Silva, 2003).

O atual estágio de desenvolvimento tecnológico e teórico na área da saúde admite duas grandes convenções para duas concepções hegemônicas do processo de adoecimento mental (campo biológico e psicossocial) e reitera que, para uma determinada concepção de adoecer, correspondem determinadas formas de tratar, forjadas historicamente, isto é, no desenvolvimento das condições concretas e materiais desse dado momento histórico (Silva, 2003).

Todo processo de trabalho se realiza-se em algum objeto, sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas. Elementos físicos e biológicos, ou mesmo, elementos simbólicos, assim como subjetividades ou complexos sociais podem ser objetos nos diversos processos de trabalho (Horácio, 2009) e variam de acordo com as concepções sobre o processo saúde doença em que o profissional baseia-se.

No processo de trabalho nos lares, a concepção do objeto varia de acordo com o entendimento que o profissional tem das pessoas internadas em instituições psiquiátricas por longos períodos.

E11P – F5: Com isso nós começamos a olhar aqui dentro de São Paulo mesmo quem eram as pessoas da capital que estavam com longo tempo de internação aqui [no próprio hospital].

E11P – F12: Esse foi um dos primeiros casos de quando em mudei em 2006, foi muito emocionante, porque o paciente ficou mais de 20 anos internado e deu certo.

E9E – F1: Nós trabalhamos com reabilitação psicossocial com moradores e usuários abrigados aqui no CAISM. Os perfis dos moradores são pessoas que já têm um tempo de internação (...)

Ao analisar as falas dos entrevistados que dizem respeito aos moradores foi possível encontrar diferentes concepções de objeto de trabalho, o que vai de acordo com os achados do trabalho de Rabello (2006) que mostram que no mesmo serviço os profissionais adotam diferentes paradigmas. Os diferentes objetos de trabalho, identificados nos discursos, serão discutidos a seguir.

Alguns entrevistados, por meio de seus discursos demonstram a concepção da pessoa com transtorno mental como agressiva, como criança e, também, como alguém próximo (um parente). Esse resultado vai de acordo com os resultados encontrados em outros trabalhos (Barros, 1994; Maciel, 2008).

A imagem do doente mental vem, frequentemente, associada a comportamentos violentos e agressivos e a estereótipos de periculosidade e de incompreensibilidade (Barros, 1994). Para Maciel (2008), há um predomínio de visões pejorativas e estereotipadas sobre o doente mental, vendo-o como um ser sem razão ou sem juízo e como uma criança que precisa ser cuidada e protegida.

Para o autor, tais representações levam a uma atitude de cuidar/proteger a criança que, supostamente, não sabe se cuidar e, portanto, precisa ser cuidada por outros; mas também levam a uma atitude de medo/aversão da falta de controle e da agressividade do doente mental; levando, agora, a sociedade/ outro a precisar de cuidado e proteção deste "ser incontrolável e agressivo".

E1-F18: São como crianças: “Agora vou te ensinar a andar!” e com muito apoio e calma até com a pessoa mais difícil você consegue.

E1Mo-F92: É importante o que nós fazemos aqui, porque é preciso ter o convívio. Os pacientes são como crianças que estão aprendendo a andar. Você tem que dar a mão.

E1Mo-F104: O dia que não tivesse uma gracinha, não era psiquiatria! Pelo menos um tem que ferver. Se todos estiverem calmos, não tem graça!

E1Mo-F103: Tinha gente lá que já morreu. São frutos de longa data. Tinha a I., que às vezes queria bater em uns, correr atrás de outros, mas isso fazia parte do cotidiano.

E1Mo-F49: Agora eu faço 12 horas. Antes eu fazia 6 horas e era mais próxima ainda dos pacientes. E sempre que eu chego aqui tem um monte de queixas para a “mãe de todos”, como se eles fossem meus filhos.

E12E – F12: Então é como se a gente estivesse criando um filho. E aqui assim, a gente tem um envolvimento emocional muito forte.

E1Mo-F26: E eles fazem a parte deles, eles são um pouco mães, um pouco irmãos, um pouco filhos...

O texto que segue reitera a visão de periculosidade associada à pessoa com transtorno mental; o entrevistado acredita que mesmo trabalhando há muito tempo na Psiquiatria, nunca sofreu uma agressão mais grave graças à proteção de Deus:

E1Mo-F69: Então eu já vi um pouco de tudo. E eu agradeço a Deus por tudo. Já tive meus arranhões e empurrões no trabalho, mas quebrar pescoço ou perna, sair toda machucada, graças a Deus nunca aconteceu. Tenho colegas que não tiveram a mesma sorte, mas graças ao Pai, e não à sorte, meu caminho tem sido muito bom. É Ele que ilumina, porque a cada dia que passa, a psiquiatria está mudando, nós que somos funcionárias psiquiátricas mais antigas, já notamos as mudanças da modernidade, os métodos já não são os mesmos, por isso é preciso muito cuidado. Se o cuidado antigamente era maior com o deficiente mental, agora é com os usuários de drogas e de álcool, por exemplo. Seja na psiquiatria, na cadeia, onde quer que seja, esse cuidado é essencial. E Deus sempre na frente, porque só Ele pode nos guardar.

As representações das pessoas com transtornos mentais, como agressivas, perigosas reforçam que estas precisam ser afastadas da sociedade e mantidas sob o cuidado de quem sabe cuidar e tem responsabilidade, "os especialistas" e a família, retirando do doente sua capacidade de se cuidar e exercer sua cidadania. Essas representações criam uma lógica que seria cuidar/ proteger/tratar/hospitalizar, o que termina por sustentar o sistema asilar e de tutela do doente mental (grifo do autor) (Maciel, 2008).

Conforme os profissionais alguns pacientes são "difíceis", "desafiadores"... e tem dificuldades para aprender.

E1Mo-F52: Tínhamos um paciente, o A., que era muito difícil e desafiador. E eu já trabalhei em clínicas com homem, e gostei muito. Também adorava trabalhar com mulheres. Primeiro, eu trabalhei com elas e depois de uns 10 anos eu comecei a trabalhar com homens. As mulheres gostam de pedir opinião, por exemplo, e os homens não.

E1Mo-F53: A. era meio difícil. Muitos diziam ter medo dele, mas eu não, porque já tinha trabalhado no masculino e no feminino.

E1Mo- F: Muitos aqui são lentos e várias vezes pedem para que façamos pra eles, até entenderem. Você dá uma mão, faz uma geral, e depois ensina.

E10ASe – F10: Alguns são complicados, mas aprendem.

E17Mo- F5: No começo alguns deixavam o fogão ligado, quando a gente entrava estava em tempo de explodir.

A visão das pessoas com transtornos mentais como passivas, "boazinhas" e que não têm culpa de nada também apareceu:

E1Mo-F27: Tem uns que são mais bonzinhos, outros que são mais calmos, outros mais reservados, mas faz parte. Isso está no cotidiano, isso faz parte deles.

E1Mo-F: Aqui dentro, os pacientes não têm culpa de nada. Eles precisam de mim (...)

Em contradição com as imagens e concepções já citadas, apareceram também concepções de que os pacientes são pessoas capazes, iguais e que apenas precisam de estímulo.

E1Mo-F73: Existem aqueles que são bem desiludidos, mas que nós sempre falamos: "Você é capaz, você consegue. Tente, faça! Você é normal, você não é louco nem doente"

E1Mo-F77: Eles são capazes! Nós nunca dizemos para eles que são loucos, retardados. Nunca os jogamos para baixo. A turma da psiquiatria guarda muito bem as coisas, é muito inteligente. Se você disser que os pacientes são capazes, que eles devem ir em frente, eles colocam isso na cabeça e vão.

E1Mo-F81: Ninguém é louco! Loucos todos nós somos um pouco.

E1Mo-F90: É só você ir trabalhando a mente e tratar todos igualmente. Não tem ninguém maior nem menor. São todos iguais!

E1Mo-F101: Nós temos que mostrar que eles têm capacidade, que eles conseguem e muitos conseguiram e hoje estão muito felizes.

E1Mo-F39: E dizer que era aleijada era muito ruim para nós. Eu sempre dizia: "Você não é aleijada, Albertina. Você é uma pessoa que precisa trabalhar o seu psicológico."

E1Mo-F38: Ela sempre queria sair da cama carregada por alguém e eu falava: "Não, você pode. Você consegue!" e isso me marcou muito porque ela queria sempre colo, ela se aleijava.

Frases destacadas trazem a importância do profissional acreditar na capacidade da pessoa com transtorno mental estar na sociedade e articular-se. E também na capacidade de participar de seu processo de reabilitação.

E13 To – F16: Então é apostar, ontem mesmo eu tava falando pra assistente social que estava comigo que assim 'ah mas tá tanto tempo, ah mas eu tenho medo, eu tenho dó, isso e aquilo' a gente também tá dizendo 'eu não acredito em você, eu não acredito na possibilidade que você tem de estar com os outros, de se articular.'

E13 To: Então se tiver essa possibilidade de autonomia vai ser essa alta para autogestão, sem medo de ser feliz, assim, 'ah mas ele tava tanto tempo preso, ele vai ser atropelado, ele vai ser isso, vai ser aquilo', esse é o risco que todos nós corremos de estar na vida. Se eu estou na vida, eu tenho meu carro, eu tava vindo pra cá eu corria o risco de alguém bater no meu carro, e corria o risco de quebrar o braço, de quebrar a perna e até morrer né. Se eu sair a pé, só porque eu vou esperar o farol ficar vermelho não vai ter um infeliz que vai subir na calçada e que vai me atropelar né. Esse é um risco que corremos de estar na vida, né. É melhor correr este risco do que passar a vida largado.

E13 To – F: E nós tínhamos que acreditar. De repente ela conseguiria algo que nós não conseguiríamos. Quem disse que nós podemos mais?

E1Mo-F70: E é isso, a psiquiatria muda sempre e os funcionários também e a nossa meta é sempre mostrar aos pacientes que eles têm condições de ir lá fora, como qualquer um de nós.

O diagnóstico desenvolve uma função de etiquetamento (de estigma) do paciente e, ao mesmo tempo, assegura a unidade e a coesão de uma profissão desunida e pobre de identidade. Para Saraceno (2001), o ensaio *“The name game: toward a sociology of diagnosis”* de P. Browm, em 1990, mostra a função ideológica do diagnóstico, como produto da cultura hegemônica dos psiquiatras e como controle social.

Saraceno (2001) também cita que, conforme Norman Sartorius (1988) as razões (as funções heurísticas) que justificam o desenvolvimento de um sistema internacional de classificação são as seguintes:

- a prioridade crescente dada aos programas de saúde mental em muitos países, particularmente aqueles em via de desenvolvimento;
- a relativa falência da pesquisa nos últimos 20 anos (sobretudo etiológica) e o crescente descolamento entre evidências da pesquisa biológica e da clínico epidemiológica;
- o permanente debate sobre a natureza da doença mental;
- o reconhecimento das influências culturais sobre o diagnóstico e sobre as classificações;

- a heterogeneidade dos modelos de assistência que favoreceu o surgimento de linguagens diversas entre serviços e, nos serviços, entre as diversas figuras profissionais;
- o desenvolvimento de programas de assistência, de longo prazo em um sistema complexo que determina a necessidade de definir os sujeitos selecionados para esses programas;
- os confrontos epidemiológicos com a psiquiatria dos países em via de desenvolvimento, que puseram em discussão as certezas diagnósticas, também em termos prognósticos; e
- os esforços de internação entre psiquiatria e medicina de rede básica.

Frutos dessa cultura, ainda hegemônica, a sintomatologia e diagnósticos psiquiátricos também apareceram, como objetos do processo de trabalho nos discursos de alguns dos entrevistados.

E2AE- F7: (...) mas como foi dependente químico por muito tempo, ele voltou fraco. Então começou a andar nas ruas.

E2AE- F4: Tem um caso que eu lembro ter marcado bastante, que foi um ex-morador que faleceu. Ele era dependente químico, ficou um tempo no Juquery e foi um paciente que nos deu muito trabalho, que foi bem difícil.

E5AS- F2: Nesse tempo eu tive alguns casos de pacientes que me chamaram mais a atenção, como é o caso do F.R, cujo quadro era esquizofrenia. Quando ele chegou aqui, era um paciente bem difícil. Uma vez ele pegou o ferro de passar roupa e passou no corpo. Nós perguntamos para ele qual foi o motivo de fazer isso e ele respondeu que não estava bom da cabeça. A resposta dele foi só isso.

E1Mo-F37: Tem uma situação específica que me marcou, que é a da Albertina, que usava cadeira de rodas e ficava falando que era aleijada. Ela foi ficando muito negativista

Nos lares abrigados, o objeto do processo de trabalho apareceu, como sendo o comportamento do morador que pode estar “meio delirado”, o que demanda uma intervenção profissional, a fim de que o morador fique “calmo”, o comportamento de auto mutilação que demanda cuidado e deve ser “tirado” pelos profissionais e o negativismo da paciente que vivia em cima da cama e muda este comportamento.

E1Mo-F35: Às vezes você chega aqui e eles estão meio delirados e você diz: “Gente, calma! O que é isso? Pelo amor de Deus, o que aconteceu? Vamos pôr os pingos nos is. Vamos ficar todos calmos!” e você tem que acalmar todo mundo, aí passa.

E1Mo-F42: Isso marcou muito porque ela sempre se mutilava. E ela foi embora e nós ficamos com aquilo: o cuidado que tínhamos com ela, da enfermagem, de todo mundo a adornando foi o motivo para ela ficar se mutilando. Mas nós tiramos a mutilação dela rapidinho!

E1Mo-F10: (...) porque ela só vivia em cima da cama e hoje não mais.

3.1.3 Finalidade do Processo de Trabalho: Alta e desospitalização

A finalidade do processo de trabalho é a atividade adequada a um fim, um elemento que está presente, desde o início do processo (Marx, 1996).

A análise dos discursos dos profissionais desvelou que o processo de trabalho nos lares abrigados tem como finalidade a alta, a desospitalização, uma vez que no hospital não é possível reinserir o paciente na sociedade, como pode ser observado nas frases temáticas a seguir:

E13 To – F7: Então quando eu cheguei aqui neste núcleo foi um trabalho que já tinha se iniciado, enfim, hoje muito mais redondo, hoje mais alavancado. Mas era um trabalho já iniciado entendendo que não era lugar de morar, então já tinha tido algumas iniciativas de alta, de busca no território.

E3P- F10: Nós vemos que aqui dentro não é lugar para isso [re-estabelecer laços sociais]. Ainda que nós façamos algum trabalho, não é o melhor dos mundos para eles.

E13 To – F35: Teve um paciente que a hora que ele foi embora, primeiro eu recebi parabéns porque ele era minha primeira alta (...)

E3P- F31: (...) e assim nós levamos, um dia após o outro até que essa alta aconteça.

E13 To – F30: Então eu acho que são coisas básicas, a certidão, o R.G, regularizar o CPF. Como o nosso norte é a alta (...)

E15Me – F3: Quando não existem familiares, trabalha-se com a comunidade no sentido de reintegrar o paciente nas residências terapêuticas e com o contato com as equipes dessas residências terapêuticas em aceitação dos pacientes.

A questão da alta e da desospitalização aparecem mesmo diante da precariedade da rede; o profissional entende que é melhor para a pessoa estar fora do hospital mesmo diante da situação da rede de Saúde Mental em São Paulo a estar internada em um hospital. O que mostra superação em relação à concepção de que o hospital psiquiátrico tem efeito “protetor para o indivíduo” e que este deve ser internado, pois a família não é capacitada para cuidar (grifo do autor) (Rabello, 2006).

E3P- F13: E eu acho que de fato esse é o melhor jeito [desospitalizar], ainda que tenhamos uma série de dificuldades. Nós sabemos que em São Paulo a nossa rede ainda é precária (...)

As frases que seguem mostram que os profissionais entendem que a reabilitação psicossocial só pode ser realizada a partir da alta do morador, reforçando a ideia de que o Hospital Psiquiátrico não é local para morar ou para reabilitar:

E2AE- F1: [Como trabalha com a reabilitação psicossocial] A partir do processo de alta (...)

E13 To – F11: Não é para um hospital fechado, não é pra passar 30,40 anos da vida como muitas pessoas que a gente encontrou aqui. Recebemos do Juquery com 30,40 anos de vida dentro do hospital, então acho que esse já é um primeiro ponto, com um norte na reabilitação psicossocial, hospital não é lugar de morar. E aí tendo isso como nosso princípio básico o nosso objetivo último é a alta hospitalar.

A finalidade do processo de trabalho é a desospitalização, os profissionais entendem que devem preparar a pessoa para a autogestão e para a vida fora do hospital e, nos casos, em que não existem condições para tal, opta-se pelas residências terapêuticas.

E9E – F6: Nós temos alguns casos de pessoas que já tiveram alta e vão para a autogestão e têm que saber todos os detalhes de como será a vida lá fora.

E3P- F2: Todas as atividades são com o objetivo de preparar o indivíduo para voltar para a sociedade voltar para o lado de fora do hospital mesmo, sair daqui

E14Mo – F10: A equipe em geral trabalha ajudando a gente (monitoras) e às vezes a gente leva pra eles quem está com mais andamento com quadro de alta, está se achegando melhor tanto nas tarefas diárias dele, vai nas atividades ... então, aquele já começa a ser avaliado para a alta, para sair do lado de fora e ter o convívio com a sociedade e voltar para os seus familiares.

E1Mo-F1: Isso, eu trabalho na reabilitação, nas casas aqui dentro, e os pacientes são orientados a tudo para que cheguem lá fora bendizer prontos.

E13 To – F: (...) por uma questão da autonomia, por uma questão de já estar muito difícil, já estar muito institucionalizado a gente pensa as SRTs [Serviços residenciais terapêuticos]

E13 To – F17: E a gente tem surpresas maravilhosas assim, a gente tem surpresas lindas assim, aliás a gente só teve surpresas muito boas com todos da autogestão.

E13 To – F39: É uma auto-gestão que está dando muito certo, graças a Deus.

Na visão deste profissional, nem mesmo diante da crise existe necessidade do Hospital Psiquiátrico e que a rede deve prover leitos nos hospitais gerais ou nos serviços substitutivos.

E11P – F2: Eu trabalhei aqui, saí e voltei em 2006. Quando eu voltei para o Pinel, pedi para ir direto para a reabilitação, porque os pacientes são pessoas que, na minha opinião, precisam de leitos fora do hospital psiquiátrico. Eles devem ir para o hospital geral ou para o CAPS.

Evitar a reinternação também aparece como finalidade do processo de trabalho:

E3P– F26: Para mim é um grande desafio fazer com que a alta dela dê certo e eu tenho certeza que dará. Terão vários complicadores, mas que serão trabalhados ao longo do tempo.

E6P- F33: Principalmente no começo, deve-se ficar em cima, para que não seja preciso internar o paciente. Essa é a nossa função: fazer com que essas pessoas não sejam internadas novamente, fazer com que elas sejam tratadas nos hospitais ou nos CAPS, mas nós temos visto isso muito mal. E as residências terapêuticas também.

Conforme os profissionais, acompanhar o pós alta é também uma das finalidades de seu processo de trabalho.

E2AE- F3: (...) e fazendo visitas num período de dois anos, no qual nós fazemos acompanhamento pós-alta. Nesse período pode haver algum problema e os familiares vêm nos procurar, nós vamos até a sua casa ou onde os moradores estão morando, seja pensão ou casa alugada onde mora sozinho.

E13 To – F54: Articularam o serviço de saúde que iria acompanhá-la e explicaram a importância de não deixar a “peteca cair” na medicação porque ela já sofreu muito pelas loucuras feitas, chamaram a atenção para o fato de ela já ser bem idosa e que faz com que ela precise de cuidados em relação à idade.

E13 To – F27: (...) tem a nossa responsabilidade de fazer um seguimento dessa alta que a gente deu (...)

E13 To – F37: Como ele [paciente que recebeu alta há 3 anos] vem medicado, nós articulamos para ele almoçar aqui.

E13 To – F26: Então eu acredito que sim [trabalho com reabilitação psicossocial], considerando que a reabilitação psicossocial é uma soma, acho que tem as nossas ações no território, tem essa responsabilidade de articular a rede (...)

3.1.4 Instrumentos

O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo, e o objeto de trabalho e serve-lhe para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem, como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira.

Para alterar a natureza, o ser humano emprega instrumentos que nem sempre são tangíveis, isto é, nem sempre se pode experimentá-los pelos órgãos dos sentidos. Instrumentos não são, portanto, apenas os artefatos físicos de que se utiliza, mas também os conhecimentos, habilidades e atitudes combinados de maneira peculiar, voltados a uma necessidade específica que aquele sujeito e situação singular apresentam, que determina, como será feito esse trabalho (Gomes, 1997).

Os instrumentos de trabalho correspondem ao modo pela qual a energia vai aderir-se ao processo de trabalho, devendo ser capaz de sintetizar as qualidades antevistas da matéria e o projeto do produto em ação transformadora, permitindo a objetivação do projeto, do efeito desejado, em um produto. Devem também ser adequados à sua finalidade e articulados aos demais elementos do processo de trabalho (Mendes Gonçalves, 1992).

Considerando que a finalidade é a alta, a primeira tentativa, para que esta se dê, é a localização de familiares do morador e o trabalho com eles que, neste caso passam a ser instrumentos do processo de trabalho dos trabalhadores do hospital, que possibilitarão a alta do paciente.

Há muito tempo, a família foi considerada como a causadora do transtorno mental e incapaz de cuidar de seu familiar doente. Acreditava-se que a família deveria permanecer distante da pessoa com transtorno mental, que era entendido como indisciplinado e responsável pela desordem social, assim seu convívio em família poderia prejudicar os membros mais vulneráveis como crianças, idosos e mulheres. Em decorrência da reforma psiquiátrica, ocorreram intensas mudanças na área da saúde mental, a família passou a ser entendida como ativa no tratamento, sendo também carente de cuidados, pois a convivência e o cuidado exigidos pelo portador de transtorno mental causam-lhe sobrecarga física e emocional (Janievisk, 2011).

Nos discursos dos profissionais, percebemos que a família apareceu como instrumento de trabalho, considerando que a finalidade do processo de trabalho é a alta. Os profissionais têm uma visão positiva da família e consideram, ser um direito da pessoa com transtorno mental ser cuidada por “um dos seus”.

E13 To – F12: Temos três possibilidades de alta para as pessoas que estão a tantos anos institucionalizados, a família é a nossa primeira instituição, seja quem for, ninguém nasceu do nada, então se ainda tiver família, se a gente conseguir localizar a família a nossa tentativa é o resgate dessa família.

E13 To – F14: É investir e estar junto com a família, e é primeira instituição a ser investida sempre, né. Até pela questão de ele poder ser cuidado por uma pessoa, por um dos seus né?

E13 To – F43: Por fim, nós achamos um dos sobrinhos da Dona M.. Depois disso, localizamos um irmão e uma sobrinha e contamos para eles que ela morava em uma comunidade no Rio de Janeiro, onde tinha uma casinha. Só não sabíamos o motivo que a levou a sair de lá.

E13 To – F: Ficamos sabendo que ela tinha uma irmã chamada G. e que ela tinha marido. Foi uma série de coisas para ir montando esse quebra-cabeças que era a sua vida. Paralelo a isso, acertamos a documentação dela e descobrimos que ela tinha familiares em Teófilo Otoni, em um distrito chamado Lajinha

Para o profissional, é parte do trabalho o apoio à família, pois estas se acostumaram com a ausência da pessoa, encarando a internação como uma fatalidade, e devem ser esclarecidas de que, na prática, a dificuldade “não é tão grande assim”.

E3P- F16: O sistema fez com que as famílias se acostumassem e é o nosso trabalho todos os dias fazer com que as famílias pensem diferente, promover um melhor entendimento nessa questão (...) para que a S. possa ser vista pela família como ela é dentro do que ela tem a oferecer.

E3P- F28: A família imagina uma dificuldade que na prática não é tão grande assim. É uma dificuldade, mas não é algo que não possa ser contornado.

E15Me – F2: Todo dia nos atendimentos nós trabalhamos em contato com famílias, preparando-as para receberem os pacientes no convívio familiar.

Um profissional relata que visitou o território do morador que estava recebendo alta do hospital e esclareceu para o familiar de que seu filho não ficaria desassistido, mostrando para o familiar que, apesar das dificuldades, a proposta de cuidar no território é viável.

E11P – F10: Nós visitamos o território, o pai do paciente viu que o remédio estava disponível não só no hospital, mas também na rede pública, viu que havia outros profissionais na rede pública que dariam tratamento ao problema do F., que por sua vez estava cada vez mais empolgado em ir embora.

Como já discutido, os moradores chegam aos lares, muitas vezes, sem documentos, sem nenhuma referência mais objetiva, nenhum dado sobre sua história. Então, um dos instrumentos do processo de trabalho que aparece nos discursos dos profissionais é “escutar”, para que assim o profissional possa conhecer a história do morador, suas necessidades e possibilidades.

E13 To – F46: Então a Dona M. é isso: escutar. Ela perguntava: “Você sabe a Rua Vinícius de Moraes?” e eu dizia: “Como é a Rua Vinícius de Moraes?” Ela dizia: “É aquela onde passam as lotações e etc.”

E13 To – F15: No caso de não encontrar a família porque o nosso primeiro trabalho é investigativo, é tentar achar, é sentar com o cara e tentar ouvir, ouvir, ouvir, com o que ele vai nos dando a gente tenta encontrar. A gente já encontrou muitas famílias perdidas há 20 anos, há 30 anos, há 40 anos.

E13 To – F: Eu gosto muito da diferença entre escutar e ouvir e da disponibilidade interna para ouvir. E com a Dona M. era isso: sentar nos banquinhos da praça com ela e ouvi-la. Ela fazia uma grande confusão, dizia que queria voltar para Teófilo Otoni. Foram tempos sentada, ouvindo suas histórias.

E1Mo-F44: No começo, ela ficava o tempo todo falando “Cala a boca, Lurdes, cala a boca, Lurdes” e você não conseguia arrancar nada dela, mas de repente nós começamos a sentar com ela e conversar. De repente ela começou a falar.

Outro instrumento utilizado pelos profissionais é o trabalho com o cotidiano desses moradores, uma vez que estes perdem habilidades em razão das internações prolongadas, sendo a finalidade do processo de trabalho a alta, entendendo que, preferencialmente, este vá para uma casa, sendo fundamental que possa cuidar do ambiente e de si mesmo. Os discursos revelam que os profissionais ensinam os moradores a cuidar de uma casa.

E7ASe – F2: Eu ensinei-a a cozinhar e lavar sua roupa.

E1Mo-F14: E a gente volta lá para ver se eles fizeram direitinho [os afazeres da casa].

E10ASe – F12: Você tem que falar a mesma coisa todos os dias, até o dia em que você chega e o paciente está fazendo, e você diz: “Nossa, que legal. Ele não fazia e agora está fazendo.”

E15Mo – F3: Que nem a Cidinha tinha medo de mexer com gás, com panela, mas quando falavam ‘enquanto você não aprender a cozinhar vocês não vai embora’.

E9E – F2: No dia-a-dia acaba extrapolando só na enfermagem, porque nós temos que trabalhar muito o cotidiano dessas pessoas.

E12E – F: Então assim, então você deixa aquele cuidar [fazer pelo morador] para você fazer junto com ele.

Para os profissionais também é importante que o paciente consiga gerir suas tomadas de medicação, para que fiquem mais independentes, como aparece na fala do entrevistado.

E9E – F5: Ainda tem a questão de tentar fazer com que eles aprendam como a medicação deles deve ser tomada para que eles tenham o máximo de autonomia, para que não precisem ficar dependendo sempre de alguém para dar a medicação.

E3P- F5: (...) mas trabalhando as possibilidades e as impossibilidades também [da reinserção social], e principalmente melhorando essas impossibilidades, porque a instituição faz com que você regreda nesse sentido. A pessoa perde uma série de funções. Por exemplo, eu estava na casa agora, e começou a reunião: “Ah, eu não sei lavar, eu não sei cozinhar. Eu não posso comer no refeitório, eu venho para cá mas eu não como aqui, eu vou comer lá no refeitório...” Então a pessoa vai ficando acostumada a essa assistência e abre um abismo, aonde tudo alguém faz por eles.

E1Mo-F3: (...) e quando chegam em nossas mãos, nós vamos os orientando, mostrando quais são os afazeres de uma casa, o que é uma moradia, o que é uma lavanderia, um fogão, uma geladeira, coisas assim que eles nunca tiveram contato.

E1Mo-F13: Cozinhar, existem uns que saem cozinhando, que já adotaram isso também: tirar da geladeira os afazeres para fazer um almoço, uma janta, uma mistura.

E1Mo-F28: Então quando eles estão nas casas, nós procuramos passar o máximo que eles conseguem pegar.

E1Mo-F41: Eu falava que ia ali e já voltava e quando eu voltava, ela estava fazendo tudo, então a gente brincava: “Ah, está vendo como você consegue?”

E1Mo-F56: Eu falava para os pacientes: “Gente, vocês não podem ficar na casa suja. Vocês têm que aprender a lavar, passar, cozinhar, lavar o rosto, escovar os dentes quando acordar”. Têm uns que apanham da torneira, por exemplo. Assim vai indo. Aqueles que não gostam de lavar um prato já passam a gostar, por exemplo

E1Mo-F93 E você tem que puxá-los para que eles façam [atividades da vida diária], para que eles animem.

E6P- F6: Nós trabalhamos em lares também: os pacientes ficam em casas, com “parentes”, e ali aprenderão a cozinhar, limpar a casa, lavar roupa, cuidar das suas coisas, do armário...

E1Mo-F9: (...) e resolvi levá-la [moradora] para a lavanderia. Ela urinava muito na cama e repetia sempre: “Cala a boca, Lurdes, cala a boca, Lurdes!”. Então eu disse: “É ela mesma que eu vou levar comigo”. Eu a adotei e fomos para a lavanderia. Foi ótimo! Nós já estamos aqui, acabamos de lavar a sua própria roupinha e isso foi legal, foi gratificante (...)

E1Mo-F95: Mas é legal, porque nós sabemos que lá fora eles vão continuar o que aprenderam aqui.

E10ASe – F2: Quando eles vêm para as casas, você tem que começar a orientar: arrumar a cama, lavar a louça, fazer comida... É complicado, mas eles aprendem.

E14Mo- F25: Ela aprendeu, já faz um arroz, com a explicação da gente.

E10ASe – F9: (...) mas começou a aprender e descascava todo o alho, cortava os legumes, então eles aprendem.

E1Mo-F54: E ele era um moço lindo. Quando penteava o cabelo e fazia a barba, ficava mais bonito ainda. Quando ele veio para cá, ele começou a se cuidar.

E5AS– F4: Com muito trabalho, nós fomos desenvolvendo isso nele [noções de higiene] e quando ele teve alta, não jogava nem palito de fósforo no chão. Ele foi embora muito bem e convive com uma irmã. Teve alta e graças a Deus está muito bem. Nós temos notícias dele até hoje.

E3P- F7: Quando o paciente vem para os lares, como foi agora, o meu objetivo é fazer com que ele retome suas atividades e ganhe mais autonomia com isso na sua vida diária

E12E – F1: Mas a gente trabalha assim no contexto de estar preparando esse indivíduo, esse morador numa vida diária, tanto aqui dentro, primeiramente aqui dentro da instituição e depois lá fora.

3.1.5 Dificuldade e Facilidades do Processo de Trabalho

Dificuldades externas

A família que apareceu como instrumento também aparece entre as dificuldades reveladas pelos trabalhadores, pois em razão do longo período de internação, a equipe tem dificuldade em reencontrá-las, quando os encontram, existe a dificuldade por causa dos vínculos que foram rompidos.

E3P- F30: Em alguns momentos eu me assusto porque eu vejo que a família volta quando eu tento ir mais rápido

E12E – F15: (...) mas a gente tem dificuldade. A gente tem muita dificuldade assim, no sentido social, primeiramente social, a família, as famílias assim, ainda tem muita dificuldade de estar compreendendo o nosso trabalho, e a importância deles com o morador, com o paciente. Eles muitas vezes esquecem que eles são família, que eles são a base, que eles são uma peça importante. Então nós temos muita dificuldade com a família.

E3P- F: No momento do nascimento a mãe dela estava internada no Juquery. Então ela nunca viveu fora de uma instituição. Ela ficou uma parte no Juquery e depois em outra instituição no interior do estado e voltou quando ela fez 18 anos. Quando ela vai para a família de licença, nós vemos que ela fica muito ansiosa, não consegue dormir, ela tem um funcionamento diferente na família. O grande complicador é que a mãe e o pai já são falecidos e ela não tem nenhum laço direto que esteja vivo.

E14Mo- F20:Então eu falei, “cadê a sua família?” e ela “não sei”. Então, as vezes você cai em um esquecimento, como a pessoa perde o vínculo com o seu semelhante rápido.

Em seus discursos os profissionais mostram ser compreensivos com a situação das famílias, não as culpando, e sim mantendo uma postura solidária diante da situação delicada.

E11P – F: Logo no primeiro caso que eu peguei, o do F., no outro dia o seu pai ligou para reclamar, dizendo: “Ele estava aí, eu estava tranquilo, era um problema meu resolvido. E agora uma psicóloga me ligou para falar que quer trabalhar conosco novamente, com possibilidade de ter alta.” O seu J. disse que ninguém nunca havia explicado para ele a doença do filho.

E3P- F14: (...) que os familiares dos pacientes já se habituaram a vê-lo no ambiente do hospital, então voltar a ter essa pessoa dentro do convívio familiar é difícil.

E3P- F17: É complicado no dia-a-dia. Nós percebemos que as pessoas têm muito receio [de aceitar o familiar de volta], mas é um “trabalho de formiga”, você põe um tijolo por dia para construir essa parede. Eu não consigo pensar de outra forma e nem sei como seria trabalhar de outro jeito.

E3P- F21: Eu vejo que a família tem prontidão e ao mesmo tempo suas limitações.

E13 To – F: Ela morou um tempo em Teófilo Otoni com os familiares, que por serem de cidade pequena, que não tem tantos recursos, diziam que ela fez da vida deles um inferno e que quando ela estava em crise, era muito produtiva: tentava por fogo nas coisas, pintava e bordava e eles não a queriam mais.

Uma das dificuldades apontadas em relação às famílias diz respeito também à questão material para receber o familiar de volta, uma vez que ao ser internada por longo período a pessoa perde o “lugar” na própria casa.

E3P- F24: Apesar de eu perceber que existe um laço afetivo, que a família gosta dela, também existem dificuldades. Ela não tem onde morar, ela não tem cama para dormir.

E11P – F6: Então eu fui até a casa do seu J., com a sua permissão, e levamos o F. Como de costume, ele tinha perdido a sua cama e até o seu quarto. O Fábio tinha uma irmã, de idade muito próxima da dele. Quando ela casou, resolveu construir em cima da casa do pai e com isso o quarto do F. tinha se tornado uma saleta que dava acesso ao andar superior.

Em algumas situações, a equipe não consegue localizar a família, o que também é percebido, como uma dificuldade para o processo de trabalho.

E13 To – F13: Filhos que achavam que a mãe tava morta, famílias que achavam que tavam mortos, e dessas tantas famílias a gente já conseguiu alta pra uma série né, de familiares, mas às vezes a gente não acha né... às vezes a gente não consegue localizá-los, os filhos, a família que eles tanto falam.

Outra dificuldade percebida pelos entrevistados foi em relação à rede de Saúde Mental, nos aspectos quantitativo e qualitativo desses serviços, ou seja, além da escassez destes, alguns são criticados no sentido de reproduzirem a lógica manicomial.

Em estudo desenvolvido nos lares abrigados, o mesmo problema foi observado há sete anos, quando os profissionais relataram que existe dificuldade para encaminhar os moradores para os serviços de saúde do território, que não são suficientes para a demanda dos egressos de longa internação, e alguns municípios, que não são cadastrados nos programas voltados a reabilitação (Suiyama, 2005).

Os discursos explicitam a situação da demanda e disponibilidade de vagas nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

E13 To – F19: (...) que são os serviços residenciais terapêuticos, que no serviço de São Paulo agora têm um número de 20 casas com as OSS fazendo a gestão, é muito difícil esse caminho porque vira uma grande briga, demanda é o que não falta e cada um vai tentando brigar pelos seus e aí quando a gente tenta a reinserção numa SRT leva essas discussões é pensando que o primeiro critério para ir para uma SRT é ser egresso de uma longa internação psiquiátrica e todas as pessoas aqui a princípio teriam direito.

E13 To – F31: Inclusive brigando com alguns municípios, em São Caetano o que é ridículo, é o município com o maior IDH do país e não tem cadastrado no ministério o de volta para casa.¹

E3P- F19: Eu estou com pacientes que já estão com prontidão de alta [mas não há recurso no território para realizar a alta] e uma delas é a Sebastiana. Eu a vejo como uma paciente que nasceu dentro de uma instituição psiquiátrica.

O questionamento do trabalho que tem sido oferecido pelos CAPS e pelos SRTs, ficou claro; visto que o entrevistado criticou os SRTs, pelo fato de um dos moradores ter tido alta dos lares e ser transferido para este serviço, e nele ficou sem possibilidade de sair todos os dias e entrou em crise, indicando que mesmo o serviço sendo substitutivo as práticas ainda são manicomiais. O profissional cita que o paciente era jovem, gostava de

¹ No ano de 2003, o Programa De Volta Para Casa é lançado pela lei nº 10.708, de 31 de julho e portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro, que propõe a reintegração social de pessoas com transtornos mentais, egressas de longas internações psiquiátricas, por meio de pagamento de auxílio reabilitação psicossocial.

sair e de vídeo-games e essas necessidades parecem não ter sido consideradas pelo SRT, o que levou o morador ao isolamento.

Para o entrevistado, sem que haja uma rede que dê continuidade, “fica difícil fazer reabilitação”, o que indica que entende a reabilitação para além da desospitalização.

E6P- F32: Essas [Residências terapêuticas] somente em último caso, para a pessoa não ficar no hospital psiquiátrico. Não sei se cabe uma crítica, mas pelo que eu vejo, as residências terapêuticas e os CAPS deixam muito a desejar. Nós temos casos, como é o da Benedita, que fica trancada, sozinha.. Algo que o CAPS deveria fazer e não fez. E assim fica difícil fazer reabilitação, sem haver uma rede que ajude a dar continuidade.

E6P- F34: Elas [residências terapêuticas] estão virando minimanicômios, onde os pacientes ficam trancados. Um deles foi, ficou trancado e surtou, piorou. Foram investigar e viram que ele era jovem, gostava de andar, saía todo dia para ver vídeo-games e jogos, inclusive o rapaz da loja o conhecia. Na residência terapêutica ele não fazia nada disso. Ao invés de ser um avanço, foi um retrocesso. Essa é a minha crítica.

O entrevistado também questionou o que os profissionais dos CAPS entendem por reabilitação psicossocial e afirmou que o SRT não é a opção desejável. Isto pode indicar uma busca pela ruptura do “entretenimento”, a ruptura do manter dentro, a não reprodução da lógica da enfermidade (grifo do autor)(Saraceno, 2001).

E13 To – F15: (...) com a maioria [dos serviços de saúde da rede] a gente tem grandes problemas, seria interessante entender o que os CAPS estão entendendo de reabilitação psicossocial.

E13To – F21: A gente só não vai pensar nisso [SRTs] a princípio porque a gente nem acredita que esse seja um primeiro passo, acho que a gente pode pensar outras possibilidades, mas se no fim não for possível, não achar família, enfim, aí a gente pensa nas SRT.

A escassez de recursos humanos e materiais foi apontada, como uma dificuldade para o processo de trabalho e, vai de acordo com o encontrado por Suiyama (2005) em sua pesquisa nos lares que também citou para o fato da equipe ser reduzida e a dificuldade no sentido de articular com serviços externos por falta de transporte.

E12E – F: Acho que é isso, a quantidade de profissionais, a gente vê que a gente precisa de mais profissionais, de mão de obra mesmo e a gente não tem, são mais essas dificuldades aí, acho que é isso.

E17Mo-F49: É pouca monitora para muita casa, tem 7 casas, para pouquíssimas monitoras aqui, então é desgastante.

E12E – F: E dificuldades da máquina institucional, a gente tem problemas assim de ordem administrativa no sentido de serviços de apoio, carro, às vezes é uma coisa que a gente precisa um pouco mais rápido e não dá, porque não tem, por exemplo um carro, o carro só pode sair um por dia, não pode dois, aí você fica um pouco amarrado.

Os discursos mostraram também o desgaste emocional dos agentes (sentimentos do agente), criando algum nível de dificuldade no processo de trabalho: *E1Mo-F29: Tem dias que enche a paciência (...)*

E1Mo-F86: Tem que esperar e ver se a paz será mantida. Todos têm agitações, brigas, dores, raivas, rancores e ódios.

E1Mo-F88: Um dia uma paciente começou a brigar comigo, me colocou numa saia-justa e eu disse: “Para cuidar de você, eu largo meu marido, seis filhos e quatro netos. Não é justo você fazer isso.” E ela respondeu: “É mesmo, você tem razão.”

E17Mo-F41: Aqui é muito cansativo, a mente da gente tem hora que precisa de um descanso.

Os moradores com internações compulsórias também apareceram como uma dificuldade no processo de trabalho, como se vê nas frases temáticas dos discursos dos entrevistados.

E12E – F: Então alguns moradores que não deveriam estar aqui, eles acabam vindo pra cá porque o juiz não tem como colocar ele na rua. Então eles vem pra cá e acaba misturando um pouco as patologias, o cuidar, ou até mesmo o desenrolar das coisas.

E12E – F: Temos dificuldades grandes também com relação a outra esfera que é no sentido judicial, nós temos vários casos aqui que o juiz determina e a gente fica meio que de mãos atadas.

Na análise dos discursos, uma das facilidades percebidas, são as características dos próprios agentes, como sensibilidade, gostar do que faz, ter experiência e ter o "dom".

E12E – F13: E graças a Deus, são pessoas assim bem sensíveis. Aqui nós somos assim, desde a nossa gerente, todos. Sem exceção, são pessoas extremamente sensíveis (...)

E1Mo-F107: Já falei tudo, trabalhar nisso é muito bom, mas para quem gosta como eu, aí não tem para ninguém!

E1Mo-F102: Trabalhar nisso é muito bom para quem gosta. E tem que gostar mesmo, tem que amar muito, é isso que interessa. O amor tem que ser como arroz e pipoca, que crescem tanto na panela, que chegam a cair para fora!

E1Mo-F68: Para quem não tem experiência, é horrível, mas para quem já tem é muito legal. Eu, por exemplo, comecei a trabalhar em clínicas em 1987 e saí em 1994, se não me engano.

E1Mo – F: A psiquiatria é algo que Deus me deu o dom, por isso eu não posso reclamar, porque está tudo bem.

E15Me – F2: O motivo [de ser transferido das enfermarias para o núcleo de reinserção social] é eu gostar de trabalhar com isso.

E1Mo-F60: Na hora que as coisas apertam, é preciso ter jogo de cintura para equilibrar tudo: a parte da monitoria e a parte técnica. É preciso usar a sabedoria que Deus nos deu.

O entrevistado demonstrou flexibilidade para resolver problemas do cotidiano com a equipe.

E1Mo-F67: Eu amo de coração o que eu faço. Às vezes a chefe se aborrece comigo e eu falo para ela: “Eu sei que de vez em quando eu te aborreço, mas eu amo o que eu faço!” e às vezes também acontecem uns “estrala-ovos” com algumas colegas, mas eu deixo elas pra lá, eu contorno a situação, para ficar todo mundo bem.

E1Mo – F75: Às vezes as colegas querem dar ordens, mas eu sempre falo: “Quem sabe faz, não fica mandando.” Nessa parte, eu prefiro fazer do que mandar, porque não faz o meu tipo chegar em uma colega e dizer “faça isso” ou “faça aquilo”. A minha parte eu faço direitinho, e assim dá tudo certo.

E1Mo – F: Estão todos no mesmo barco, então vamos remar. Para aonde a onda for, nós vamos também. Existem horas que as coisas são mais light, outras que já são um pouco mais duras, mas você tem que tentar deixar tudo light.

E1Mo-F63: (...) aí você para, respira, vê que pode resolver o problema e pensa que hoje é de um jeito, mas que amanhã será diferente. Tem gente que fica com esperança de alguém vai chegar e resolver, mas não é assim.

Os entrevistados apontaram, também, as características dos moradores como facilitadoras do processo de trabalho:

E1Mo- F: (...) mas no outro dia fica tudo bem e é gratificante porque eles levam tudo numa boa.

E1Mo - F: E como os pacientes são muito ligados a nós, eles não criam problemas quando uma monitora falta e outra tem que cobri-la, o que é muito legal.

E10ASe – F6: Ela não gostava muito de mexer no fogão, mas ela arrumava a sua cama, o seu guarda-roupa...

3.2 PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A análise dos discursos dos entrevistados revelou também temas que não diziam respeito diretamente ao seu processo de trabalho, e sim a sua concepção de reabilitação psicossocial. Para os profissionais, a reabilitação psicossocial se dá a partir da alta do morador.

Os temas que, por aproximação, configuraram a categoria “Processo de Reabilitação Psicossocial” foram: objeto do processo de reabilitação psicossocial, instrumentos do processo de reabilitação psicossocial e finalidade do processo de reabilitação psicossocial.

3.2.1 Objeto

O paradigma tradicional saúde/doença mental coloca a doença como objeto de intervenção; a proposta da reabilitação psicossocial é que as intervenções enfoquem a vida das pessoas acometidas pelo transtorno mental.

No tema “objeto do processo de reabilitação”, encontramos os subtemas “pessoas com habilidades”, “excluídos” e “não cidadão”, evidenciando que o modelo antigo está sendo superado.

Por meio de seus discursos, os profissionais indicam como objeto da reabilitação, as pessoas que sofreram os processos de desabilitação gerados pelo longo período de internação em Hospitais Psiquiátricos. As frases revelam que o morador chega aos lares abrigados sem saber “fazer nada”, sem saber cuidar de si próprio e até mesmo fisicamente debilitados.

Para Saraceno (2001), a psiquiatria é expressa e exprime-se oscilando entre a forma forte do ter dentro e a forma fraca do fazer passar o tempo. O manicômio realiza ambas as condições. O manicômio constitui um paradigma dos processos de desabilitação, onde o paciente experimenta todos os elementos da vida cotidiana dentro dele, onde esses elementos assumem seu grau zero no sentido do empobrecimento humano e material, o que explica os achados nos discursos dos entrevistados.

Podemos perceber que os moradores chegam aos lares em situação crítica no que diz respeito a seu autocuidado e até sua integridade física, evidenciando os processos de desabilitação gerados pelo manicômio.

E5AS– F3: E também me chamou bastante a atenção o M.. Como ele veio morar nas casinhas, ele tomava banho e só passava o sabonete na cabeça, não conseguia lavar o resto do corpo. Se alguém dissesse para ele parar, ele gastava o sabonete inteiro na cabeça! Quando ele comia, ele deixava a comida cair no chão, pegava do chão e colocava na boca. Se ele comia uma banana, ele jogava a casca no chão. Ele não tinha nenhuma noção de higiene.

E12E – F2: É que a palavra reabilitação assim, eu estou tentando separar a reabilitação daquilo que a gente faz aqui no dia a dia, porque é, uma situação assim. Vamos separar, nós temos moradores que muitas vezes eles vem de internação de longa data e aí ele vem assim, fisicamente ele vem debilitado porque ele ficava num espaço restrito, ou ficava numa enfermaria aonde ele não sabia, ele não sabe o que é uma cozinha, ele não sabe o que é um banheiro privativo, ele não sabe que aquele dormitório ele vai dividir no máximo com dois, três moradores. Então ele acaba ficando um pouco perdido. A parte motora até, fica muitas vezes comprometida por questões assim, dele não ter a convivência nesses espaços somente dele.

E13 To – F40: Temos o caso também da Dona M., que envolve todas as arbitrariedades que a sociedade se sente no direito de fazer com a vida dos outros. A Dona Maria é uma senhorinha que chegou aqui com uma fratura no quadril, bem debilitada.

Existe também a perda em relação aos cuidados mínimos que se deve ter com a casa, pois institucionalizada a pessoa não vive mais essas experiências, estando limitada às rotinas da instituição.

E10ASe – F1: Sim [trabalho com reabilitação psicossocial], quando eu ficava nas casinhas, eles já vinham do convívio. Eram pacientes que já estavam lá há muitos anos, como 20 ou 25 anos. Então era bem complicado porque eles não sabiam fazer nada e não gostavam de fazer nada, porque no convívio se faz tudo para eles. Nem as camas eles arrumavam lá.

E1Mo-F2: Então eles vêm pra gente “crus”, sem saber lavar, passar, cozinhar, esse tipo de coisa.

E7ASe – F1: É o seguinte: existem vários pacientes que nós ajudamos, mas a que mais me comoveu foi a E., uma japonesinha que veio totalmente desorientada, não sabia fazer nada, e ficava doente toda hora. Ela não sabia cozinhar nem tomar banho. A situação estava bem difícil.

E7ASe – F5: Isso foi o que mais me comoveu, porque ela vivia reclamando, não sabia fazer nada e chegou para nós muito mal mesmo.

E14Mo- F1: A gente tenta fazer o paciente voltar ao que era atrás, mas é muito dificultoso porque muitos perdem aquele jeito de fazer, eles esqueceram e a gente tem que partir do zero, para eles começarem de novo.

E10ASe – F5: Porque ela não fazia nada, só comia e dormia.

E10ASe – F8: Tem a Julinha, que também não fazia nada, acho que era a paciente mais velha que tínhamos aqui no hospital. Ela tinha medo de pegar na faca para cortar (...)

E1Mo-F93: Muitos chegam aqui sem saber fritar um ovo e outros chegam um pouco mais avançados.

E9E – F: Existem casos de institucionalismo para a vida toda, então tem que ser tudo muito detalhado: aprender a cozinhar, aprender tudo, toda essa parte que é normal na nossa rotina e que para eles não fazia sentido por não ser praticada há bastante tempo.

A perda material também aparece no discurso, evidenciando a negligência das instituições manicomiais.

E13 To – F34: A M.A mesmo tinha conseguido o benefício para ela, a rede social do Juquery entendeu que ela não ia fazer nada com esse dinheiro para ela, entregou o cartão e ela está a 13 anos sem dinheiro.

E13 To – F44: Descobrimos que ela já possuía um benefício, que era a aposentadoria do marido, que quando faleceu ficou para ela. Essa aposentadoria tinha sido bloqueada porque ela havia sumido e nisso você vai descobrindo as atrocidades que os hospitais fazem: ela não recebia esse dinheiro há três anos, porque ela não procurava e foi dada como morta. Curiosamente, esse período de três anos corresponde ao tempo que ela ficou internada no Vera Cruz. Então eles não se deram ao trabalho de verificar coisas básicas.

Para Bader (2002) a exclusão social é um processo sócio-histórico, que se configura pela repercussão em todas as esferas da vida social, mas sobressai como necessidade do eu, como sentimentos, significados e ações

subjetivas. Destaca ainda que existem diferentes dimensões da exclusão, como a dimensão objetiva da desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento.

O autor citado afirma que o processo de naturalização da exclusão social, representada pela aceitação do próprio excluído e da sociedade, gera uma atmosfera social de conformismo, compreendendo a condição de exclusão como fatalidade.

Ao analisar os discursos dos agentes, percebemos que, em alguns, o objeto do processo de trabalho apareceu como a pessoa excluída socialmente.

E1Mo-F8: Eu peguei um caso de uma moradora que nunca foi a lugar algum (...)

E1Mo-F16: E eles já são pessoas carentes, que precisam, são pessoas que já vêm lá de fora sem nada (...)

Os discursos revelaram que muitos, desses excluídos, nem mesmo têm questões de saúde mental, validando a literatura que mostra o hospital psiquiátrico como local de exclusão, 8,17% das pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo tem na precariedade social motivo exclusivo de permanência na instituição, sem menção ao transtorno mental ou à doença clínica associada, o que revela a impropriedade da institucionalização (Censo Psicossocial, 2008).

E6P- F13: Tem uma paciente que eu acho que nem é paciente psiquiátrica, porque estava no Juquery há muitos anos. Eu acredito que ela tenha sido perdida, era surda e muda e não sabia a língua de sinais. Ela veio para cá e eu não via nela nenhuma questão psicótica, mas ela definitivamente não sabia sair na rua.

O processo de cronificação apareceu atrelado à exclusão, como notamos na seguinte fala:

E9E – F3: Muitas se encontram tão fora da sociedade que elas não têm mais a vivência de como é comprar um pão na padaria, fazer compra num supermercado, então acaba extrapolando a prática da enfermagem.

E11P – F3: Como ainda havia na época muitos hospitais particulares no Estado com casos de moradores com longas internações, eu cheguei com a ideia de propor que nós pudéssemos ir atrás de comunidades e de famílias para ver quem é esse sujeito que ficou perdido aqui durante 20, 30 anos.

A seguir podemos perceber a exclusão da pessoa com transtorno mental, sobretudo durante a crise ou “produção psicótica”, como dito pelo entrevistado.

E13 To – F: Na sua produção psicótica, um dia ela fechou a casa, colocou fogo e saiu, porque ela ainda andava. Como ela saiu muito desnorteada, foi atropelada e teve uma fratura no quadril e ficou com um dedinho torto, que nós até chegamos a achar que era má formação. Tudo isso foi em decorrência da produção psicótica, de estar na rua sozinha e sem cuidados. Ela andou muito, não sabemos quanto, porque queria vir para São Paulo atrás da irmã G. Ela chegou aqui, mas a irmã tinha falecido.

As internações prolongadas levam as pessoas à exclusão extrema e negligência de seus direitos básicos, nenhum exercício de sua cidadania. Muitas vezes, o morador chega aos lares sem documentos, sem desejo, sem família. Para este profissional, reabilitar é “resgatar” as pessoas que se encontram nessas condições.

E6P- F1: Trabalho [com reabilitação psicossocial], principalmente aqui no P. [nome do hospital], que é onde eu tenho isso mais claro. Isso porque nós fazemos todo um resgate das pessoas que estão há muito tempo internadas, como 30 ou 40 anos. E a maioria que chega aqui não tem documento, não tem desejo, não

tem nada. A família ausente, elas já vivem nessas instituições há muito tempo...

E11P – F14: Infelizmente é vergonhoso: muitos chegam aqui sem RG, sem documento.

E12E – F11: (...) e uma coisa muito legal que a gente faz aqui, que a gente pratica aqui é que muito dos nossos moradores vem sem documentação, eles vem assim, sem lenço, sem documento.

E13 To – F29: O pessoal que veio do Juquery a maioria veio sem nada. Então é assim, é pensar coisas básicas, que também são da reabilitação psicossocial, pensar o cara documentado.

Está presente a concepção de que o morador é um sujeito de direitos, um cidadão, logo a responsabilidade do profissional é grande.

E13 To – F28: (...) porque é uma grande responsabilidade, tem a nossa responsabilidade com eles que é assim ele é um cidadão.

3.2.2 Instrumentos

A análise das entrevistas com os profissionais revelou diversos instrumentos utilizados no trabalho com os moradores dos lares abrigados desde afeto, vínculo, a família, o próprio usuário, visitas e até mesmo conhecimento do senso comum.

Essa variedade de recursos vai de encontro com o que é observado por Saraceno (2001): “A comunidade como recurso, as famílias como recurso, os pacientes como recurso. Não se trata, por certo, simplesmente suprir os recursos que não existem, mas, de afirmar um princípio fundamental de que a comunidade, as famílias, os pacientes, deixam de ser relegados ao papel de “custos”, ou seja, de consumidores de recursos mais ou menos parcimoniosamente colocados à disposição pelo sistema sanitário. O modelo conforme existem os serviços – que constituiriam o consumo do recurso – é o principal determinante da “natural” diferença de poder entre

curadores e assistidos, da “natural” micro e macroviolação contínua dos direitos dos tratados, do progressivo empobrecimento da eficácia dos recursos institucionais, da adoção de modelos fechados e autorreprodutivos de intervenção.

“Gente” que se transforma em recurso e deixa de ser “custo” gera conflito e do conflito pode se defender (e a melhor defesa é não lhes permitir a expressão, e o modo mais eficaz, para não lhes permitir a expressão é aquele de manter a separação entre recursos institucionais e gente, ou seja, de afirmar o papel da gente como “custo”); de modo oposto é possível criar as condições para a expressão e para a superação dos conflitos (grifos do autor).

O Hospital Psiquiátrico é um dispositivo eficiente para silenciar o conflito gerado pelo paciente (na família, na comunidade e no interior do hospital) e, ao mesmo tempo, o gerado pela comunidade e família do paciente: conflitos que dizem respeito a interesses diversos e, frequentemente contrastantes. A desinstitucionalização é também liberação e escuta do conflito (dos interesses contrastantes): o paciente não mais recluso, a família aliviada, a comunidade não mãos tutelada. Enfim, a psiquiatria não mais em consenso com a família e comunidade, mas desafiada a “negociar” entre interesses diversos, para garantir não mais a ausência de conflito, mas seu governo.

Os profissionais em seus discursos indicaram usar afeto, empatia e vínculo como instrumentos para a reabilitação psicossocial.

E3P – F30: (...) então eu sei que eu precisarei de paciência, ela [família] precisará de paciência (...)

E1Mo-F45: Haja paciência! E o legal é que a paciência é que acaba com um pouco do preconceito.

E10ASe – F11: Para isso tem que ter paciência. Muita, muita, muita paciência! Se você não tiver, você não faz nada, não consegue nada.

E1Mo-F30: É gratificante para nós que fazemos tudo para eles com amor. Às vezes eu falo para eles: “O que eu não peço para vocês chorando que vocês não fazem sorrindo?” e depois eu volto e eles fizeram tudo! A psiquiatria é para quem tem dom. Quem não tem dom, não agüenta.

E1Mo-F57: E essa parte é legal, porque nós nos sentimos gratificadas. É preciso ter muita paciência, muito amor (...)

E1Mo-F57: Mas para isso, você tem que trabalhar com amor. Se não tiver amor, você acaba matando todo mundo de estresse, e você morre junto deles.

E1Mo-F36: Eu falo para a minha chefe: “Eu amo o que eu faço!” Eu faço tudo com amor, não com preguiça, com amor.

E1Mo-F48: E eu amo isso de coração, eu amo. E na psiquiatria, você se acostuma com eles. Você vira parente, você fica muito próximo.

E1Mo-F80: Você deve ser amoroso, feliz, paciente. Os pacientes são como os integrantes da nossa família.

E1Mo-F87: Mas o funcionário deve ter amor. Quanto mais amor, melhor. Onde existe amor, vai tudo bem! O coração é um só, mas cabem cem, duzentos nele.

E1Mo – F91: Conversar igual, sentar na mesa e conversar, você tem que ir trabalhando a cabecinha deles com amor, porque se tiver dedo na cara, eles chutam o balde.

A empatia também aparece como instrumento, no qual o entrevistado compreende a realidade do morador.

E1Mo-F85: Tem momentos em que eles te fazem mais felizes do que você a eles. Acontece de você chegar aqui para baixo e os pacientes vêm até você e te contam uma história, então você reflete: “Eu estou tão caída e eles aqui dentro estão tão felizes... Eu vou deixar esta tristeza para lá!” Eles são parte da gente. Eles fazem parte da história da nossa gente. Você adota cada um deles. Não tem como fugir, só como ajudar.

Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimentos, tanto dos usuários como da

equipe. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados (Wagner, 2002).

Os discursos mostraram que o vínculo construído durante a internação do morador nos lares continua, mesmo após a alta, pois os moradores ligam para conversar com os profissionais, visitam, mostrando que existe uma relação de confiança.

E6P- F22: Às vezes ele aparece aqui, me liga sempre e de vez em quando eu o vejo (...)

E10ASe – F3: Tem uma paciente, a C., que já recebeu alta e me liga todo dia (...)

E10ASe – F7: (...) muitos marcaram, mas eu me lembro mais da C, que me liga até hoje.

E13 To – F38: Eu tenho várias fotos dele. Frequentemente eu passo na entrada e ele está no ponto. Às vezes eu paro e ele passa reto, então eu o cumprimento e falo: “Ei, japonês! Deixe de ser mal educado, fale ‘oi’ para mim!” E tem a questão do vínculo. Às vezes o porteiro vem aqui e me fala que ele está aqui e pergunta se ele pode entrar. Eu deixo e ele entra para ir atrás de uma específica auxiliar de enfermagem para cortar a unha! Olha que interessante! Por que ele não pediu o alicate para cortar a unha? É a acolhida. Nesse espaço ele será sempre bem vindo para nos visitar, não como morador.

E13 To – F58: A Dona M. foi embora em um domingo e ela me chamava de Clara, então ela disse: “Clara, você vai estar lá, não é?” E eu respondia: “Minha querida, não sei se vou poder!” Não pude ir, mas liguei no domingo e elas estavam na estrada. Conversei com a Dona Maria e ela disse: “Clara, vocês prometeram e cumpriram. Diz para todos que eu desejei muita sorte e muita felicidade para vocês!” Não há nada que tire isso!

A história da psiquiatria vem sendo também a história das atitudes da psiquiatria em relação à família; no manicômio a família era cúmplice para internação do paciente e grata à instituição por essa internação. Leituras psicodinâmicas, sistêmicas e behavioristas da relação família/paciente representam contribuições significativas para a compreensão da psicose, no qual a família passou da condição de cúmplice para protagonista que produz consenso e dissenso ao mesmo tempo, mas, de qualquer forma “senso”, e

não é mais simplesmente “usada” como cúmplice ou como vítima. A própria família pode ser protagonista das estratégias de cuidado e reabilitação; mas também as famílias como sujeitos sociais coletivos podem ser protagonistas e aliados conflitivos das estratégias abrangentes dos serviços (grifos do autor)(Saraceno, 2001).

E2AE- F:(...) e nós íamos atrás, a equipe fazia visitas, a cunhada que era sua curadora também estava sempre em cima (...)

E11P – F16: A primeira luta é a estrutura familiar e outras possibilidades, como a comunidade, os amigos, uma pensão... O que nós já fizemos por vários anos.

E13 To – F50: E a Dona M. foi ótima, porque ela também fazia muita recuperação psicossocial dela, com ela e conosco. Ela dizia: “Me levem porque eu vou chegar lá e vou dizer para a moça: ‘Eu adoeci, eu tive que deixar a minha casa, mas agora eu estou de volta. Se você quiser, nós podemos dividir’”

E13 To – F51: Nós estamos aqui para trocar e construir juntos. Chegamos no Rio, na comunidade e ela cumprimentou as pessoas... Claro que havia traficantes com metralhadoras querendo saber quem eram aquelas pessoas!

E1Mo-F96: Tínhamos uma paciente, a J., que já estava aqui há muito tempo, era antiga, antiga e ficava sempre olhando o quintal do hospital. A família dela chegou para mim e disse: “Nós não vamos levá-la” e eu respondi: “Vocês acham justo a Júlia morrer aqui dentro? Ela já passou a vida inteira dela aqui. Vocês acham justo deixá-la aqui, olhando esse hospital?” A família respondeu que ela gostava daqui, mas eu disse que ela tinha o direito de viver lá fora.

O entrevistado mostrou ser compreensivo com o familiar, não o culpando pelo período de internação, mas, ajudando a receber o morador de volta.

E11P – F8: Por outro lado, nós explicamos que ele não tinha feito nada errado [em internar o filho]. Quando ele procurou tratamento para o F., o Estado ofertou as internações, por isso ele ficou no hospital tanto tempo.

E16As-F19: Eu fiquei lá [em Maceió] 4 dias, nesses 4 dias eu olhei bem a família no manejo do caso, acompanhei a família no CAPS,

no início da retirada do “De volta para casa”, toda a tramitação burocrática, para garantir que nada furasse e ele viesse a se decepcionar em estar recebendo a mãe.

E16As-F25: O trabalho que você faz na formação da rede, tanto a rede comunitária, quanto a rede familiar, que vai cada um com as suas possibilidades ajudar a cuidar do paciente porque realmente ele é diferente dos outros, e requer um tratamento diferenciado.

E16As- F42: Foi feito todo um trabalho antes, dos direitos que ela tinha, até do “de volta para casa”, até para incentivar a família a estar recebendo de volta.

Durante os períodos de internação os pacientes permanecem submetidos e limitados às rotinas institucionais, o que leva a um empobrecimento de suas vivências e subjetividade. O discurso dos sujeitos evidenciou que estes tentam resgatar a individualidade perdida em razão das internações prolongadas.

E6P- F7: Então existe essa individualização, eles são tirados do “tudo junto” e ali você começa a descobrir muita coisa. Eles voltam ao passado e começam a resgatar mesmo.

E12E – F3: Então a gente tem muito isso daqui, o fato de você ter um morador que ficou 30, 20 anos em restrição, aonde ele usava um banheiro coletivo e ele vem para uma casa onde ele vai ter o banheiro dele, ele vai ter a refeição numa mesa com no máximo 5 pacientes faz diferença. Então, eu vejo isso como uma reabilitação.

E11P – F11: Teve um dia que ele levou flores que ele colheu aqui para a mãe dele. Quando chegamos lá, puseram uma mesa para esperá-lo, com várias coisas que ele gostava...

E3P- F18: Na reabilitação, tem pessoas que têm mais dificuldades do que outras, mas nós tentamos olhar o indivíduo dentro da sua particularidade, ajudando no que for possível.

Um dos entrevistados utilizou saberes do senso comum como instrumento, nos exemplos seguintes acredita que motivar o sujeito a pensar positivo ou comparar se a outras pessoas que enfrentaram dificuldades é um caminho para a reabilitação psicossocial.

E1Mo-F: (...) e eu chegava para ela e dizia: “Você não é aleijada” e falava para ela que a gente via na televisão pessoas que usavam cadeiras de rodas e ganhavam medalhas, pessoas que corriam sem braços e isso é importante.

E1Mo-F71: Eu sempre falo para eles: “Se vocês quiserem, vocês são iguais a mim. Não existem diferenças entre nós. Então levantem a cabeça e digam que são capazes e que vocês podem. Digam ‘eu consigo’ e vão em frente”.

E1Mo-F74: (...)Tenha pensamento positivo e vá em frente que você consegue!” Muitos pacientes entenderam isso e conseguiram. Agora estão melhores do que eu!

E1Mo-F79: “Você é capaz” é a frase mágica. Nunca se diz: “Você não é capaz, você é um derrotado, você não tem condições.” Se você fizer isso, você pode matar uma alma, e depois será cobrado!

E1Mo-F43: Ela pedia a mão e nós dizíamos: “Não, se eu te der a mão, eu vou te aleijar.”

E1Mo – F: Eu mostrava para ela homens na televisão que corriam sem os braços e dizia que ela estava reclamando de barriga cheia. Então ela tinha as duas pernas e os dois braços, mas na sua cabeça ela era aleijada.

E1Mo-F40: Na hora do banho, ela sempre pedia uma mão, porque ela era “fortinha” e dizia ser aleijada. E eu falava para ela: “Você é uma pessoa boa, inteligente, que pensa, que fala. Você consegue!” e ela conseguia

3.2.3 Finalidade do Processo de Reabilitação

A independência, entendida como a capacidade de morar e transitar pelos espaços públicos para resolver demandas do cotidiano, apareceu no discurso, como uma das finalidades do processo de reabilitação psicossocial.

E1Mo-F4: Então quando eles chegam lá fora, muitos até vão morar sozinhos, pois já saem reabilitados daqui pelas monitoras.

E6P- F11: (...) e agora ele também vai sozinho. Ele vai ao consultório [do dentista] que é lá em Perdizes, paga... Enfim, isso é reabilitação!

E1Mo-F23: E aí o pessoal vai ficando independente, que vai sozinho e volta sozinho.

E1Mo-F76: Eu trabalhei com uma paciente tímida, que nós chamávamos de B. A cada dia ela ia a um canto e ficava falando e ninguém dava nada por ela, até que um dia ela foi embora. Um dia eu estava andando e vi a B. E ela falou: “Olha como eu estou bem, graças a Deus! Eu vim no ambulatório buscar meu remedinho.”

E6P- F9(...) Nós fomos várias vezes [retirar o benefício no banco] e hoje ele vai sozinho.

E6P- F28: Ontem nós acompanhamos a Tânia, que alugou umquinho também e hoje ela veio para cá sozinha para fazer triagem no CAPS. Já estava lá esperando, pegou o ônibus sozinha e está aí.

Por meio dos discursos, podemos notar que reaver direitos dos quais os pacientes foram privados por causa da internação também aparece como finalidade do processo de reabilitação psicossocial. Até mesmo o direito básico, como possuir documentação, precisa ser resgatado.

E1Mo-F100: Não pode fazer isso! Ela já é uma senhora, mas ela tem o direito. Aqui é internação. A vida dos pacientes é lá fora.

E3P- F: (...) ela possa ficar bem lá fora e reaver os direitos que foram privados ao longo dessa vida de instituição.

E11P – F15: As pessoas têm direito à vida, têm direito de viver no coletivo, na comunidade e essa é a luta hoje.

E13 To – F6: (...) você vai colocando [reabilitação psicossocial] na sua prática profissional, seja como coordenador, seja como T.O como é o meu caso, ou como algum outro técnico, que vai viabilizando que o indivíduo com transtorno mental consiga estar no meio social da forma como ele consegue estar, mantendo seus direitos respeitados e não preso né.

E13 To – F13: É poder reapresentar esse indivíduo. É poder dizer do quanto hoje a ajuda medicamentosa facilitaria o convívio, é poder dizer que este cara tem direitos. Que independente do transtorno dele, nada justifica uma internação de 40 anos.

E2AE- F5: Aqui dentro ele não se adaptou. Queria ir embora de toda forma, o que era um direito dele, por ter mais de 20 anos de instituição.

E12E – F6: Esse preparo, ou então assim, resgate, você acaba resgatando aquilo que ele perdeu durante tantos anos internado, então assim, eu também adoro a inclusão social, eu adoro a psiquiatria.

E6P- F3: Então eu pego um paciente como referência: “Esse paciente tem documento?” Se não, nós retomamos toda a documentação dele (...)

E12E – F: Então a gente aqui, vai em busca disso daí [documentação] para começar lá do zero.

E13 To – F: (...) e se é um cidadão a primeira coisa que a gente tem que providenciar são os seus documentos.

E14AS – F1: Nós saímos com eles para acertar suas documentações (...)

Os discursos revelaram que a reinserção social também é entendida como finalidade do processo de reabilitação psicossocial para vários entrevistados.

E2AE- F: (...) auxiliando os moradores a voltarem para a sociedade (...)

E16As-F38: E para os pacientes aqui dos lares abrigados é o ressarcimento de uma dívida de longo período, não justifica ele estar a margem da sociedade, ele tem sim de estar fazendo parte deste contexto todo, até que os entre aspas “normais” aprendam e aceitem conviver com as diferenças.

E9E– F: (...) e nós tentamos trabalhar para re-inserir essas pessoas novamente na comunidade.

E16As-F33: A proposta é de devolver para a pessoa a liberdade tolhida no decorrer de décadas.

E11P – F1: Sim [trabalho com reabilitação psicossocial], porque o trabalho é todo voltado para fora do hospital, para reinserir o paciente na sociedade.

E16As-F30: Eles precisam apenas que você aceite como eles são. Eles são inteligentes, se eles forem tratados com respeito eles te dão o retorno que você espera e dá sim para conviver em sociedade.

E16As- F1: Sim [trabalha com reabilitação psicossocial], eu já iniciei na psiquiatria no movimento antimanicomial e o trabalho sempre voltado para a reinserção do paciente.

E12E – F14: (...) e a gente tem esse objetivo, de melhorar a qualidade de vida desses moradores e reinseri-los novamente na sociedade de uma forma não tão dolorida (...)

E13 To – F3: Então sempre muito focado na questão da desinstitucionalização, dos processos de reabilitar o indivíduo de reinserir o indivíduo no meio social.

E15Me – F1: Sim [trabalho com reabilitação psicossocial]. Eu trabalhava antes com dependência química, com adolescentes, na enfermaria feminina e fui transferido para atender aqui com reabilitação psicossocial (...) porque há um olhar para fora do hospital e não para a instituição, que é fechada. Trabalha-se com o objetivo de reintegrar os pacientes na sociedade. Isso justifica o meu trabalho.

E13 To – F14: A nossa segunda investida é se o cara tem autonomia é trabalhá-lo para que ele consiga estar na vida social de um jeito que ele possa se autogerir né.

E3P- F4: Então todo o tempo nossa prática é fundamentada nisso [Reinserção social, desospitalização]. Eu acho que isso faz com que nós olhemos essas pessoas de uma forma muito diferente, não só como um interno do hospital.

E14Mo – F2: Aqui a gente assiste eles de uma forma do trabalho deles, como eles estão se evoluindo no dia a dia, se está calmo, tranquilo, se eles já estão se comunicando um com o outro, se já dá para fazer uma parte com a sociedade.

E9E – F4: Nós temos que partir mesmo para o cotidiano, sair, aprender a manipular o dinheiro novamente, andar na rua, pegar o ônibus, então nós acabamos participando mais dessa questão de realmente aprender a viver na comunidade de novo.

No universo social, as relações de trocas são realizadas baseadas em um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é que lhe daria seu poder contratual. O atributo de doente mental anula seu poder de contrato, seus bens tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis e os afetos desnaturados. Reabilitar pode então ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário com vistas a aumentar sua autonomia (Kinoshita in Pitta, 2001).

O discurso do gestor dos lares abrigados revelou que este entende que aumentar o poder contratual do usuário está entre as finalidades da reabilitação psicossocial.

E13 To – F: Então é diária essa coisa de estar junto, de fazer as visitas domiciliares junto, de mostrar como é que a gente pode estar propiciando isso nos espaços sociais junto com as redes sejam de saúde ou não, com os vizinhos, com a família, no INSS.

E13 To – F21: Enfim, é nosso papel estar nesses espaços, batalhar por um lugar pra eles, aumentar o poder de contrato dessas pessoas no social. Então isso é uma coisa que a gente vem batalhando muito, sempre tendo como objetivo final a alta.

E13 To – F32: A gente teve também outras situações de outros municípios que precisou ir lá, sentar com o secretário e foi uma conversa muito bem sucedida, e o município se cadastrou [no programa de volta para casa], foi Bragança Paulista e a moradora tá lá, 'muito bem, obrigada', também recebendo esse benefício.

A reabilitação deve preocupar-se com a casa e com o habitar. Saraceno (2001) explica que se trata de manter separadas, na linha teórica, as duas noções para compreender que as funções da reabilitação psicossocial aludem seja a uma conquista concreta (a casa), seja à ativação de habilidades e desejos ligados ao habitar.

Com a noção de casa, referimos-nos ao complexo de experiências concretas de reaquisição-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo conforme as linhas não institucionais da capacidade de uso dos objetos e oportunidades de vida cotidiana; mas também a possibilidade de revisitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades; a noção de casa, portanto, pressupõe a existência de uma casa presente (Saraceno 2001).

Um dos instrumentos utilizados para reabilitar, de acordo com os profissionais que trabalham nos lares, foi o “ensinar habilidades para a vida diária”, como anteriormente discutido, que vai de encontro com o eixo “casa”. Os profissionais mostram perceber a necessidade de uma “casa”, no sentido material para os moradores dos lares abrigados.

E12E – F4: Por outro lado a gente tem essa outra reabilitação, que eu vejo assim mental, no sentido que você direciona esse indivíduo, esse morador a voltar àquilo que é o nosso normal, que é ter uma casa, fazer compra.

E2AE- F6: Eu consegui uma casa para ele morar, através de uma amiga minha. Ele ficou um tempo nessa casa e tinha seus benefícios (...)

E13 To – F53: A moça aceitou dividir a casa com a Dona M., dizendo: “Eu moro sozinha, todos a conhecem... Nós podíamos aumentar o espaço. Eu ficaria com uma parte e ela com outra.” A Dona M. também aceitou. Nesse período, foram comprar o que era preciso para ampliar o espaço. Compraram fogão, geladeira, cama e colchão que a Dona M. precisava.

E6P- F8: O fato de estar em uma clínica faz com que o paciente seja uma pessoa e quando vai para uma casa, volta e começa a ser a pessoa sã novamente.

E6P- F21: Nós fizemos umas compras para ele, compramos enxoval, a Associação Philippe Pinel deu um dinheiro para ele, comprou umas panelinhas, tudo que ele precisaria e uma compra, uma cesta básica. E ele está feliz da vida.

E16As – F14: Eu fui levar ela para Maceió em 2008 e foi muito bacana porque ele [filho] estava realmente organizado para recebê-la, com um quarto mobiliado e com todo aparato necessário para permanecer com ela em Maceió.

Para o gestor a equipe é instruída no sentido de que o Hospital Psiquiátrico não é local para morar e que os outros hospitais não produzem trabalho semelhante ao trabalho nos lares.

E13 To – F23: Essa é a M.A. uma das moradoras que a gente recebeu do Juquery recentemente, então é por isso que eu considero que no meu trabalho, na minha prática profissional embora não seja inteiramente, diretamente na assistência tem sim a reabilitação psicossocial porque eu coordeno uma equipe para que ela tenha a clareza desse trabalho, para que ela tenha claro que hospital não é lugar de morar, para que ela tenha claro que mesmo o nosso trabalho sendo muito interessante a maioria dos hospitais psiquiátricos não produz esse trabalho, ou seja, os espaços são de confinamento, de esquecimento.

E3P- F8: Nós temos sempre que ter a ideia de que aqui não é lugar para eles viverem, de que isso não é o melhor.

E6P- F15: Ela já recebeu alta e está muito feliz. Existem casos ainda mais legais quando os pacientes vão para as casas.

O discurso também revelou a questão da casa em um sentido mais subjetivo, como a possibilidade de habitar, de não estar em uma instituição psiquiátrica submetido às suas normas.

E1Mo-F98: E aqui ela sabia de tudo. Ela conhecia desde a diretoria até a garagem! Ela merecia uma vida digna: uma casa com familiares e tudo o mais.

E13 To – F55: A Dona M. ficou na sua casa, na comunidade que ela conhece e que a recebeu, com o CREA [Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura], o CRAS [Conselho Regional do Assistente Social] e os serviços de saúde e de terceira idade sabendo da sua existência e ela não está morando sozinha, porque essa vizinha acaba sendo uma rede no sentido do cuidado, de poder verificar se a Dona M. está tomando os remédios, ajudar a fazer comida e etc.

E13 To – F60: Nós tivemos muitas pessoas que estavam esperando apenas nós encontrarmos suas famílias e darmos alta para morrerem em suas cidadezinhas. Nós encontramos uma senhorinha que não falava nada. Nós descobrimos que ela era de Jaramataia e ela ficou muito tempo aqui. O dia em que ela chegou em Jaramataia, faleceu.

E3P– F29: (...) e esse é meu grande desafio: fazer com que a S. possa ter uma casa, um endereço para receber uma correspondência que não seja o endereço de uma instituição psiquiátrica. Isso parece uma besteira, mas é muita coisa. A S. é uma paciente que nem sobrenome tem. Ela foi registrada no Juquery somente com o primeiro nome. Imagine alguém que não tem sobrenome! “De que família você é? Você é da família Silva, Santos?” A pessoa não tem sobrenome e devolver isso para ela é nossa obrigação enquanto agentes de saúde e cidadãos. A S. é meu grande desafio hoje. Espero que dê tudo certo.

E13 To – F57: E a Dona M. está lá. Se ela morrer amanhã, ela vai morrer na casa dela. Ela não vai morrer dentro de um hospital psiquiátrico. Ela teve o prazer de estar lá.

E3P– F25: Isso tudo parece detalhe, mas a cama aonde ela deita é a cama de um hospital. Ela nunca deita na cama da casa dela, com as coisas do jeito dela.

O profissional valoriza os desejos dos moradores, o que remete ao “habitar”. O entrevistado salientou a importância da liberdade do morador participar ou não das atividades propostas, entendendo que estas não são obrigatórias nem um tratamento também.

E14Mo – F21: E a gente convida eles para participarem das atividades “Quem quer participar da culinária? Quem quer cozinhar?” para ver quem toma a frente, “Eu quero”. Ele por si

mesmo, porque não é assim “ah, você vem! Hoje é o seu dia!” Não! É uma coisa que a pessoa tem que querer.

E6P- F20: Agora que ele trabalhava todo dia, eu disse que ele precisava arrumar uma casa. Eu propus um albergue, ele não quis e disse que queria morar aqui perto em uma pensão. Eu disse para ele procurar e ele mesmo achou e fica lá bem feliz.

Os profissionais entendem a reabilitação psicossocial para além da desospitalização, seus discursos evidenciaram ser melhor para o morador gerir sua própria vida a estar em uma SRT / vinculado à coordenadoria.

E6P- F31: Se a pessoa não tem condições [de voltar a morar com a família], nós tentamos fazê-la morar sozinha, que ainda é melhor que as residências terapêuticas.

E6P- F35: Eu faço o que posso para não mandar pacientes para o RT porque eles estão melhores sozinhos do que se ficarem lá, vinculados a uma coordenação, monitoria ou coisa do tipo.

Manter um emprego e procurar melhores condições de trabalho apareceu no discurso, como finalidade do processo de reabilitação psicossocial, o profissional entende que a questão material é importante para a reabilitação psicossocial.

E6P- F4: Tem um paciente que teve alta há pouco tempo, tinha o benefício e foi atrás de emprego. Ele conseguiu. Trabalhava num lava-rápido, depois foi trabalhar como pedreiro e agora que está de alta, trabalha como pedreiro aqui perto.

E6P- F17: E nós começamos a distribuir currículos e por fim, por conta própria, ele conseguiu um emprego no lava-rápido aqui em frente e foi, onde ficou um tempão e fez amizade com o pessoal. (...) Disseram que tinham um emprego de pedreiro, que ganhava mais, ao lado do shopping, perto daqui, ele perguntou se podia e eu disse para ele ir. Daí surgiram novas construções e ele tem ganhado mais do que um salário mínimo por mês, cerca de 800 reais.

O profissional refere que com algum tipo de renda, o morador tem outro lugar social e mais oportunidades; entende que o dinheiro “muda muita coisa”, mesmo sendo o dinheiro de um benefício.

E6P – F23: (...) vamos atrás de benefícios e com o dinheiro se muda muita coisa.

E13 To – F33: Porque assim se ele voltar para a família dele, ele tendo o dinheiro dele ele já tem 'outro lugar'. Tem muitas famílias que a gente encontra que estão também muito empobrecidas, é claro, todos nós com algum poder aquisitivo ou outro, o dinheiro te dá 'outro lugar'. Muitos voltaram para suas famílias como aqueles que irão ajudar na subsistência da casa. Então é importante essa discussão e viabilizar se ia ter o LOAS (Lei Organica da Assistência Social) e começar a pensar outras coisas, os gastos com dinheiro, saber comprar suas roupas.

E13 To – F50:(...) buscar a possibilidade de esse indivíduo ter um benefício porque a inserção no mercado de trabalho não vai garantir a subsistência, assim, é mais difícil, esse cara já está há muitos anos no hospital, então é interessante que ele tenha uma renda, possibilitar que ele tenha o de volta para casa quando ele sair daqui.

Partindo do entendimento da importância de uma fonte de renda, os profissionais dos lares realizam um trabalho no sentido de conseguir os benefícios que os moradores têm direito, ajudá-los no manejo com o dinheiro, ensinando a retirar dinheiro nos caixas, mantendo-os cientes de sua situação financeira, como podem ser visto nas frases a diante.

E6P- F9: Eu tinha um paciente que começou a receber o benefício e eu disse que iria ensiná-lo a retirar o dinheiro com o cartão.

E14AS – F3: Nós também vamos aos bancos, porque como muitos deles trabalham aqui, eles recebem por meio da oficina. Nós cuidamos de toda esta questão burocrática. Nós agendamos consultas ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), por exemplo, e eles estão sempre cientes do que acontece e sempre nos acompanham.

E13 To – F: [que a pessoa consiga se autogerir] Com seu benefício LOAS, com uma aposentadoria de invalidez que a gente vai conquistando com ele aqui dentro, articulando a rede, o serviço de saúde da rede (...)

A questão do trabalho também apareceu como solicitado pela própria família, que muitas vezes, não tem boas condições econômicas.

E6P- F16: Tem o R., por exemplo, que esteve em manicômio e veio para cá. Ele não conseguiu o benefício porque é um homem forte. A sua mãe disse que então ele deveria arrumar um emprego.

Os discursos dos entrevistados revelam que existe uma transformação concreta na vida real dos moradores dos lares, pessoas que por meio do trabalho começam a reconstruir sua vida fora da instituição.

E6P- F23: (...) eu passo por aqui e ele está na obra, trabalhando. Ele está muito bem, mais do que reabilitado.

E7ASe – F3: Graças a Deus ela conseguiu um trabalho fora e há mais de um ano ela trabalha e arrumou uma casa para morar.

E1Mo-F78: Tem gente que já está trabalhando fora, outros que já estão estudando, outros que tomam seus medicamentos direitinho, tudo isso pela força que nós damos.

Os discursos evidenciaram que os entrevistados entendem que participar das trocas no mercado e poder consumir também é finalidade da reabilitação psicossocial.

E6P- F5: (...) ter o dinheiro e comprar aquilo que deseja além do que a instituição dá, já é uma reabilitação. Eu trabalho com isso o tempo inteiro.

E6P- F8: Enfim, já entendem que no começo vai ficar mais difícil [Ir ao comércio fazer compras]. É totalmente reabilitação.

E6P- F9: Nós temos feito compras no mercado, então os pacientes dizem: “Eu nunca fui ao mercado. No metrô, eles não fazem a menor ideia de que se deve colocar o ticket no

buraquinho. Aquelas torneiras automáticas, em que você deve passar a mão, eles também não fazem a menor ideia de como funciona. Isso tudo é um resgate, e eles devem ir se reabilitando.

E12E – F5: Eu vejo que isso é uma reabilitação né, você ir no mercado, fazer compra. Você ir numa lanchonete tomar um suco, é você tomar um ônibus, saber que ao tomar o ônibus você tem que passar uma catraca, que você tem que pagar. Então, eu vejo isso como uma reabilitação, assim, não aquele conceito de reabilitação física. Então a gente tem isso aqui diariamente, constantemente você faz essa reabilitação.

E12E – F8: Mas assim, hoje o que a gente está vivendo essa coisa de fazer compra, de você ver se ele está fazendo a comida direito, se eles estão cuidando da roupa deles.

E12E – F10: Você ensinar eles a fazer troco, ensinar ele a comprar, fazer uma dieta adequada, comer coisas adequadas, produtos de melhor qualidade (...)

E14AS – F2: (...) aprender a entrar no ônibus, ensinar comportamento no ônibus, nós vamos a restaurantes... Fazemos isto direto!

E6P- F14: Um dia eu fui ao mercado e minhas colegas disseram que ela queria salame. Como eu não sabia se era verdade, eu fui até ela e gesticulei o salame. Ela entendeu e confirmou e quando viu o salame que eu tinha comprado, não soube em si de alegria. Quando ela recebeu seu benefício, fomos à Lapa comprar roupa. E naquelas lojas enormes do Brás ela pegava roupas e gesticulava perguntando se podia, e eu mostrava que sim, e ela escolhia e pegava... Quando ela chegou aqui, se vestiu com tudo que tinha comprado, pediu gorrinho, luva... Foi uma delícia

E6P- F10: Eles vão à lojinha, começam a comprar e as pessoas percebem. Surge uma rede, então eles começam a ir sozinhos, as pessoas já os conhecem e os ajudam...

Os discursos mostraram que os entrevistados consideram o contexto em que deve ocorrer a reabilitação psicossocial. Estes têm uma visão crítica sobre os Hospitais Psiquiátricos e entendem que eles devem ser extintos, por serem locais de exclusão e confinamento.

E3P- F11: O tempo todo eu tenho isso [Que o hospital não é o lugar ideal] na minha cabeça, é super-forte.

E13 To – F59: Essa é a riqueza do meu trabalho: a contribuição que eu posso dar no processo da reforma psiquiátrica do nosso país, que é muito importante. Desde que eu estou aqui, os hospitais psiquiátricos possuem mais de seis mil pacientes e eu

posso dizer com orgulho que eu contribuo para que este número diminua significativamente.

E13 To – F61: Neste momento, eu acho que estou produzindo uma contribuição importante, apesar de pequena. Se formos pensar em tudo que deve ser feito em relação a estes hospitais, veremos que são necessários muitos trabalhos como este [do núcleo de reinserção social] para que esses espaços deixem de existir, porque eu acho que o ideal é este. A nossa contribuição é ínfima. Os hospitais ainda existem, com uma lógica absurda, mas eu posso dizer que estamos contribuindo no processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

E13 To – F22: Eu particularmente entendo que a função do hospital psiquiátrico, porque ainda existem, existem muitos, acho que vou falar um pouco do nosso trabalho o que eu realmente acho um trabalho muito bonito, acho que é um trabalho que está tendo frutos interessantes, mas faço uma parte que é zero vígula zero, zero tantos por cento que poderia ter deste trabalho. Os hospitais psiquiátricos ainda são locais de confinamento, são locais de não direito a voz, são locais de não direito a escolha. Ainda são locais de maus tratos, ainda são locais passíveis de muitas denúncias. Então eu entendo que como eles ainda existem, as equipes que estão nesses espaços deveriam ter como trabalho o lado de fora, eu não entendo que as equipes de hospitais psiquiátricos tem que ser focado para o dentro do hospital, tem que ser focado para fora, para o retorno, coisa que a gente sabe que a grande massa não faz

E13 To – F24: Em 2011 a gente ainda tem os esquecidos nos hospitais, os ignorados, os desconhecidos. A gente tem pessoas andando de uniforme (...)

E13 To F- 35: Sabe por quê [internação durante muitos anos]? Porque ele bebia. Ele não era um esquizofrênico clássico e eu acho que depois dessa vivência toda, a única saída é fazer a cisão. Eu não sei nem se ele era alcoólatra, porque apesar de eu não saber se é verdade, dizem que a raça amarela tem uma baixa tolerância ao álcool. Ele dizia muito isso: Que bebia pouquinho e que japonês não dava conta de beber muito. Então eu não sei se ele era um alcoólatra ou se quando ele bebia, perdia muito o eixo... Enfim, ele foi internado porque bebia. Uma violência sem tamanho.

O entrevistado entendeu que, diante da crise e necessidade de internação, a pessoa deve ser tratada nas enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais e por curto período.

E13 To – F10: Ninguém tá dizendo que não tenha momentos que o indivíduo não tenha que ser retirado do contexto, para proteção dele inclusive, para preservar a relação com a família, enfim. Só

que isso é o que está preconizado, é por um período curto em uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral e ponto.

E13 To – F9: A gente vai para um hospital por alguma demanda, nós normalmente vamos por demandas clínicas e a gente fica um tempo e volta . Eu já fiquei internada por questões clínicas minhas e fiquei um tempo, fiquei o tempo que o médico achava que era necessário e voltei pra casa. Qualquer demanda que a gente tem em saúde e que precise ficar no hospital você sai. Eu não entendo porque a gente não pode ter para a saúde mental este mesmo olhar.

No discurso, o entrevistado mostrou entender que o problema não está somente no indivíduo, mas na sociedade, em geral.

E14Mo – F17: E a gente fica sabendo dia a dia, que não é só a nossa vida familiar, os nossos parentes, que a gente tem é a sociedade em geral que tem um problema.

E14Mo – F23: “ah não esse problema não é para mim”, aí se esconde [a família], então eu vejo que a sociedade é que está escondida, não é o problema, é a sociedade que se esconde para falar “não, eu não quero participar”

DISCUSSÃO

4 DISCUSSÃO

Processo de Trabalho em Saúde

Em seu processo de trabalho nos lares abrigados, os agentes desempenham papéis ora com mais flexibilidade, adaptando-se às necessidades complexas dos moradores, ora nos limites da especificidade técnica. Podemos perceber que coexistem concepções baseadas, tanto no paradigma da reabilitação psicossocial como da psiquiatria tradicional.

A análise do discurso revelou a presença de certo paternalismo, no qual a função do agente seria proteger o morador do abandono. A análise revelou ainda a função patronal, no sentido de manter a norma da instituição, controlar cigarros, apaziguar conflitos entre os moradores ou equipe. Essas concepções aparecem sobretudo por parte dos monitores e agentes administrativos e corrobora os achados na literatura, que em diferentes estudos foi encontrado resultado semelhante (Lima 2002; Rabelo 2005; Rabelo 2006; Silva 2007; Maciel 2008).

O gerente afirma que a reabilitação psicossocial é construída no dia a dia com a equipe e com o morador. Em alguns momentos os profissionais desempenham papéis que vão além de sua especificidade técnica, o que indica que são norteados pelas necessidades dos moradores e não pela doença. Essa postura vai de acordo com o que se propõe no campo psicossocial.

“O trabalho no campo psicossocial tem como pressuposto: o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar, a superação da rigidez da especificidade profissional e flexibilidade para *gerar o produto de saúde mental* compatível com a *necessidade do consumidor de produto de saúde mental*. Essa posição é coerente com a base teórica para a reorientação do modelo de atenção que afirma a concepção de saúde como processo e não como ausência

de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde” (Silva, 2005).

A visão pautada no modelo da psiquiatria tradicional que é médico-centrada e hospitalar também aparece nos discursos dos trabalhadores. Essa visão convoca um profissional subordinado à organização parcelada do trabalho institucional, em que a finalidade do processo de trabalho é a cura e adaptabilidade social, o objeto de intervenção é a doença, a concepção do projeto terapêutico é de competência privativa do agente médico, subsidiado pelo trabalho dos demais agentes de saúde de nível superior e secundariza a percepção e o saber do portador de sofrimento psíquico (Silva, 2005).

Os discursos evidenciaram que, para alguns agentes, seu papel é de tutelar e proteger os moradores, que são vistos como pessoas sem capacidade de cuidarem de si e de suas vidas. Essa concepção pode ser considerada tutelar, pois entende o sujeito como incapaz, alguém que precisa ser protegido, o que está em desconcontro com as propostas da Reforma Psiquiátrica que visa também a superar esses estereótipos negativos que têm sido associados às pessoas com transtornos mentais. Essa concepção também apareceu em estudo (Maciel, 2008), no qual a pessoa é vista, como ser sem razão ou sem juízo e como uma criança que precisa ser cuidada e protegida. Para o autor do estudo, a exclusão da pessoa com transtorno mental perpetuou-se no tempo, de forma que até hoje o tratamento se faz pela rotulação, pela medicação dos sintomas e pela manutenção da pessoa em instituição psiquiátrica.

Ainda hoje, podemos observar, nos mais diversos serviços de saúde mental e, no senso comum, a presença desses estereótipos negativos. No caso dos trabalhadores dos lares, o entendimento é de que essas pessoas são abandonadas e por não possuírem outro local para viver, o hospital deve abrigá-las, desempenhando um tipo de função social. Na prática, podemos observar que essas concepções são frequentes, e as pessoas entendem que o hospital é benéfico, o que remete ao direito de asilo que existe desde a invenção do manicômio e consiste em um projeto que a sociedade oferta tutela a seus membros fracos (Saraceno, 2001).

Apesar dos discursos revelarem estereótipos negativos, para a maioria dos entrevistados, o trabalho é gratificante, uma oportunidade de aprendizado e realização, assim como os achados em outra pesquisa (Guimarães, 2001).

Os trabalhadores demonstraram envolvimento emocional com seu trabalho, com a história da saúde mental e empatia com os moradores, sinalizando que sua prática não é a-histórica, o que na literatura pouco foi encontrado, os eixos jurídico-político e socioculturais, que enfatizam as mudanças na sociedade como um todo, são pouco citados (Rabelo, 2006).

Acreditam que gostar da área da saúde mental é fundamental para trabalhar nela; é gratificante, uma oportunidade de aprendizado e realização, quando se gosta. Sentem-se felizes quando reencontram ex-moradores e veem que estão bem, dizem sentir saudade de alguns, o que indica que são construídos vínculos, que existem trocas afetivas, o que é desejável para se produzir saúde mental.

Os agentes emocionam-se com as histórias dos moradores, pois muitos passaram 30, 40 anos de suas vidas em Instituições Psiquiátricas em completa exclusão e privação. Entendem que seu papel é importante para reverter isso, ou seja, demonstram entender seu trabalho, como uma prática social.

A análise revelou que também existe um discurso voltado a uma concepção religiosa do trabalho, em que o agente sente-se grato por ajudar, que Deus faz cuidar de quem precisa ser cuidado, e que o paciente precisa agradecer a Deus por ter o agente para tomar conta dele, entendem seu trabalho como uma espécie de “missão” ou mesmo caridade.

Essa concepção coloca o morador como alguém incapaz, que tem uma relação de dependência com o agente, o que vai a desencontre da proposta da reabilitação psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, na qual a pessoa é vista como um sujeito de direitos e as relações com os agentes não são de dependência.

Diferentes entendimentos existem também em relação ao objeto de trabalho, ancorados em distintas concepções teóricas dos trabalhadores.

O discurso revelou concepções pautadas na cultura hegemônica, pois alguns dos entrevistados têm como objeto do processo de trabalho os sintomas e diagnósticos dos moradores, o que remete à concepção da psiquiatria tradicional, construído no campo da ciência positiva, que busca causalidade biológica para compreensão do processo saúde-doença com expressão moral ou comportamental e sustenta a racionalidade técnica, a investigação orgânica e o desenvolvimento de instrumentos construídos nos laboratórios (Silva, 2003).

Para alguns dos entrevistados, o morador é visto como uma criança, alguém potencialmente agressivo ou passivo. Contraditoriamente, em alguns momentos, os discursos revelaram que os profissionais entendem os moradores como iguais, pessoas capazes e fundamentais em seu processo de reabilitação psicossocial. Para esses profissionais, é importante acreditar na capacidade dos moradores viverem em sociedade e articularem-se, o que vai de encontro com as concepções do campo psicossocial.

A análise mostrou que a finalidade do processo de trabalho é a alta do morador, pois os entrevistados entendem que o hospital não é local para morar. A primeira tentativa para que esta alta ocorra, é a busca da família; a outra opção, é a autogestão e, só em último caso, tentam as SRTs, por acreditarem que estas estão reproduzindo a lógica manicomial.

Como os entrevistados entendem que hospital não é lugar para morar ou reabilitar, o processo de trabalho tem como norte a alta do morador, mesmo diante da precariedade da rede de saúde mental em São Paulo. O que evidencia uma superação em relação à concepção dos profissionais que acreditam que o hospital é protetor para o indivíduo (Maciel, 2008), e o local para tratar a crise (Silva, 2007). Estes trabalhadores entendem que os Hospitais Psiquiátricos têm efeito negativo na vida das pessoas, produzindo desabilidades e levando à exclusão.

Para evitar os processos desabilitadores que ocorrem nessas instituições e considerando a possibilidade de cuidar no território, os entrevistados também consideram acompanhar o pós-alta como uma das finalidades do processo de trabalho nos lares abrigados. Um dos entrevistados disse que a finalidade de seu trabalho é fazer com que essas pessoas não sejam internadas novamente, que sejam tratadas nos hospitais gerais e nos CAPS.

Essa preocupação com o pós alta por parte dos entrevistados é legítima diante do fenômeno das reinternações em hospitais psiquiátricos, que é de altíssima incidência na maioria das instituições e vem sendo denominada na literatura em língua inglesa pela expressão "*revolving door*" (porta giratória), indicando o movimento de contínuas entradas e saídas, fazendo analogia às repetidas reincidências dos usuários (Bezerra, 2011).

Os discursos evidenciaram que a finalidade do processo de trabalho é a desospitalização desses moradores, a desinstitucionalização vai além da alta do paciente, pois diz respeito a um percurso crítico sobre o modo de ser do próprio tratamento (Rotelli, 2001); enquanto a desospitalização, é um ato administrativo que faz sair da instituição-hospital, a desinstitucionalização é um processo que faz sair um paciente da instituição psiquiatria (Saraceno, 2001), o que não ocorre com os moradores, quando saem dos lares, pois continuam sob a dependência de outros serviços. A análise do discurso revelou que o agente compreende isso ao criticar o tratamento em outros modelos de assistência, entendendo que o fato de não estar internado em um Hospital Psiquiátrico, não quer dizer que a pessoa esteja desinstitucionalizada.

A desinstitucionalização reivindica a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de forma que eles sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição (Rotelli, 2001). Embora nos lares, haja um movimento no sentido de enriquecer a existência do morador, o modelo da instituição total é limitador dessa prática, pois sua configuração

impossibilita que o morador não seja objeto, como os próprios trabalhadores reconhecem.

Um dos instrumentos utilizados, para que se alcance a finalidade do processo de trabalho, a alta do morador, é prepará-lo para o cotidiano fora do hospital. Nos lares abrigados, os profissionais ensinam os moradores a cuidarem da casa e administrarem suas tomadas de medicação, para que tenham condições de alta.

Os entrevistados relataram reensinar aos moradores atividades básicas para a manutenção de uma casa, como cozinhar, lavar suas próprias roupas, manter o ambiente limpo, e isto é visto como um instrumento que auxilia no processo de alta por aumentar a independência da pessoa e não como um tratamento.

Um dos entrevistados referiu que a pessoa fica acostumada à assistência, pois alguém sempre faz por eles e que isso “abre um abismo”. O nível de exclusão é tão importante que os agentes precisam ensinar, o que é uma moradia, um fogão, uma geladeira, pois eles nunca tiveram contato com esses objetos e, então, os moradores aprendem a lidar com isso, o que os agentes compreendem como importante para que não sejam reinternados.

Ensinar o morador a administrar a tomada de medicações também é visto desse modo pelos profissionais, essa preocupação é coerente, considerando que um dos fatores que tem levado a reinternações, é o uso irregular das medicações (Bezerra, 2011).

É importante salientar que mesmo a questão de readquirir habilidades, sendo fundamental para essas pessoas, isoladamente não quer dizer que estejam reabilitadas, pois a reabilitação psicossocial vai muito além, diz respeito a viver no território, possibilidades de reprodução social e questionamento da lógica da organização social mais ampla.

Outro instrumento utilizado para alcançar a finalidade do processo de trabalho é a própria família, que é a primeira opção na tentativa de resgate da história do morador e possibilidade de moradia para ele. Essa concepção

vai de encontro à Reforma Psiquiátrica no sentido de que coloca a família como ativa, participante no tratamento.

O discurso revelou que existe uma preocupação com os sentimentos e atitudes da família, diante da situação de estar voltando a ter contato com um ente que já está distante do convívio familiar há muitos anos, o que pode gerar sentimentos de receio, por isso, os profissionais relataram promover o entendimento da questão da internação, da possibilidade de cuidado no território.

Depreende-se que o sistema fez com que as famílias se acostumassem com o paciente internado, e que os agentes devem promover essa reaproximação entre morador e família, para que a família “o aceite como ele é e dentro do que tem a oferecer”. Fica clara a visão dos trabalhadores do morador como sujeito, como cidadão que tem o direito de viver com a família, superando a visão que a saúde mental é compreendida, como equilíbrio entre o biológico e a ordem social, que os desvios de comportamento são entendidos como patológicos e um determinado comportamento é esperado para que a pessoa seja aceita ou valorizada.

Os profissionais têm uma atitude compreensiva em relação à família, não a culpando pela internação do morador, mas, entendendo o contexto no qual estas internações ocorreram em uma época em que a única oferta para o tratamento da pessoa com transtorno mental era o hospital psiquiátrico. Um dos agentes relatou que visita a família e esclarece ser possível cuidar fora do hospital psiquiátrico, que a rede pública fornece a medicação.

Essa postura em relação à família evidencia que o trabalhador entende sua prática, como parte dos processos históricos, aos quais está diretamente ligado, o que é fundamental para que se compreenda a Reforma Psiquiátrica. Isto na prática é muito pouco observado, de acordo com a experiência da autora, a maioria dos trabalhadores não tem essa visão, conhece a história de modo superficial e sem o entendimento de que a modernização do hospital psiquiátrico e humanização das práticas não interfere no processo de exclusão a que seus usuários estão sujeitos.

As condutas dos trabalhadores dos lares visam a evitar reinternações e mostram-se coerentes com a finalidade do processo de trabalho, considerando que alguns dos fatores que podem levar à reinternação da pessoa são a ausência de esclarecimento sobre a necessidade de acompanhamento continuado, conflitos familiares, desinformação sobre os transtornos mentais e problemas decorrentes do imaginário que associa a pessoa com transtorno mental à periculosidade, marginalidade e agressividade (Bezerra, 2011).

O entendimento da família, como um possível instrumento do processo de trabalho, mostra superação em relação à concepção de que esta não tem capacidade para cuidar da pessoa, o que seria um empecilho para a Reforma Psiquiátrica, conforme as concepções de alguns profissionais, como foi encontrado na pesquisa de Rabello (2006) sobre as representações da Reforma Psiquiátrica.

A dificuldade a respeito da família é em relação ao vínculo que foi rompido entre esta e o morador, os entrevistados entendem que reestabelecer esses laços é um processo complexo. O morador perde não só o espaço físico na casa, mas também tem perdas subjetivas, então o profissional precisa intervir também nesse sentido. Para tal, referem ser preciso ter paciência e dar suporte à família no pós-alta.

A análise dos discursos dos trabalhadores revelou a percepção de que nem todos os familiares aceitam de imediato a ideia de receber o morador; para alguns, sua internação era considerada uma situação definitiva, o que dificulta o processo de trabalho, pois é uma crença culturalmente enraizada e demanda disponibilidade do agente para trabalhar essas concepções com a família.

A família nem sempre entende o trabalho realizado pelo pessoal dos lares abrigados e a importância deles próprios para a reabilitação de seu familiar, como encontrado na análise. Discutir essas questões traz à tona os conflitos silenciados pelo manicômio e uma possibilidade de rediscuti-los, renegociá-los, indo de encontro à reabilitação psicossocial.

A análise também revelou que alguns familiares sentem vontade de receber novamente a pessoa, têm um laço afetivo, porém existem limitações no sentido material, de um espaço para a pessoa que já perdeu sua cama, seu quarto e tudo o mais. Em estudo sobre projeto de alta assistida em hospital psiquiátrico no Rio Grande do Norte, os familiares falam da impossibilidade de cuidar do paciente, de medo e insegurança no convívio com o mesmo, não se consideram aptos para cuidar, não encontram suporte na rede de saúde mental, o que os faz vivenciar uma sobrecarga emocional e financeira muito grande (Bezerra, 2009). Podemos observar que mesmo superando a insegurança para cuidar, a limitação de recursos financeiros dos familiares mostra ser uma realidade no Brasil, o que reforça a necessidade de políticas abrangentes para a Saúde Mental e a necessidade de discutir o contexto mais amplo.

Ainda, sobre as dificuldades do processo de trabalho, os entrevistados citaram a escassez de SRTs diante da demanda de egressos das longas internações em hospitais psiquiátricos, situação que também foi relatada em estudo realizado, em 2005, nos lares abrigados (Suyama, 2005).

Os discursos evidenciaram que os profissionais entendem, como um direito dos pacientes egressos das longas internações a oferta dos SRTs, porém relatam que esta tem sido muito aquém da demanda. Além do aspecto quantitativo também questionam as práticas que vêm sendo desenvolvidas nesses serviços, pois, na experiência que tiveram com um dos moradores, que foi dos lares abrigados para um SRT, que não podia circular na comunidade, ir aos locais que gostava, permanecendo isolado e excluído do convívio social, o que está em total desencontro com a proposta da Reforma Psiquiátrica, e mostra que, além de abrir serviços substitutivos, é preciso um olhar sobre as equipes que estão constituindo sua força de trabalho.

Quando a família não é uma opção, para que a alta do morador se realize, os profissionais trabalham no sentido de preparar a pessoa para a autogestão, considerando outras possibilidades de moradia, como pensões,

sendo o SRT uma escolha apenas quando as alternativas, família ou autogestão não foram bem sucedidas.

O gerente dos lares abrigados questionou também o que os trabalhadores dos CAPS têm entendido por reabilitação psicossocial, pois uma das moradoras recebeu alta do hospital, mas ficava o dia inteiro trancada dentro de casa, o que na visão do gestor dos lares demanda intervenções da equipe do CAPS. Ele refere que sem uma rede que dê continuidade ao trabalho fica difícil fazer reabilitação psicossocial.

Algumas dificuldades do processo de trabalho são internas à instituição, como a escassez de pessoal e recursos materiais, que também foi apontada há poucos anos na pesquisa desenvolvida (Suiyama, 2005) nos lares abrigados. A escassez de recursos, como transporte, por exemplo, compromete o processo de trabalho, pois os trabalhadores precisam articular com os recursos do território.

O desgaste emocional é considerado uma dificuldade do processo de trabalho, o agente referiu que o trabalho, muitas vezes, é mentalmente cansativo. Esta queixa aparece em vários contextos e serviços diferentes, de acordo com a experiência da pesquisadora e com a literatura.

Os pacientes com internações compulsórias também são vistos como dificuldade para o processo de trabalho, pois estão lá por determinação judicial. Entendendo que a finalidade do processo de trabalho é a alta, e esta não dependeria exclusivamente do empenho dos trabalhadores e dos recursos do território, eles não têm alternativa a não ser esperar as decisões do juiz.

Entre as facilidades do processo de trabalho, estão características do próprio agente, como gostar do que faz e ter experiência, o que permite que aja com flexibilidade no trabalho em equipe e em situações imprevistas, apazigue conflitos entre os próprios trabalhadores ou moradores. Um dos entrevistados diz que todos os que trabalham nos lares abrigados, são sensíveis e que os próprios moradores facilitam o trabalho, pois não criam problemas.

Ser flexível, sensível e estar preparado para as situações imprevistas é importante nos processos de trabalho em saúde mental, considerando o momento atual em que se busca a superação do modelo da psiquiatria tradicional. Tais características são desejáveis nos agentes de saúde, entretanto, a visão de que a característica do morador em não criar problemas com a equipe é um facilitador do processo de trabalho, indica que o agente espera certa passividade por parte do morador, o que se distancia da proposta da reabilitação psicossocial.

Processo de Reabilitação Psicossocial

O manicômio constitui um paradigma dos processos de desabilitação pois, neste o paciente experimenta todos os elementos da vida cotidiana (do dormir, ao comer, do vestir ao usufruir dos espaços, do trocar afetos a receber ordem e submeter-se as normas), mas, que no manicômio assumem seu grau zero no sentido do empobrecimento humano e material (Saraceno, 2001). Os agentes entendem que a reabilitação psicossocial é um processo e não se dá no Hospital Psiquiátrico, mas tem a ver com a vida do morador a partir do momento da alta.

Os dados de tempo de internação revelam que 65% da população internada há mais de um ano em Hospitais Psiquiátricos no Estado de São Paulo estão internadas há mais de dez anos, sendo a faixa prevalente a de dez a quinze anos, 19,31% dos moradores desvelando a gravidade do processo de institucionalização presente nos Hospitais Psiquiátricos do Estado e assim é constatado que, para muitas pessoas, o Hospital Psiquiátrico constituiu a única possibilidade de moradia, no decurso de uma vida longa, porque permanecem internadas há 60, 50, 40, 30, 20 e 10 anos (Censo Psicossocial do Estado de São Paulo, 2008).

Dos quais, 65,27% encontram-se internados por situação de precariedade social combinada com transtorno mental e 8,17% têm na

precariedade social o motivo exclusivo de permanência na instituição, sem menção ao transtorno mental ou à doença clínica associados, o que revela a impropriedade da institucionalização (Censo Psicossocial do Estado de São Paulo, 2008).

O discurso evidencia que os trabalhadores possuem diferentes concepções do objeto do processo de reabilitação. Para alguns são as pessoas com habilidades e excluídas pela longa permanência em hospitais psiquiátricos, para outros, o não exercício de seus direitos e cidadania.

Os moradores dos lares abrigados são pessoas que passaram muitos anos de suas vidas internados, em decorrência disso, passam por importantes perdas materiais e subjetivas. Os entrevistados entendem que o processo de cronificação aparece atrelado ao de exclusão, pois moradores chegam aos lares abrigados em situação precária. Assim, em razão dos muitos anos de exclusão, essas pessoas perdem habilidades básicas para a vida no cotidiano, isto reitera, o que é visto na prática e na literatura, pois o tempo e frequência das internações e possibilidade de reprodução social são inversamente proporcionais.

A análise revelou que os moradores chegam aos lares com grande dificuldade para o auto cuidado, consequência do longo período de internação. O fato dos moradores terem vivido muitos anos internados em Hospitais Psiquiátricos limitados as normas da instituição e a tutela levaram nos a perder as habilidades para cuidar de si, o que evidencia as habilidades geradas nos Hospitais Psiquiátricos.

Os moradores chegam aos lares em situação crítica, mental, social e fisicamente. Sem noções de higiene, não sabem o que é uma cozinha, um banheiro privativo, um dormitório para poucas pessoas; chegam sem saber fazer nada, porque no regime de internação em enfermarias tudo é feito para eles, então, não sabem cozinhar, arrumar uma cama, tomar banho, sentem medo de utilizar faca, de mexer no botijão de gás. Então, os agentes intervêm nessas questões para que o morador ganhe mais independência.

Os moradores também têm importantes perdas materiais, que os agentes entendem, como objeto do processo de trabalho, como no caso dos pacientes que têm seus benefícios bloqueados, pois os hospitais psiquiátricos dos quais vieram acreditavam que eles não precisavam de dinheiro, evidenciando sua postura na qual a pessoa com transtorno mental é objeto e têm seus direitos negligenciados, o que remete à concepção do senso comum baseada no modelo da psiquiatria tradicional que considera a pessoa com transtorno mental como incapaz.

A “pessoa excluída” é um dos objetos do processo de reabilitação; alguns dos moradores ficaram até 30 anos internados, outros chegam sem documentos; alguns sem nem mesmo apresentarem um quadro psiquiátrico, o que caracteriza o manicômio como local de exclusão social. A análise revelou que reabilitar para esses agentes é resgatar as pessoas que ficaram décadas internadas em Hospitais Psiquiátricos e chegam aos lares sem documentos, sem desejos, sem família. Responsabilizar-se com ele como cidadão, o que vai de encontro com a proposta de reabilitação psicossocial que reivindica o resgate tanto dos direitos quanto da subjetividade da pessoa.

Os agentes buscam intervir nos efeitos da internação prolongada para as pessoas, ou seja, as desabilidades e exclusão. Em ambos os casos, os trabalhadores enfocam variáveis que dizem respeito ao contexto, evidenciando superação em relação à visão reducionista que intervém somente na sintomatologia e não na vida concreta da pessoa. Isso indica que os trabalhadores consideram esta pessoa, como um sujeito de direitos, um cidadão, o que vai de encontro à proposta da reabilitação psicossocial e da Reforma Psiquiátrica.

Saraceno (2001) refere que a ausência de especificidade da psiquiatria deve nos levar a raciocinar para compreender como entrar em relação com as variáveis reais que mudam as vidas reais das pessoas reais, e isso só é possível, quando se enfoca a vida da pessoa, sua história, não reduzindo a questões psicopatológicas, que alguns moradores sequer apresentam.

Os instrumentos utilizados no processo de reabilitação psicossocial são bastante variados, desde a família, o próprio morador, afeto, vínculo, empatia, resgatar a subjetividade, até conhecimentos do senso comum. Saraceno (2001) afirma que as interações operativas entre os pacientes e os outros, entre o paciente e a vida material, entre paciente e as respostas que ele recebe, entre pacientes e lugares são o patrimônio ao qual podemos ter acesso e que pode modificar-se sob a força de uma intervenção que crie as condições para que o sujeito possa exercitar mais suas escolhas:

“Na realidade, temos instrumentos úteis, mas dificilmente padronizáveis, à disposição: a escuta, a solidariedade, a afetividade, o experimentar gerar um confronto entre interesses dos pacientes e interesses do contexto (familiar), a possibilidade de modificar o contexto material de vida cotidiana do paciente, a possibilidade de favorecer trocas afetivas entre pacientes e outros. Trata-se de instrumentos empíricos (Saraceno, 2001).”

A família que foi apontada como instrumento do processo de trabalho, no sentido de uma possibilidade de moradia para a pessoa, também aparece como instrumento do processo de reabilitação, sendo considerada a primeira rede social do morador e fundamental para sua reintegração na comunidade. Isto vai de encontro com Saraceno (2001), quando diz que a desabilitação é também o empobrecimento das redes sociais. Ele acredita que seja um erro manter distintos demais os âmbitos da rede social ampliada e da rede social familiar, já que, frequentemente, a margem que as separa é sutil; logo, intervenções que melhorem o *setting* familiar geram também expansões da rede ampliada.

Saraceno (2001) cita a descrição de instituições totais de Goffman, que se aplicam ao hospital psiquiátrico para discutir as desabilidades geradas nesses espaços:

“... O homem tende a dormir, a divertir-se e a trabalhar em lugares diversos, com companheiros diversos, sob diversas autoridades ou sem qualquer esquema racional de caráter global. Característica principal das instituições totais pode ser exatamente

a controlada ruptura das barreiras que habitualmente separam essas três esferas da vida. Primeiro, todos os aspectos da vida se desenvolvem no mesmo lugar e sob a mesma e única autoridade. Segundo, cada fase das atividades diárias se desenvolve em contato estreito com um enorme grupo de pessoas, tratadas todas do mesmo modo e todas obrigadas a fazer as mesmas coisas. Terceiro, as diversas fases das atividades diárias são rigorosamente agendadas segundo ritmo pré estabelecido que as conduz de uma a outra, dado que o complexo de atividades é imposto por um sistema de regras formais explícitas e por um corpo de aderidos a sua execução.”

Viver sob estas condições por longos períodos leva à desabilidade, ao empobrecimento afetivo à perda da individualidade; para que seja possível voltar ao convívio social, o morador precisa reaprender a morar em uma casa novamente, cuidar de seu próprio espaço, conviver com menos pessoas. Os trabalhadores dos lares utilizam, como um dos instrumentos do processo de reabilitação, o resgate da individualidade do morador, que devido ao longo período de internação foi perdida.

Uma das preocupações dos agentes é no sentido de reverter a situação do morador que perde sua individualidade por viver em um ambiente onde não existe privacidade; pois, nas enfermarias, a rigidez das rotinas e o modo de ser da própria instituição negam a subjetividade dessas pessoas. Os entrevistados entendem que cada morador é único e deve ser tratado dentro de sua particularidade.

Resgatar a subjetividade, como instrumento do processo de reabilitação, vai de encontro com a reabilitação psicossocial, no sentido de que o trabalho de “desmontagem” da instituição é, sobretudo um trabalho de desmontagem das funções espaciais, de subjetivação dos espaços, de reaquisição do direito ao uso dos espaços (grifo do autor) (Saraceno, 2001), a análise evidenciou que os trabalhadores dos lares compreendem isso e esforçam-se tentando reverter a situação, mas têm sua margem de atuação limitada pelo modelo de atenção, afinal o morador continua em uma instituição onde existe normas para seu funcionamento.

Afeto e conhecimentos do senso comum também são utilizados como instrumentos para reabilitar. O profissional entende que a pessoa precisa de motivação, precisa se sentir capaz e, para isso deve-se ter paciência e trabalhar com amor.

Levar o paciente a acreditar, ter autoestima e autoconfiança é importante no processo de reabilitação psicossocial, porém não podem ser visto como determinante exclusivo que levará à reabilitação psicossocial, pois mais uma vez, depositam apenas na pessoa e não no contexto a possibilidade de êxito.

Quando o agente diz que tendo pensamento positivo a pessoa conseguirá reabilitar-se, nega as dificuldades objetivas e materiais para que isso ocorra, que são exteriores à pessoa e não dependem dela somente.

A visão de que simplesmente recebendo amor, sendo tratado com paciência e “pensando positivo” o morador será reabilitado, retira da discussão variáveis importantes, como o nível de poder contratual da pessoa que tem um transtorno mental e caminha no sentido de humanização das práticas em detrimento da desinstitucionalização.

A análise evidencia que existe empatia pelos moradores e entendimento destes como sujeitos históricos, o agente entende que os moradores são “(...) *parte da gente. Eles fazem parte da história da nossa gente*”, o que é importante para a Reforma Psiquiátrica, haja vista a profundidade das mudanças que almeja.

Alguns dos ex-moradores criam vínculo com os profissionais dos lares abrigados e voltam para visitá-los ou telefonam, acabam tornando-se parte da rede social dessas pessoas. Para o gerente dos lares, eles são sempre bem-vindos como visitantes, o que pode ser positivo, se estes profissionais forem uma parte da rede social dessas pessoas, mas não no caso de ser o único espaço a ser “visitado” pelo ex-morador.

A reabilitação psicossocial aponta para a apropriação dos diversos espaços no território, se o morador tem vínculo apenas com os serviços de

saúde, sua autonomia será bastante limitada, como será discutido mais adiante.

A análise dos discursos revelou concepções da reabilitação psicossocial como independência, resgatar direitos, cidadania, reinserção social, aumento do poder de contratualidade, casa/morar, condições de trabalho e participar do mercado das trocas.

Conseguir transitar pela cidade para ir ao dentista, ao banco, andar de ônibus, buscar seus próprios remédios é entendido como independência, que a análise do discurso evidencia ser uma das finalidades da reabilitação psicossocial.

O fato de poder transitar por esses espaços sem outras pessoas, certamente, é importante, mas não aumenta o poder contratual que está relacionado à autonomia dessas pessoas, que é diferente de independência. Dependentes todos somos, a questão da pessoa com transtorno mental é quantitativa, ou seja, ela depende excessivamente de poucas relações/coisas, e esta dependência restrita, diminui a autonomia da pessoa. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois, isso amplia as possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (Kinoshita in Pitta, 2001).

Os entrevistados também explicitam como finalidade da reabilitação psicossocial, o resgate da cidadania dos moradores, pensando desde seus direitos mais básicos, como ter documentação e viverem na comunidade, até o direito de serem aceitos como são, que os “normais” aprendam a conviver com a diferença. Esse entendimento está de acordo com os princípios da reabilitação psicossocial, pois considera o contexto e a relação entre a sociedade e a loucura.

Um dos entrevistados relatou que a finalidade da reabilitação é reaver o direito à vida na comunidade, de estar no meio social do modo que se consegue estar e não ser tutelada por uma instituição, o que vai de encontro à reabilitação psicossocial.

Em várias frases temáticas, a finalidade do processo de reabilitação psicossocial é a reinserção social do morador, entendendo essa reinserção como um direito da pessoa a voltar para o convívio social, de retomar seu direito à liberdade e ser aceito.

O fato de a pessoa estar vivendo na comunidade e ser aceita como é, não significa por si só que ela está reinserida. É preciso considerar seu poder de contratualidade nos espaços da comunidade, pois o que se pretende com a Reforma não é que essas pessoas sejam simplesmente toleradas, e sim uma ruptura com os estereótipos negativos relacionados a pessoas com transtornos mentais, uma outra forma da sociedade relacionar-se com a loucura.

A análise dos discursos permitiu compreender que o aumento do poder contratual do morador é uma das finalidades da reabilitação, mas, para isso, os trabalhadores precisam estar nos espaços sociais junto, negociando com os municípios e batalhando um lugar para esses moradores, o que vai de encontro com a reabilitação psicossocial, pois como explica Saraceno (2001):

“Uma crítica aos modelos formalizados de reabilitação que irrompem na literatura se refere ao fato de que a reabilitação consistiria em um percurso do paciente desde a desabilitação a habilitação, entretanto não existem as desabilidades e as habilidades ‘em si mesmas’, estão sempre contextualizadas nos complexos conjuntos de determinantes constituídos pelos lugares onde se dão estas intervenções, pelas organizações dos serviços, pelas interações com as estruturas sanitárias e sociais de um território, pelos recursos colocados em campo”.

Desse modo, precebe-se que um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é representado pelo quanto o próprio “estar” em qualquer lugar torna-se um “habitar” esse lugar. O habitar tem a ver com um grau mais evoluído de “propriedade” (não somente material) do que o estar, que remete à escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço pelo indivíduo, com uma

anomalia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional nem material, nem simbólico (Saraceno, 2001).

O habitar tem a ver com um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com os outros. O manicômio (como o cárcere) é o lugar por excelência onde é negado o habitar e afirmado o estar. (Saraceno, 2001).

A análise revelou que os trabalhadores têm essa visão do manicômio, pois afirmam e enfatizam que o hospital não é local para morar, reiterando que este é um local de zero troca (Rotelli, 2001). A princípio, os trabalhadores têm uma preocupação com a casa no sentido material, porém existe também uma preocupação no sentido de “habitar”, quando se entende que a pessoa estará residindo em sua comunidade, em um endereço que não é de uma instituição psiquiátrica, com a possibilidade de resgatar sua história e organizar suas coisas do jeito que gosta.

Os discursos indicaram que essa preocupação com o “habitar” também se dá enquanto o morador ainda está nos lares, onde existe um olhar para os seus desejos, onde eles têm liberdade para participarem das atividades se quiserem. Saraceno (2001) diz ser necessário e possível trabalhar o habitar mesmo na ausência de uma casa, formulando políticas ou programas que tenham como objetivo a transformação dos habitat (sejam estes manicômios, casas, ambulatorios, residências protegidas ou o domicílio dos próprios pacientes), é o processo de transformação de espaço em lugar, de instituição residencial em habitat o que deve dar sentido à prática reabilitativa.

Quando os entrevistados criticam o SRT por reproduzirem a lógica manicomial é nesse sentido de impossibilidade de habitar, pois não mostram respeitar a subjetividade e direitos de seus moradores.

O gerente dos lares abrigados ressaltou a importância de aumentar o poder de contratualidade do morador, de batalhar um lugar para eles,

mostrando compreender que a reinserção social não é apenas estar na comunidade, mas, construir uma rede de relações.

O discurso revelou que ter uma fonte de renda também é uma das finalidades da reabilitação psicossocial. Essa fonte pode ser o trabalho, que não é visto como tratamento, norma ou ocupação do tempo, mas como inserção laborativa que, conforme Saraceno (2001) pode promover um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos, o que aparece também como finalidade do processo de trabalho: a participação das trocas no mercado e a possibilidade de consumir o que deseja.

A análise revelou que os entrevistados questionam o papel segregador do hospital psiquiátrico, entendendo que a crise deve ser tratada em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais e não em hospitais psiquiátricos. Desse modo, o Hospital Psiquiátrico é visto como um local a ser extinto por reafirmar o processo de exclusão social. Essa visão evidencia superação em relação ao paradigma da psiquiatria tradicional, em que os profissionais consideram que o hospital é protetor para o indivíduo e o local para tratar a crise, que ainda é a concepção hegemônica.

Na prática, percebemos que muitos dos trabalhadores de Hospitais Psiquiátricos têm grande dificuldade em entender a Reforma Psiquiátrica, compreendendo-a como o processo de desospitalização, modernização do modelo e humanização das práticas, cujo objeto continua a ser a doença mental e a finalidade o equilíbrio entre os aspectos biológicos e a ordem social.

O fato de trabalhar em um Hospital Psiquiátrico e, ainda, sim criticá-lo enfaticamente, reiterando as críticas presentes na literatura (Basaglia, 1985; Castel, 1991; Rotelli, 2001; Saraceno, 2001; Amarante, 2003), sugere que os trabalhadores consideram que sua prática também tem cunho social/político e revela que estão comprometidos com os interesses dos moradores em detrimento da manutenção do *status quo*.

A análise revelou também uma crítica à sociedade que precisa mudar para se relacionar de outra forma com a loucura, o que vai de encontro com o que é proposto pela reabilitação psicossocial, em que se busca criar situações que respeitem os limites da pessoa a fim de criar possibilidades de vida e cidadania plena (Saraceno, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do pressuposto deste estudo, assim como seu desenho foi realizada na perspectiva de um cenário diferente: enfermarias fechadas em um hospital-escola. Entretanto, o comitê de ética da instituição não autorizou a realização da pesquisa na instituição em questão e foi necessário mudar o cenário.

A coleta de dados foi realizada em outra instituição psiquiátrica, em uma das unidades do núcleo de reinserção social desta instituição, pois o núcleo tem por objetivo a reabilitação psicossocial. Os dados foram coletados apenas nos lares abrigados, em razão das limitações de tempo de uma pesquisa de mestrado, não poderíamos realizar a coleta em todo o núcleo, então, foram escolhidos os lares que se aproximam mais da proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno (2001), de acordo com a diretoria da Instituição.

O presente estudo buscou conhecer a representação dos profissionais que trabalham em lares abrigados de um Hospital Psiquiátrico a respeito da reabilitação psicossocial, identificar se os profissionais utilizam estratégias de reabilitação psicossocial em suas práticas cotidianas, para entender como as equipes que trabalham nessas instituições estão adequando-se aos preceitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Entendendo o hospital psiquiátrico um local de troca zero (Rotelli, 2001), este estudo buscou analisar as possibilidades e impossibilidades das equipes de trabalhadores desenvolverem práticas fundamentadas nos conceitos e estratégias da Reabilitação Psicossocial em Hospitais Psiquiátricos.

As possibilidades ocorrem na superação das práticas centradas no paradigma clínico, recortado exclusivamente no âmbito biológico dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença mental que os trabalhadores demonstraram, pois os sintomas e diagnósticos aparecem muito pouco nos

discursos. Os trabalhadores consideram as reais necessidades da pessoa, tanto as materiais como as psicossociais propriamente ditas e estabelecem relações que permitem a reconstrução da história de vida dos moradores.

As representações sociais, como categoria analítica, revelaram que os trabalhadores entendem a reabilitação psicossocial, como independência, aumentar o poder contratual da pessoa com transtorno mental, olhar a pessoa como cidadã, respeitando e lutando por seus direitos: de morar, trabalhar e reestabelecer laços sociais. Contrastando com essa concepção, ainda em alguns momentos, os discursos revelaram as funções do manicômio como controlar, proteger as pessoas com transtorno mental, no processo de trabalho dos agentes de nível médio.

A categoria analítica processo de trabalho revelou objetos contraditórios, em que coexiste a concepção da pessoa com transtorno mental embasada no modelo da psiquiatria tradicional e a concepção como sujeito de direitos, capaz de se articular e viver na comunidade, coerente com a visão da reabilitação psicossocial. Revelou ainda que a finalidade é a alta e não reinternação do paciente e os instrumentos (resgatar habilidades, apoiar a família, aumentar a independência da pessoa) mostraram-se coerentes com essa finalidade.

Existe um movimento no sentido da articulação da dimensão técnica, social e histórica com a questão da loucura, mas que ainda está se iniciando, o que é compreensível, pois as concepções da reabilitação psicossocial e as políticas de saúde voltadas aos direitos das pessoas com transtornos mentais são bastante recentes na realidade brasileira.

Os trabalhadores utilizam instrumentos como a família, o próprio usuário e o resgate de sua individualidade, afeto, vínculo e empatia para reabilitar e referem muitos casos em que seu processo de trabalho dá certo, nos quais a pessoa consegue restabelecer-se na comunidade e não precisa mais ser reinternada, o que por si só, não significa que esteja reabilitada, pois o processo de reabilitação é muito mais complexo, mas indica êxito na finalidade do processo de trabalho, que a análise revelou ser, o que os

trabalhadores consideram o primeiro passo para a reabilitação de fato: não estar no Hospital Psiquiátrico.

Conforme os trabalhadores, o que limita as possibilidades de reabilitação são a precariedade da rede de saúde mental em São Paulo e as próprias limitações institucionais no que diz respeito a recursos humanos e materiais, bem como alguma resistência por parte das famílias em razão do vínculo que é rompido ou mesmo das dificuldades financeiras para receber a pessoa.

Esses trabalhadores entendem que a reabilitação psicossocial é um processo, começa no preparo da pessoa para a vida fora do Hospital Psiquiátrico, mas não se esgota aí, pois diz respeito a viver no território (ambiente social e cultural concreto) e a ideia de reconstrução do exercício pleno da cidadania e da contratualidade social em seus três cenários: casa, trabalho e rede social (Saraceno, 2001).

Entendem também que hospital não é local para morar ou reabilitar, pois é justamente o fator que leva às desabilidades, um local de zero troca, onde existe a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não têm poder (Basaglia, 1985). O gerente dos lares orienta a equipe nesse sentido e explica que não são todos os hospitais psiquiátricos que realizam trabalho semelhante ao deles, reforçando que esses locais ainda são de confinamento e exclusão, o que vai de encontro à Reforma Psiquiátrica.

Podemos dizer que o trabalho nos lares abrigados proporciona que o paciente volte a viver na comunidade e enquanto permanece nos lares tenha a possibilidade de uma vida mais digna que nas enfermarias, pois tem a possibilidade de habitar e não, simplesmente, estar.

Entretanto é importante salientar que os moradores continuam sob o poder do Hospital Psiquiátrico e da equipe, limitados à normas institucionais, menos rígidas em relação às das enfermarias, mas, ainda presentes. O que a análise revelou ser entendido pelos trabalhadores.

A legislação da Reforma Psiquiátrica no Brasil é recente, assim como o próprio conceito de reabilitação psicossocial que está se consolidando e vem coexistindo com o paradigma da psiquiatria tradicional, como mostram a literatura e também os resultados encontrados nesta pesquisa. Já estão sendo formados trabalhadores ancorados nos preceitos da reabilitação psicossocial que poderão atuar nos diversos serviços, possibilitando avanços na consolidação da Reforma Psiquiátrica, buscando um novo modo de lidar com o sofrimento psíquico e superando o paradigma reducionista que tem como objeto a doença mental e ignora as partes sadias e a potencialidade das pessoas com transtornos mentais, que historicamente vêm mantendo essa população à margem da sociedade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Amarante P, coordenador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU; 2003.

Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1995.

Bader S. Inclusão: exclusão ou inclusão perversa? In: Bader S, organizador. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 7-13). Petrópolis: Vozes; 2002.

Barros DD. A desinstitucionalização: desospitalização ou desconstrução?. *Rev Terapia Ocup* 1991; 1(2):101-6.

Barros S, Bichaff R, organizadores. *Desafios para a desinstitucionalização. Censo psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo*. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; 2008.

Barros S, Egry EY. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice*. 1 ed. Taubaté: Editora Cabral; 2000.

Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet] 2007 dez. São Paulo, 41, n. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500013&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Sept.2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500013>.

Barros S. *Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores* [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2004.

Barros S. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice*. [tese] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1996.

Basaglia F. As instituições da violência. In: *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 99-133.

Bezerra CG, Dimenstein M. Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. *Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 829-848. 2009 . Disponível em <.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300016&lng=en&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300016>.>

Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, Barbacena, v. 9, n. 16, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30set.2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília (DF); 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Brasília (DF); 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular. São Paulo: SES/SP; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão: 2003-2006 [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2011 out. 3].

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

Campos CMS, Barros S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. *Rev Esc Enf USP* 2000; 34(3):271-76.

Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciênc Saúde Colet* 2003; 8(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200022&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Sept. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200022>.

Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Minayo C, et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.

Castel R. A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1991.

Cavalcante GMM, Tavares MMF, Bezerra WC. Terapia ocupacional e capitalismo: articulação histórica e conexões para a compreensão da profissão. Rev Ter Ocup USP [periódico na Internet]. 2008 Abr [citado 2011 Set 01]; 19(1): 29-33. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042008000100005&lng=pt.

Chamma RC, Forcella HT. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. Rev Esc Enf USP 2001; 35(2):184-90.

Demo P. Introdução à Metodologia da Ciência. São Paulo: Atlas; 2008.

Demo P. Metodologia Científica em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas; 2009.

Faria H, Werneck M, Santos MA. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

Faustino R, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. Rev Bras Enferm [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2012 Sep 30]; 59(6): 734-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000600003>.

Ferro LP. Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. Psicologia: Ciência e Profissão 2009; 29(4):752-67. Acesso em set 2012, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400008&lng=en&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400008>.

Foucault M. Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Giordano S. A Persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo. São Paulo, Dissertação mestrado – Faculdade de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 1988/Mimeografado.

Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMN, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 229-50.

Guimarães AN, Fogaça MM, Borba LO, Paes MR, Larocca LM, Maftum MA. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935- 2001). Texto contexto – Enferm 2010 June [cited 2010 Nov 02]; 19(2): 274-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01040707201000020008&lng=en . doi: 10.1590/S0104-07072010000200008.

Hirdes A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. Ciênc. Saúde coletiva [serial on the Internet]. 2009 Feb [cited 2010 Nov 10] ; 14(1): 165-71. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14181232009000100022&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232009000100022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/PRH, Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS; 2010.

Jasniewski C, Paes M, Noeremberg GA, Brusamarello T, Alves M. Tratamento da pessoa com transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira: percepções dos familiares. Colombia Médica;2011. Disponível em: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/821/1480>. Date accessed: 30 Sep. 2012.

Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz M. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. Rev Bras Enferm 2006 Dec [citado Nov 2010] ; 59(6): 734-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167200600060003&lng=en . doi: 10.1590/S0034-71672006000600003.

Leão A. As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental. [dissertação] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2006.

Lima MG. Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo. [tese] Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; s.n; 2002. 184 p.

Maciel SC, Barros DR, Silva AO, & Camino L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. Psicologia: Ciência e Profissão, 29(3), 436-447. Retrieved September 30, 2012, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

98932009000300002&lng=en&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000300002>.

Marx K. O Capital, Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1998.

Mendes RBG. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde; 1992.

Messas GPO espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. Hist Cienc Saúde-Manguinhos [serial on the Internet]. 2008 Mar [cited 2012 Sep 30]; 15(1): 65-98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000100005>.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Oliveira AGB. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. Esc Anna Nery [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2010 Nov 01]; 10(4): 694-702. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400011&lng=en. doi: 10.1590/S1414-81452006000400011

Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança; 2001.

Pinto ATM, Ferreira AAL. Problematicando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. Psicol Estud, Maringá, v. 15, n. 1, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722010000100004&lng=en&nrm=iso. access on 08 Nov. 2010. doi: 10.1590/S1413-73722010000100004.

Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. Rev Bras Enferm 2000; 53:251-63.

Pitta MF, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 33-47.

Rabelo IOV, Torres ARR. Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. Psicol Cienc Prof, Brasília 2005; 25(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

98932005000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Sept. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000400010>.

Rabelo IOV, Torres ARR. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estudos de Psicologia* (Campinas); 2006, 23(3), 219-228. Retrieved September 30, 2012, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000300001&lng=en&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300001>.

Resende H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis SA, Costa NR, organizadores. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 4. ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987. p. 15-74.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2), Apr. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Sept. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>.

Rotelli F, Amarante P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil. Aspectos Históricos e Metodológicos. In: Bezerra B, Amarante P, organizadores. *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, organizadores. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001.

Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(2), Apr. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Sept. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>.

Saraceno B. *Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá; 2001.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-8.

Silva ALA, Fonseca RMGS. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. *Rev Lat-Am Enferm* [serial on the Internet]. 2003 Dec [citado Set 2012]; 11(6):800-6 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692003000600015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600015>.

Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Lat-Am Enferm 2005 June [cited 2012 Sep 30]; 13(3):441-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300020>.

Silva ATMC, Barros S. O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa - Paraíba. Rev Esc Enferm USP 2005 Sep [cited 2012 Sep 30]; 39(3):310-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300009>.

Silva LCL. O lugar dos hospitais psiquiátricos no município de São Paulo frente ao processo de reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil pela voz dos trabalhadores [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007.

Souza ACS. Processos de trabalho [no campo psicossocial] de uma equipe de referência do CAPS III percursos para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011.

Suiyama RCB. Os Lares Abrigados: um estudo de caso da situação atual de moradores de um hospital psiquiátrico [dissertação] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.

Villela C, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev Bras Enferm. [periódico na Internet]. 2004 Dez [citado 2010 Maio 10]; 57(6):738-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000600022&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-71672004000600022.

APÊNDICE

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados de identificação

Nome do entrevistado _____

II – Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: Reabilitação Psicossocial em Hospital Psiquiátrico: As representações e práticas dos Trabalhadores. Pesquisadora: Talita Moreira Andrade (COREN/SP: 180594). Mestranda no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, área de concentração Enfermagem Psiquiátrica da EEUSP – SP. Fone: (11) 36085759 (11) 97767038 e-mail:

andradetali@gmail.com Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3066-7548

III – Registro das explicações ao participante: Este estudo tem como objetivo conhecer a representação dos profissionais que trabalham em um hospital psiquiátrico a respeito da reabilitação psicossocial para analisar as possibilidades e impossibilidades de se implantar estratégias de Reabilitação Psiquiátrica em Hospitais Psiquiátricos. Você é livre para expressar suas idéias e poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre a sua participação nele, se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado (a) a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos ou constrangimentos. Se você se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo. Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo. A possibilidade de riscos ou desconfortos no decorrer da pesquisa é mínimo. O benefício a comunidade é gerar conhecimento de como a Reforma Psiquiátrica vem avançando no contexto atual no Brasil. Você receberá uma cópia deste termo e poderá entrar em contato no caso de qualquer dúvida.

IV – Consentimento Livre e Esclarecido

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado,

consinto em participar da presente pesquisa”.

São Paulo, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do colaborador da pesquisa

Assinatura

do

pesquisador

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de agosto de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Talita Moreira Andrade

Ref.: Processo nº 1073/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0088.0.196.015-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Profissionais que trabalham em um Hospital Psiquiátrico: as representações e práticas de reabilitação psicossocial**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita de Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos.

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Tel.: (011) 3061.7601 - Fax: (011) 3061.7615

São Paulo - SP - Brasil

e-mail: enpee@usp.br

Pedido de autorização institucional

São Paulo, 09 de novembro de 2011.

Prezado Senhor,

Vimos solicitar autorização para Talita Moreira Andrade, aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizar a pesquisa intitulada "Profissionais que trabalham em Hospital Psiquiátrico: as representações e práticas de Reabilitação Psicossocial" (título provisório), para a obtenção de título acadêmico, nível mestrado. Esclarecemos que a pesquisa será realizada com os profissionais que prestam assistência direta aos pacientes nas seguintes unidades: Gerência de Reinserção Social, Núcleo de Moradores de Enfermaria - Convívio, Núcleo de Lares Abrigados e Núcleo de Oficinas de Produção. A pesquisa tem como finalidade analisar as possibilidades e impossibilidades de se implantar estratégias de Reabilitação Psicossocial em Hospitais Psiquiátricos e especificamente: 1. Conhecer a representação dos profissionais que trabalham no hospital a respeito da reabilitação psicossocial; 2. Identificar se os profissionais utilizam estratégias de reabilitação psicossocial, como instrumento ou finalidade, em suas práticas cotidianas; 3. Analisar as práticas dos profissionais que trabalham no hospital na perspectiva da reabilitação psicossocial. Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Profª Drª Sônia Barros
Coordenadora da Área de Saúde Mental
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica

Autorizo o desenvolvimento da pesquisa nesta instituição

Ilmº Dr Eduardo Augusto Guidolin
Diretor Técnico do Hospital Psiquiátrico Pínel

ANEXO 3 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro de Entrevista

1. Dados de identificação

Nome:

Sexo: F () M ()

Idade:

Profissão

Formação (técnico, graduação, especialização, pós-graduação):

Tempo de formação:

Tempo de trabalho na Instituição:

2. Questões Norteadoras:

Na sua prática assistencial, você trabalha com reabilitação psicossocial?

Justifique

Descreva uma situação de atendimento em que, do seu ponto de vista, você estava fazendo reabilitação psicossocial.