

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

**Querer ficar, querer sair: os paradoxos da
internação psiquiátrica para usuários de serviços
de Saúde Mental**

Juliana Aparecida de Oliveira

São Paulo

2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

**Querer ficar, querer sair: os paradoxos da
internação psiquiátrica para usuários de serviços
de Saúde Mental**

Dissertação apresentada ao Programa
de Estudos Pós-graduados em
Psicologia Social, Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo,
como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Psicologia Social,
sob orientação da Profa. Dra. Mary Jane
Paris Spink.

Juliana Aparecida de Oliveira

São Paulo

2007

BANCA EXAMINADORA

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/_____

Oliveira, Juliana Aparecida de
Querer ficar, querer sair: os paradoxos da internação psiquiátrica para usuários de
serviços de Saúde Mental. São Paulo: PUCSP, 2007.

115 p.

Dissertação – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

1. Saúde Mental. 2. Construcionismo Social. 3. Desinternação Psiquiátrica. Tese
(Mestr. – PUCSP). I. Título

Dedico esse trabalho para todas as pessoas excluídas e segregadas, que pouco são ouvidas ou compreendidas, seja pela sociedade, pela família, pelos amigos, pelo mundo profissional ou por seus relacionamentos afetivos...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo apoio e pelos ensinamentos sobre a importância da educação e do trabalho. Sem dúvida esse aprendizado se deve a vocês: minha mãe Antonia e meu pai Marques.

Agradeço imensamente à minha irmã Luciana, a quem devo as leituras atentas e disponibilidade constante.

À minha querida orientadora Mary Jane Spink, que tem lugar muito especial no meu coração e que foi uma orientadora mais do que brilhante! Obrigada por ter acreditado nessa pesquisa e compreendido minhas ausências forçadas...Sua maneira humana, compreensiva e ao mesmo tempo crítica e exigente, tornou-me uma pessoa melhor e uma eterna admiradora do seu trabalho!

A Rafael Camilo por ter surgido em um momento fundamental em minha vida, dando-me acolhimento, escuta e amor.

À minha gestora Carla Sauer, pela compreensão, incentivo, confiança e disponibilidade em auxiliar-me nos momentos mais difícieis. Obrigada pela força contagiente, sem a qual este trabalho talvez não se realizasse.

A meus amigos de trabalho, pela ajuda e amizade! Alessandro Tavares, Jussara Lemos e Sandro Lisboa.

Aos meus eternos professores Eliane Costa Dias, Elaine Catão, Cláudio Capitão, Ari Caletti e Oswaldo Morello. Em especial à Rita Romaro a quem manterei permanente admiração, respeito e agradecimento!

A todos os meus amigos por entenderem as ausências e vibrarem com essa conquista. Em especial à Ellen, Bianca, Milla, Shirley e Jorge.

À minha grande amiga Helenita. Nossas reflexões, discussões, além de toda a sua ajuda foram mais do que fundamentais!

Ao amigo Vinicius Stopa, por suas contribuições, leituras, sugestões e conversas!

Agradeço ao amigo de infância Humberto, pela visão crítica na construção dos gráficos e a Hamilton Rodrigues, pelo auxílio na construção do projeto inicial de mestrado.

A meu primo Eurico, pelo toque de "engenharia" nos mapas...

A Alexandre Magalhães, por tudo e tudo...

À todas e todos os colegas do núcleo de pesquisa da PUCSP. Principalmente à Jacqueline, Alexandre e Tina pelas fundamentais contribuições, reflexões e críticas.

À Ianni Scarcelli e Maria Cristina Vicentin por me honrar com a participação na banca e pelas valiosas sugestões!

Agradeço imensamente à instituição pesquisada, seus profissionais e usuários que, por questões éticas, infelizmente não poderei retratar os nomes.

Por fim, agradeço à CAPES pela preciosa bolsa de estudos!

Resumo

OLIVEIRA, Juliana Aparecida de. *Querer ficar, querer sair: os paradoxos da internação psiquiátrica para usuários de serviços de Saúde Mental.* 2007. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Partindo do pressuposto que a Reforma Psiquiátrica está em pleno processo de construção e que em decorrência de seus pontos falhos, alguns usuários podem querer continuar vivendo em hospitais psiquiátricos, o presente estudo investiga, por meio das práticas discursivas de usuários e trabalhadores de um serviço de Saúde Mental da cidade de São Paulo, os sentidos que sustentam o suposto “desejo de permanecer internado”. Para coleta de informações elegimos um hospital psiquiátrico da cidade de São Paulo, predominantemente vinculado ao SUS, onde fizemos visitas durante o período de agosto de 2005 a março de 2006, distribuídas entre observação das rotinas, participação nas variadas atividades, entrevistas com usuárias que verbalizaram o “desejo de permanecer no internamento” e uma Irmã de Caridade, “porta-voz” da equipe profissional. A análise das informações coletadas foi sustentada a partir da perspectiva do construcionismo social. De modo geral, as entrevistas contribuíram para melhor entender o suposto desejo de “permanecer no hospital psiquiátrico”. A falta de condições financeiras, habitação, trabalho, relacionamentos sociais, além de internações psiquiátricas recorrentes, pareceram dificultar a reinserção social, bem como diminuir a proximidade com a família. Além disso, o hospital psiquiátrico pareceu tornar-se uma “proteção” do usuário em uma sociedade intolerante perante a loucura. É válido destacar as falas das usuárias sobre o hospital e a experiência de internação psiquiátrica foram acompanhadas de lapsos de linguagem e feições entristecidas, retratando o sofrimento da internação e a contradição presente em “optar” pela vida intra-muros. A partir dessas reflexões indaga-se sobre a urgência do fortalecimento efetivo da rede social extra-muros, a partir da estruturação da Reforma Psiquiátrica, de modo a possibilitar o desejo de retorno ao convívio social.

Palavras-chaves: Desinternação Psiquiátrica, Usuários de Serviços de Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Construcionismo Social.

Abstract

OLIVEIRA, Juliana Aparecida de. *Querer ficar, querer sair: os paradoxos da internação psiquiátrica para usuários de serviços de Saúde Mental.* 2007. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

The Reform of Psychiatric services in Brazil is in process of consolidation and the transition from treatment at psychiatric hospitals to rehabilitation and shelter services is still under way. As such, due to a variety of reasons, some clients of these services prefer to remain at psychiatric hospitals instead of returning to their homes. Research was carried out at a psychiatric hospital attached to SUS (Sistema Único de Saúde) and located in the city of São Paulo, in order to better understand the reasons for the resistance to disinterment. Information was gathered with clients and professionals using a diversity of research strategies (observations, conversations, interviews and participation in routine activities) during the visits made to the institution between August 2005 and March 2006. Interviews were carried out with patients that, according to the various health professionals working at this institution, externalized the "desire to remain in the internment" and with a Charity Sister that assumed the role of "spokesman" for the professional team. The analysis was base on Discursive Social Psychology in dialogue with a constructionist perspective. The desire to remain at the hospital was based on multiple factors, including lack of financial conditions, of housing, family, work and social relationships, as well as the progressive weakening of these social bonds due to frequent psychiatric internments. Moreover, the psychiatric hospital seems to function as a protective shell from a society that is intolerant with regards to mental illness. However, the desire to remain in hospital seems to be more related to lack of alternatives than to internment itself as the people that were interviewed often were sad and their speech presented many lapses and contradictions indicating paradoxical positions regarding staying in and leaving. We conclude that it is urgent to implement the proposals of the Psychiatric Reform, specially concerning strategies for strengthening social bonds in order that the desire to return to social life can truly blossom.

Keywords: Psychiatric Disinterment, Mental Health Care Service Users, Psychiatric Reform, Discursive practices, Social Construction.

SUMÁRIO

Por que mesmo pesquisar esse tema?	01
1 . A segregação no hospital psiquiátrico	06
1.1 A discussão atual entre os Conselhos de Classe	09
1.2 Espaço e Lugar	12
1.2.1 O espaço em questão: a importância de seus materiais	14
1.2.2 As dificuldades de encontrar um lugar para viver	16
1.2.3 O hospital perigosamente se tornando um lugar	18
2. A Rede Social extra-muros dos usuários de serviços de Saúde Mental	20
2.1 Serviços Substitutivos	25
2.1.1 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS	27
2.1.2 Serviços Residenciais Terapêuticos	31
2.1.3 Unidade Básica de Saúde	34
2.1.4 Hospital Geral	35
2.1.5 Hospital Dia	35
2.2 Educação e Trabalho	36
2.3 Familiares e Relacionamentos Sociais	39
2.4. Conscientização Social	41
2.5. Políticas Públicas de Incentivo	43
2.6. Habitação	45
3. Objetivos e Procedimento	46
3.1 Objetivo	47
3.2 Pesquisando em um hospital psiquiátrico	47
3.3 Análise contínua de informações	50
3.4 Entrevista semi-dirigida	50
3.5 Entrevista e produção de sentido	52
3.6 Método de análise das entrevistas com as usuárias	53
3.7 Método de análise com a representante do hospital	55
3.8 Irmã Laura como <i>porta-voz</i>	55
4. Que hospital é esse? Situando o hospital pesquisado.	57
4.1 Espaço Físico	57
4.2 Distribuição dos leitos hospitalares	61
4.3 Administração Hospitalar	62
4.4 Os Serviços Técnicos	63
4.4.1 Equipe médica	63
4.4.2 Equipe de Enfermagem	63
4.4.3 Setor de Psicologia	64
4.4.4 Terapia Ocupacional	64
4.4.5 Setor de Assistência Social	66
4.5 Visitas e Licenças	67
4.6 Voluntariado	67
4.7 Uma mudança na equipe do hospital	68
4.8 Sobre o processo de internação e desinternação	69
4.9 A desinternação na concepção do hospital	76

5. A desinternação na concepção das usuárias	82
5.1 Vilma	82
5.2 Rosana	89
5.3 Benedita	94
5.4 Paula	96
5.5 Silvia	100
5.6 Considerações sobre as entrevistas	108
6. Considerações Finais	111
Referências Bibliográficas	

Por que mesmo pesquisar esse tema?

Todos sabemos o quanto é sujo e esfarrapado o bôbo da aldeia, tratado mais como um animal do que como um ser humano, objeto de chacota das crianças ou servindo de bicho-papão para assustá-las. Quando entramos num hospício, porém, o cheiro insuportável dos pavilhões fechados (o cheiro típico do manicômio), a balbúrdia das vozes, a barba e a saliva na boca dos internados, as camisas cinzentas, as cabeças raspadas – esses são os mesmos elementos da paisagem da doença mental no mesmo país onde se encontram a Galeria dos Uffizzi, Portofino, Capri, Veneza e Roma.

Franco Basaglia.

Quando criança, minha mãe e meus vizinhos tinham medo de um homem que passava pela rua gritando, atirando pedras e xingando as pessoas. Proibida de chegar ao portão nesses momentos, meus sentimentos oscilavam entre medo, curiosidade e tristeza. Será que aquele homem não tinha família? Quem seria ele e porque fazia isso? Ninguém poderia auxiliá-lo? Não seria mais fácil se esquivar das pedras e rebater as ofensas em vez de viver se escondendo dele¹? Minha memória infantil permaneceu até ser retomada na minha formação universitária.

Durante um ano, no decorrer do estágio para a disciplina de psicopatologia em um hospital psiquiátrico de porte médio, pude observar, muito além de sintomas e classificações médicas e psicológicas, o sofrimento social a que aquelas pessoas eram submetidas. Sem familiares, amigos ou o mínimo de relação social extra-muros, era freqüente os usuários pedirem para permanecer naquele hospital, mesmo sendo um contexto onde prevalecia o abandono médico e psicológico, o descaso e a falta de atividades ocupacionais e de reinserção social. Mesmo perante essa realidade de abandono, parecia-me extremamente cruel mantê-las internadas. Observar e relacionar-me com aqueles usuários, que imploravam por qualquer tipo de atenção, desde um aperto de mão até uma conversa mais longa, evidenciava que a desinternação deveria ser radical e imediata.

Nessa experiência, acompanhada por cerca de quarenta colegas de graduação do curso psicologia, pude observar o preconceito, o medo e o nojo que alguns estudantes demonstravam perante as pessoas em estado de internamento. Esse tipo de postura me alertava para questões ligadas ao preconceito e suscitava preocupação sobre o futuro do atendimento psicológico que poderia ser oferecido a elas. Ora, se durante a formação acadêmica os alunos apresentavam atitudes preconceituosas e se não havia espaço para a problematização teórica necessária para percebê-las, eu me preocupava com o futuro de algumas práticas profissionais.

Em função desses questionamentos, realizei meu trabalho de conclusão de curso sobre o atendimento em Saúde Mental ao qual intitulei "O atendimento em Saúde Mental: os significados

¹ Diga-se de passagem que eu desejava rebater suas pedras.

que emergem na experiência dos usuários" (Oliveira, 2003). A pesquisa em questão procurou compreender como o processo de desinternaçāo psiquiátrica e a luta antimanicomial eram compreendidos pelos usuários.

Até então, era evidente para mim que os dispositivos substitutivos – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, hospitais-dia – proporcionavam melhores condições de atendimento e de inserção social aos usuários. No entanto, para minha surpresa, esta percepção não foi confirmada nas entrevistas, ao contrário, as usuárias entrevistadas relatavam experiências negativas com os serviços substitutivos e, além disso, demonstravam angústias relacionadas a desinternaçāo e ao movimento antimanicomial.

Tal pesquisa, aliada ao estágio realizado em psicopatologia, fez-me refletir sobre os motivos que levam essas pessoas a desejarem permanecer internadas, ao invés de quererem viver fora do hospital. A convivência diária com os usuários levou-me a perceber que a Reforma Psiquiátrica e a garantia de acesso à Saúde Mental não estavam em harmonia: de um lado, a necessidade urgente da reformulação da assistência em Saúde Mental, com seus movimentos sociais exigindo o fim de instituições asilares e, de outro lado, os usuários que, em alguns casos, estavam mal informados a respeito da Reforma Psiquiátrica e dos motivos pelos quais precisavam deixar o hospital onde viviam. Além disso, era evidente que os serviços substitutivos tinham poucas condições de atender às demandas fundamentais para a consolidação de uma sociedade sem manicômios, como casa, trabalho, aceitação social e acesso à saúde. Não existia, pois, uma rede social de apoio para efetivar a desinternaçāo.

Outro fato marcante na fala dos usuários é que o atendimento prestado nos serviços substitutivos de apoio à saúde era, muitas vezes, de pior qualidade do que o realizado pelos hospitais psiquiátricos. A partir dessas constatações, decidi investigar, na presente pesquisa, o sentido de permanecer internado para usuários de serviços de Saúde Mental. Vale mencionar que os depoimentos de alguns usuários que alegavam desejar permanecer no hospital psiquiátrico invariavelmente apareciam misturados a feições, gestos e palavras que indicavam um forte sofrimento. Assim sendo, esse discurso não pode ser compreendido de maneira isolada, descolada do contexto social, cultural e político em que está inserido.

Tal problematização se fortaleceu a partir de minha entrada no Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Lá, por meio das diversas discussões, pude ser iniciada no debate sobre o construcionismo social, além de conhecer uma posição política e metodológica que respondia aos meus questionamentos.

Seguindo os passos de Spink (2004), concebi a problemática da desinternaçāo psiquiátrica a partir da postura construcionista que tem por fundamento a crítica do *status quo*: "parte-se da premissa que X (sendo X um fenômeno social qualquer) não precisaria ter existido ou ser como é; que não é determinado pela natureza das coisas; não é inevitável" (p. 25). Assim, passei a refletir que o processo de Reforma Psiquiátrica, a conseqüente desinternaçāo e até mesmo o processo histórico de reclusão dessas pessoas não precisaria ter existido da maneira como existiu, ou seja, o

fim dos internamentos prolongados poderia ter sido substituído por serviços mais estruturados e efetivos em âmbito nacional. Com isso, a percepção de alguns usuários a respeito do período de internamento poderia ser mais positiva.

Assim, o que se pretendeu aqui, entre outras coisas, foi desconstruir a posição dos usuários que querem permanecer internados quando se deparam com sua desinternação psiquiátrica. A idéia de "querer permanecer internado" fenômeno situado social, histórico e culturalmente, deve ser compreendida para além de uma mera recusa de conviver em sociedade, mas como uma vontade sustentada por inúmeras dificuldades.

Para completar essa concepção, utilizei Spink (2004) em interlocução com Hacking, a respeito das modalidades de compromisso que uma pesquisa de cunho construcionista pode adotar. Optei pelo grau de compromisso irônico: "quando reconhecemos que aquilo que tomamos como parte inevitável do mundo ou de nossa arquitetura conceitual, poderia ter sido substancialmente diferente. Trata-se do reconhecimento que X é altamente contingente, produto de forças sociais e históricas, mas algo que não podemos, no momento, deixar de tratar como parte do universo interacional ou material" (Spink, 2004, p. 26).

Com isso penso que a Reforma Psiquiátrica (o "X contingente", na acepção de Hacking) se desenvolveu de maneira pouco efetiva em algumas regiões. Além disso, concordo especialmente com Scarcelli (2002) quando aponta que nem sempre as políticas e práticas governamentais conseguem atender às necessidades dos usuários, sendo muitas vezes sustentadas por pressupostos autoritários e orientados por princípios parciais, deixando em segundo plano os principais envolvidos, os usuários.

Concordando que a verdade é a verdade de nossas concepções, de nossas instituições, de nossas relações, de nossos acordos sociais (Spink, 2004), saliento que este trabalho constitui apenas uma entre as muitas possibilidades de olhar as dificuldades dos usuários no processo de desinternação psiquiátrica, onde trago para o debate os sentidos de permanecer no internamento e o sentido do hospital nesse cenário. Do mesmo modo, apresento o hospital e seus profissionais segundo minhas experiências, articuladas às discussões que produzimos no Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos.

A presente pesquisa que teve como objetivo entender os sentidos da internação psiquiátrica para usuários de serviços de Saúde Mental internados em hospitais psiquiátricos e, que expressaram o desejo de permanecer na instituição, foi sistematizada em cinco capítulos, apresentados a seguir.

No primeiro capítulo, abordo o tema da segregação do hospital psiquiátrico, partindo da premissa que a condenação e o fim dessa estrutura como possibilidade de tratamento do sofrimento mental são amplamente cobrados e reivindicados por diferentes movimentos sociais, principalmente os relacionados à luta antimanicomial. Além disso, parto da premissa que a reclusão dos usuários em estruturas fechadas e controladas, como o hospital psiquiátrico, gradativamente mina suas relações sociais, o que aumenta a possibilidade de abandono, cronificação da doença e diferentes

dificuldades para a volta ao convívio social. Ainda nesse capítulo, trago para debate os conceitos de *espaço* e *lugar*, que nos auxiliarão a refletir sobre os motivos que levam alguns usuários a alegar o desejo de permanecer no internamento, em detrimento a uma vida em sociedade.

A seguir, discuto no que chamo de *rede social extra-muros*, as principais necessidades e pontos de apoio fundamentais para a desinternação psiquiátrica e para a manutenção do usuário em sociedade. Advém daí que a desestruturação dessa rede social extra-muros pode prejudicar ou impossibilitar a saída do usuário do hospital psiquiátrico. Tendo vivido em uma estrutura controlada, administrada e, em alguns casos, que oferece melhores condições de vida do que em sua própria casa (alimentação adequada, banho, cuidados médicos, relacionamentos etc.), o usuário pode temer, resistir ou negar qualquer possibilidade de desinternação psiquiátrica. Além disso, essa rede é constituída a partir da necessidade de usuários localizados em um contexto específico: residentes da cidade de São Paulo, em geral, de baixa renda, com certa desestruturação familiar e social.

O terceiro capítulo apresenta o referencial metodológico, a forma de trabalho no hospital psiquiátrico estudado, bem como a sistematização das informações. Aponto ainda como as entrevistas foram realizadas com as usuárias², com uma religiosa, porta-voz dos profissionais, e a metodologia de análise.

No quarto capítulo, apresento o hospital psiquiátrico em que realizei a pesquisa, situando seus espaços físicos, a visão da administração hospitalar, a forma de trabalho da equipe técnica (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais), a equipe de voluntariado e como são conduzidas as visitas e licenças. Por meio dos arquivos desse hospital, analiso graficamente o processo de internação e desinternação ocorridos no período compreendido de janeiro e outubro de 2005.

Já no quinto e último capítulo, focalizo a análise das entrevistas com as usuárias, fundamentada na abordagem da psicologia discursiva de cunho construcionista. Apresento, nessa discussão, as diferentes estratégias empregadas pelas usuárias para sustentar o suposto desejo de permanecer no hospital psiquiátrico estudado, bem como seus questionamentos, receios e dificuldades que permeiam sua vida intra e extra-muros. Além disso, utilizo, como forma de entendimento da história de vida das usuárias, informações coletadas em seus prontuários e relatos de diferentes profissionais que mantiveram contato com as mesmas.

Por fim, vale apontar que a complexidade do tema estudado, as variadas mudanças que vêm ocorrendo na Saúde Mental, o contexto onde transcorreu a presente pesquisa e os usuários com quem tive contato, instigam reflexões e indagações particulares situadas social e culturalmente. Ainda que em diferentes regiões e culturas a desinternação psiquiátrica seja concebida de forma distinta da apresentada nesse trabalho, considero que a discussão feita pode trazer alguma contribuição ao movimento da Reforma Psiquiátrica, especialmente por dar voz aos principais atores do processo de desinternação psiquiátrica, os usuários de serviços de Saúde Mental. Longe de ter a

² Não foi possível entrevistar nenhum homem.

pretensão de criar uma verdade absoluta, almejo que estas reflexões auxiliem o processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos, levando as versões e as necessidades dos usuários como aspectos primordiais para a condução da reestruturação da atenção em Saúde Mental, para que os loucos temidos pelas mães e pelas criancinhas, finalmente, voltem a transitar pelas ruas, podendo ser acolhidos e aceitos em sua diferença.



Capítulo I

A segregação no
hospital
psiquiátrico

CAPÍTULO I

A segregação no hospital psiquiátrico

De todas as vilas e arraiais vizinhos afluíam loucos à Casa Verde. Eram furiosos, eram mansos, eram monomaníacos, era toda a família dos deserdados do espírito. Ao cabo de quatro meses, a Casa Verde era uma povoação. Não bastaram os primeiros cubículos; mandou-os anexar uma galeria de mais de trinta e sete. O Padre Lopes confessou que não imaginara a existência de tantos doidos no mundo, e menos ainda o inexplicável de alguns casos.

Machado de Assis

Nos dias atuais, a instituição psiquiátrica é, de maneira quase unânime, relacionada à exclusão social, maus-tratos e opressão. Tal associação ganhou força no Brasil, a partir dos anos 70, com os movimentos embrionários da luta antimanicomial que começavam a questionar o tratamento oferecido aos pacientes com doenças mentais, bem como as relações de estigma e de exclusão. Nesse momento histórico, questionava-se o hospital psiquiátrico como alternativa no tratamento da loucura, a despersonalização ocasionada pela quebra dos vínculos familiares e sociais, além dos lucros dos manicômios. O nascimento desse movimento ocorreu, no Brasil, em maio de 1987, durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, no estado de São Paulo. Nesse encontro, por meio de discussões políticas sobre o tratamento em Saúde Mental, foi criado o lema *Por uma sociedade sem manicômios*, onde se definiu 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A partir desse encontro, intensificou-se o debate sobre o fim das internações psiquiátricas, propiciando maior força para a conscientização das instâncias governamentais e da população.

De acordo com Foucault (2004), a instituição psiquiátrica originou-se e estruturou-se com o advento do capitalismo, a consolidação do trabalho assalariado e o surgimento do Estado burguês, alicerçados na Revolução Francesa e na Revolução Industrial. Dessa maneira, sua criação teria servido para a proteção dos sãos e da burguesia, objetivando primordialmente retirar os pobres, mendigos, velhos e doentes das ruas, ocultando, dessa maneira, os inconvenientes políticos e sociais oriundos da situação da miséria em que estes se encontravam (Foucault, 2004). O aparecimento do manicômio como forma de organização extremamente disciplinadora e coercitiva é relatado por Foucault como uma estratégia para lidar com a loucura, tendo em vista que essa se contrapunha ao bem mais precioso do homem moderno – a razão. No entanto, longe de ser um espaço de cura, o hospital psiquiátrico foi se constituindo e se fundamentando como uma ferramenta de exclusão social dos membros da sociedade ditos divergentes, além de naturalizar a idéia de que todo o doente mental é uma pessoa altamente violenta e imprevisível. Sobre os procedimentos e técnicas efetuadas nos asilos no século XIX, Foucault aponta que:

...isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repressões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isso tinha por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura”; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado (Foucault, 2001, p. 122).

Tratamentos corriqueiros como sangria, purgações e vesicatórios, além do uso de correntes, torturas e equipamentos de contenção só foram abolidos por Pinel, no final do século XVIII, em favor de terapias e medicações. Com o trabalho desenvolvido por Pinel, o manicômio, de maneira medicalizadora e classificadora (Pessotti, 1996), seguiu como a principal ferramenta para o tratamento das enfermidades mentais. Assim, a instituição manicomial foi se configurando como o lugar do conhecimento psiquiátrico, elevando-se ao grau de instituição hospitalar. Para Foucault (2004), foi nesse cenário que se intensificou a disciplina, vigilância e organização da instituição psiquiátrica, seguindo os moldes das instituições militares.

Os manicômios, na concepção de Goffman (1974), são instituições totais caracterizados como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerado espaço de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p. 11). Tal conceito é particularmente elucidativo para a compreensão dos efeitos do processo de internamento. Controle severo e burocrático, proibição de qualquer relação social com o mundo externo e rígido cumprimento de regras de subordinação perante a autoridade formal acarretam gradativamente um processo de desconstrução da personalidade. Sem suas referências pessoais, hábitos e relações sociais, o interno passa a viver anonimamente, sendo que, desse processo, resulta a despersonalização, culminando com a identificação do interno com sua condição de doente mental, contribuindo assim com uma relação de dependência com o hospital.

A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. Na vida civil, a seqüência de horários dos papéis do indivíduo, tanto no ciclo vital quanto nas repetidas rotinas diárias, assegura que um papel que desempenhe não impeça sua realização e suas ligações em outro. Nas instituições totais, ao contrário, a participação automaticamente perturba a seqüência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos. Por isso ocorre o despojamento do papel. Em muitas instituições totais, inicialmente se proíbem as visitas vindas de fora e as saídas do estabelecimento, o que assegura uma ruptura inicial profunda com os papéis anteriores e uma avaliação da perda de papel (Goffman, 1974, p. 24).

De maneira similar, Basaglia (1985) aponta que as instituições de cunho manicomial reproduzem as relações sociais dominantes, dividindo os que detêm o poder e os que não detêm, o que gera uma relação de opressão e violência. Essa divisão, segundo o autor, contribui para um processo des-historificante, destruidor e institucionalizante para os internos:

Um esquizofrênico rico internado numa clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto do de um esquizofrênico pobre, internado a força num hospital psiquiátrico público. O que caracteriza a hospitalização do primeiro não é somente o fato de não ser automaticamente classificado como doente mental “perigoso para si e para os outros e objeto de escândalo público”: é o tipo de internamento de que se beneficia, que impedirá que seja des-historificado, separado de sua própria realidade. O internamento “particular” nem sempre interrompe a continuidade da vida do doente; tampouco diminui ou abole de maneira irreversível sua função social. Por isso, superado o período crítico, será fácil reinseri-lo na sociedade. O poder des-historificante, destruidor, institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico (Basaglia, 1985, p. 108).

Em um referencial antipsiquiátrico e concebendo a loucura como uma condição humana, Basaglia parte do princípio que a "cura" é função de todos na sociedade, exigindo uma profunda transformação nos papéis institucionais e sociais. Nessa concepção, a pessoa com sofrimento mental, pode e deve escolher o momento em que deve ser contida, buscando ajuda por sua própria vontade. Para a sociedade, caberia acolher essas pessoas em seu dia-a-dia, aceitando-as em sua diferença.

A partir desse processo crítico sobre a natureza da instituição psiquiátrica, Basaglia inicia um trabalho de transformações em Trieste, na Itália, visando a demolição do aparato manicomial. Sua proposta incluía a extinção dos tratamentos violentos, a destruição de muros e a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura. Este trabalho, referência mundial no tratamento da loucura, desenvolvido por Basaglia e sua equipe, primava por um processo de des-institucionalização que abarcava três aspectos: a construção de uma nova política de Saúde Mental; a centralização do processo terapêutico com o objetivo de enriquecer as existências globais, complexas e concretas dos pacientes; e a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001, p 36).

Como se vê, o hospital psiquiátrico banido do tratamento da loucura, é reconhecido em diferentes tempos e por diversos autores, como agente cronificador da enfermidade mental. A justificativa da tutela e da submissão do interno promoveria diferentes mecanismos de exclusão e de violência psicológica. Além disso, ao cronificar, a instituição psiquiátrica condenaria o usuário ao internamento reincidente, dificultando o estabelecimento de relações sociais. Na reflexão feita por Amarante (1996), mais do que uma relação de opressão e violência, a intervenção na vida e as classificações de normal ou anormal constituem-se na afirmação de um poder médico que se configura como a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa.

A exclusão social do usuário também é desenhada quando as pessoas ditas normais parecem se conformar com os passos lentos da Reforma Psiquiátrica e com a consequente demora para dar fim a essas instituições manicomiais. Diversas ações, manifestações e reivindicações são realizadas no âmbito dos movimentos sociais voltadas à causa antimanicomial, contudo, em meio a tantas reformas legais e administrativas, a reestruturação da assistência à Saúde Mental parece passar quase desapercebida pela sociedade em geral.

A contradição entre reconhecimento da segregação, ações que indicam maus-tratos e a opressão existente no hospital psiquiátrico realizada por profissionais e certa passividade da sociedade quanto ao fortalecimento dos diversos movimentos reivindicatórios parece decorrer da origem histórica da reclusão das pessoas com sofrimento mental. A exclusão dos membros considerados diferentes ou divergentes em prol de uma sociedade limpa e homogenizada se reflete na necessidade de proteções cotidianas que a sociedade utiliza, tais como pressão para aumento de penas criminais, redução da maioria penal, ou mesmo andar com o vidro do carro fechado, cruzar a rua quando vê algum mendigo etc., refletindo, mais uma vez, a necessidade de exclusão de todos os que não se enquadram nos padrões convencionais.

Diante deste cenário, alguns usuários indicam sua preferência por viver na reclusão dessas instituições a enfrentar a segregação e o preconceito social. Alguns apontam que, no hospital psiquiátrico, encontram pessoas que os acolhem, escutam e entendem enquanto, na sociedade, as pessoas em geral os excluem e os temem. Tal opção, no entanto, não parece isenta de sofrimento. As consequências das longas internações psiquiátricas parecem configurar entre as principais razões para a manutenção do desejo dos usuários permanecerem na instituição psiquiátrica: além destas internações favorecerem a perda dos vínculos sociais por parte dos usuários, levam à gradativa cronificação de suas doenças, geram condições sócio-econômicas precárias e estimulam o medo dos usuários quanto a viverem sem a proteção dos muros da instituição.

No entanto, é imprescindível afirmar que, mesmo diante um suposto desejo de permanência no hospital psiquiátrico, mantém-se a segregação da pessoa. O fato do usuário optar por uma vida administrada, controlada e segregada de um convívio mais amplo, ilustra, entre outras coisas, o processo de despersonalização mencionado por Goffman (1974), além de refletir com propriedade os efeitos do processo de internamento prolongado e o progressivo empobrecimento das relações sociais fora dos muros das instituições psiquiátricas.

1.1 A discussão atual entre Conselhos de Classe

Independente das dificuldades enfrentadas na atenção à Saúde Mental no Brasil é inegável as melhorias que vem ocorrendo ao longo dos anos, em muitos pontos de sua complexa estrutura. A construção cotidiana de novas experiências, em diversas regiões e diferentes culturas e realidades, redimensiona a concepção focada no que é conhecido como “clínica da loucura” para um processo contínuo de troca de conhecimento entre usuários, familiares, profissionais, gestores e sociedade como um todo.

Um dos maiores questionamentos que decorre dessa discussão é que o esvaziamento dos hospitais psiquiátricos não pode se converter na falta de assistência ou em abandono dos usuários na sociedade. Essas críticas, que parecem desconsiderar as condições precárias e desumanas que diferentes hospitais ainda hoje vivenciam, têm sido atualmente endossados pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em publicações variadas (jornais, sites, manifestos etc.). Uma dessas

manifestações, feitas para o Jornal “O Globo”, em 20 de julho de 2006, pelo presidente da ABP, Josimar França, foi enfática ao criticar a chamada des-hospitalização:

Há um grande equívoco no Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que impede qualquer avanço nessa área. Por desinformação ou interesses ocultos, os dirigentes do programa desmantelaram esforços de muitos anos, promovidos por pessoas realmente comprometidas com a saúde mental. O planejamento passou a ser desenvolvido a partir de antigos preconceitos e com viés populista.

O equívoco começou a se desenhar quando elegeram como prioridade a "des-hospitalização" de portadores de transtornos mentais. Para justificar essa atitude, obviamente, foram obrigados a adotar o discurso de que a internação psiquiátrica não é um procedimento adequado - o que não é verdade. A psiquiatria precisa de internações e de atendimento em centros especializados, tanto como a ortopedia e a cardiologia.

A argumentação oficial, porém, fugiu de critérios clínicos e foi fundamentada na percepção equivocada, construída durante anos, de que todos os internos em unidades psiquiátricas sofrem maus-tratos. Para isso ressuscitaram o conceito de manicômio e toda a carga pejorativa que acompanha a palavra. A discussão ganhou o aspecto sensacionalista que essa abordagem é capaz de despertar. Animados com a repercussão, os servidores resolveram encenar o roteiro. Para materializar a mensagem de sucateamento da área de saúde mental, passaram a contingenciar recursos e, consequentemente, muitas instituições fecharam as portas, e o atendimento começou a enfrentar dificuldades graves, em razão da asfixia financeira. E foi essa situação que teve destaque na mídia.

Em seguida, numa movimentação batizada de "reforma psiquiátrica" (como se a especialidade médica necessitasse de reforma...), fecharam leitos em hospitais públicos - vejam bem, públicos - e posaram de "salvadores da pátria" para os flashes. Quem precisa de reforma é o modelo assistencial, não os médicos.

O argumento empregado pelo Presidente da ABP parece desconsiderar as evidências de melhoria no atendimento em Saúde Mental, após a Reforma Psiquiátrica, mesmo levando em consideração suas lacunas. As mortes, os maus-tratos e os desaparecimentos notificados às autoridades, mídia e publicações são retratados nesse relato como sensacionalismo. Ao apontar que nem “todos os internos sofrem maus-tratos” parece reduzir este quesito apenas a uma conotação física. A despersonalização, a divisão de poder entre os que cuidam e dos que são cuidados, o ambiente fechado que propicia a perda gradativa da cidadania e da auto-estima, bem como medicações excessivas ou incorretas parecem não compor o que o autor define como maus-tratos. Os recursos financeiros que, por ocasião do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, foram gradativamente reduzidos, entram nesse discurso para enfatizar que a Saúde Mental está sucateada e não em processo de reconstrução, com melhorias e dificuldades inerentes a qualquer processo de mudança.

Assim, a ABP parece ter reduzido a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica a melhorias gerais para o atendimento em Saúde Mental, na dicotomia saúde e doença, esquecendo que um dos principais debates recai sobre a reflexão do conceito de normalidade, da concepção de saúde e da retomada de autonomia das pessoas com sofrimento mental. A preocupação corporativista de quem vai realizar o tratamento ou como este será efetuado parece ter como fronteira um ideal de saúde submisso à figura do médico, suas medicações e seus tratamentos. Cabe dizer que o manifesto acima transcrito parece ter sido gerado após a exclusão da Associação Brasileira de

Psiquiatria do grupo de trabalho criado pelo Ministério da Saúde para orientar políticas públicas na área.

Vale ainda apontar que, antes da veiculação desse manifesto, a ABP protocolou um ofício no Ministério da Saúde, no dia 12 de julho de 2006, criticando a Portaria interministerial nº 1.055, que trata do atendimento aos usuários de serviços de Saúde Mental. De acordo com o Presidente da ABP, a exclusão da classe médica na discussão desta Portaria “não se trata de esquecimento, mas de boicote do governo em relação à classe. Isso porque os psiquiatras são contrários aos atos do governo em relação aos doentes mentais” (AMBr Revista, 2006, p. 20).

Em posicionamento contrário e crítico a essas manifestações, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio do "Jornal do Federal", de outubro de 2006, rebate os argumentos da ABP:

...surpreende e causa repúdio as declarações “de encomenda” da Associação Brasileira de Psiquiatria, representada pelo seu presidente, Dr. Josimar França, (Jornal O Globo, 20/07/2006) que, pretextando-se “ofendida” com a associação entre certas condições assistenciais, ainda persistentes, e a existência de violação de Direitos Humanos na área da Saúde Mental, aproveita para desembarcar de vez, com todas as suas malas, do bonde democrático do processo da Reforma Psiquiátrica e atacar as suas conquistas. Usando e abusando de falácias, o seu artigo na verdade tem como finalidade advogar, na contramão das tendências mundiais, a favor da manutenção dos hospitais psiquiátricos como feudos corporativos e contra o incômodo fim dos privilégios dos empresários da Psiquiatria e de uma certa elite acadêmica – a Psiquiatria de gravata - que se utiliza destes estabelecimentos como campo privilegiado para experimentos locais, teleguiados pela indústria farmacêutica mundial. Na verdade estes segmentos da Psiquiatria, desde o início do processo - diferentemente da maioria dos milhares de psiquiatras brasileiros, que parceiramente sustentam a Reforma, no cotidiano dos serviços substitutivos - nunca deixaram de combater e colocar obstáculos para que se pudesse fazer avançar a democratização da assistência à saúde mental. Não é nova essa posição que sempre apostou no insucesso da Reforma, que a difamou, que mentiu, que buscou manipular familiares e a opinião pública, impedindo de todas as formas o acesso da sociedade brasileira à terrível realidade dos hospitais psiquiátricos. O que é novo é a sua exposição desesperada diante do êxito e da expansão dessa política pública, nesse último governo. É o uso da autoridade da entidade nacional dos psiquiatras, que, desde 1990, vinha apoiando a Reforma Psiquiátrica Brasileira, através de vários manifestos e posicionamentos oficiais, para a veiculação das atuais teses corporativistas das entidades médicas, lamentavelmente associadas à inconformidade com as exigências de um relacionamento mais democrático dos médicos no interior das equipes multiprofissionais de saúde; para com os usuários dos serviços substitutivos, de um relacionamento mais horizontal entre os vários saberes e profissões que hoje constroem o Sistema Único de Saúde. O que fica evidente, na extemporânea linha de argumentação do dirigente, é o seu alinhamento com a política corporativista do ATO MÉDICO, é a defesa da manutenção do hospital como a garantia da existência de um feudo, onde o poder médico ainda possa ser exercido e defendido, a despeito do custo negativo que isso possa ter para a vida e para o tratamento dos portadores de transtorno mental.

De maneira crítica e enfática, o CFP diverge da ABP expondo contra-argumentos às idéias da Associação e demonstrando indignação em relação aos seus pontos de vista. Para o CFP, a posição da ABP advoga no sentido oposto das tendências mundiais, desconsidera os avanços da Reforma Psiquiátrica, defende o corporativismo, entre eles o ATO MÉDICO, os interesses da indústria farmacêutica e procura impedir o acesso da sociedade à realidade vivenciada nos hospitais psiquiátricos. Vale dizer que a defesa por uma sociedade sem manicômios e, digam-se de

passagem, discussões como esta, são embates históricos e que ocorrem em âmbitos mundiais, assim como ocorreu na Itália na ocasião do desmonte do hospital de Gorizia, por Franco Basaglia.

Não é apenas o redirecionamento de recursos assistenciais do hospício para a comunidade que é decisiva para o fim da des-institucionalização da loucura. O fato da pessoa considerada louca ser isolada e excluída da vida em sociedade é uma construção histórica que mantém a dificuldade de lidar com a diferença. A discussão feita pelos conselhos de classe, movimentos sociais, meio acadêmico e mídia formam opiniões e aquecem discussões sobre da Reforma Psiquiátrica e, ao que parece, deve prolongar-se por vários anos, pois, contrapõe uma visão predominantemente biológica e medicalizadora, que defende os procedimentos hospitalares, a uma concepção psicossocial, que entende a loucura como qualquer outra doença crônica, não devendo ser hospitalizada. Nesse jogo, encontra-se outra posição, a dos que não entendem ou preferem não se posicionar perante a desinternação psiquiátrica.

Por fim, a discussão promovida ilustra que, mediante evidências sobre a ineficiência e, em alguns casos, a crueldade do hospital psiquiátrico, este continua sendo cogitado por alguns como modalidade de atendimento e tratamento da loucura. Para que esse tipo de hospital deixe de existir, não só fisicamente, mas também como modalidade aceitável de tratamento, faz-se necessário um processo complexo de desmontagem dos saberes que o sustentam.

1.2 Espaço e Lugar

A vida em um hospital psiquiátrico pode assumir sentidos distintos para os usuários. Enquanto uns temem e querem sair o quanto antes de sua tutela, outros demonstram satisfação em morar permanentemente nele. A reflexão sobre o *morar* (definido, nessa dissertação, como possibilidade de interação, de troca e de socialização) e o *viver* (definido como a mera manutenção da vida em um ambiente) pode auxiliar na compreensão sobre os motivos pelos quais o hospital psiquiátrico parece assumir, muitas vezes, a primeira posição para os que alegam o desejo de permanecer. Para discutir essa questão faz-se importante estabelecer também a diferença entre *espaço* e *lugar*.

Lugar corresponde a um conceito fluído, dinâmico e relacional. Fluído porque é espontâneo, adaptável e expansivo; dinâmico porque está em constante movimento; e relacional porque exerce constante interação com seus habitantes, possibilitando convivência, interação e diferentes trocas sociais, sejam elas de cunho afetivo, profissional ou comunitário. Por este motivo, o termo lugar se diferencia de espaço, por este último estar limitado às fronteiras dos materiais que o compõe e à sua estrutura física: janelas, portas, metragem, paredes, chão, etc.

Lugar e espaço são construções sociais, mesmo que o último esteja mais relacionado às estruturas físicas e espaciais. Para ilustrar a diferença entre ambos pode-se imaginar uma casa abandonada, com seus diferentes espaços, fronteiras, mobiliários e sem qualquer habitante. Neste contexto, não há interação, produção de sentidos, movimento, fluidez, trocas afetivas ou relações

sociais. Esta mesma casa, no entanto, poderá transformar-se em um lugar se pensarmos, por exemplo, em uma família habitando-a. Na definição dada por Tuan, espaço e lugar são constantemente vivenciados na experiência cotidiana:

O que começa como espaço indiferenciado transforma-se em lugar à medida que o conhecemos melhor e o dotamos de valor. Os arquitetos falam sobre as qualidades espaciais do lugar; podem igualmente falar das qualidades locacionais do espaço. As idéias de "espaço" e "lugar" não podem ser definidas uma sem a outra. A partir da segurança e estabilidade do lugar estamos cientes da amplidão, da liberdade e da ameaça do espaço, e vice-versa. Além disso, se pensamos no espaço como algo que permite movimento, então lugar é pausa; cada pausa no movimento torna possível que localização se transforme em um lugar (1983, p. 6).

Assim, o espaço poderá transformar-se em lugar na medida em que seus habitantes possam, através de outras pessoas e de materialidades presentes, produzir sentidos, interagir, significar e trocar afeto. Inserir as materialidades neste contexto significa que as pessoas não precisam, necessariamente, manter trocas e significações com outras pessoas para estarem em um lugar. Atualmente, temos inúmeros exemplos que ilustram esta questão, sendo um deles o caso de pessoas que vivem sozinhas; elas podem ter mínima ou nenhuma interação e relação social com outros humanos, mas podem estabelecer uma ampla troca afetiva e interacional com sua casa, seus equipamentos, objetos e animais, que poderão transformar este contexto em lugar. De modo inverso, se uma pessoa recém-desinternada de um hospital psiquiátrico não possui qualquer tipo de troca com seus familiares e/ou com os materiais e ambientes de sua casa, inicialmente, estará habitando um espaço que poderá gerar angústia e dificuldade no *morar*.

Espaço e lugar são conteúdos elementares do mundo: vivemos nos materiais do espaço e, no entanto, precisamos ardente mente nos relacionar em um lugar. A fronteira destes conceitos muitas vezes é tênue, porém levanta discussões que necessitam de caminhos específicos. Vejamos como exemplo a reflexão realizada por Bohr, Werner e Heisenberg (apud Tuan, 1983):

Não é interessante como este castelo muda tão logo a gente imagina que Hamlet viveu aqui? Como cientistas, acreditamos que um castelo consiste só em pedras, e admiramos a forma como o arquiteto as ordenou. As pedras, o teto verde com a pátina, os entalhes de madeira na igreja constituem o castelo todo. Nada disto deveria mudar pelo fato de que Hamlet morou aqui e, no entanto, muda completamente. De repente os muros e os baluartes falam uma linguagem diferente. O próprio pátio se transforma em um mundo, um canto escuro nos lembra a escuridão da alma humana, e escutamos Hamlet: "Ser ou não ser".... Uma vez que sabemos disto, Kronberg se torna, para nós, um castelo bem diferente (p. 4).

Os cientistas, num primeiro momento, observaram o espaço do castelo apenas por meio de seus materiais (pedras, muros, entalhes etc.), vendo-o como uma bela construção, mas sem empreender qualquer vínculo com ele. Apenas quando souberam que naquele espaço havia vivido Hamlet, seu significado foi alterado. A partir do conhecimento histórico sobre a vida de Hamlet, os cientistas passaram a estabelecer relações, interações e afetividade que converteram o espaço em

lugar. Já não olhavam mais para o castelo como uma construção, mas como um lugar onde viveu um personagem ilustre, onde habitava mistério, imaginação e fantasia.

Ao focalizar as questões que decorrem do conceito de espaço, algumas questões se fazem presentes: quais materiais compõem este espaço? Quais são os seus efeitos? Qual é a articulação deste espaço com a criação de um possível lugar? Do mesmo modo, no estudo sobre o conceito de lugar, deve-se refletir a respeito dos seguintes questionamentos: em que momento o espaço se torna um lugar? Qual a importância deste lugar? Quais são suas produções e efeitos?

Fica evidente que espaço e lugar caminham juntos, são interdependentes e um está contido no outro. Não poderíamos morar em uma casa sem seus materiais assim como seria difícil habitar um espaço sem estabelecer com ele o mínimo relacionamento.

1.2.1 O espaço em questão: a importância de seus materiais

Para uma pessoa na fase adulta, espaço pode adquirir significados distintos, sendo vivenciado por meio de seus diferentes sentidos: tátil – diferenciação entre as formas dos objetos; auditivo – sentido de distância que os sons podem propiciar; paladar – distinção de componentes, como azedo ou doce; olfativo – conhecimento sobre aromas desagradáveis ou doces; e visuais – sentido mais utilizado e valorizado na cultura atual. Assim, os espaços vivenciados pela pessoa ilustram a qualidade dos seus sentidos: pessoas cegas ou surdas utilizarão certamente sentidos que não a visão, em um caso, e a audição, no outro, para compensar suas faltas, mas localizarão, do mesmo modo que pessoas que enxergam e ouvem, os espaços nos quais estão inseridas (Tuan, 1983). A qualidade dos sentidos propiciará maiores possibilidades de relação com os materiais que compõem este espaço e, assim, poderão levar, de forma mais ou menos intensa, ao estabelecimento de relacionamento e de produção de sentidos.

Cabe aqui diferenciar o termo material e materialidade, constituintes de espaços e lugares. Segundo o Dicionário Aurélio, material é o objeto vinculado à matéria, em oposição à forma, estando relacionado ao prático, utilitário e objetivo; já materialidade é a qualidade do que é material, podendo ser acrescido do relacional. Para exemplificar, voltemos brevemente aos cientistas no castelo de Kronberg: enquanto se familiarizavam com as paredes, objetos e pedras, os pesquisadores não estabeleceram qualquer tipo de relacionamento com os objetos (materiais), mas após descobrirem que Hamlet habitou no castelo e, assim, mudarem de posicionamento em relação aos materiais, estes ganharam vida, significado e qualidade o que os transformou em materialidades.

As questões sobre as materialidades começaram a serem discutidas, no meio científico, após um período em que a linguagem e seus usos imperavam de forma soberana, particularmente nas ciências sociais. Atualmente esse interesse vai além do uso da linguagem, debruçando-se também nas discussões sobre os materiais e sobre as materialidades.

Todos os artefatos são sociais: não somente os termos, mas também as terminologias e as multiplas construções históricas cujas materialidades são parte do dia a dia. Caminhos, automóveis, casas, máquinas, computadores podem parecer ser os artefatos técnicos de um mundo objetivo, mas sua materialidade é construída em falas, às vezes consensualmente e às vezes – muitas vezes – não (Spink, P, 2003, p. 15-16).

De acordo com Doménech, Iñiguez e Tirado (2003), a discussão sobre o fato da realidade social não ser considerada exclusivamente simbólica, textual ou discursiva abarca objetos e coisas, gerando algumas questões: “Como interpretar objetos e coisas?”, “Quais significados possuem?” e “Como se relaciona estes significados com a realidade social?”. Para os autores citados, as respostas a tais questões devem ser problematizadas, considerando:

En primer lugar, las cosas y los objetos dejan de ser conceptualizados como meros útiles. En segundo lugar, se considera que los objetos y las cosas conforman un sistema de signos, un discurso no verbal: una cultura material paralela a la discursiva. En tercer lugar, no podemos olvidar que todo sistema de signos implica múltiples transformaciones en los elementos que lo conforman y que no es posible describir esos elementos sin atender a sus procesos de cambio. Lo material también está afectado por tal regla. En cuarto lugar, se postula que la cultura material es una creación social y nunca individual. En quinto lugar, se asume que la cultura material es activa. ¿En qué sentido? Pues en la asunción de que el significado es siempre algo activamente creado, que el significado atribuido a cualquier elemento de la mencionada cultura material debe argumentarse por y contra otros significados posibles y que este primero es siempre fruto de una mediación. En sexto lugar, la cultura material es entendida como un sistema abierto e irredutiblemente polisémica. En séptimo lugar, tenemos que esa cultura forma una cadena reificada de comunicación que puede ser esbozada como recurso significativo para el trabajo analítico y teórico, y activada en matrices de estrategias sociales particulares. Por último, se asume que la comprensión de una cultura material es siempre un acto de traducción (Doménech, Iñiguez & Tirado, 2003).

As reflexões desses autores levam à constatação de que todos os materiais são artefatos humanos, sendo uma criação coletiva, não individual, em constante processo de mudança. Mesmo se não tivermos qualquer tipo de relação com determinada matéria, ainda assim, ela permanecerá dotada de historicidade e polissemia.

Remetendo ao contexto hospitalar, há importantes materiais que fazem parte do cotidiano do usuário, tais como medicamentos, medidores de pressão arterial, seringas, objetos de recreação e Terapia Ocupacional, televisores, alimentação etc. Esses objetos são fundamentais para a saúde física e psíquica, no entanto, nem sempre o usuário atribuirá a eles valor e importância. Algumas vezes, por limitações de seus sentidos (tato, visão, olfato, audição, gustação), e em outras por não conseguir ou evitar atribuir importância a eles, mantendo-os como meros materiais. De modo similar, em sua casa, o usuário poderá ter objetos na categoria de materiais sem sentido interacional, pois seus objetos pessoais, seu quarto, medicamentos, utensílios domésticos, eletroeletrônicos etc. podem estar destituídos de valor direto, mas sem dúvida são, em sua maioria, de suma importância para seu dia-a-dia.

Pode-se notar que, mesmo destituídos de interação ou de simbologia, os materiais são imprescindíveis tanto no contexto hospitalar como na residência do usuário. Não seria possível, por exemplo, para um usuário hipertenso viver sem medicação. Assim, mesmo que esse usuário não atribua a este material valor e importância e, por vezes, recuse tomá-lo, ainda assim este material continuará sendo fundamental para a manutenção da sua vida.

O que faz o usuário relacionar-se com alguns materiais e não com outros? Excluindo as limitações impostas pelos diferentes sentidos, creio que tal questão não pode ser problematizada sem pensar que, muitas vezes, os materiais são destituídos de sentido em função de terem sido impostos, por exemplo, por meio de frases como: “Você deve tomar esta medicação”, “Você deve ficar em casa porque é melhor para sua saúde”. Por fim, vale apontar que o espaço se constitui, entre outras formas, como mediador das relações entre usuários e sociedade e que, sem seu contato a transição para *lugar* seria, no mínimo, dificultada.

1.2.2 As dificuldades de encontrar um lugar para viver

Se estar cotidianamente em um espaço pode ser angustiante, mais difícil pode ser encontrar um lugar para viver. Para um usuário de serviços de Saúde Mental, viver em sua casa, convivendo com familiares e amigos e sendo atendido em serviços substitutivos ao hospital, pode ser uma forma de inclusão em um lugar, direito garantido que assegura a Lei 10.216. Contudo, além de um direito, o estabelecimento da interação do usuário com seu lugar (casa, comunidade e trabalho) será requisito imprescindível para que o usuário, de fato, se inclua em uma rede social extra-muros, como apontarei adiante.

Assim, os vínculos, as relações e as interações estabelecidas após a desinternação psiquiátrica poderão fazer o usuário se sentir em um lugar e em um espaço. No lugar, o usuário se sentirá acolhido, aceito em suas diferenças e limitações, podendo iniciar uma relação de convivência e interação social que o fará entrar e envolver-se progressivamente na rede social extra-muros. Todavia, no caso de um usuário que habita um espaço - sem aceitação, acolhimento e estabelecimento de relações sociais - o que veremos será a manutenção de um habitar e sua sobrevivência e, nesses casos, o usuário poderá circular na sociedade, mas não se sentirá parte dela. Seria fundamental que, após o término de seu internamento, o usuário encontrasse na sociedade o acolhimento de que precisa, para tanto, as pessoas que vivem na sociedade precisariam estar aptas e dispostas a atender o usuário em suas necessidades.

Sabe-se, por intermédio de observações cotidianas, relatórios oficiais (Tribunal de Contas da União, 2005) e pesquisas acadêmicas (Desviat, 1999; Machado, Manço & Santos, 2005) que, cada vez mais, os serviços substitutivos têm apresentado dificuldade de atingir o objetivo de oferecer um atendimento humanizado que rompa com a lógica de dependência e de patologização devido, entre outros motivos, à falta de qualificação profissional, a problemas de estrutura e ao excesso de demanda:

Trata-se de “novas instituições” que não aboliram a cronicidade, mas apenas as formas de sedimentação asilar, que, entretanto, também produzem suas formas de cronicidade, a das chamadas estruturas alternativas, intermediárias ou comunitárias (Desviat, 1999, p. 92).

Mediante esse cenário, pode-se discutir até que ponto o usuário se sente em um lugar na sociedade. A esse respeito, Basaglia (1985) afirma que seria demasiadamente ingênuo não considerar que os lugares primordialmente destinados aos usuários, tanto os históricos quanto alguns atuais, são aqueles destinados à proteção dos sãos. Para que pudéssemos criar outros lugares para a loucura, seria fundamental que houvesse uma transformação social, recusando o papel do usuário como um “não-humano” e tomando consciência do caráter político da ambigüidade contida entre o ato de aceitação da condição do dito louco e de uma verdadeira revolução institucional.

Familiares e amigos rodeados por preconceitos, temores e falta de informação; serviços substitutivos e atenção básica à Saúde Mental com inúmeras deficiências; falta de trabalho e possibilidades de abertura para a promoção da inclusão e escassez de políticas públicas de incentivo e conscientização social completam o panorama atual da rede social extra-muros que parece formatar-se como uma *rede-espaço* e não uma *rede-lugar*.

Na *rede-lugar*, veríamos a aceitação dos usuários por parte de seus familiares e amigos e, na falta destes, ofereceríamos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) com atendimento humanizado e includente, além de uma sociedade mais acolhedora; teríamos Serviços de Saúde que visassem constantemente a inclusão da pessoa e não apenas o seu diagnóstico médico; possuiríamos espaço para a diversidade no âmbito do trabalho, de forma não segregadora e preconceituosa; faríamos ainda, campanhas midiáticas no rádio, na televisão, em jornais etc. que abordassem de maneira ampla questões ligadas à loucura; e teríamos políticas públicas que, de fato, concretizassem o fim dos internamentos, colocando em prática e coordenando a rede social extra-muros. Assim, a partir dessa *rede-lugar*, poderíamos abrir as portas de todas as instituições asilares para concretizar uma sociedade mais includente para os seus membros com características consideradas diferentes.

Já na *rede-espaço*, o que se tem são reações de preconceito e segregação por parte da sociedade, familiares e amigos, falta de serviços de saúde que ofereçam atendimentos de qualidade, falta de empregos ou atividades profissionais, além da escassez de divulgações para a conscientização social com o auxílio da mídia. Nessa *rede-espaço*, o usuário se sentiria inseguro perante a desinternação psiquiátrica.

Ora, se como aponta Damatta (1985), viver em um lugar³ é tão fundamental quanto o ar que respiramos e, sem ele, fatalmente só nos restaria a morte, o panorama atual na cidade de São Paulo, preocupa por apontar para uma alarmante *rede-espaço*, permeada por inúmeras dificuldades.

³ Damatta (1985) utiliza o termo *espaço* como um conceito que corresponde ao que chamamos de *lugar*.

Para que a inclusão social e a criação de um lugar para viver se tornem possíveis, é fundamental que a doença mental fosse colocada entre parênteses, pois, tal como afirma Amarante (1996), somente deixando de lado o olhar clínico a ênfase poderá ser colocada na pessoa e não em sua doença, o que possibilitaria um novo conjunto de possibilidades de produção de vida e de convivência. Assim, o desafio que temos na atualidade para a construção de um outro lugar para a loucura vai além da derrubada dos muros de instituições asilares. A esse respeito, Almeida (2003) analisa:

Não se trata mais de olharmos exclusivamente para os manicômios; quebrarmos os seus muros, estamos do lado de fora, na cidade. Penso que a cidade ainda não nos olha, mas nós já olhamos para a cidade. E a cidade é feita de muitos muros (p. 194).

Esse outro lugar para a loucura não significa que a loucura necessita de um espaço específico para sua manifestação, mas aponta que cotidianamente devemos *explodir o manicômio introjetado*, como defende Delgado (1991):

...urge incendiar o manicômio que existe dentro de cada operador, a lógica de exclusão que a prática pode perpetuar sem perceber. Caso contrário, corre-se o grave risco de destruir o manicômio, superando-o como espaço para a massa, de flagrante aniquilamento da pessoa, porém criando centenas de pequenos manicômios itinerantes onde cada operador pode funcionar como um cadeado, como uma camisa-de-força, como um poderoso psicofármaco. Somente explodindo o manicômio introjetado, a demanda internalizada da “solução” manicomial, poder-se-á chegar a um trabalho efetivo de transformação da abordagem cotidiana do sofrimento psíquico (p.17).

Desta forma, acredita-se que a criação de uma rede-lugar não pode ser concretizada caso não se tenha o cumprimento de acolhida, vínculos, esperança e solidariedade entre usuários, familiares, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), grupos de interesse, sociedades organizadas, Organizações Não-Governamentais (ONG's), legislativo e judiciário (Pitta, 2001).

1.2.3 O perigo do hospital tornar-se um lugar

Quando a rede social extra-muros não consegue transformar-se em um lugar para o usuário, é comum encontrarmos histórias daqueles que preferem ficar internados a ter que viver em uma sociedade-espacó. Esta é, por exemplo, a história de Carol que, após 23 anos internada no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, entrou na lista dos usuários que seriam removidos para clínicas no interior paulista. Carol, como tantos outros usuários, recusava-se a deixar o hospital e quando chegou à nova clínica, chorava e soluçava de saudades do hospital onde passou boa parte de sua vida. Após breve permanência na clínica, para sua tranquilidade, Carol foi reenviada ao Juqueri" (O Estado de São Paulo, 2005).

Assim como Carol existem diversos usuários que preferem permanecer na instituição psiquiátrica. Não são, necessariamente, pessoas com longos históricos de internação ou

cronificadas de sua doença mental, mas encontram, sobretudo, dificuldade de reinserção na sociedade e falta de suporte familiar, financeiro e/ou de assistência social. Mediante esse cenário, o hospital psiquiátrico parece ter se convertido em um dos raros lugares em que há inclusão e aceitação. Ora, como a sociedade reagiria, por exemplo, se um usuário ficasse nu em uma reunião familiar? Além da contenção de sua nudez, as reações poderiam passar por agressões, enclausuramento na própria casa, aumento de medicação sem indicação médica, pedidos de reinternação etc. Talvez o mais doloroso para o usuário, além de comportamentos punitivos por parte dos familiares, seja a segregação e a vergonha a que são submetidos.

Desta forma, nota-se que um dos motivos que fazem alguns usuários preferirem permanecer no internamento é o fato da loucura ser mais aceita no hospital do que fora dele. Nesse local de tratamento, os usuários podem fazer coisas socialmente condenadas e expressar sua loucura sem tanta depreciação, medo ou vergonha. Nesse hospital-lugar, as pessoas experimentam a sensação de serem *supercidadãos*⁴, podendo realizar ações que seriam condenadas ou contidas em outro contexto, mas fundamentais para a vida cotidiana dessas pessoas, tais como falar alto, dizer o que pensam, vestir-se do modo que julgam melhor, brincar, discutir etc. O discurso de “fazer coisas condenadas em outro contexto” é bastante conhecido pelos usuários. Muitas vezes sem aceitação social, redes substitutivas de saúde, trabalho, amigos, familiares e, sobretudo, subjugados por suas doenças, só lhes restam o convívio contínuo em instituições hospitalares.

Mediante as inúmeras dificuldades de reinserção social e em função do hospital aceitar a loucura em suas várias manifestações, esse serviço converte-se, para alguns usuários, perigosamente, em lugar. Digo perigosamente porque o atendimento nele oferecido – excludente, segregador e, muitas vezes, desumano – pode passar a ser reconhecido como uma alternativa aceitável no tratamento da loucura. Assim, a discussão em torno de melhorias dos serviços substitutivos, políticas públicas e, sobretudo, da conscientização social, pode desviar-se para uma temida proposta de humanização dos hospitais psiquiátricos. O discurso dos usuários que desejam permanecer no hospital psiquiátrico e, que apontam o hospital como um lugar, parece esconder a vontade de alguns em manter as condições asilares.

O processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos trouxe consigo, entre outras questões, a dificuldade de alguns usuários viverem fora das fronteiras hospitalares, contudo, a problematização dessa realidade deve ser feita de maneira ética. Para tanto, o discurso de alguns usuários não pode ser compreendido superficialmente, restringindo a compreensão ao fato de um usuário querer ficar internado e ter seu desejo atendido, pois diversos sentidos estão presentes em sua fala e a problematização ética está, sobretudo, na busca de compreensão ampla desse pedido.

⁴ Damatta (1985) postula que a pessoa torna-se um *supercidadão* na sua casa, onde prevalecem seus direitos e deveres, em oposição à rua, onde as regras universais da cidadania determinam os deveres e obrigações, pela lógica do *não pode* e *não deve*.



Capítulo II

A Rede Social
extra-muros dos
usuários de serviços
de Saúde Mental

CAPÍTULO II

A Rede Social extra-muros dos usuários de serviços de Saúde Mental

Eqüidade como a disposição de atender igualmente o direito de cada um, e, justiça social como garantia de acesso aos direitos humanos universais, é pelo que estamos lutando há muito tempo, para fazer valer o direito dos que não têm direitos, dos mais frágeis e vulneráveis pela pobreza ou pela desrazão.

Ana Pitta

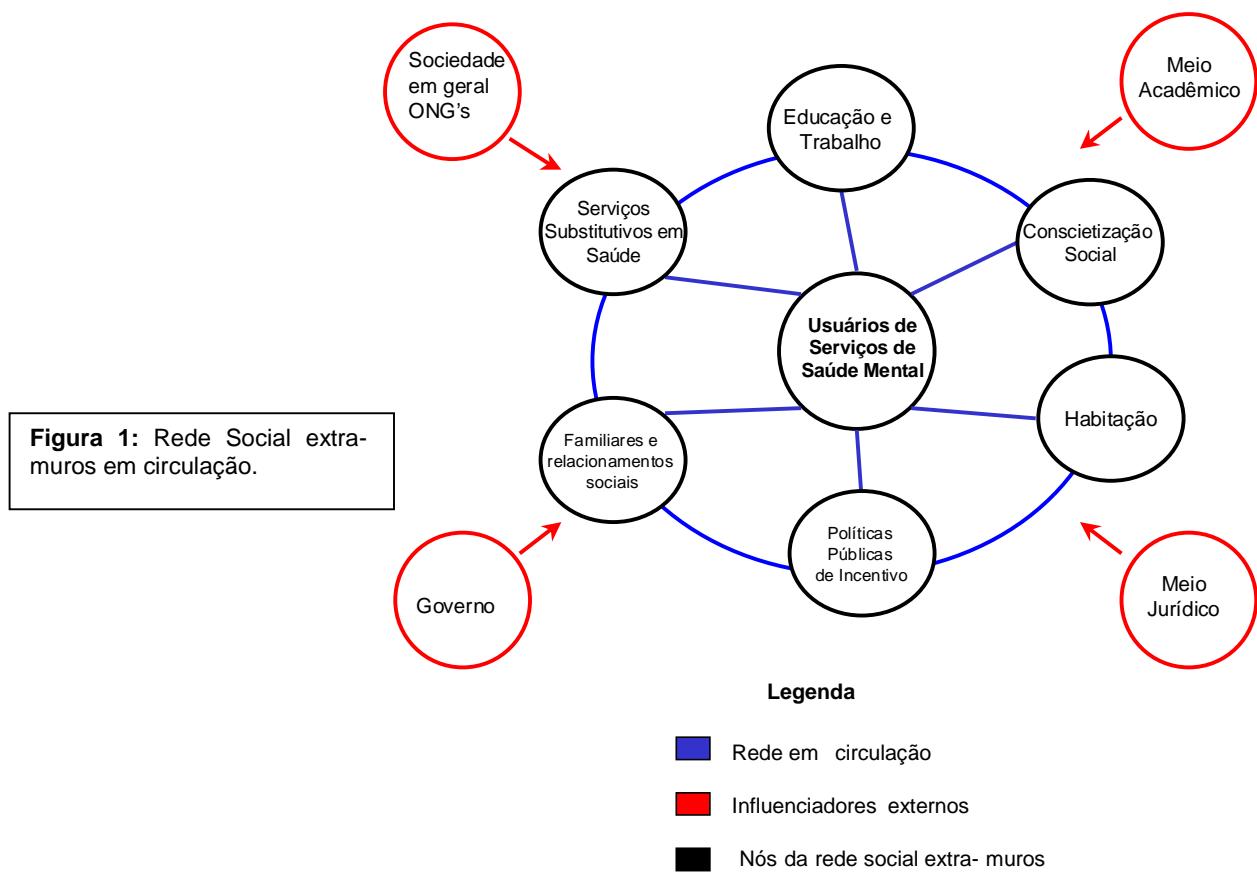
O processo de desinternação psiquiátrica e a conseqüente reinserção social dos usuários de serviços de Saúde Mental estão articulados dentro de uma rede social intra e extra-muros que pode sustentar o usuário fora ou dentro do internamento. Entende-se o conceito de rede a partir das reflexões feitas pela teoria do ator-rede (*Actor Networking Theory*) que, em termos gerais, refere-se à articulação entre organizações sociais, conhecimento e materiais humanos e não humanos em rede, tal como postulado por Latour (2000): "A palavra rede indica que os recursos estão concentrados em poucos locais – nas laçadas e nos nós – interligados – fios e malhas. Essas conexões transformam os recursos esparsos numa teia que parece se estender por toda parte" (p. 294).

Cada nó da rede poderá originar outra rede, assim, por exemplo, a partir do nó que indica o desejo dos trabalhadores de Saúde Mental de desinternação do usuário, teremos outra rede que expõe o sentido da internação para usuário de serviços de Saúde Mental. É válido comentar a importância de diferentes redes de Saúde Mental serem articuladas e compartilhadas entre si, o que poderia contribuir para a criação de estratégias de inclusão do usuário. Neste sentido, Pitta (2001) relata que:

Bom seria se para cada demanda ou necessidade, novas redes setoriais se estabelecessem, articulando-se entre si. Justiça, Educação, Trabalho, Moradia, Previdência, sem hierarquias ou prioridades, deveriam também, em redes semelhantes, estabelecer conexões com as pessoas, cuidadores e cuidados, tecendo os recursos que a necessidade de cada sujeito possa determinar.

Assim como Pitta entendemos que a rede em que o usuário está inserido deveria se constituir a partir da idéia de circulação, de movimentação contínua que percorreria todos os nós da rede envolvidos. Tal movimento não teria como função fechar a rede em um círculo, mas sim possibilitar troca, mobilidade e interação entre seus nós, fazendo-a funcionar de maneira mais orquestrada. Além disso, entende-se que esta idéia está articulada com um sentido de renovação e propagação que possibilitaria à rede sua atualização contínua, de acordo com as necessidades dos principais envolvidos.

Nessa perspectiva, entende-se que os usuários estão inseridos em determinada rede social extra-muros, que incluiria serviços substitutivos de saúde; educação e trabalho (programa *De volta para casa*, cooperativas de trabalho, incentivo para contratação de pessoas com sofrimento psíquico); familiares e relacionamentos sociais; programas de conscientização social; políticas públicas de incentivo à desinternação e habitação. Essa rede seria influenciada por agentes externos tais como governo, sociedade em geral, instâncias científicas e jurídicas. Cabe apontar que o formato dessa rede específica, exposta abaixo, foi constituído a partir das principais dificuldades apontadas pelos usuários durante a pesquisa no hospital psiquiátrico. Assim, considera-se que poderia haver diferentes formatos para a rede em outro contexto, cultura e conjunto de necessidades básicas. Pode-se observar na figura 1 o formato da rede em circulação:

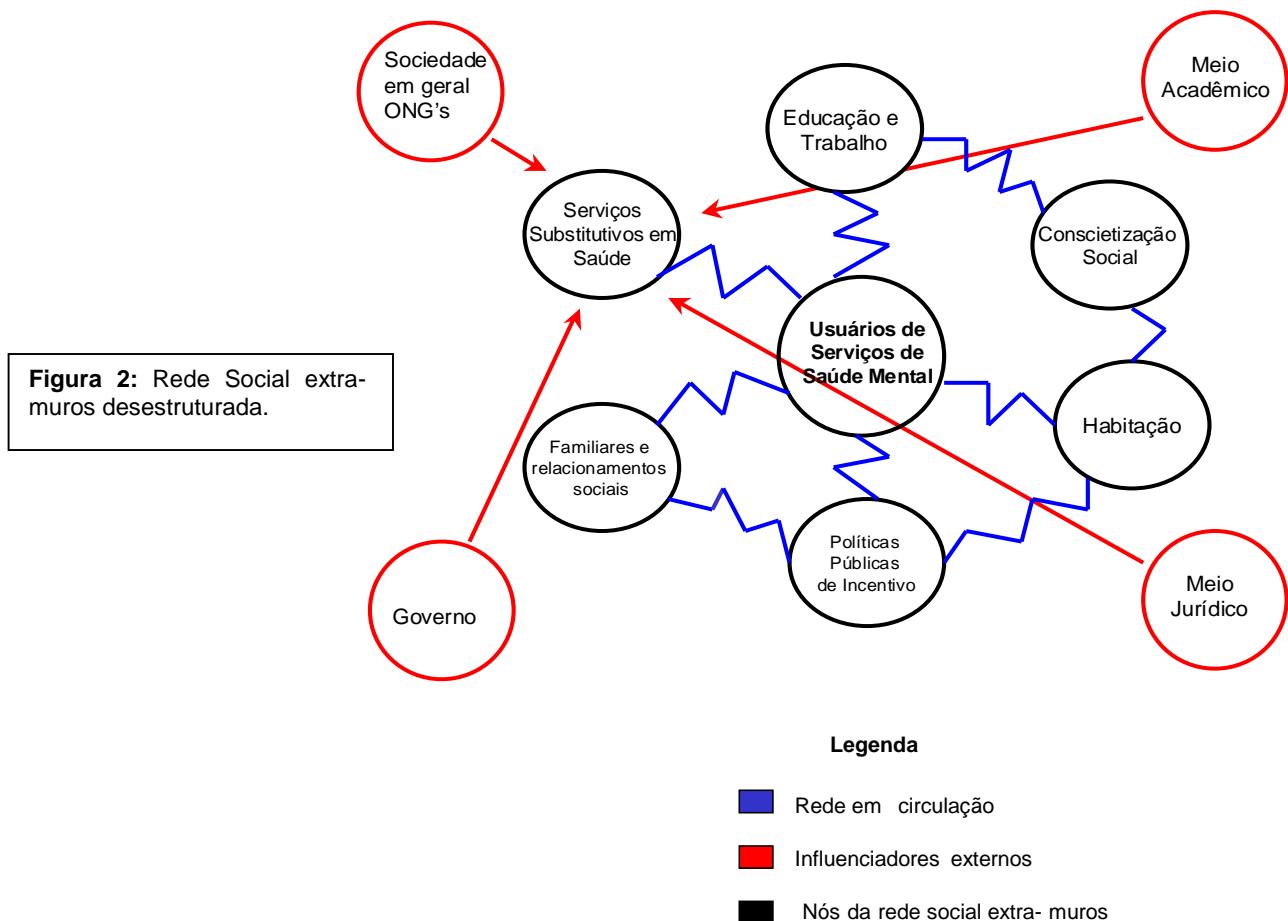


Nessa rede, o principal nó são os usuários, definidos como pessoas que demandam serviços e cuidados peculiares. Os *influenciadores externos*, ilustrados pela cor vermelha, são aqueles que, pela sua mobilização, intervenção, criação ou pressão social podem alterar os nós da rede. Exemplo de influenciadores externos é a história do movimento antimanicomial⁵ que, por meio de discussões, divulgações, mobilizações e lutas, tornou-se nacionalmente reconhecido,

⁵ Para Lobosque (2003), este movimento, atuante desde a década de 1970, foi reconhecido em âmbito nacional em 1993, no I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador.

conquistando aprovação de novas legislações municipais e estaduais e sensibilizando os diferentes atores sociais para que a Lei Paulo Delgado fosse aprovada (Lobosque, 2003). Esta mobilização provocou mudanças nos demais nós da rede.

A rede em circulação, ilustrada pela cor azul, mostra a possibilidade de troca existente entre os nós. A idéia de movimento suscitada por essa rede tem como objetivo apontar para a fluidez contínua, possível e necessária entre os envolvidos. Imaginemos que um desses nós não está corretamente alinhado com os demais, isso causaria o enfraquecimento na rede, afetando sobremaneira os outros nós e comprometendo a reinserção social dos usuários, que é o nó principal. Como exemplo de rede desfragmentada devido à desconexão dos serviços substitutivos com os demais nós da rede, observa-se a figura 2:



Nesta figura, pode-se observar que, mediante um nó enfraquecido (neste caso, os serviços substitutivos), todos os *organizadores externos* voltam sua atenção apenas para ele, deixando de problematizar e fortalecer outros agentes. A ação dos organizadores externos sob o nó enfraquecido pode exercer tamanha pressão que a compreensão a respeito desta desconexão poderá ser tendenciosa, na medida em que a atenção dos organizadores tornou-se parcial, desconsiderando os demais nós da rede. Além disso, a circulação e as trocas ocorridas entre os outros nós também se

tornarão debilitadas, pois a perda de contato entre os nós alterará e sobrecarregará todos os demais. Este cenário poderá se tornar mais preocupante caso mais de um nó esteja com dificuldades e caso os organizadores externos experimentarem dificuldades em sua função.

Sabe-se que, de maneira ampla, todos os nós da rede social extra-muros dos usuários apresentam dificuldades de atuação. De forma geral, encontram-se serviços substitutivos com falta de pessoal e de qualificação profissional, de atividades educacionais e de trabalho, de acesso à cultura, com preconceitos da sociedade em relação às doenças mentais, escassos programas habitacionais, políticas públicas de incentivos pouco eficientes e familiares e relacionamentos sociais sem orientação. Tais fatores contribuem para a desorganização da rede e fazem com que o movimento e a circulação entre os nós tornem-se difíceis e demorados. Da mesma forma, os organizadores externos parecem encontrar dificuldades para contribuir na constituição efetiva da rede, pois são tantas as necessidades que sua atenção se torna dispersa.

Resulta dessa dispersão um ambiente problemático: usuários desorientados quanto ao processo de Reforma Psiquiátrica, temerosos pelo futuro de seu atendimento e, tema que tratamos especificadamente neste trabalho, que preferem a internação em um hospital psiquiátrico a viverem em uma rede social extra-muros sem conexão.

Amarante (1999) destaca que, dentro dessa rede, existem quatro campos fundamentais que são complementares, interrelacionados e estão em movimento:

1. Campo teórico-conceitual: que envolve a desconstrução e reconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria (doença mental, alienação, isolamento, cura, Saúde Mental, normalidade, anormalidade);
2. Campo técnico-assistencial: que, a partir de/ou simultaneamente à reconstrução do campo teórico-conceitual, abre a possibilidade de inclusão e criação de uma nova rede de serviços de inclusão, substitutivos ao modelo tradicional e que procura criar espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades;
3. Campo jurídico-político: que diz respeito à revisão das legislações e cumprimento das mesmas, nas esferas sanitárias, civil e penal. Refere-se também à garantia de acesso à cidadania: direito ao trabalho, à família, aos amigos, ao cotidiano da vida social e coletiva;
4. Campo sócio-cultural: que diz respeito à busca pela transformação do imaginário social relacionado com a loucura, procurando o desenvolvimento de práticas sociais que construam a solidariedade e a inclusão das pessoas em desvantagem social.

Desta maneira, a rede social da figura 2 conecta-se às quatro esferas indicadas por Amarante. Não se pode discutir, por exemplo, a conscientização social sem pensar os conceitos da Psiquiatria enraizados no imaginário social (campo teórico-conceitual), sem considerar a importância de uma rede de serviços de inclusão para dar o devido suporte (campo técnico-assistencial), sem garantir o cumprimento das legislações, punindo, inclusive, atitudes de preconceito (campo jurídico-

político) e sem criar ações de transformação social, de inclusão, de solidariedade e de manifestação da loucura (campo sócio-cultural).

Cabe destacar os importantes avanços gerados pelas denúncias e discussões feitas por membros do movimento antimanicomial nos quatro campos, contando com a atuação de diferentes atores sociais (usuários, profissionais, familiares, comunidade acadêmica, figuras governamentais etc.). No campo *teórico-conceitual*, a ação ocorre por meio de discussões, problematizações e denúncias realizadas no âmbito do movimento antimanicomial, bem como de publicação de livros e artigos e de formulação de dissertações, teses e filmes sobre o tema. No campo *técnico-assistencial* e *jurídico-político*, as atividades envolvem pressões feitas ao governo para que sejam aprovadas novas legislações municipais, estaduais e federais e que estas sejam fiscalizadas visando seu cumprimento. No campo *sócio-cultural*, são realizados encontros regionais, municipais e nacionais, abertos espaços para práticas esportivas, culturais e intercâmbios sociais e fiscalizados por serviços substitutivos para que haja a inclusão dessas atividades.

O fato de alguns segmentos sociais serem militantes e acompanharem o processo de reinserção social dos usuários contribui significativamente para os diferentes campos apontados por Amarante. Isso, no entanto, não substitui a necessidade de envolvimento dos demais atores sociais como governo, sociedade, comunidade acadêmica, usuários e seus familiares, pois é fundamental a conexão entre membros e programas dessa rede, para que se possam criar, manter, fiscalizar e garantir o acesso aos programas e serviços de reinserção social.

A circulação na rede não é simples. Até mesmo na bem-sucedida experiência italiana cuja autoria é de Basaglia e sua equipe, dificuldades foram superadas e outras são vivenciadas até hoje, tais como morosidade burocrática, inconstante vontade política e diferenças regionais que fazem com que alguns manicômios continuem existindo, principalmente no sul da Itália (Rodrigues, 2005). Mesmo diante desses problemas, as conquistas advindas dessa experiência são dignas de apreço, não somente pela abertura mundial a essas práticas, mas pela real revolução política e social que, de fato, ocorreu na sociedade italiana. Lá, observa-se a mudança de atitude da sociedade frente aos doentes: "em relativamente poucos anos o medo, a rejeição e outros sentimentos de intolerância cederam espaço à compreensão e aceitação e modificação do sistema hospitalar italiano" (Rodrigues, 2005).

O processo de democratização da Saúde Mental brasileira está em pleno processo de construção. A rede que se desenvolve dia após dia é criada e recriada por vários segmentos sociais e seus avanços são nítidos, mas seria simplista afirmar que a reforma psiquiátrica ocorre de maneira segura e rápida, pois o que se vê é uma rede extra muros frágil e desconectada entre os envolvidos.

Para apresentar os nós da rede social extra-muros dos usuários de serviços de Saúde Mental, serão apresentadas histórias de usuários com dificuldades e/ou problemas na desinternação psiquiátrica em função do enfraquecimento do respectivo nó. Tendo em vista que não se pode pensar em uma história de vida apenas a luz de uma dificuldade pontual, os casos apresentados para a discussão de um nó acabam por mesclar outros nós, tendo efeito ilustrativo para a discussão

que será apresentada. As histórias são, em sua maioria, fruto de conversas informais que tive com os usuários durante a pesquisa no hospital psiquiátrico, não se trata, portanto, da análise das entrevistas realizadas, o que será tema do Capítulo V. Por fim, os nomes usados são fictícios, objetivando preservar a identificação das pessoas.

2.1 Os Serviços Substitutivos

Karina alega que o hospital psiquiátrico possui um “bom atendimento”, pois fornece sua medicação, “cuida” dela nos momentos de crise, fornece quatro refeições diárias, um quarto limpo e possibilidade de relacionamentos sociais. Não tendo familiares ou qualquer outro vínculo extra-muros, Karina deseja voltar a viver em sociedade e espera uma oportunidade de encaminhamento para o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Afirma que quando esteve desinternada não conseguia a medicação necessária e voltava a ter crise. Sobre esse mesmo período, reclama do atendimento do CAPS que, segundo ela, não dá o “atendimento necessário”. Por fim, relata não conhecer outros serviços substitutivos como ambulatório, atendimento de urgência no hospital geral ou hospital-dia. Na fala de Karina, fica explícito o desejo de voltar a viver em sociedade, no entanto, as deficiências dos diferentes serviços substitutivos pareceram “desanimá-la”.

A criação dos diferentes serviços substitutivos fez parte de um movimento social iniciado primordialmente por profissionais da Saúde Mental⁶ que se opunham à idéia de que os hospitais psiquiátricos fossem a única modalidade possível de atendimento, além de denunciarem a situação precária da maioria deles. Essas novas práticas representam um avanço inquestionável no campo da Saúde Mental e são produto de um longo processo de lutas e discussões, tanto no âmbito dos movimentos sociais (entre eles o movimento da luta antimanicomial), quanto no âmbito governamental.

As práticas substitutivas que emergiram a partir dessas discussões primavam pela especificidade das ações desenvolvidas (considerando saberes locais, recursos e necessidades), pela multiplicidade da formação da equipe profissional e pela circulação dos diferentes conhecimentos e concepções de mundo formuladas por usuários, familiares, profissionais e participantes da sociedade. Entendendo que estas ações podiam gerar novas possibilidades de ação e estando de acordo com os ideais do movimento antimanicomial, o que se esperava era a convivência de diferentes pontos de vista, bem como a construção de uma forma inovadora de inserção social dos usuários.

Nesse contexto, a partir da década de 1980, alguns governos estaduais e municipais iniciaram a contratação de um grande número de profissionais de diferentes formações (psicólogos,

⁶ O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental contaram com o apoio de diferentes entidades e instituições, tais como: Associação Brasileira de Psiquiatria, Federação Brasileira de Hospitais, indústrias farmacêuticas, universidades e o Estado através do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social (Scarelli, 1998).

psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos etc.) visando iniciar o atendimento em Saúde Mental em modalidades substitutivas ao manicômio, tais como centros de atenção psicossocial, hospitais-dia, centros de convivência, cooperativas etc. (Scarcelli, 1998).

Outros importantes avanços foram às diversas Portarias e legislações específicas sobre as modalidades de atendimento substitutivas aos hospitais psiquiátricos, oficializando as práticas que vinham sendo desenvolvidas em algumas regiões e garantindo repasses financeiros fundamentais para a contratação de diferentes profissionais bem como a aparelhagem dos serviços. Além disso, a regulamentação destas ações possibilitou uma evolução no campo jurídico-político, ou seja, o manicômio estava reconhecidamente banido como modalidade de tratamento em Saúde Mental e seu futuro condenado ao fechamento progressivo.

No decorrer dos anos, porém, as legislações e Portarias apresentaram uma importante dicotomia. Se, por um lado, as normatizações decorrentes da criação de leis e Portarias constituíram significativa evolução no atendimento em Saúde Mental, por outro, homogeneizaram práticas, serviços e atuações, gerando o aprisionamento dos saberes, transformando-os, por vezes, em uma teia de regras, procedimentos e burocratizações. Com isso, ações aliadas aos ideais antimanicomiais, como o trabalho a partir dos saberes locais, realização de atividades específicas e constantes construções tornaram-se burocratizadas e difíceis. Outro aspecto presente nessa dicotomia é expresso por Costa (2003): "um serviço, para ser verdadeiramente substitutivo ao manicômio, tem que ser capaz de lidar com a loucura em suas mais diversas formas sem querer disciplinar essa experiência" (p. 51).

A experiência dos serviços substitutivos, normatizada e burocratizada, gerou diversas dificuldades no seu dia-a-dia. Costa (2003), discorrendo sobre a experiência em Belo Horizonte, aponta uma série de problemas, como aumento da demanda ao serviço sem uma devida estruturação, desmotivação e desmobilização de trabalhadores perante a falta de clareza política do projeto de Saúde Mental, falta de possibilidade de participação em decisões do serviço, por meio de um colegiado gestor ou um conselho de saúde local, entre outros. Para o autor, essas dificuldades ocasionaram o recuo na abordagem da loucura, voltando a práticas que envolviam disciplina e norma.

Autores como Scarcelli (1998, 2002), Costa (2003), Barros (2003) e Desviat (1999) apontam para a possibilidade dos serviços substitutivos terem se deixado capturar pela lógica manicomial de acomodação de suas práticas, manutenção da segregação e psiquiatrização e psicologização constante dos usuários.

Considerando a evolução que os serviços substitutivos representaram e o empenho realizado por profissionais, usuários, familiares e sociedade em geral para que esta forma de trabalho fosse regulamentada, um desafio se faz presente: inventar constantemente práticas, instrumentos e serviços. Além disso, a ruptura radical com os saberes manicomiais deve extrapolar o pragmatismo lingüístico e dotar-se de sentido para todos os atores envolvidos.

2.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

A experiência na cidade de Trieste, na Itália, coloca os Centros de Saúde Mental como o eixo organizador de todo o sistema de Saúde Mental, coordenando as demais estruturas⁷ que atendem as pessoas que recorrem ao seu serviço 24 horas por dia sem agendamento ou lista de espera. A organização do trabalho é pouco hierarquizada e com pequena divisão de atividades, sendo que a maioria das atividades se desenvolve fora do Centro por conta da tendência de o atendimento objetivar o encontro dos usuários com o restante da sociedade. A originalidade desta experiência está na criação e na recriação de funções, atividades e papéis, multiplicando relações e solidariedade entre os atores envolvidos. Sem dúvida, a jovem experiência brasileira⁸ encontrará diversas dificuldades e têm muito que aprender com a experiência italiana, especialmente no que tange a criação e recriação de práticas, como veremos a seguir.

No Brasil, o primeiro modelo de Centro de Atenção Psicossocial surgiu em 1986⁹, em São Paulo (SP), fazendo parte de um intenso movimento social iniciado por profissionais da área de Saúde Mental. Seguida a esta experiência, destaca-se a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial¹⁰ (NAPS), em Santos (SP), após o fechamento da “Casa de Saúde Anchieta”, manicômio conhecido por sua atuação desumana e segregadora. A partir da construção desse novo modelo substitutivo em Saúde Mental, inspirado pelas experiências de Franco Basaglia, começam a surgir, em vários outros municípios brasileiros, serviços semelhantes que foram se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações prolongadas. Assim, em 1992, a atuação dos CAPS foi reconhecida nacionalmente por meio da Portaria 224/92 que os caracterizava como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (Ministério da Saúde, 2004a, p. 12).

Mediante a definição simplificada fornecida pela Portaria 224/92 e a necessidade de se especificar a complexidade dos CAPS, foi aprovada a Portaria 336/92 que definiu as atuações, funções e limitações desses centros. Com isso, surgiu o que vamos chamar da “especialização dos CAPS”, por meio das subdivisões entre CAPS I (destinado a municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (municípios com população entre e 70.000 e 200.000

⁷ De maneira similar, na experiência brasileira, os CAPS possuem a função de constituir-se como uma rede de atenção, interligando serviços e articulando recursos existentes em redes sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.

⁸ A expressão “jovem experiência brasileira” é utilizada em função de a nossa legislação de Reforma Psiquiátrica ser datada de 2002, enquanto a experiência italiana data de 1978.

⁹ De acordo com a cartilha “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicosocial, Ministério da Saúde” (2004).

¹⁰ Inicialmente regulamentados pela a Portaria/SNAS nº224, de 29 de janeiro de 1992.

habitantes), CAPS III (municípios com população superior a 200.000 habitantes), CAPSi (voltado para o atendimento de crianças e adolescentes em Saúde Mental) e CAPSad (voltado para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas). Cada modalidade de CAPS conta com uma equipe profissional específica em número e função, com delimitação de atendimentos diários e de atividades a serem desenvolvidas (oficinas terapêuticas, psicoterapias, atendimentos médicos etc).

Como se vê, ambas as Portarias acabaram por simplificar a complexidade dos CAPS. A homogeneização decorrente desta normatização acabou por padronizar serviços, atividades, atendimentos e funções, dificultando a utilização dos saberes locais e o atendimento de necessidades específicas. As perguntas que se formulam são “os modelos definidos por esta Portaria conseguem ter a mesma efetividade em âmbito nacional?” e “uma região X necessita do atendimento definido pela Portaria?” Estas perguntas ganham força quando se tem em mente a diversidade do Brasil e a discussão de que o tratamento para a loucura, independente da diversidade cultural, comprehende uma pluralidade de saberes, sentidos e expressões.

Sobre a homogenização dos CAPS por meio das referidas Portarias, Freire, Ugá e Amarante (2005) apontam que:

Preferimos utilizar, genericamente, a expressão serviço de atenção psicossocial e não centro ou núcleo, na medida em que os primeiros serviços destas modalidades (o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos) imprimiram naturezas muito distintas de serviços, que entretanto foram homogeneizados pelas Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92, que não conseguiram reproduzir suas características inovadoras e suas singularidades. Por fim, a Portaria 336/02, que está em vigor, extinguiu a expressão Núcleos de Atenção Psicossocial, o que é altamente significativo, pelo fato de os NAPS de Santos terem construído uma experiência efetivamente substitutiva... (p.115).

É importante destacar que alguns CAPS conseguiram superar a normatização imposta pelas Portarias e considerar em sua atuação os saberes locais, singularidades, além de criarem e manterem práticas inovadoras, retratando assim, a continuidade de experiências bem sucedidas. Outro fator que influencia a atuação dos CAPS, ferindo de certa forma seus ideais, é a forma de pagamento¹¹ dos seus serviços pelo governo. Seguindo a lógica da produtividade, onde se ganha de acordo com o que se produziu (atendeu), os CAPS ficam ancorados na venda de serviços assistenciais, vinculando-se predominantemente à doença e tornando-se suscetíveis à institucionalização, já que precisaram de usuários para receber por seus serviços.

Esta lógica de remuneração funciona pela produtividade da assistência. Quanto menos a equipe estiver preocupada em supervisionar serviços, trabalhar na promoção, estabelecer parcerias com a sociedade civil, organizar – conjuntamente com o gestor – a política, a demanda e o fluxo de cuidados referentes à Saúde Mental, ou seja, quanto menos o CAPS se dedicar a vislumbrar a questão como atenção à saúde, e mais estiver debruçado ao

¹¹ Freire et al. (2005) utilizam o termo “pagamento” para enfatizar que os CAPS recebem recursos financeiros em função de um serviço executado, o que para os autores se configura em uma relação de compra e venda.

tratamento da doença mental, mais ele será recompensado financeiramente (Tófoli apud Freire et al., 2005, p. 132, 133).

Desta forma, cria-se um paradoxo, pois, de um lado, há a remuneração por serviço prestado, enfatizando a doença atendida e, de outro lado, existe a proposta do CAPS de colocar “a doença mental entre parênteses¹²”. Como fazer isso se, para cada remuneração de atendimento prestado pelo CAPS, é necessário um laudo contendo um diagnóstico? Como incentivar a desinstitucionalização se, para o CAPS receber incentivo financeiro é preciso comprovar atendimentos?

Um possível efeito de institucionalização e cronificação gerada pelos CAPS foi apontada pelo Tribunal de Contas da União (2005), onde a pesquisa realizada em diferentes municípios brasileiros, encontrou um baixo número de altas registradas nos CAPS, o que nesta análise apontou para uma possível relação de dependência que poderia ser estabelecia entre o usuário e o serviço de saúde, além de uma alarmante possibilidade de cronificação dos usuários. Para minimizar ou erradicar questões como esta Freire et al (2005) concordam a respeito da necessidade de financiar o CAPS como um todo, englobando todas as suas ações (serviços comunitários, palestras educativas etc.), permitindo flexibilidade para a realização de trabalhos de acordo com a necessidade regional, desvinculando a relação de compra e venda de serviço e da noção de doença.

Outro ponto que chama a atenção na pesquisa é a implantação e distribuição deste serviço em âmbito nacional. De acordo com o TCU (2005), apesar da ampliação, nos últimos oito anos, do número de CAPS, este ainda é insuficiente e concentra-se em grandes centros, preterindo locais mais afastados. Segundo esta pesquisa, 67% destes serviços concentram-se nas regiões Sul e Sudeste, enquanto a população dessas regiões corresponde a 57% da população total. Assim, apenas 33% dos CAPS estão localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Cabe destacar que nenhum dos estados brasileiros atinge a relação de um CAPS por 100.000 habitantes, meta do Ministério da Saúde. Além disso, dados fornecidos pela Coordenação Geral de Saúde Mental para o TCU apontam que 18 dos 112 municípios com mais de 200.000 habitantes e 52 dos 121 municípios com população entre 100.000 e 200.000 não possuem CAPS.

Segundo o TCU (2005), as razões para a dificuldade de implementar os Centros de Atenção Psicossocial se devem:

...ao fato de a implementação da reforma ser fortemente dependente da vontade política dos gestores locais. Embora o discurso da necessidade da reforma mostre-se quase unânime, na prática as ações tomadas nessa direção em alguns estados não correspondem a essa orientação, o que se comprova pelo baixo número de planos estaduais e municipais que visem a enfrentar o problema (p. 36).

¹² Termo proposto por Franco Basaglia (1985).

No entanto, esta resposta se torna insipiente se concordarmos com Costa (2003) quando afirma:

Não se pode centrar as esperanças da efetivação de um modelo de atenção à Saúde Mental verdadeiramente substitutivo ao hospital psiquiátrico apenas na vontade da equipe ou do gestor municipal. É preciso criar instrumentos capazes de sensibilizar essas equipes e os gestores municipais, estaduais e nacionais. Não existe outro caminho senão o da formulação de políticas de Saúde Mental claramente antimanicomiais (p. 54).

Certamente, a vontade do gestor local não será fator determinante para que um modelo substitutivo seja implantado e efetivamente conduzido, pois outros fatores contam e, como aponta Costa, não podemos simplesmente responsabilizar os gestores porque eles são diretamente afetados pelas políticas públicas.

Além do número insuficiente de CAPS, sabemos que o número de leitos disponíveis e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em hospitais psiquiátricos têm sido gradativamente reduzidos, diminuindo de 72.514 em 1996 para 44.234 no ano de 2004 (TCU, 2005). Assim, temos um panorama que pode ser alarmante: por um lado, o governo obriga a redução de leitos e de internações em hospitais psiquiátricos e, por outro, não consegue cumprir a meta de criação de serviços substitutivos e de zelar por um atendimento antimanicomial. Além disso, em função destas reduções, cada vez mais a população passa a procurar os serviços dos CAPS, o que os sobrecarrega e torna mais difícil colocar em prática seus projetos terapêuticos.

Outra questão que preocupa é a formação dos profissionais e sua metodologia de trabalho. Segundo Scarcelli (1998), a partir do início da década de 1980, alguns governos estaduais e municipais começaram a contratar um número relevante de profissionais para integrar as equipes de Saúde Mental, entre eles psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupais, fonoaudiólogos etc. que trouxeram consigo diferentes concepções teóricas, metodológicas e tipos de formação universitária. A causa dos problemas certamente não decorre da diversidade de formações, já que a reforma psiquiátrica requer a convivência entre diferentes saberes e concepções de mundo, mas sim da falta de preparo para o trabalho com Saúde Mental e Saúde Coletiva, de experiência com o serviço público e o fato de grande parte destes profissionais serem recém-formados.

Ainda segundo Scarcelli (1998), na cidade de São Paulo, na administração pública dos anos 1989–1992, foram elaboradas propostas, que incluíam seminários, cursos, supervisões clínicas e institucionais, para a formação desses profissionais. Tais sugestões levaram à implantação de um projeto que envolveu grande parte dos profissionais em Saúde Mental, no entanto, essas ações não foram realizadas em âmbito nacional, o que pode ter dificultado em demasia a implantação do modelo substitutivo. Tendo em vista que os profissionais são atores privilegiados para o término da cultura manicomial e que falta formação para eles, concluímos que ações como as protagonizadas

em São Paulo na administração de 1989 a 1992 são imprescindíveis para a consolidação de um serviço efetivamente substitutivo.

Quando se questiona a atuação de um profissional, somos remetidos à qualidade do atendimento prestado. Neste sentido, o TCU (2005) aponta dados preocupantes em uma de suas pesquisas, pois verificou-se que 48% das unidades respondentes possuíam atendimento predominantemente individual, ao passo que as atividades comunitárias (de atendimento à família e visitas domiciliares) correspondiam a apenas 7% das ações. Além disso, 16% das unidades não realizavam oficinas terapêuticas, 17% não faziam visitas domiciliares, 17% não prestavam atendimento às famílias, 32% não desenvolviam atividades comunitárias e 52% não desenvolviam qualquer tipo de atividade de geração de renda ou profissionalizante. As justificativas sugerem demanda reprimida por falta de locais de atendimento ou de profissionais qualificados, deficiência na estrutura física, falta de medicamentos, carência de alimentação em quantidade e qualidade suficiente, falta de equipamentos e materiais para as oficinas e para o expediente em geral.

Mediante tais dificuldades, o TCU, em seu relatório, recomendou ao governo federal a implementação de um programa de avaliação de serviços, em conjunto com a Secretaria da Saúde dos Estados, por meio de inspeções anuais. Sabe-se, no entanto, que ações como essa são alvos fácties para os discursos manicomiais, que questionam se os CAPS são a melhor alternativa em Saúde Mental e se o usuário não seria melhor atendido em hospitais psiquiátricos humanizados. Entendemos que avaliações como as elaboradas pelo TCU podem gerar um processo de enriquecimento e trocas entre saberes, contudo de nada adianta avaliar o serviço sem considerar a lógica da regulamentação, remuneração e organização política que enfraquecem e limitam a sua atuação.

Em suma, sendo o CAPS um serviço estratégico para a Reforma Psiquiátrica que encontra atualmente várias dificuldades para seu exercício, partimos do pressuposto que a rede social extra-muros está comprometida, pois este serviço, responsável pela articulação e tecimento da rede, está enfraquecido em suas raízes.

2.1.2 Serviços Residenciais Terapêuticos

Uma questão que sempre permeou o debate da Reforma Psiquiátrica era qual tratamento oferecer para usuários de longa internação, muitas vezes comprometidos física e psicologicamente, que não possuíam familiares ou amigos que os aceitassem em sua casa após a alta hospitalar. Desta forma, a pergunta central era o que fazer com estas pessoas abandonadas no hospital e sem perspectiva de reencontrar familiares e amigos?

Como resposta, começaram a surgir no Brasil as *Moradias Assistidas* cujo objetivo era receber usuários que não tinham condições de moradia, em função de abandono ou maus-tratos em sua casa. As Moradias Assistidas visaram criar condições para que a Reforma Psiquiátrica não se tornasse negligente, tendo em vista que, ao serem desinternados, muitos usuários não encontravam

alternativas de vida fora do hospital e, assim, passavam a viver nas ruas ou trancados em outras instituições fechadas como prisões, manicômios judiciários etc.

A criação deste serviço pareceu vincular-se predominantemente à reabilitação psicossocial (estabilização da doença, inserção no mercado de trabalho, criação de relacionamentos sociais etc.), relegando ao segundo plano o que Basaglia (1985) julgava fundamental, ou seja, a tomada de consciência do dito louco de sua exclusão e rejeição como única forma de reabilitar seu estado de institucionalização. A crítica central de Basaglia e sua equipe às comunidades terapêuticas oriundas dos países anglo-saxões se concentrava na maneira como elas se revelaram como um novo instrumento terapêutico nas mãos de médicos – com seus medicamentos e suas terapias – ao invés de se constituir efetivamente em uma moradia democrática. Ao contrário, estas acabavam por perpetuar as mesmas relações de poder que apareciam em hospitais psiquiátricos tradicionais. Por outro lado, alguns especialistas consideravam que a comunidade terapêutica poderia conseguir resultados bem-sucedidos desde que suas contradições fossem evidenciadas e que houvesse participação efetiva e diária do doente nas diferentes esferas de decisão, assim como sugere Schittar (1985) quando afirma: "as contradições permanecem, o importante é tomar consciência delas" (p.147).

As questões apontadas por Basaglia e sua equipe estão presentes na experiência brasileira. Exemplo disso é a pequena inserção social dos novos moradores na comunidade, o monitoramento por parte da equipe de saúde e a manutenção de práticas institucionais e da estrutura asilar na nova moradia. De acordo com Scarcelli (2002), esses aspectos só poderiam ser solucionados quando o programa de inserção social transcendesse os âmbitos assistenciais em saúde, pois, nas palavras da autora, "o propósito da inserção social é a construção do direito pleno de cidadania, e para isso é necessário ampliar os horizontes para além da assistência" (p. 81).

Apesar da polêmica, as moradias assistidas¹³ trouxeram benefícios aos usuários tais como melhoria na relação com a sociedade (incluindo novas possibilidades de vínculos, trabalhos e relacionamentos), melhoria da auto-estima (relacionado à construção de conceitos muitas vezes perdidos, como os de tempo, espaço e individualidade) e tomada de consciência em relação à loucura, ao preconceito e à segregação. Reabilitação, medicação e diferentes tratamentos psicológicos não foram abandonados, mas foram adotadas outras formas de atuação que incluíram cidadania e apropriação gradativa da autonomia, como apontaram as experiências bem-sucedidas nas cidades de Campinas, Ribeirão Preto, Santos, Rio de Janeiro e Porto Alegre na década de 1990.

A experiência das moradias assistidas, lares abrigados, pensões protegidas ou moradias extra-hospitalares (como eram nomeadas as residências na década de 1990) foi homogeneizada pela Portaria n.^o 106/2000, passando a chamar-se exclusivamente "Serviços Residenciais

¹³ De acordo com Mirian Fernandes (2001), a moradia assistida teve seu início em fevereiro de 1998, numa residência alugada no bairro da Bela Vista, em São Paulo.

Terapêuticos” (SRT’s). Segundo esta normatização, os SRT’s devem situar-se dentro da zona urbana, com um usuário morador até o máximo oito moradores. Em linhas gerais seus objetivos seriam:

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária (Ministério da Saúde, 2004, p. 85-86).

Os SRT’s devem estar vinculados aos CAPS ou a outro dispositivo ambulatorial, estando subdivididos, segundo o Ministério da Saúde (2004), em duas modalidades, SRT I e SRT II. O primeiro oferece suporte básico objetivando a inserção do usuário-morador na rede social (trabalho, lazer, educação etc.). O acompanhamento é realizado por um profissional capacitado para este tipo de apoio, seja um funcionário do CAPS, do Programa de Saúde da Família, de alguma instituição credenciada ou do próprio SRT. O SRT I é o tipo de residência mais comum e nele são desenvolvidas atividades de reinserção social e estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. O segundo, SRT II, caracteriza-se pelo atendimento aos doentes e/ou dependentes físicos que requerem cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, ou seja, trata-se de uma moradia de cuidados substitutivos para a população abandonada e marcada por anos de institucionalização. Esse suporte objetiva levar o usuário a se apropriar da casa como espaço de moradia e se insrir, gradativamente, na rede social extra-muros.

Mesmo com diferenciações, os funcionários que acompanham o desenvolvimento dos moradores têm que obedecer a dois critérios fundamentais: 1) as casas devem ser organizadas segundo os gostos de seus habitantes e 2) a questão central é o morar e o viver em sociedade. Ou seja, a equipe profissional responsável pela gestão das moradias deve, obrigatoriamente, trabalhar para a promoção da autonomia e para o desenvolvimento do sentido de viver em sociedade e em uma residência que deve ser pensada como espaço de habitação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004b), são beneficiários dos SRT's:

...egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal); pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, freqüentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de Saúde Mental; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS (p. 8).

Para que um usuário tenha acesso a um SRT é necessário que ele passe por um processo de seleção. De acordo com o art. 8.º da Portaria n.º 106/2000, caberá "ao gestor municipal/estadual identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental".

Essa seleção depende mais do número de vagas disponíveis do que das necessidades dos usuários. Tal questão fica evidente quando se considera que, em 2004, existiam 256 SRT's com cerca de 1.400 pessoas atendidas enquanto a estimava de potenciais beneficiários chegava a cerca de 12.000 usuários (Ministério da Saúde, 2004b). Em resposta a isso, recentemente, foi aprovada pela Portaria n.º 2068/2004 o incentivo para a instalação de SRT, criando expectativa de expansão desse serviço em âmbito nacional.

Como se viu, o SRT é ferramenta central no processo de desinstitucionalização e, sem ela, a desinternação pode se tornar impossível, pois os usuários abandonados por seus familiares e amigos podem não ter a quem recorrer, ficando mais uma vez excluídos do processo da Reforma Psiquiátrica.

2.1.3 Unidade Básica de Saúde

Considerada a porta de entrada para o atendimento do usuário em Saúde Mental, a Unidade Básica de Saúde (UBS) busca intervir em situações de crise, prestando o primeiro atendimento ou encaminhando o usuário, realizando acompanhamentos médicos gerais ou reencaminhando para outros serviços (CAPS, hospitais gerais etc.). Considerando seu papel estratégico, a UBS é vital na rede substitutiva de Saúde Mental, especialmente em municípios com população inferior a 20 mil habitantes, onde, de acordo com o Ministério da Saúde, não há necessidade da existência de um CAPS.

Por outro lado, o relatório do TCU (2005) indica que a relação entre atenção básica com os demais serviços de saúde é precária, com graves consequências no encaminhamento de usuários a unidades apropriadas. Para que este processo funcionasse de forma adequada seria necessária a maior adesão e a capacitação para atuação neste modelo dos gestores de saúde e dos profissionais. Nesse sentido, caberia à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) persuadir seus gestores sobre a necessidade de adesão dos municípios à sistemática de integração da atenção básica com a Saúde Mental.

O desenvolvimento de uma ação integral que favoreça o atendimento dos usuários e a ação da UBS como porta de entrada para o usuário parece estar comprometido devido à falta de recursos de pessoal, de integração das equipes e de capacitação dos funcionários. Contudo, responsabilizar apenas profissionais e gestores pelas dificuldades encontradas nas Unidades Básicas de Saúde pode mascarar a lógica de exclusão que permeia a Reforma Psiquiátrica.

2.1.4 Hospital Geral

No Hospital Geral, o atendimento em Saúde Mental possui como estratégia o encaminhamento dos usuários às especialidades médicas pertinentes, passando a se constituir como porta de entrada à rede de assistência, a exemplo da Unidade Básica de Saúde. Dessa maneira, o Hospital Geral teria a importante função de atender as pessoas em momentos de crises psiquiátricas para posteriormente encaminhá-las a outro tipo de acompanhamento.

Na experiência italiana, o Plantão Psiquiátrico no Hospital Geral tem como objetivo fornecer a primeira resposta à situação de crise, *hospedando* o usuário por uma noite e, se necessário, acionando o centro de Saúde Mental competente para o devido encaminhamento (Rotelli et al., 2001). O termo *hospedando*, utilizado pelos profissionais nessa experiência italiana, sugere a concepção de que seus usuários são pessoas que demandam serviços com uma certa constância¹⁴ e não como doentes mentais recorrentes que devem permanecer internados.

Na realidade brasileira, encontra-se um reduzido número de unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais, com pequena disponibilidade de leitos em todos os estados brasileiros¹⁵. Esta realidade, aliada à qualificação e sensibilização deficiente da equipe hospitalar, acaba por gerar receio e insegurança na equipe hospitalar, nos usuários e em seus familiares. Essas dificuldades tornam-se um entrave no processo de Reforma Psiquiátrica tendo em vista que os momentos de crise mental acabam não sendo atendidos como uma rotina de um Hospital Geral, o que evitaria a segregação do usuário e colocaria a doença mental no mesmo patamar das outras enfermidades.

2.1.5 Hospital Dia

O Hospital Dia, de caráter intermediário entre assistência ambulatorial e hospitalização, é definido como local no qual ocorrem internações hospitalares de curta duração nas quais se oferece atenção intensiva em momentos de crise sem segregar do convívio social e familiar. Neste serviço, o usuário é atendido no período diurno e retorna para o convívio social no período noturno, podendo ou não voltar no dia seguinte, de acordo com o procedimento terapêutico definido para ele. O Hospital Dia deve dar retaguarda para Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência e Hospitais Gerais, não se constituindo, portanto, como porta de entrada para a rede de Saúde Mental (Scarelli, 1998). Sua rotina deve incluir atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais, passeios, assembleias de discussão e assistência às famílias.

A crítica que se faz a esta modalidade terapêutica é o seu cunho segregador e manicomial que permanece ao falarmos mais uma vez de internação. Outra armadilha possível é a possibilidade

¹⁴ Considerando que um usuário com crises recorrentes possivelmente procura serviços emergenciais com maior freqüência.

¹⁵ Segundo o TCU (2005).

de familiares, amigos e membros da sociedade usarem este serviço para conseguirem uma semi-internação para se distanciarem do usuário. Essas duas questões estão resumidas no seguinte trecho de Desviat (1999): "tratam-se de novas instituições que não aboliram a cronicidade, mas apenas as formas de sedimentação asilar, que, entretanto, também produzem suas formas de cronicidade, as chamadas estruturas alternativas, intermediárias ou comunitárias" (p. 92).

2.2 Educação e Trabalho

Marcos, único homem de uma família extremamente pobre formada por cinco mulheres (sua mãe e quatro irmãs), passou fome, abandonou os estudos após a 2^a série primária e começou a trabalhar, com oito anos, em um fábrica de tijolos, onde ingeria bebidas alcoólicas a exemplo dos demais trabalhadores. Com cerca de 45 anos e internado há seis meses, Marcos apresenta histórico de reinternação psiquiátrica devido ao abuso do álcool com consequente quadro de agressividade e delírios. Abandonado por sua mulher e seu filho, quando não está internado, Marcos vive sozinho em uma casa alugada. Trabalha autonomamente como pedreiro e ajudante geral, mas constantemente abandona seu emprego devido aos diferentes sintomas psiquiátricos que apresenta. Em conversa informal, afirma estar feliz no hospital psiquiátrico, mesmo que demonstre tristeza e sofrimento em seu rosto. Para ele, a vida seria melhor fora do hospital se ele pudesse ter estudado e, assim, conseguindo se manter em um emprego "com carteira assinada". Tal como Marcos, diversos usuários apresentam dificuldades de reinserção no mercado de trabalho por conta das consequências das internações recorrentes, como a falta de escolaridade e de experiência profissional.

O trabalho ocupa um lugar de destaque na organização da vida cotidiana, especialmente em culturas mais marcadas pelo capitalismo. Além disso, tendo em vista que, para se incluir no mercado de trabalho é fundamental que a pessoa seja produtiva, criativa e possua boa formação educacional, como ficam as pessoas egressas de internações psiquiátricas que não tiveram formação educacional contínua e têm pouca experiência profissional?

A inclusão de usuários de serviços de Saúde Mental em postos de trabalho é, muitas vezes, vista pelos demais trabalhadores com indiferença, descrença ou temor. Essas questões talvez justifiquem as razões de alguns usuários procurarem esconder sua condição médica anterior ou fugirem de alguma atividade profissional formal, optando por um benefício do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), como as aposentadorias por invalidez.

Poucas ações governamentais são dirigidas para que estas pessoas sejam inseridas no mercado de trabalho e sejam vistas de forma menos preconceituosa. O governo estimula a desinternação por meio da redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, da concessão de salário-auxílio por meio do Programa *De volta para casa* e de aposentadorias por invalidez, mas faz pouco para criar formas efetivas de inserção profissional. É válido salientar que, no cenário econômico

brasileiro atual, com altos índices de subemprego e desemprego, a inclusão de usuários de serviços de Saúde Mental no mercado de trabalho é protelada. Para Basaglia (1985), as instâncias governamentais não têm nenhum interesse em reabilitar os doentes mentais, pois aumentaria o desemprego entre os considerados sãos.

Por meio da história, podem-se entender as marcas do preconceito e da segregação que usuários de serviços de Saúde Mental encontram no mundo do trabalho. Historicamente o trabalho institucionalizado dos “loucos”¹⁶ coincidiu com a fase da “Grande Internação” (séculos XVII e XVIII), na qual pobres, desempregados e loucos foram confinados nos Hospitais Gerais e Casas de Correção a fim de evitar mendicância, ociosidade e demais desordens (Foucault, 2004). Nesses casos, a internação tinha o claro objetivo de fornecer, em tempos de altos salários e acelerada industrialização, a mão-de-obra barata, que obrigatoriamente deveria ser produtiva:

Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas (Foucault, 2004, p. 67).

A oferta de mão-de-obra barata fez aumentar o desemprego e, consequentemente, elevou o número de mendicantes que eram enviados para os Hospitais e Casas de Correção, onde encontravam alimento e abrigo. Essa estadia no hospital ou na casa de correção era trocada por atividades de trabalho, sendo as mais comuns as realizadas em moinhos, tecelagem, fabricação de fios e corda, polimento de vidros e substituição do trabalho feito por animais, como cavalos (Foucault, 2004). O lucro proveniente das atividades era dividido entre empresário e hospital.

A atividade produtiva e pouco recompensadora para os internos, também é discutida por Delgado (1991):

... paga-se com maços de cigarros o trabalho de vários dias. Às vezes com a desculpa de que o trabalho é terapêutico, um interno se vê partícipe de uma linha de produção mais que alienante. Serviços de artesanato, limpeza, lavanderia etc. geram recursos ao hospital, que acaba reproduzindo a cadeia social de exploração da mão-de-obra (p. 18).

Nesta concepção, o que poderia ser elemento de reaquisição da cidadania e auto-estima – trabalho e sua justa remuneração – passa a se constituir em mais uma forma de alienação e de manutenção do “louco” como pessoa dependente, fraca, impotente e incapaz.

O significado terapêutico do trabalho foi parcialmente modificado a partir do século XIX, com as novas idéias e forma de atuação de Pinel para o tratamento da loucura, no qual a experiência do

¹⁶ Utilizo o termo “louco” entre aspas para marcar a estigmatização propiciada pelo termo e para indicar momentos históricos em que este título era de uso corrente para denominar o usuário de serviços de Saúde Mental.

trabalho era considerada importante recurso de tratamento. A partir de Pinel, no manicômio procurou-se:

... aplicar o princípio do trabalho ao ar livre ao maior número possível de alienados ... mas a fundação das colônias agrícolas não tem por objetivo apenas propiciar a um grande número de alienados os meios de se exercitarem nas tarefas agrícolas, tão benéficos para sua cura e bem-estar; ... deve-se ter em vista ... o objetivo de vir em socorro de um número, maior ainda, de alienados, através da redução das despesas e oferecer a esses pobres doentes mais bem-estar, mais liberdade do que podem obter no interior dos asilos atuais (Falret apud Pessotti, 1996, p. 189).

Nos dias atuais, encontramos diferentes realidades e necessidades entre os internos. Praticamente desapareceram as instituições totais¹⁷, sendo que as existentes serão suplantadas em breve. O debate promovido em torno da Reforma Psiquiátrica promoveu ganhos no atendimento prestado aos usuários dos Serviços de Saúde Mental devido à criação e à ampliação de serviços substitutivos, como CAPS e SRT's, além do desenvolvimento científico e farmacológico que possibilitou a melhoria na vida social dos usuários ao diminuir a freqüência de crises agudas. Tais medidas fornecem argumentos para a inclusão dos usuários desse tipo de serviço no mercado de trabalho e em programas educacionais. Quanto às empresas, a inserção de pessoas egressas de internações faz parte do compromisso ético de promoção da diversidade, respeito à diferença e redução das desigualdades sociais, tratando do reconhecimento das peculiaridades de cada pessoa, colocando-as em patamar igualitário das demais. No entanto, para que tal possibilidade seja colocada em prática, seriam necessárias medidas governamentais que estimulassem a inclusão, seja pelo cumprimento de cotas para as grandes empresas ou através de redução de impostos e benefícios secundários para as que possibilissem a inclusão. É importante frisar que valorizar a diversidade, ou seja, contratar usuários, é lucrativo para as empresas tendo em vista que cada usuário inserido é uma pessoa que consome e que alimenta o ciclo lucrativo.

O trabalho possui um fator reabilitador para as pessoas com sofrimento psíquico. De acordo com Fernandes (1999), é um elemento organizador e estruturante da pessoa em sua relação com o mundo, constituindo-se de um regulador das relações entre ela e a sociedade. No entanto, tendo em vista o preconceito sofrido e as limitações educacionais e profissionais dos usuários egressos de longas ou recorrentes internações, muitas vezes as únicas oportunidades oferecidas são tão alienadoras quanto o próprio internamento. Além disso, em vários serviços substitutivos, as atividades desenvolvidas – confecção de artesanato, pintura, costura e participação em peças teatrais – são, em vários casos, somente ocupação de tempo e não visam inserção e qualificação profissional. Como nos alerta Saraceno (1999), "não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam sua cidadania" (p. 16).

¹⁷ Tal como concebidas por Goffman, 1974.

2.3 Familiares e Relacionamentos Sociais

Janaína alega sonhar em voltar para a casa. Inicialmente afirma que sua casa é linda e que seus familiares a amam e cuidam bem dela, porém, após essa breve fala, começa a chorar copiosamente e declara ter mentido, pois, na verdade, seus familiares a agredem e procuram mantê-la internada. O ideal de família de Janaína, ilustrado pela mentira inicial, parece revelar seu desejo de acolhimento familiar. Sem qualquer outro tipo de vínculo social, Janaína em breve deve voltar a viver com seus familiares, mesmo nesse cenário de maus-tratos, mas, para que isso ocorra, ela precisa receber alta do hospital e ela deve aceitar seus familiares. O enfraquecimento do nó que representa a família, ilustrado pelos inúmeros casos de rejeição familiar, agressão e abandono, certamente possui impacto negativo no que se refere à desinternação psiquiátrica e à prevenção de reinternações.

O usuário, devolvido ao seio familiar e social, percebe-se envolvido em uma espécie de solidão, diferente da vivenciada no hospital psiquiátrico, talvez mais dolorosa e silenciosa. Trata-se da solidão de estar presente em um local em que as pessoas, familiares ou não, mostram-se ausentes, por medo ou indiferença. Com esse cenário, o fim do internamento torna-se um processo difícil para diversos usuários e, em alguns casos, é sentido como uma perda que não é reconhecida socialmente. Comumente, familiares e membros do grupo social do usuário, ao notarem indiferença, melancolia ou novas crises por parte do usuário fora da internação, proferem frases como “onde já se viu ficar triste por sair do hospital?”. Tal frase sugere que o raciocínio desses familiares é “ele não está bem fora do hospital, então, talvez deva voltar ao internamento, pois não é possível manter uma pessoa assim em casa”.

Para Cavalcanti, Lovisi e Pinto (2001) esta problemática decorre, em certa medida, da falta de pertencimento na vida em casa e na comunidade. Para que esta falta de pertencimento, transforme-se em sentimento de pertencimento, os autores apontam que familiares e sociedade, devem reconhecer, por meio do olhar e das nomeações acolhedoras, o usuário como integrante dos diferentes espaços sociais (casa, comunidade etc.), pois apenas dessa maneira ele poderá construir sua auto-imagem e seu sentido de pertencimento, peças fundamentais para sua vida extra-muros. Para estes autores, até os moradores de rua reconhecem e excluem os “loucos” pelo fato destes não conseguirem se inserir na comunidade formada pelos moradores de rua e auxiliá-los nas diferentes atividades do cotidiano, tais como pegar lixo, pedir esmolas etc.

Cabe dizer que dificilmente se vê nas ruas a figura tão temida, estereotipada e secular do “louco”, como pessoa violenta, em pleno delírio e pronta para atacar. Ao contrário, encontram-se pessoas em sofrimento mental sem assistência, abrigo, alimentação e cuidados médicos, condições estas que as fazem, muitas vezes, recorrer à bebida para espantar o frio, a fome, a solidão e o abandono.

A respeito desse contexto, uma questão é elaborada: o que poderia ser feito para que o usuário pudesse ter um convívio mais saudável com seus familiares e com os demais membros da sociedade na qual está inserido? A resposta para tal pergunta complexa não é simples nem homogênea, pois cada família e cada usuário possuem peculiaridades que demandam experiências e sentidos próprios, dificilmente apreendidas por um ideal de convivência familiar. No entanto, há dois pontos fundamentais para a inclusão do "louco" no convívio familiar e social a serem destacados.

Em primeiro lugar, é necessária a disposição para se relacionar com o usuário, ou seja, a conscientização social de que a loucura é uma das possibilidades de existência humana, o que levaria à revisão de ideais e questionamento sobre a doença mental. O contato e o convívio com o usuário exigem mais que a mera tolerância ao diferente; requerem a disposição para encontrar "o outro como um ser igual a mim e absolutamente diferente. Nada semelhante a posições benevolentes, cariocas e excessivamente zelosas que retiram do outro toda a capacidade de ser e existir enquanto tal" (Abou-Yd & Silva, 2001, p. 40). Aceitar conviver e se relacionar com um usuário pode gerar uma série de estigmas, sofrimentos e fracassos que podem se tornar insuportáveis, caso a pessoa não encontre apoio dos demais atores do grupo social para manter tal relação. No entanto, segundo Delgado (1991), este tipo de convivência oferece "uma oportunidade ímpar de contato com a nossa própria loucura, com o nosso 'lado escuro da lua'. Acontece então que, se sou capaz de reconhecer a minha própria loucura, sou capaz de admitir a sua existência e não consigo mais achar sentido na exclusão do indivíduo desviante" (p. 14). Apesar da reflexão pertinente de Delgado, é fundamental destacar a importância de cuidar do cuidador a fim de se evitar à síndrome da desistência ou *burn out*¹⁸, tal como postulado por Rosa (2001).

Em segundo lugar, é preciso que existam condições psicossociais para o acolhimento. A família, na maior parte das vezes, tem dificuldade de aceitar a loucura, possui pouca paciência para auxiliar nos cuidados que são necessários ou não tem tempo nem condições financeiras para ajudar o usuário desinternado nas atividades cotidianas, tais como tomar a medicação, freqüentar serviços substitutivos para realizar tratamentos ou participar da vida familiar e social. A tarefa de cuidar de um usuário dos serviços de Saúde Mental não é simples, como aponta Cavalcanti et al. (2001): "não é fácil acompanhar um louco em seu percurso. É preciso se fazer presente e a presença não é simplesmente estar ali, diante de alguém" (p. 35).

Esta reflexão aponta, mais uma vez, para o sentido de pertencimento necessário para que o usuário possa sustentar-se fora do contexto hospitalar. No entanto, temos que considerar que

¹⁸ Segundo Rosa (2001), esta síndrome é caracterizada pela sobrecarga de trabalho às pessoas que promovem cuidados às outras, podendo trazer frustração, estresse, impotência e sensação de que poderia ter feito algo mais. Como alternativa, a autora aponta que o cuidador deve identificar seus próprios limites, reservando um momento de cuidado para si mesmo, pois, sem isso, a relação estabelecida entre usuário e seu familiar ou amigo será unilateral, ou seja, só uma parte receberá cuidado e atenção, o que poderá se tornar uma relação deficitária. A superproteção é outro aspecto que pode fazer o usuário se habituar a uma única relação social (neste caso, com o cuidador) e a falta de proteção pode deixá-lo ainda mais desintegrado socialmente.

inúmeras famílias não possuem condições para recebê-lo ou acolhê-lo em função de seus membros: trabalharem e não terem alguém que possa acompanhar o usuário; não haver espaço na moradia para recebê-lo; as famílias estarem inseridas em ambientes adversos como favelas, casas em situações de risco etc. Nestes casos, Alves (2001) nos lembra que nem sempre a família integrada existe e, para estas, torna-se fundamental a diversificação de programas para acolher as pessoas de forma global, ou seja, não se pode desconsiderar os usuários sem apoio social extra-muros. Nesses casos, torna-se fundamental a inserção dos usuários, em um SRT para que a Reforma Psiquiátrica não passe, como aponta Saraceno (1999), do abandono manicomial ao abandono extra-manicomial.

Não se deve esquecer que existem familiares e círculos sociais que anseiam pela libertação das instituições psiquiátricas e das demais formas de exclusão social a que os seus familiares estão submetidos. Esta é a luta narrada por Godoy (2003), em seu texto “Loucos por Você!”, escrito para publicação do Conselho Federal de Psicologia sobre “Loucura, Ética e Política”. A autora, familiar de dois usuários de serviços de Saúde Mental (marido e filho), relata sua história de convivência, luta contra o preconceito, busca por serviços substitutivos mais humanos e militância na área de Saúde Mental, refletindo ainda a respeito de possibilidades de convivência social mais saudável.

Além destes fatores, temos que destacar o desejo que o usuário tem de ser aceito novamente por seus familiares. Os anos de internamento e a consequente reclusão social e familiar podem, por vezes, contribuir para que o usuário recuse o convívio com seu círculo social, tornando-se isolado, melancólico ou arreio.

Com isso, nota-se que a relação entre usuários e seus familiares e relacionamentos sociais constitui-se por uma rede complexa, que envolve fatores de cunho social, econômico e psicológico. No entanto, o processo de reinserção familiar apenas será efetivo se os envolvidos realmente quiserem e puderem transpor as inúmeras dificuldades que a doença mental e a internação psiquiátrica negam.

2.4 Conscientização Social

João tem cerca de 25 anos e desde a adolescência possui “crises de agressividade”, como ele mesmo aponta, porém, fora dos momentos de crise, é pessoa tranquila e amistosa, mas sente-se “inferior” por causa de seus sintomas psiquiátricos. Alega que, quando alguma pessoa de seu círculo social descobre seu histórico psiquiátrico e sua medicação constante, logo se afasta e passa a temê-lo. Relata ser insuportável conviver com o temor de seus familiares e, quando nota as pessoas falando de sua doença, isola-se em seu quarto e começa a chorar copiosamente. Relata gostar de estar internado no hospital, pois lá ninguém “é melhor do que ele”.

Casos como os de João são freqüentes entre as pessoas com adoecimento mental. Estar à margem do processo produtivo e do convívio social e familiar parece mesclar sentimentos diversos

nos usuário e fobia nos demais, o que acarreta não só um processo de exclusão, mas também de miséria e de abandono. Mas por que o contato com um “louco” gera tanta angústia?

As hipóteses englobam a suposta periculosidade do usuário, medo da exposição a situações potencialmente constrangedoras ao lado dele e receio de se tornar um “louco”. De acordo com Venetikides, Macedo, D’Angelis e Valentini (2001):

Ainda hoje encontramos muita rejeição e verificamos que foi criada uma cultura de descaso e reprovação para com os portadores de transtorno mental. De tal sorte que há uma crença, ainda muito forte, de que tais pessoas devem permanecer a maior parte de suas vidas em hospitais especializados, assim como persiste intolerância à sua presença nos lares, nos bairros e na sociedade.

Neste sentido, pode-se salientar os movimentos ligados à causa antimanicomial que, com sua atuação política e questionadora da lógica desumana dos hospitais psiquiátricos, auxilia na conscientização social dos diferentes atores (familiares, profissionais, usuários, estudantes), apregoando em diversas esferas (reuniões abertas para debate, manifestações, congressos e eventos) a convivência com a diferença. No entanto, o próprio movimento antimanicomial sabe que sua ação está demasiadamente concentrada nesses atores e que, para conseguir uma mobilização mais completa precisa sair de sua "tribo para dialogar com a população" (Peixoto, 2003, p. 70).

De outra maneira, essas iniciativas não devem, necessariamente, estar vinculadas aos movimentos de ação política, considerados por muitos como algo utópico e inatingível. Cada pessoa deve, por si mesma, conseguir explodir o “manicômio introjetado¹⁹”, permitindo um convívio cotidiano com a loucura mais saudável. Nesta ótica, não é preciso que todas as pessoas sejam militantes da causa antimanicomial, participando em fóruns políticos e ações afins, bastaria que aceitassem conviver com os membros considerados diferentes, ao invés de rejeitá-los ou evitá-los.

É evidente que, como já apontado anteriormente, conviver com comportamentos pouco habituais levanta uma série de angústias e reações. Delgado (1991), em interlocução com a Reforma Psiquiátrica de Trieste, relata duas cenas que ilustram esta dificuldade:

Cena 1: uma mulher caminha tranqüilamente pela Via Fábio Severo. Pára no meio da rua e começa a se despir. Forma-se uma longa fila de veículos, encabeçada por um ônibus. As crianças acham a imagem muito inquietante; a maior parte dos adultos finge que não está acontecendo nada

Cena 2: depois de dançar por mais de duas horas ao som de música quente, caribenha, na discoteca, Matt, um rapaz de quase quarenta anos, com um sorriso pleno, cheio de sensações corporais; abaixa calça e cueca e começa a se tocar. O serviço de segurança da discoteca intervém (p. 14).

Muitos consideram que a única alternativa para esse tipo de situação é manter as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, enquanto outras procuram fingir que nada aconteceu ou ainda reagindo com violência ou repressão. Para Delgado (1991), a alternativa para lidar com esse tipo de

¹⁹ Tal como postulado por Delgado (1991).

situação é reconhecê-la como uma oportunidade de entrar em contato com a nossa própria loucura, pois, se somos capazes de reconhecê-la em nós, não permitiremos o enclausuramento do outro. Para que a população possa gradativamente aceitar e conviver com o usuário, é fundamental a ampla divulgação na mídia sobre o que é ser um usuário de serviços de Saúde Mental. Assim, precisaríamos de campanhas na mídia e elaboração de cartilhas com orientações que abordassem a Reforma Psiquiátrica a fim de diminuir o preconceito, conscientizar e atualizar a população sobre o andamento da Reforma. De acordo com o TCU (2005), as consequências da carência de campanhas são o desconhecimento da população sobre as mudanças da Reforma Psiquiátrica, sua falta de sensibilização, o pequeno envolvimento e compromisso dos gestores com a Reforma Psiquiátrica e a desinformação dos profissionais de saúde não envolvidos diretamente com a Saúde Mental. Para minimizar este cenário, o TCU recomenda ao Ministério da Saúde que providencie campanhas de divulgação e de educação nos meios de comunicação de ampla cobertura, priorizando rádio e televisão. Cabe dizer que a divulgação de ações na mídia constitui-se de uma importante ferramenta, dado sua possibilidade de alcance populacional e territorial, no entanto, não será somente por meio dela que os diferentes atores sociais resignificarão o tratamento dispensado aos usuários, como aponta o TCU.

Outro elemento importante para a reinserção social do usuário é o acesso a atividades culturais, tendo em vista que, a partir de sua inserção em atividades e programas dessa natureza, ele poderá se sentir mais valorizado, acolhido e aceito, além de poder manifestar suas vivências de maneira aberta. Além disso, as manifestações culturais podem contribuir para a conscientização da sociedade em geral, diminuindo os efeitos da segregação e do preconceito associado a uma pessoa egressa de internação psiquiátrica. Teatro, música, artesanato, dança, pintura, práticas esportivas e participação em eventos locais podem auxiliar todos os atores envolvidos a resignificarem a loucura, possibilitando a convivência com as diferenças. É por meio destas múltiplas práticas, ambientes de socialização e trocas que os medos, receios e angústias podem dar vazão a práticas de aceitação e de conscientização social.

2.5 Políticas Públicas de Incentivo

Fátima tem aproximadamente 60 anos, dos quais 40 vividos no Hospital Judiciário do Juqueri. Sua condenação, ocasionada pelo assassinato do namorado durante um surto psicótico, parece já ter sido cumprida há pelo menos 10 anos. Enviada, há cerca de seis meses, pelo Hospital Judiciário do Juqueri ao hospital no qual realizei esta pesquisa, ela não tem familiares nem outros relacionamentos extra-muros, além de, no momento de meu contato, apresentar total dependência da equipe de enfermagem. Não falava, movia-se com dificuldade e possuía olhar distante. Fátima, assim como outros usuários, dificilmente conseguirá conviver socialmente sem apoio de algum Serviço Residencial Terapêutico e de um programa de política pública de incentivo bem estruturado.

Pensar em políticas públicas de incentivo neste momento da Reforma Psiquiátrica é refletir sobre as necessidades básicas no processo de desinstitucionalização para os usuários egressos de longas internações. Fala-se aqui de políticas de incentivo e não de assistencialismo, na medida em que o usuário deve ser encarado como uma pessoa capaz de alcançar seus direitos nos diferentes âmbitos (trabalho, educação, saúde etc.), a começar pelo direito ao amparo. Assim, as políticas públicas de incentivo devem voltar-se para a construção de estratégias de recuperação da dignidade e auto-estima, objetivando que a pessoa assistida tenha a possibilidade de emancipação e organização independente de seu grupo social.

O que se pretende evitar são, primordialmente, ações de cunho assistencialista que requisitam de maneira sutil o sentimento de gratidão que as pessoas devem manter pelas instâncias governamentais. Para que uma política pública de incentivo cumpra realmente seu papel, deve-se manter a idéia fundamental de que tais populações possuem o direito ao amparo e assim, as iniciativas públicas, são deveres do Estado.

Programa De volta para casa

Nessa direção, insere-se o programa *De volta para casa*, que responde, em certa medida, às recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde (2001) e pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002). Este programa, regulamentado pela Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003 e pela Portaria n.º 2077/GM, de 31 de outubro de 2003, objetiva a reinserção social de egressos de longas internações, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos. O benefício prevê o pagamento mensal de R\$ 240,00 ao usuário ou seu representante legal, durante um ano, podendo ser prorrogado mediante avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa. É fundamental que a pessoa beneficiada esteja em alta hospitalar e convivendo na sociedade em residência terapêutica ou com sua família ou amigos, além de receber tratamento e acompanhamento extra-hospitalar, preferencialmente em um CAPS no seu município (Ministério da Saúde, 2003a).

Para mapeamento das pessoas que poderiam ser beneficiadas pelo programa, o Ministério da Saúde elaborou, juntamente aos estados e municípios, um banco de dados nacional com informação sobre a clientela potencial do programa, sendo identificados 15 mil potenciais beneficiários (TCU, 2005). No entanto, de acordo com o TCU, até janeiro de 2005, apenas 952 pessoas haviam recebido o benefício, sendo que estas estavam distribuídas em somente treze estados; São Paulo (em 12 cidades), Rio de Janeiro (em 8 cidades), Minas Gerais (em 4 cidades), Paraná (em 4 cidades), Sergipe (em 4 cidades), Santa Catarina (em 2 cidades), Rio Grande do Sul (em 2 cidades), Pernambuco (em 2 cidades), Ceará (em 1 cidade), Distrito Federal (em 1 cidade), Goiânia (em 1 cidade), Maranhão (em 1 cidade), Mato Grosso do Sul (em 1 cidade).

Uma das razões para este baixo número de pessoas beneficiadas está na dificuldade dos usuários conseguirem seus documentos básicos, como o Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa

Física (CPF), além dos documentos que comprovem a internação prolongada (dois anos ininterruptos), sendo esta a solicitação mais difícil de ser conseguida. Com a obrigatoriedade deste último requisito, são excluídos do programa, por exemplo, os usuários com histórico de internações recorrentes, mas que, no período de dois anos tiveram breves períodos de desinternação. Além disso, encontra-se a dificuldade de se conseguir um lugar para viver (requisito fundamental para a concessão do benefício), seja através de relacionamentos sociais, seja através de um SRT.

Os questionamentos que são feitos a esta política pública de incentivo voltam-se, primordialmente, para suas regras iniciais. A dificuldade de ser um beneficiário dificulta a valorização da pessoa, item fundamental sobre o qual se discutiu anteriormente e, tampouco, auxilia na emancipação imediata do usuário do hospital psiquiátrico.

2.6 Habitacão

Karina, Janaína e Fátima, como tantos usuários espalhados pelo Brasil, precisam de ajuda para uma nova moradia fora dos muros do hospital psiquiátrico. A falta ou o empobrecimento de vínculos sociais em decorrência do histórico de internação psiquiátrica são uma dívida histórica que só pode ser minimizada por meio de uma rede extra-muros estruturada, com destaque para condições dignas de moradia. Direito de todo cidadão, independentemente de seu estado psíquico, ter uma casa é o sonho de milhares de pessoas, dificultado quando pensamos em usuários sem vínculos sociais ou que não conseguiram ir para um SRT.

Certamente os programas de financiamento habitacional, realizados pela iniciativa privada assim como pela pública, primam pelo conservadorismo na concessão do crédito, objetivando o mínimo de inadimplência. Lembrando que o usuário recém desinternado possivelmente não possui um trabalho formal, não recebe aposentadoria compatível com suas necessidades, não tem documentação nem possui habilidade para debater sobre aspectos desse complexo serviço, torna-se praticamente impossível à aquisição de uma casa própria. Com isso, não será estranho comprovar que os SRT's, planejados para serem um serviço de passagem após a desinternação, tornem-se residências permanentes para esses usuários.



Capítulo III

Objetivos e Procedimentos

CAPÍTULO III

Objetivos e Procedimentos

Falar sobre os procedimentos de pesquisa é descrever um longo caminho percorrido e, para retratá-lo, é preciso clarificar suas conceituações metodológicas. O construcionismo social foi a perspectiva epistemológica que sustentou esta pesquisa e, partindo de seus principais pressupostos, adotei, em todo o trabalho, uma postura desreificante, desnaturalizante e desessencializadora, que radicaliza a natureza de nosso mundo e de nossas práticas (Spink, 2004). A partir desta postura, fez-se necessária a constante desfamiliarização²⁰ de verdades tidas como absolutas, inquestionáveis e imutáveis. Assim, o primeiro fundamento adotado na prática de pesquisa foi a busca constante de ruptura com essas verdades, abrindo a possibilidade de novas construções e ressignificações. Contudo, esse procedimento só teria real efeito se o olhar constante ao objeto investigado contasse com o seguinte questionamento: “por que isso aconteceu desta forma?” Esse ponto de partida, além do esforço da desfamiliarização de conceitos, visou a compreensão histórica do fenômeno pesquisado, situando-o no tempo e espaço e em uma determinada sociedade e cultura.

No que diz respeito à suposta neutralidade científica, tão desejada pelas ciências de cunho positivista, deve-se pontuar que pesquisas qualitativas implicam no reconhecimento de que não há entrada neutra no campo a ser estudado, pois sempre se está vinculado a algo, a alguém ou a alguma idéia, tal como apontam Sato e Souza (2001) em interlocução com Rockwell:

Não existe, como refere Rockwell (s.d.), entrada neutra em campo. Sempre entramos vinculados a alguém, a alguma instituição, a alguma instância, as quais ocupam posições em relação às pessoas do local. Ainda que não tenhamos sido convidados para pesquisar aquele local, alguém permitiu nossa entrada e nossa convivência ali, tem poderes e interesses em relação àquelas pessoas, e isso define a posição que ocupamos na visão das pessoas do local, ainda que não compartilhemos dos mesmos poderes e interesses dos nossos interlocutores iniciais.

Dessa maneira, o pesquisador, no cenário de pesquisa e no processo de interpretação, exerce influência direta nos resultados da pesquisa e é por ela influenciado. De acordo com Minayo (1999), em reflexão sobre a pesquisa participante, a pré-definição do tipo de pesquisador que se pretende ser (participante, observador etc.) é impossível em função da troca que se estabelece entre todos os envolvidos no cenário de pesquisa. Assim sendo, o rigor em uma pesquisa qualitativa de cunho construcionista está na maneira como o pesquisador explicita os processos de coleta de

²⁰ Spink e Frezza (2004) alertam para a necessidade de uma *desfamiliarização* das idéias preconcebidas, como a dualidade sujeito-objeto, a concepção representacionista do conhecimento, a retórica da verdade e a concepção do cérebro como instância produtora do conhecimento. Ao abolir estas idéias e entender o pensamento e o conhecimento como fenômenos sociais, seriam eliminadas as principais barreiras expressas pelo internalismo, essencialismo e universalismo.

informações e o processo de análise. De acordo com Spink e Lima (2004), a possibilidade de explicitação detalhada dos passos da pesquisa propicia o diálogo, aspecto fundamental de um trabalho científico.

Nesta troca, fica claro o importante papel exercido pela linguagem, como forma de interação e comunicação entre pessoas. Por este motivo, dá-se destaque especial à linguagem em ação (práticas discursivas), por ser esta a maneira como as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (Spink & Medrado, 2004). Ao tomar as práticas discursivas como linguagens em ação, somos direcionados para as consequências da fala e, dessa forma, quando se colocam em pauta os termos *discurso* ou *práticas discursivas* pretende-se contextualizá-los sob a perspectiva de uma ação endereçada a algo ou alguém, dotada de historicidade e cultura²¹.

Por último, foi de suma importância considerar os usuários de serviços de Saúde Mental como habitantes de diferentes espaços e lugares conectados a uma rede social, pois dessa forma, as visitas ao hospital psiquiátrico foram dotadas de dialogia²² e meu olhar passou a ter diferentes perspectivas e abrangências, seguindo o objetivo da pesquisa.

3.1 Objetivo

Entender os sentidos da desinternação psiquiátrica para usuários de serviços de Saúde Mental internados em um hospital psiquiátrico e que expressaram o desejo de permanecer na instituição.

3.2 Pesquisando em um hospital psiquiátrico

Para Duarte (2002), a pesquisa assemelha-se ao relato de uma longa viagem na qual se vasculham lugares muitas vezes já visitados. Nessa viagem, a originalidade estaria no modo como cada pesquisador olha para seu campo de pesquisa e o comprehende. O termo *pesquisa de campo* é cotidianamente utilizado para explicar a ida do pesquisador ao lugar de sua pesquisa (o campo), que pode ser um hospital, escola, comunidade etc. Contudo, em uma perspectiva construcionista, o trabalho de campo começa desde o momento em que o pesquisador pensa sobre o seu tema,

²¹ Entendemos por prática discursiva a ação que se concretiza em torno de uma presença atuante, em movimento e agenciadora, cabendo ao pesquisador analisar e comprehendê-la em diferentes níveis. O discurso, por sua vez, é compreendido como uma ação que remete às regularidades lingüísticas, vinculando-se sempre a sentidos que o estruturam, enquanto as práticas discursivas estão mais próximas da polissemia do cotidiano. Assim, práticas discursivas são “linguagem em ação, isto é, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (Spink & Medrado, 2004, p. 45).

²² Na produção de Mikhail Bakhtin, o conceito de dialogia é central. Para ele, o centro deste conceito estava na interanimação dialógica, sendo o enunciado a unidade básica da comunicação, que pode ser uma palavra, uma sentença ou expressões, que se associada à noção de *vozes*, dota a este último um caráter dialógico. Assim, a interanimação dialógica seria um jogo entre os elementos constitutivos das práticas discursivas (Spink, 2004).

estendendo-se às conversas informais e às observações realizadas com diferentes graus de estruturação. Como explica Law e Mol (apud Peter Spink 2004, p. 6), "o campo é visto não como lugar específico, mas como a situação atual de um assunto, a justaposição de sua materialidade e socialidade". Nesta ótica, seguindo Ortiz (1994), não é o campo que tem o assunto, mas é o assunto que tem um campo. A expressão *trabalho de campo* tem recebido um esforço de reconceituação que a amplia e a traduz ao campo da psicologia discursiva de ênfase dialógica, como explica Peter Spink (2003):

Quando fazemos o que nós chamamos de pesquisa de campo, nós não estamos "indo" ao campo. Já estamos no campo, porque já estamos no tema. O que nós buscamos é nos localizar psicosocialmente e territorialmente mais perto das partes e lugares mais densos das múltiplas interseções e interfaces críticas do campo-tema onde as práticas discursivas se confrontam e, ao se confrontar, se tornam mais reconhecíveis (Long, 2001). Para fazer isso, não há métodos bons ou ruins; há simplesmente maneiras de estar no campo-tema, incluindo a poltrona da biblioteca. Método, nada mais é de que a descrição do "como", "onde" e "o que" (Spink, P., 2005).

Esta concepção gera a necessidade de sistematizar as diferentes informações obtidas quando no encontramos no *campo-tema* (Spink, P., 2003), sendo que, para isso, utilizamos um caderno de registros de modo a sistematizar nossas vivências e interações no hospital psiquiátrico, assim como conversas informais cotidianas sobre o tema fora do contexto hospitalar. Assim, os eventos que chamavam nossa atenção foram reproduzidos nesse caderno com o seu respectivo contexto: por que, como e onde o evento ocorreu e quem participou dele. Essas anotações serviram de embasamento para a compreensão do contexto onde transcorreu a pesquisa e foi imprescindível para recordar as situações vivenciadas. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, foram realizadas diversas atividades, tais como participação nas variadas atividades do hospital, observação de rotinas, consulta a prontuários, conversas informais com os diferentes participantes, entrevistas com as usuárias e entrevista com uma porta-voz da equipe profissional.

Como mencionado anteriormente, eu havia realizado minha pesquisa de conclusão de curso, em 2003, neste mesmo hospital. A razão pelo qual recorri novamente a ele deu-se por dois motivos: em primeiro lugar, pelo fato das usuárias, na ocasião de minha pesquisa anterior, terem demonstrado o desejo de permanecerem internadas e, em segundo lugar, pela disponibilidade e acolhimento da instituição. Escolhido o hospital, retomei o contato com o psiquiatra que havia auxiliado na pesquisa anterior e, em agosto de 2005, apresentei o projeto de pesquisa aos responsáveis pela instituição: diretor administrativo, diretor clínico, psiquiatra responsável e irmãs de caridade, sendo que todos se disponibilizaram a auxiliar no estudo. Cabe comentar que fui apresentada por um psiquiatra reconhecido pela instituição, o que sem dúvida abriu portas e proporcionou o maior acolhimento da minha pesquisa por parte dos responsáveis.

De maneira geral, pode-se dizer que estabeleci um bom vínculo com os gestores da instituição, pois, costumeiramente, chamavam-me para conversas acerca do andamento da

pesquisa, para discutirmos o caso de algum usuário que não queria ser desinternado ou para que eu os acompanhasse nas atividades rotineiras. Essa receptividade deixou-me confortável para questionar, participar, interagir e solicitar auxílio sobre os mais variados temas.

No início, tracei um cronograma de visitas às diferentes áreas do hospital, objetivando organizar minha rotina, além de servir como guia do que eu deveria conhecer para compreender a dinâmica da instituição. Poucas vezes abordei os profissionais para conhecer a atuação de sua área, pois, na maior parte das vezes, eles próprios me chamavam para participar das atividades e para conhecer seu trabalho. Como sempre, dirigia-me ao hospital com alguma atividade em vista e acabava agendando uma conversa com este outro profissional em outra data. Creio que este tipo de conduta revelava certa curiosidade dos profissionais com minha presença, o que diminuiu sensivelmente após as primeiras conversas e interações.

Durante as atividades para as quais fui convidada a participar, colocava-me, primeiramente, na posição de observadora, sem esboçar verbalizações ou qualquer tipo de reação. Contudo, paulatinamente, os profissionais e mesmo os usuários convocavam-me a participar. Mesmo após este convite, procurava, antes de qualquer participação, certificar-me das minhas possibilidades de inserção a fim de não prejudicar a atividade de pesquisa e o vínculo que se estabelecia. Este tipo de cuidado possibilitou a criação e manutenção de uma relação de respeito e confiança com os profissionais.

Com freqüência, minha presença chamava atenção e despertava curiosidade. Tanto profissionais como usuários, usualmente pensavam que eu era uma funcionária recém-admitida, mas tais mal-entendidos eram prontamente esclarecidos de modo que eu pudesse voltar à posição de pesquisadora. Cabe dizer que, às vezes, pelo fato de eu ser pesquisadora, os profissionais me consideravam superior e intelectual e os usuários acreditavam que eu era “menos que os psicólogos da instituição” ou uma “estagiária de Psicologia”.

Quando estava em contato com os usuários e podia interagir livremente com eles, perguntava-lhes sobre suas histórias de vida, rotina e desejos. Às vezes, explicava detalhadamente o que estava pesquisando e os questionava sobre a vontade de permanecerem internados. Sem demonstrar receio, falavam a respeito de tais assuntos e indicavam que suas vontades relacionavam-se ao desejo de voltarem para ou terem uma casa. Outros comentavam sobre o hospital afirmando que, mesmo sendo uma reclusão, ainda era melhor que o próprio lar e, para eles, era preferível permanecer por lá até “*dar um jeito na vida*”.

Mantive pouco contato com os familiares, por vezes, tentava me aproximar no horário de visita, nas salas de espera ou na lanchonete, porém não consegui estabelecer qualquer diálogo mais aprofundado. No geral, eles estavam com pressa, angustiados para encontrar seu familiar ou demonstravam dificuldade de falar com uma pessoa desconhecida.

Encaminhei-me ao hospital semanalmente no período de agosto de 2005 a março de 2006, totalizando 35 visitas nas quais realizei observações, participação de atividades e entrevistas (Anexo 1). Por fim, as informações referidas nesse estudo (versões, acontecimentos, atividades, eventos

etc.) procuraram ilustrar o contexto onde transcorreu a pesquisa e o modo como contribuíram para a análise geral.

3.3 Análise contínua de informações

Mediante o cenário dialógico de uma pesquisa de cunho construcionista, torna-se fundamental a análise contínua de todas as informações, vivências e contradições diariamente encontradas quando se está inserido em uma pesquisa. De acordo com Spink e Lima (2004), não existem momentos distintos entre o levantamento de informações e o processo de interpretação, pois durante todo o percurso de pesquisa estamos imersos no processo interpretativo.

Ao adotar esta postura, o pesquisador constrói a interpretação *junto* com as pessoas, tornando o conhecimento dialógico e co-construído nas relações que se estabelecem ao longo do tempo. A partir desta experiência, foi possível identificar novas possibilidades de investigação, lacunas deixadas nas atividades que participei, bem como hipóteses sobre as razões pelas quais os usuários prefeririam permanecer no internamento. Com isso, a escrita obrigatória no caderno de registros e a leitura posterior desses apontamentos propiciaram novas e ricas hipóteses de interpretação, que foram reforçadas ou refutadas por meio de novas experiências. O trabalho de análise contínua das informações foi problematizado e discutido com diferentes membros do núcleo de *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), antes da visita seguinte ao hospital. Esse procedimento visava estruturar e direcionar o olhar para novas questões e hipóteses.

3.4 Entrevista semi-dirigida

Após o trabalho de observação, integração e participação nas atividades do hospital, visando compreender, de maneira mais específica, os sentidos que o internamento assumia para as usuárias, realizei algumas entrevistas. Os pré-requisitos que direcionaram a escolha dos entrevistados: 1) desejar permanecer no internamento; 2) não estar passando por uma crise aguda e, 3) preferencialmente, ter histórico de internações recorrentes. Assim, solicitei indicações de usuárias que obedeciam a estes critérios ao psiquiatra responsável pela pesquisa, à assistente social, ao psicólogo, a uma irmã de caridade e à enfermeira-chefe. Após a indicação de dez pessoas, todas do sexo feminino, verifiquei quais eram as mais citadas pelos diferentes profissionais e três foram convidadas a participar de uma entrevista. Cerca de um mês, depois de ter realizado a análise inicial das três primeiras entrevistas, busquei mais indicações junto aos profissionais e outras duas usuárias foram eleitas.

Antes de realizar as entrevistas, recorri aos prontuários com o objetivo de conhecer um pouco mais a história de vida e o histórico de internação e adoecimento das usuárias que seriam entrevistadas. Feito este levantamento, fui levada pelo psiquiatra à ala B para realizar as primeiras

três entrevistas. Diversas usuárias se aglomeravam ao meu redor, causando certo tumulto no local, para tentar conversar comigo e perguntar quem eu era. A resposta dada pelo psiquiatra, “ela é psicóloga e vai fazer entrevista com algumas de vocês”, gerou ainda mais agitação nas usuárias, fazendo com que quase todas quisessem “passar pela entrevista”. Mesmo com o esclarecimento de que eu só entrevistaria três usuárias para “realizar um estudo” e, que estes nomes já estavam definidos, as usuárias permaneceram “esperando sua vez”. As entrevistas com Vilma, Rosana e Benedita ocorreram em uma sala de atendimento médico próximo à enfermaria da ala B.

As duas últimas entrevistas, com Paula e Silvia, seguiram procedimentos distintos. Para entrevistar Paula, acompanhei o psicólogo Rodrigo à ala “A” (lar, moradores), onde a localizamos sentada no refeitório aguardando o café da tarde. Rodrigo apresentou-me a ela perguntando se gostaria de ser entrevistada para uma pesquisa científica, ao que Paula respondeu positivamente, mas que só o faria após o café da tarde. Concordei em aguardá-la, esperando no pátio externo de sua ala e, após quase uma hora de espera, ela chegou. Entrevistei Paula em uma área aberta próxima ao pátio externo da ala. Já Silvia foi entrevistada na “ala A”, sendo a mim apresentada pela assistente social. A exemplo das demais, a entrevista desenrolou-se de forma tranquila e sem interrupções.

Em todas as entrevistas expliquei do que se tratava o estudo, seus objetivos e métodos, solicitando a assinatura no *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* antes de começar a entrevista. Nenhuma delas pareceu importar-se com esse procedimento formal, assinando o termo e pedindo para iniciar a entrevista. O roteiro de perguntas que era simples e possuía poucas questões, poderia ser alterado dependendo do desenrolar da entrevista, visou também não desencadear uma situação de crise ou angústia nas usuárias, contando com as seguintes perguntas iniciais: 1) Como é a vida no hospital? 2) O que gosta no hospital? 3) O que não gosta no hospital? 4) Como é a vida fora do hospital? 5) Gostaria de sair do hospital? Por quê? 6) O que seria preciso para que a vida fora do hospital fosse melhor?

Vale enfatizar que todas as usuárias eram mulheres. De acordo com os profissionais isso ocorreu em virtude de serem elas as que mais demonstravam e verbalizavam explicitamente o desejo de permanecer no hospital. No decorrer da pesquisa, encontrei homens que expressaram vontade de permanecer internado, mas na ocasião das entrevistas não havia nenhum que demonstrasse esse desejo.

Para complementar as informações, conversei com diversos profissionais para melhor entender a estrutura e o funcionamento do hospital, suas dificuldades pessoais e institucionais na desinternação psiquiátrica e situações adversas e de sucesso sobre o processo de desinternação. Pretendia entrevistá-los, no entanto, surpreendentemente, após cerca de dois meses da minha última visita²³ apenas encontrei dois membros da equipe, Lina, uma irmã de caridade, e Eliane, uma

²³ Esse período de distanciamento do hospital ocorreu em dezembro de 2005, sendo devidamente comunicado à direção hospitalar.

enfermeira. Conseguí realizar a entrevista apenas com a Lina, pois Eliane estava em plantão noturno e, considerando minha dificuldade para chegar ao hospital, não foi possível entrevistá-la.

Todas as entrevistas foram gravadas em fitas cassetes que, após a transcrição e análise, foram inutilizadas.

3.5 Entrevista e produção de sentido

Ao optar por entrevistas, abri a possibilidade de estabelecer troca de informações com as usuárias que supostamente desejavam permanecer internadas. Esse processo procurava contribuir para a reflexão sobre o processo de desinternação psiquiátrica. Na abordagem teórica adotada, o processo de análise das entrevistas deve contemplar o que Bakhtin (2006) chama de interaminação dialógica a partir dos enunciados que, para o autor, são unidades básicas da comunicação²⁴. Com isso, ao longo da análise procurei manter os diversos elos que conectam as redes de significação das entrevistas, juntamente com o desenrolar da interaminação dialógica e o contexto onde transcorreu.

Na análise, considera-se que os enunciados estão sempre endereçados a alguém e repletos de polifonia (vozes)²⁵. A noção de polifonia permite entender que um enunciado é uma produção compartilhada, pois traz consigo uma variedade de outras vozes para o processo de conversação (entrevista). Outro conceito baktiniano que auxiliou a fundamentar essa análise é a noção de *gêneros de fala*²⁶, pois essa competência comunicativa do dia-a-dia remete-nos ao modo como nossos diálogos são atravessados pelos nossos posicionamentos enquanto entrevistador ou entrevistado. Como nos explica Spink (2004), "... há um gênero de fala próprio à situação de aula e há um gênero de fala para casamento e enterros" (p. 44). Dar sentido ao mundo implica confrontar diferentes vozes e discursos e, quando pensamos na produção de sentidos num contexto de entrevista, estamos entendendo-a e, posteriormente, analisando-a como um processo de interação numa relação negociada e situada socialmente e historicamente.

²⁴ Segundo Spink (2004), a interaminação dialógica é um jogo entre as três dimensões da palavra: *palavra neutra*, que corresponde à palavra dicionarizada; *a palavra do outro*, que se refere às ressonâncias dos outros na fala de quem a utiliza; e a *minha palavra*, que corresponde ao modo como a emprego. O enunciado é um elo na cadeia de comunicação, diz respeito à maneira como a conversação se direciona, ou seja, da pergunta de uma pessoa a resposta da outra.

²⁵ Polifonia ou vozes, outro conceito baktiniano, é discutido por Amorim (2004) como o modo "que permite examinar a questão da alteridade enquanto presença de um outro discurso no interior do discurso" (p. 107).

²⁶ Para Spink (2004), Bakhtin emprega o conceito de gêneros de fala para se referir às formas relativamente típicas e estáveis de fala, sendo uma competência que adquirimos no processo de socialização.

3.6 Método de análise das entrevistas com as usuárias

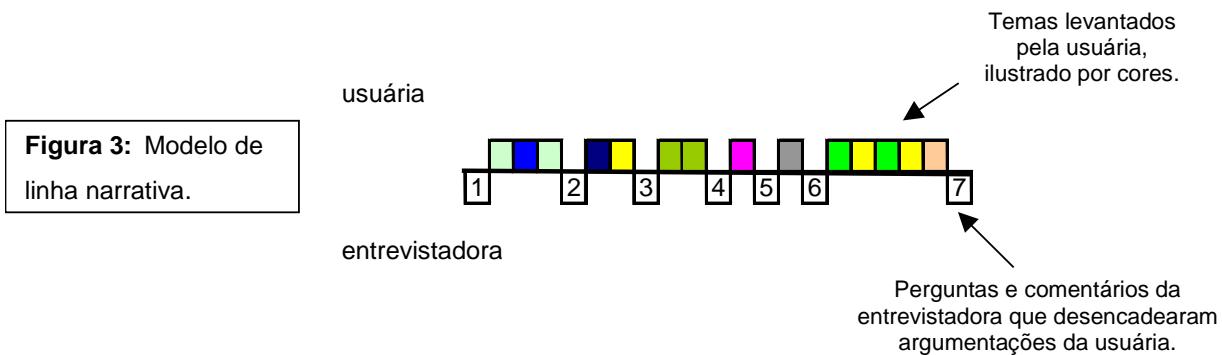
Para manter o contexto de interaminação dialógica da entrevista, foram construídos *mapas dialógicos*²⁷ que possibilissem manter o contexto de interação, além de facilitar a visualização do seu andamento. Quando em um dado momento pareceu difícil a construção dos mapas, optei por reiniciar o processo de análise pela *transcrição seqüencial*²⁸, desejando simplificar a complexidade dos mapas e ter uma visão geral do andamento das entrevistas.

O uso das *linhas narrativas* na análise visou destacar a ordenação temporal dos temas abordados durante as entrevistas, bem como apontar o encadeamento da construção discursiva. Segundo Spink (2004), a linha narrativa permite entender as estratégias usadas para argumentar, explicar e justificar os acontecimentos, permitindo a interpretação. A subdivisão temática presente nesta modalidade de análise é uma dessas interpretações que deve ser contextualizada e problematizada. Tal metodologia de análise possibilita perceber que, durante a entrevista, entrevistadora e entrevistada mudam constantemente de *posições*, de maneira consciente ou inconsciente. Para Davies e Harré (1990), a noção de *posição* é definida como um processo discursivo através do qual os *selves* são situados nas conversações com os participantes observáveis e sujetividades coerentes em linhas de história, produzidas em determinados contextos. Nesta visão, o que uma pessoa diz faz com que ela se posicione e posicione seu interlocutor que, por sua vez, pode aceitar ou não esta posição.

Para confeccionar a linha narrativa, foi necessário definir temas que estavam vinculados ao objetivo de investigação, preservando a seqüência e a coerência das falas. Os temas foram definidos depois de ler diversas vezes a transcrição integral das entrevistas e de realizar sua transcrição seqüencial. Assim, a linha narrativa apresentada em cada entrevista subdivide-se em dois eixos: na parte superior, encontra-se a narrativa da usuária organizada por temas ilustrados por cores e, na parte inferior ilustradas por números, as perguntas feitas pela entrevistadora que desencadearam as argumentações. A legenda, específica para cada entrevista, identifica os significados das cores e dos números. Abaixo se encontra uma linha dialógica para exemplificação:

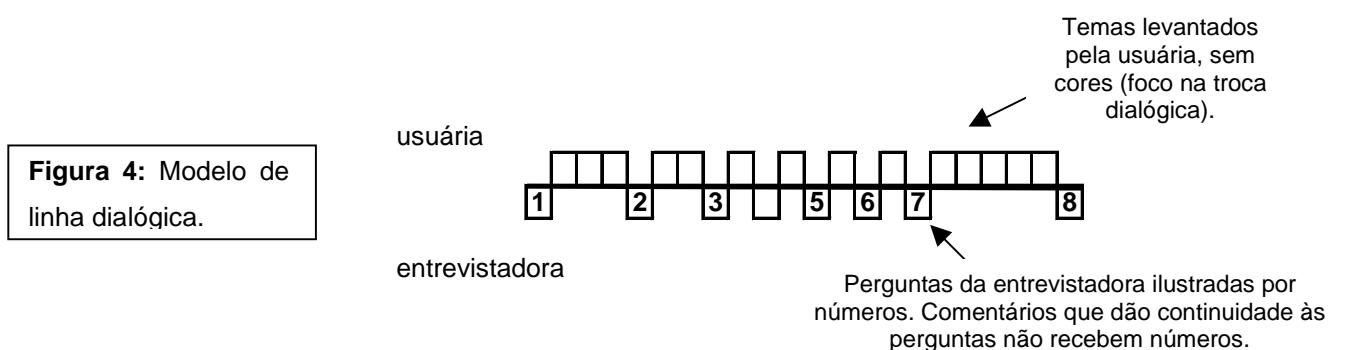
²⁷ Spink (2004) define mapas dialógicos como tabelas onde as colunas são definidas por temas, que no geral refletem os roteiros e assuntos levantados pelo entrevistador.

²⁸ Para Spink (2004), a transcrição seqüencial é um resumo da entrevista, onde a fala de cada interlocutor é reduzida a linha, facilitando assim o entendimento das trocas discursivas e possibilitando uma visão de conjunto da discussão.



A linha dialógica foi necessária para compreender como se estabeleceu a dialogia entre entrevistadora e entrevistada. De acordo com Bakhtin (2006), uma sentença só adquire sentido quando apoiada no contexto do enunciado²⁹, ou seja, uma análise discursiva deve manter o contexto de quem perguntou e quando perguntou e de quem respondeu e quando respondeu. Na argumentação de Amorim (2004), isso quer dizer que o entrevistador participa ativamente da construção do sentido de um enunciado, ou seja, o sentido é produzido *entre* entrevistador e entrevistado. Dessa maneira, o uso da linha dialógica permite mapear como o discurso flui entre os interlocutores, apontando possíveis concentrações de fala, interrogatórios por parte do entrevistador ou fluidez no discurso.

Diferentemente da linha narrativa, a linha dialógica foi confeccionada mantendo integralmente todas as passagens onde houve fala da entrevistadora, preservando a dialogia estabelecida (subdividida por temas e ilustrada por números). Na parte superior da linha, manteve-se a fala da usuária subdividida pelos temas apresentados na linha narrativa, sem cores (para destacar a troca dialógica). O objetivo desta figura é marcar e contrastar o efeito dialógico entre usuária e pesquisadora. A figura 4 exemplifica a linha narrativa:



²⁹ Para Bakhtin (2006), o enunciado é um elo na cadeia de comunicação, que vai da pergunta de alguém até a finalização da fala de outra pessoa.

3.7 Método de análise com a representante do hospital

Assim como no método de análise com as usuárias, utilizou-se com a porta-voz do hospital a linha narrativa, visando a compreensão inicial da linha de argumento e esquematização da mesma. Por meio desta técnica, foi possível perceber o jogo de posicionamentos entre entrevistadora e entrevistada, possibilitando preservar e destacar o processo de interaminação dialógica tal como ocorrido no contexto da interação. Outra técnica empregada foi a transcrição seqüencial, objetivando simplificar a compreensão e o entendimento, além de oferecer uma visão geral da complexidade dos variados temas que surgiram durante a entrevista.

Não foram utilizadas ilustrações como forma de apresentação da análise, pois nessa entrevista não foi estabelecido um roteiro prévio de perguntas, tornando-a extensa e, por vezes, dispersa para visualização em figuras. Com isso, focalizou-se na análise as falas seguindo o desenrolar temporal da entrevista, incluindo o seu contexto e perguntas desencadeadoras da resposta da entrevistada.

3.8 Irmã Lina como porta-voz

Em função da troca de toda a equipe profissional do hospital durante o período em que realizei as visitas ao local, só foi possível entrevistar a Irmã Lina, freira responsável pela equipe de filantropia e auxiliar da administração hospitalar. Contudo, entende-se que Irmã Lina representou a função de *porta-voz* da equipe, tal como definição de Latour (2000):

O porta-voz é alguém que fala no lugar do que não fala. Por exemplo, um representante sindical é um porta-voz. Se os trabalhadores fossem reunidos e todos falassem ao mesmo tempo, o resultado seria uma cacofonia dissonante. O significado extraído do tumulto não seria maior do que o obtido se eles ficassem em silêncio (p. 119).

Nessa concepção, Irmã Lina assume a função de falar por aqueles que direta ou indiretamente não foram entrevistados. No contexto da presente pesquisa, não há multidão de falantes, mas profissionais com diferentes formações e concepções teóricas que são sintetizados na fala da freira. Essa diversidade pode ser mais bem compreendida pelo modo como Irmã Lina, partindo do convite para falar em seu nome e em nome do hospital, procura retratar as diferentes visões ao longo da entrevista.

De acordo com Latour (2000), estar na presença de um porta-voz não é o mesmo que estar na presença de um homem ou mulher comum, pois ele já não fala somente em seu nome, mas em nome de uma coletividade. No entanto, o porta-voz só tem força se conseguir representar, por meio das palavras, os que não falam:

A solidez do que o representante diz é diretamente sustentada pela silente, porém eloquente presença do representado. O resultado dessa situação é que se tem a

impressão de que o porta-voz não “fala de verdade”, mas que só comenta o que estamos vendo in loco, “simplesmente” nos fornecendo as palavras que de qualquer forma usaríamos (Latour, 2000, p. 120).

É evidente que o fato de o porta-voz falar por outras pessoas abre o debate para uma série de questões: quem é a pessoa que fala? Ela está realmente representando as vozes dos que não puderam falar? Não estará representando somente seus próprios interesses e convicções? Para Latour (2000), esses questionamentos sobre a atuação do porta-voz, levantada possivelmente por uma pessoa discordante da validade da sua função, poderá ter sucesso – ao converter o porta-voz em um indivíduo subjetivo – ou insucesso – ao manter o porta-voz como um indivíduo objetivo. No primeiro caso, o elo entre os representados e o porta-voz é mantido e, independente dos esforços dos discordantes, seu poder de representatividade permanece. No segundo caso, o porta-voz deixa de falar pelos outros e se torna um indivíduo que fala por si só, assim, quando alguém ouvir sua narrativa, entenderá que sua voz representa apenas seus interesses e expectativas.

A controvérsia pode se inflamar se considerarmos que a freira, porta-voz da equipe hospitalar, não foi eleita pelos membros da equipe para desempenhar esse papel, mas por mim, devido à sua continuidade na instituição.

De qualquer modo, as controvérsias por ventura abertas só seriam definitivamente encerradas se fosse possível chamar todos os profissionais envolvidos para uma entrevista semelhante à realizada com a Irmã Lina e, dessa forma, dispensar a necessidade de porta-voz. No entanto, como essa possibilidade se tornou inviável, a alternativa foi confrontar o discurso da freira com o que vi e ouvi dos demais profissionais no hospital, visando manter e, por vezes questionar, a validade da porta-voz da equipe do hospital.



Capítulo IV

Que hospital é
esse? Situando o
hospital
pesquisado.

CAPÍTULO IV

Que hospital é esse? Situando o hospital pesquisado.

O hospital psiquiátrico utilizado como estudo de caso é uma instituição pertencente a uma Congregação Católica, fundada no século XIX, em Madrid. Surgiu da necessidade de prestar assistência aos doentes mentais, deficientes físicos e psíquicos que permaneciam sem tratamento, vivendo em situação de exclusão social e de cronificação. Ao longo de mais de um século de atuação, hospitais ligados a esta Congregação Católica se expandiu por 24 países da Europa, América Latina, Ásia e África, mantendo, em 2006, 108 hospitais, sendo 100 especializados em Saúde Mental.

No Brasil, o primeiro hospital desta congregação foi fundado em 1965, com o objetivo de “proporcionar aos doentes mentais um tratamento de recuperação integral, incluindo os aspectos físicos e psicossociais, com características humanizadas, de qualidade e de respeito pelos direitos da pessoa³⁰”. Fundado originalmente para atender mulheres com sofrimento mental, desde 2001, ampliou sua atuação a homens para responder a uma exigência do SUS e de convênios médicos³¹, mantendo, na ocasião da pesquisa, ainda a exclusividade de atendimento SUS e filantropia para usuárias do sexo feminino. Desta forma, o público masculino só era atendido na modalidade particular e conveniado.

Sua estrutura comporta 144 leitos para internações, dos quais 120 são utilizados pelo SUS e 24 por internações particulares, conveniados e seguros de saúde, que são distribuídos entre homens e mulheres.

4.1 O Espaço Físico

Localizado na cidade de São Paulo, o hospital está situado nas margens de uma represa, em um arborizado condomínio fechado. Sua estrutura física e conservação impressionam, pois o hospital não possui grades, muros altos, vigilância constante nem apresenta estrutura panóptica³². Na entrada, a impressão que se tem do hospital é de limpeza, cuidado e tranqüilidade. Em minhas observações e conversas, notei que as pessoas da vizinhança parecem não se importar com o seu “vizinho psiquiátrico”, aparentemente nenhuma delas demonstra medo, preconceito ou curiosidade. A sensação que fica é que o hospital é visto como um local onde as pessoas recebem tratamento médico e não com a imagem estigmatizante de um depósito de loucos, local de tortura ou maus-tratos.

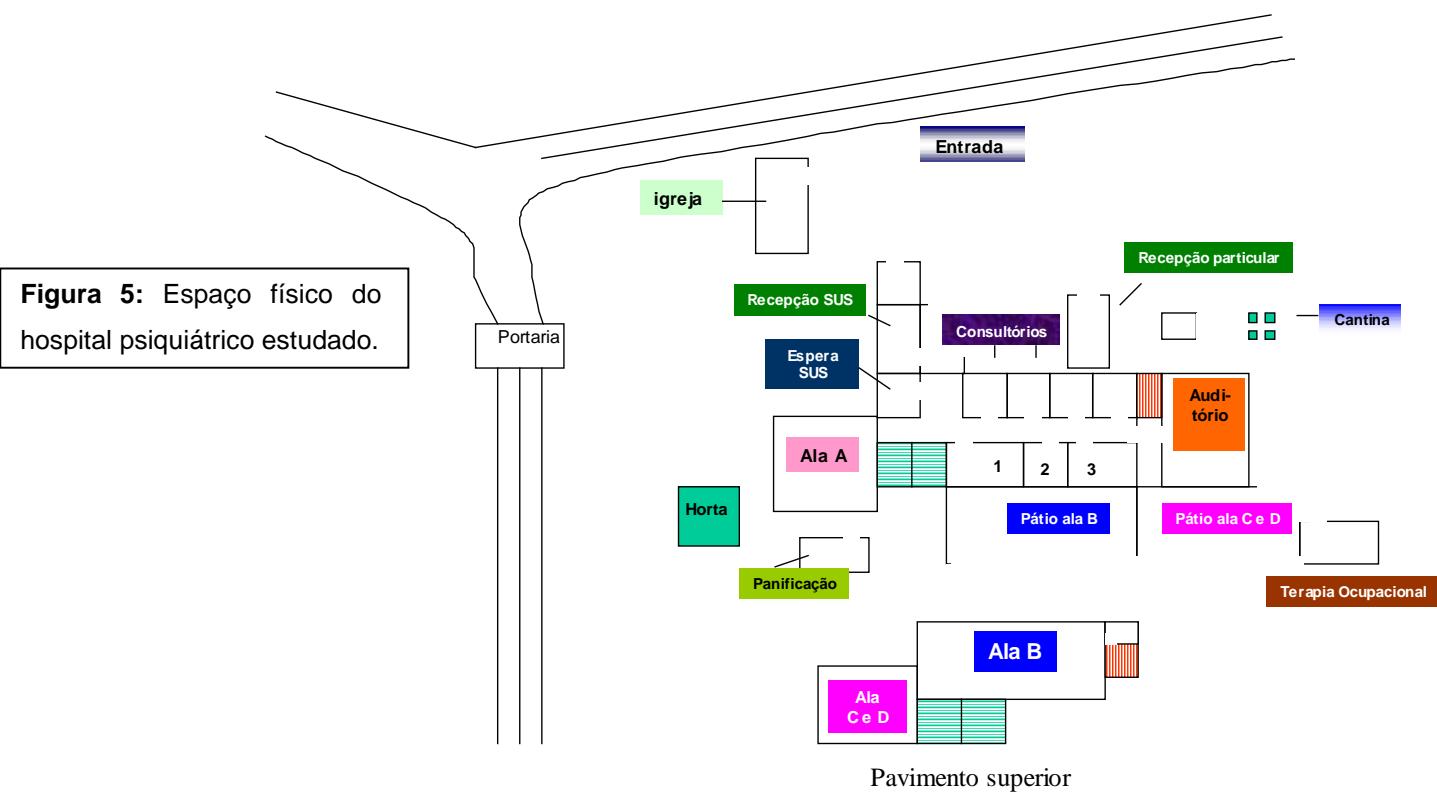
³⁰ Informações histórias encontradas em publicação da própria Congregação Católica que, para a garantia do sigilo, não farei a citação da referência.

³¹ Informação fornecida por uma irmã de caridade.

³² Tal como postulou Foucault (1987 e 2004) sobre a construção arquitetônica desenvolvida por Jeremy Bentham.

Os visitantes são recebidos, na portaria do hospital, por um porteiro que os cumprimenta e encaminha para uma das duas recepções existentes para usuários e visitantes: uma do SUS e outra dos atendimentos particulares ou conveniados. Apesar dessa divisão de espaço físico, ambas as recepções mantêm estruturas semelhantes: banheiros, iluminação, artigos para leitura e atendimento por uma ou duas recepcionistas. Segundo alguns profissionais, tal separação fez-se necessária em função do espaço físico (são distantes entre si e não conseguiram receber ambos atendimentos) e para personalizar o atendimento conveniado e particular. Cabe ressaltar, no entanto, que a recepção destinada para usuários e visitantes do SUS é mais ampla do que a recepção para usuários e visitantes particulares ou conveniados.

Ao adentrar as dependências do hospital, encontram-se a sala de leitura, utilizada para reuniões e atendimentos em grupo de familiares, as salas da Psicologia, a sala da assistente social e o acesso para as alas. A figura 5 ilustra os espaços hospital:



Legenda:

- 1 – sala de leitura
- 2 – clínica psicológica
- 3 – administração

A ala A

Conta com 24 leitos disponíveis para usuários particulares e conveniados, sendo utilizada, na falta destes, para atender usuários do SUS. Respondendo às exigências dos planos de saúde, esta ala destina-se a homens e mulheres que podem conviver livremente até as 18 horas, quando se fecha o acesso das mulheres aos leitos dos homens. Segundo informações fornecidas, a localização da enfermaria no setor feminino se deve ao fato de, neste setor, estar concentrado o maior número de usuários, além de dispor de maior estrutura física. Em função do quadro reduzido de funcionários, seria inviável o funcionamento simultâneo dos dois postos de enfermagem.

Não notei vigilância constante dos relacionamentos entre homens e mulheres, assim, eles podiam conversar livremente na ala, sem serem importunados pela equipe técnica, de apoio ou pelas irmãs de caridade. Segundo o relato de alguns profissionais, essa vigilância só ocorre quando “algo mais sério” como briga ou envolvimento amoroso parece se estabelecer. Apesar de não ter presenciado esses tipos de relacionamento, notei trocas de afeto que englobavam brincadeiras, conversas pessoais e cuidados com o corpo do outro (pentear cabelo, arrumar a roupa etc.).

Essa ala é o setor com maior espaço físico nos quartos e nas salas de TV, além de contar com maior diversidade de equipamentos ocupacionais, tais como aparelhos de ginástica e materiais para atividades manuais. Deve-se destacar que as enfermarias, dormitórios (quartos duplos, quádruplos e individuais), salas de TV e refeitório estavam bem conservados e limpos. Faz parte desse local, uma “sub-ala” intitulada “lar”, que atende na opção SUS, particular e filantrópica do hospital, destinada aos usuários abandonados por seus familiares, sem perspectiva de volta à sociedade ou que não desejam regressar.

Na ala A são desenvolvidas atividades de Psicologia, Terapia Ocupacional, terapias manuais, culinária e atividades com o corpo que, na época em que realizamos a pesquisa, eram desenvolvidas por uma psicóloga voluntária. Apesar do cardápio servido na ala A ser o mesmo das demais, observou-se diferença quanto ao serviço de alimentação. Os usuários dessa ala têm o café da manhã e o da tarde servidos em bules, açucareiros e pote de manteiga individual e o almoço e o jantar normalmente são oferecidos em aparelhos de jantar mais sofisticados.

No todo, pode-se dizer que os usuários dessa ala são menos carentes de atenção e afeto que os das demais alas. Normalmente, passam o dia fazendo algum tipo de atividade, assistindo televisão, deitados em seus leitos, lendo ou simplesmente dormindo.

A ala B

A ala B foi o setor mais citado pelos internos e pelos profissionais. Em minha estada, foi comum ouvir os profissionais usarem expressões como: “Ah, não vamos entrar na ala B”, “Eu não quero atender a ala B”, “Nossa, hoje a ala B está fogo”, “Gosto de trabalhar na ala B porque os internos são mais receptivos a tudo que fazemos”. Já os usuários faziam comentários como: “Eu não quero ficar na ala B”, “Eu adoro a alegria da ala B, quero voltar para lá”, “Eu tenho medo das pessoas da ala B”.

Trata-se de um setor destinado a usuários que estejam vivenciando um momento de crise intensa ou que requeiram eventuais contenções ou monitoramento por oferecerem risco de auto ou hetero agressividade. Em função disso, é a ala que necessita do maior número de profissionais, de Enfermagem e de Terapia Ocupacional (desenvolvimento de atividades recreacionais), sendo essa última uma prioridade.

A ambivalência presente no cotidiano dessa ala talvez reflita a própria condição do setor para a administração hospitalar: como oferecer atendimentos humanizados, de qualidade, utilizando somente o recurso do diálogo, para usuários em momento de crise? A contenção e o uso mais intenso de medicamentos se tornam, por vezes, necessários. Com isso, a dificuldade de cumprir a missão a que este hospital se propõe aliada à utilização de medicação e de contenção está presente nas falas de profissionais e usuários, permeadas por angústias, medos e idealização desse espaço como manifestação da loucura.

Segundo o psicólogo Rodrigo, nesse setor não há atendimento de Psicologia em função da demanda das demais alas e do estado de crise em que as usuárias se encontram. Assim, a única atividade nesta ala é a de uma psicóloga voluntária que trabalha com atividades corporais. No que diz respeito à sua estrutura, a ala possui capacidade para atender 51 usuárias do SUS, mas eventualmente abriga usuários masculinos que necessitem de cuidados intensivos.

É notório que esta ala é a mais receptiva a visitas e às atividades propostas. Exemplo disso ocorria quando eu entrava neste espaço, várias usuárias solicitavam minha atenção para suas histórias, atividades, desejos e angústias; deram-me desenhos como presente e a garantia de que receberia uma “*bela quantia*” em dinheiro se levasse um recado para um suposto namorado que seria pai de “27 filhinhos”.

Como se pode observar, é evidente o estado de carência afetiva dessas usuárias. No todo são pessoas em condições sócio-econômicas precárias e que, muitas vezes, chegam a passar fome em suas vidas extra-muros. Alia-se a este fato a dificuldade de continuar o tratamento medicamentoso e de acompanhamento nos CAPS, em função de limitações financeiras tanto para adquirir a medicação quanto para se deslocar até um serviço substitutivo. Talvez por esta razão, a reincidência de internação, segundo a percepção de técnicos e da equipe médica, seja mais alta em comparação às demais alas.

Espaço amplo, o pátio da ala B mantinha-se constantemente cheio. Eram comuns pequenos conflitos ou ainda, usuárias tirando suas roupas, gritando, cantando ou dando boas gargalhadas. Em casos de crises agudas, a equipe de enfermagem intervinha e fazia a contenção temporária da usuária. Em dias de sol eram freqüentes as usuárias ficarem na parte gramada deste pátio, dançando ao som de músicas populares.

As alas C e D

Não há divisão espacial entre as alas C e D; elas são separadas apenas pelos prontuários, atendimento médico e psicológico. Cada ala, bem cuidada, limpa e arejada, tem 40 leitos destinados ao público feminino do SUS. Os quartos possuem quatro leitos, têm banheiro interno e ficam próximos à sala de televisão. Nesse espaço físico, encontra-se o auditório, onde normalmente são realizadas sessões de terapia de grupo, teatro e recreações diversas com as usuárias. Além disso, há uma espaçosa área gramada, onde se pode tomar sol e onde acontecem algumas atividades esportivas como vôlei e futebol.

Nessas alas, são desenvolvidas atividades de Terapia Ocupacional (TO), psicoterapia de grupo e trabalhos manuais (TM), havendo maior assiduidade nas atividades de TO e TM. Em grupos de discussão administrada pela Terapia Ocupacional, pude ouvir diversas queixas sobre o setor de Psicologia, pelo pouco tempo destinado a cada usuário e pela falta de acompanhamento dos casos clínicos. Algumas usuárias que passaram pela ala B e foram posteriormente para a ala C ou D se queixavam da falta de atendimento naquela ala, pois segundo as usuárias: “Se a ala B é para os mais graves, então deveria ter mais acompanhamento e atendimento dos psicólogos e não menos”.

As refeições, a exemplo da ala B, são café da manhã, almoço, café da tarde e jantar, com o mesmo cardápio das demais alas. Os utensílios de copa são mais simples se comparados com os da ala A, pois copos e pratos são de plástico.

4.2 Distribuição dos leitos hospitalares

A distribuição dos leitos hospitalares SUS era feita através do serviço de saúde que prestou o primeiro atendimento (hospital geral, ambulatório ou pronto socorro). Com base no quadro clínico e psiquiátrico do usuário, o psiquiatra responsável fazia o direcionamento para a respectiva ala: ala B, quando se tratava de grave comprometimento e confusão mental; ala C e D, para momentos de crise aguda, porém sem risco de hetero ou autoagressividade. Caso nenhuma dessas alas possuísse vagas, ocorria o direcionamento temporário para a ala A, destinada para convênios e particulares.

A internação de usuários conveniados ou particulares se dava de modo semelhante. A partir de um primeiro atendimento prestado no ambulatório, hospital geral ou pronto socorro, o

usuário podia ser encaminhado ao hospital para avaliação e possível internação. Este ficaria locado na ala A se estivesse fora de risco de auto ou hetero agressividade, podendo ficar temporariamente na ala B se apresentasse essas características psiquiátricas.

4.3 Administração Hospitalar

O recurso financeiro para a manutenção do hospital era constituído por honorários, recebidos do SUS, da rede conveniada e dos atendimentos particulares. Além disso, o hospital contava com doações de alimentos de uma organização privada que, segundo a administração hospitalar, era fundamental, pois, minimizava custos e garantia uma alimentação adequada aos usuários. A abertura do hospital para credenciamento aos mais diferentes convênios foi uma decisão tomada para equilibrar as finanças, tendo em vista que o repasse financeiro dos convênios era maior que o do SUS, segundo informações fornecidas pela direção hospitalar.

A contratação e o pagamento dos funcionários foram administrativamente reorganizados por motivos financeiros. Em 2002, todos eles foram demitidos do hospital para serem reconcontrados por meio de uma empresa de terceirização de serviços; com isso, alguns funcionários preferiram não continuar trabalhando no hospital.

A direção hospitalar era constituída por um administrador e pelas irmãs da congregação católica. Estes estavam sempre presentes nos espaços hospitalares, opinando, divergindo, interagindo com os internos ou controlando a qualidade da atuação de seus profissionais. Talvez por esta razão, mesmo com as dificuldades financeiras, o hospital permanecesse em perfeito estado de conservação. É interessante notar que a filosofia da instituição, divulgada amplamente pelas irmãs, de fornecer “atendimento humanizado, de qualidade e de respeito pelos direitos da pessoa...”, parecia influenciar os profissionais de apoio (recepção, técnicos de enfermagem, auxiliares de limpeza, porteiro etc.). Em minhas visitas, pude presenciar cenas de acolhimento e atenção para com os usuários por parte desses profissionais.

Qualidade no Atendimento

Há preocupação constante com a qualidade no atendimento: todo usuário desinternado (SUS, conveniados e particulares) deve preencher uma ficha de avaliação dos serviços englobando aspectos como atendimento dos profissionais, alimentação e limpeza. Na ocasião da presente pesquisa, essas fichas estavam em processo de tabulação e deveriam servir futuramente para a busca da certificação de qualidade total no atendimento (ISO).

A busca pela excelência na qualidade no atendimento em Saúde Mental era preocupação constante desta Congregação Católica, sendo este empenho reconhecido em 2002 através do Prêmio da Fundação Prix de Genève – Genebra Suíça³³.

4.4 Os Serviços Técnicos

Serviço técnico é a atuação de profissionais inseridos no plano multiprofissional de atuação do hospital, incluindo a Psiquiatria, Terapia Ocupacional, Psicologia e Assistência Social.

4.4.1 Equipe médica

A exemplo dos demais hospitais psiquiátricos, no hospital em que foi realizado essa pesquisa, os médicos psiquiatras têm sua atuação destacada. Os demais profissionais se rendem ao saber destes que, muitas vezes, são considerados portadores de um “saber superior” em relação aos demais. Tal conduta foi percebida por conta das falas dos profissionais, seja por meio da ênfase dada ao papel do “psiquiatra responsável pelo caso”, seja na organização e reorganização da agenda de atividades em função da prioridade dada ao atendimento médico. A mesma postura se mantinha entre os usuários, pois muitos se recusavam a participar das atividades desenvolvidas pelos outros profissionais (oficinas de TO e atendimentos de Psicologia), mas quase sempre estavam ansiosos para ter consultas com os médicos psiquiatras. Com essa valorização do papel da Medicina, não era raro encontrar usuários falando de "maneira científica" sobre seus sintomas, sua agenda de consultas, a medicação que tomavam etc. A supremacia do saber médico visivelmente incomodava os outros profissionais, sendo refletida, em diferentes momentos, em certa desmotivação profissional.

4.4.2 Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem, a exemplo da equipe médica, era constantemente elogiada pelos usuários e seus familiares. De modo geral, eram profissionais que apresentavam gostar de trabalhar com Saúde Mental; muitos relatavam ter sofrido agressões ou dificuldade em conter algum usuário em momento de crise, mas todos com quem tive oportunidade de conversar demonstravam satisfação em atuar nesse segmento de atenção à saúde.

Quando transitei pelas dependências do hospital, presenciei auxiliares de enfermagem brincando com usuários, cantando, penteando cabelo e conversando. Em outros momentos,

³³ Prêmio concedido a entidades que se distinguem pela excelência da assistência aos portadores de transtorno mental e defesa dos seus direitos. Ao todo concorreram 18 entidades de 12 países, sendo a Congregação a vencedora de tal mérito.

presenciei auxiliares falando com familiares sobre a evolução do usuário, de forma a incentivá-los a continuar visitando-o.

4.4.3 Setor de Psicologia

De todos os setores percorridos foi o de Psicologia que mais questionou o trabalho de pesquisa desenvolvido e, por vezes, tomando excessivo cuidado com o que era falado. Curiosamente, não procurei este setor, fui procurada por ele. Em minha segunda visita, fui chamada pelo psicólogo Rodrigo para obter informação sobre a pesquisa, seus objetivos, métodos e hipóteses, assim, decidi iniciar meu percurso nas áreas técnicas por este setor. Naquele momento, o setor de Psicologia contava com dois psicólogos em dedicação semi-integral que realizam, predominantemente, atendimentos grupais e, eventualmente, individuais com alguns usuários das alas A, C e D. Na ala A, por ser um serviço particular e conveniado, todos os usuários tinham a possibilidade de receber atendimento psicológico, nas alas C e D, somente as pessoas fora de crise ou, na fala dos próprios psicólogos, “que tenham capacidade de verbalizar suas angústias”. Esses usuários eram selecionados por meio de seu prontuário, por indicação do psiquiatra responsável pelo caso ou por meio de grupos de triagem realizados pelos psicólogos. Na ala B, como já citado, nenhum atendimento psicológico era realizado, pois, de acordo com os psicólogos, a demanda era grande demais para apenas dois profissionais.

Não notei, entre os psicólogos, proximidade com terapeutas ocupacionais, assistentes sociais ou médicos, tratando-se, portanto, de um trabalho mais solitário e focado nas questões psicológicas. Cabe ressaltar que, segundo relato desses profissionais, o atendimento psicológico ficava comprometido devido o grande número de usuários internados, o pouco tempo dedicado à instituição, a falta de supervisão clínica e a soberania do saber médico.

4.4.4 Terapia Ocupacional

O contato com o setor de Terapia Ocupacional foi estabelecido, num primeiro momento, de forma um tanto quanto conturbada em função do desligamento espontâneo de uma terapeuta ocupacional, assim, foram necessários três encontros para conseguir estabelecer um cronograma de visitas. Após a definição desse cronograma com a terapeuta Laura, o contato com a Terapia Ocupacional transcorreu de forma aberta, sincera e de ajuda mútua. Pude trocar informações, vivências e textos sobre Saúde Mental, além de estabelecer uma relação de confiança com a equipe.

Demonstrando ser pessoa inteligente, sagaz e articulada, além de conhecer profundamente a Reforma Psiquiátrica, Laura teceu críticas construtivas sobre a mesma e sobre o hospital. Para ela, os problemas da institucionalização crônica, que levam ao desejo de não ser

desinternado, geravam, no dia-a-dia do usuário, dependência que era amplamente notada nas oficinas de TO. Segundo ela, no geral, as pessoas com resistência à desinternação eram mais lentas, tinham dificuldade para se concentrar e para participar dos grupos se comparados aos usuários que desejavam voltar para sua casa.

Laura procurava me auxiliar a conhecer o hospital, suas limitações, seus pontos fortes e as questões que poderiam vir a ser problematizadas na pesquisa e, sem dúvida, foi uma informante “mais do que privilegiada³⁴”. Quando estava encerrando minha participação no setor de TO, em novembro de 2005, Laura, como a terapeuta ocupacional que a antecedeu, conseguiu um novo desafio profissional e estava se desligando do hospital.

As atividades de Terapia Ocupacional eram subdivididas em duas modalidades, programadas e livres. Na atividade programada, a profissional responsável escalava previamente alguns usuários, de acordo com interesse, estado emocional (estar fora de um momento de crise agudo) e ala em que estava internado, desenvolvendo diferentes atividades como confeitoria e panificação (que logo após a sua conclusão eram consumidos pelos usuários em uma pequena confraternização), fóruns de debates, pinturas, teatros e passeios. Na atividade livre, a profissional permanecia em uma sala, abertas a qualquer participação, não existindo escala, convocação ou obrigatoriedade. Nesta atividade, eram desenvolvidas oficinas de pintura, costura, bordado, entre outros.

Participei de atividades de confeitoria, fórum de debate e pintura. A atividade de confeitoria transcorreu com usuárias da ala A (foram convidados homens, porém nenhum quis participar). Laura, com o auxílio da terapeuta manual (TM), entrava nos quartos, enfermaria e nas salas de atividades da ala A, convidando todos para “*fazer um delicioso bolo*”. No entanto, apenas seis pessoas se interessaram e apenas três terminaram a atividade (as outras três ficaram ao lado da cozinha de panificação, reclamando de dores e, assim que possível, voltaram para a ala). Das usuárias que ficaram para fazer o bolo, uma se responsabilizou por coordenar a preparação, outra pela limpeza dos utensílios e a outra por preparar os alimentos.

Nesta atividade, uma usuária em particular me chamou a atenção. Pela manhã havia passado pela eletroconvulsoterapia (ECT) e no período da tarde estava disposta a realizar a tarefa de preparar os alimentos. Pedia constantemente que Laura colocasse música e, como este ambiente não possuía aparelhagem de som, começava a cantar e pedir a participação das pessoas presentes. Em um dado momento, Laura perguntou a esta usuária o porquê da pouca adesão da ala A na atividade de confeitoria, ao que a usuária respondeu “*Ninguém quer fazer*

³⁴ Segundo Sato e Souza (2001, p. 5): “os informantes privilegiados que, mais do que pessoas do local, comportam-se como auxiliares do pesquisador, distanciando-se do papel desempenhado no local e, por isso, adotando uma postura de co-pesquisador. Há pessoas que demonstram profunda compreensão sobre o trabalho de pesquisa, tal qual o fazemos. Aparecem espontaneamente, em geral manifestando sua apreciação distanciada sobre o local, sobre as pessoas, sobre os papéis sobre os poderes e denunciando regras tácitas e dando “dicas” sobre o quê realmente acontece e que não é dado ao público de imediato. Em geral, são guias importantes para o pesquisador e, muitas vezes, tomam o pesquisador como cúmplice ou confidente”.

bolo! Você deveria perguntar para a gente o que queremos fazer..." As demais usuárias concordaram com essa colocação, mas não questionaram a profissional.

A atividade de pintura, desenvolvida na ala B, contou com a presença de cerca de quarenta usuárias. Pela primeira vez desde minha inserção neste hospital, tive a sensação de estar em um hospital psiquiátrico, na acepção estigmatizada do termo. Quando entrei na ala, vi várias usuárias em estado de crise aguda, tendo alucinações, tirando a roupa, gritando ou tentando agredir alguém. Os auxiliares de enfermagem conversavam, pediam para as usuárias se acalmarem, mas em diversos casos de nada adiantava. A atividade proposta consistia em desenhar livremente com lápis de cor e giz de cera. Sem nenhuma inibição, as usuárias desenhavam compulsivamente, terminavam um desenho e davam início a outros. Depois de terminado um desenho, elas procuravam falar sobre sua produção, narrando em seguida, sua história de vida, de internação e de relacionamentos. Algumas choravam, pediam para sair, falar com um familiar ou médico ou pediam cigarros, enquanto Laura se queixava da falta de materiais e de horários disponíveis de atividades para esta ala. Ficamos apenas uma hora nesta atividade e fomos para outro setor, recebendo inúmeras reclamações das usuárias que pediam mais tempo para elas. Foram feitas outras reclamações como falta de atendimento psicológico, falta de atividades recreacionais e falta de contenção de usuárias que roubam pertences das colegas de quarto.

A atividade de debate, nomeada "Assembléia", tinha o objetivo de receber críticas e propostas de melhorias para o hospital, além de discutir temas que estavam em voga na política, na sociedade ou nos esportes. Especificamente neste dia, tratamos de assuntos gerais do hospital e do referendo sobre o desarmamento. Participaram ativamente quinze usuárias das alas C e D, com outras dez lastimando não poder participar em função de consulta agendada com a psiquiatria. No todo, pode-se dizer que as usuárias mostraram-se envolvidas na atividade de expor seus pontos de vista e opiniões. Laura disse estar contente com as argumentações e sugestões, o que ela atribuiu à "*evolução clínica*" das usuárias.

4.4.5 Setor de Assistência Social

A Assistência Social contava com o trabalho de apenas uma profissional da área, além do auxílio das irmãs de caridade. Por se tratar de um hospital de curta estadia, as atividades desenvolvidas focalizavam a prevenção do abandono, a reintegração do usuário na sociedade e a participação de familiares e amigos no acompanhamento do tratamento do usuário. Quando esses não mais visitavam o usuário, a assistente social entrava em contato para conhecer os motivos que ocasionaram a falta de visitas e participação na reunião de familiares, conduzida pelo médico psiquiatra. Por este motivo, a assistente social participava, de todas as reuniões de familiares com o psiquiatra, anotando relatos de dificuldades de convívio, além de fazer orientações sobre

benefícios da previdência social, localização de serviços substitutivos extra-muros, possibilidades de participação em atividades de Terapia Ocupacional e de geração de renda.

4.5 Visitas e Licenças

As visitas eram permitidas de segunda à sexta-feira, das 13 às 14 horas, e aos sábados, das 14 às 16 horas. Existiam diversos telefones públicos no hospital, em bom estado e em funcionamento, para que o usuário pudesse se comunicar com familiares e amigos. Ao percorrer as dependências do hospital, em especial a ala B, os usuários diziam estar ansiosos pela visita de algum parente. Por vezes falavam que o familiar *“já vai chegar”* ou ainda olhavam, de maneira entristecida, para a porta de saída da ala, esperando por uma visita que não chegava.

Após o término do horário de visita, era comum ouvir expressões como, “*as pessoas que vivem no hospital é que são a minha família*”, “*não preciso de visita, porque aqui tenho amigos e pessoas que gostam realmente de mim*”, “*eles não vêm me ver porque estão roubando minha aposentadoria, vão ver só quando sair daqui*”, “*não vejo a hora de sair, assim mando todo mundo embora da minha casa*”. Por estas alegações, as licenças médicas eram fundamentais para manutenção do vínculo extra-muros e para a auto-estima do usuário. Essas eram concedidas após recomendação médica e consenso entre usuário e familiar, para que o usuário passasse um final de semana ou um feriado em sua casa antes da alta médica definitiva.

Era comum observar familiares e amigos pedindo aos psiquiatras para não fornecer essa licença, pois, segundo eles, não teriam condições de levá-lo para casa (por motivos de ordem financeira, de disponibilidade, temor etc). Nesses casos, pude ouvir os psiquiatras procurando entender os motivos desse pedido e sendo, por vezes, enfáticos ao falar sobre a importância do acolhimento familiar e sobre o compromisso com o tratamento que se deve dispensar ao usuário. Em minha estada, presenciei apenas dois casos de familiares pedindo licença médica ao psiquiatra responsável e diversos requisitando o contrário, ou seja, que a licença não fosse concedida.

Objetivando a diminuição da distância entre usuário e seus familiares, a equipe médica e social, após o horário de visita e após a concessão e retorno da licença médica, organizava rotineiramente atividades grupais ou individuais para clarificar a compreensão acerca do adoecimento psíquico, enfatizando a colaboração no tratamento e na reinserção do usuário em seu meio familiar e social.

4.6 Voluntariado

O voluntariado era constantemente incentivado pelo hospital, como forma de inserir a comunidade e os profissionais interessados no principal objetivo das irmãs de caridade, que era

promover a vida e os direitos dos usuários de serviços de Saúde Mental por meio de atividades comunitárias e sociais que visassem a solidariedade. É interessante destacar que a responsável pela organização das ações de voluntariado é a irmã que mais nos acolheu na instituição, incentivando nossa pesquisa e se colocando à disposição para auxiliar.

Os grupos de voluntários eram formados por pessoas de diversas denominações cristãs e formações universitárias. Eram desenvolvidas atividades individuais ou em grupo, com freqüências semanais e/ou mensais, dependendo da proposta, interesse e disponibilidade do voluntário. As principais atividades de voluntariado no hospital eram recreação, apresentação de coral, ginástica, conserto de roupas, visitas de apoio, corte de cabelo e atendimento odontológico. Os voluntários promoviam ainda: gincanas, jogos, projeção de vídeo e passeios semanais nas imediações do hospital, organização de festas tradicionais (Carnaval, Páscoa, Dia das Mães, Festa Junina e Natal) para usuários, familiares e colaboradores.

Além disso, em função de se tratar de um hospital ligado à igreja católica, de segunda a sexta, os usuários podiam assistir à missa pela manhã, sem obrigatoriedade ou qualquer tipo de convocação. Aos domingos, para os que estivessem fora de crise aguda e desejassem ir à missa, uma irmã os levava até a igreja da comunidade, localizada próxima ao hospital.

4.7 Uma mudança na equipe do hospital

Ao término das primeiras entrevistas, fiquei cerca de um mês distante do hospital para transcrição e análise das mesmas. No retorno, fui surpreendida pela mudança de quase todos os colaboradores que auxiliaram nessa pesquisa. Essa mudança foi justificada por dois fatores: primeiro, por alguns terem buscado outras experiências profissionais (psiquiatra Denis e terapeuta ocupacional Laura) e outros por terem sido direcionados para o novo projeto sob a gestão das irmãs de caridade, um CAPS I (psicólogos Rodrigo e Roberta e assistente social Isadora). Devido a essa reestruturação da equipe, para dar continuidade ao estudo, recorri ao auxílio da irmã Lina que, com especial atenção, apresentou-me aos profissionais recém-contratados, explicando-lhes sobre a pesquisa. Assim, conversei com a nova psiquiatra Jussara, a equipe de Psicologia e a equipe de Assistência Social³⁵.

Além da Irmã Lina, a outra enfermeira Eliane também continuou sua atuação profissional nesta instituição. No entanto, como já citado, a mesma foi direcionada para um turno de trabalho noturno e não consegui contato com ela. É importante destacar que, mesmo com a troca inesperada da equipe técnica, os novos profissionais pareciam manter (considerando o pouco contato que tive com eles) os mesmos valores dos demais: acolhimento, atenção e disponibilidade.

³⁵ Não consegui estabelecer contato com a nova equipe de Terapia Ocupacional.

4.8 Sobre o processo de internação e desinternação

De modo a apresentar indicadores de internação, desinternação e caracterizar a população atendida, em especial, os reincidentes, recorri ao diretor clínico do hospital, para solicitar acesso a documentos que contivessem esses registros. Num primeiro momento, fui recebida com cautela e discrição, no entanto, após detalhar o objetivo dessa análise quantitativa, fui atendida, obtendo o seguinte consentimento:

Precisamos urgente de pesquisas e discussões que nos levem a alternativas para o processo de desinternação. Não basta apenas a criação de uma lei sem uma estrutura da sociedade. É muito difícil desinternar diariamente pacientes que se recusam a voltar para casa. Todos os dias nos colocamos na situação de: o que fazer?

As informações que serão apresentadas referem-se ao período em que realizei a pesquisa de campo, compreendido entre janeiro e outubro de 2005.

Internações

A figura 6 apresenta o número de leitos ocupados nesse hospital psiquiátrico, para usuários SUS, conveniados e particulares, ao longo dos meses de janeiro a outubro de 2005.

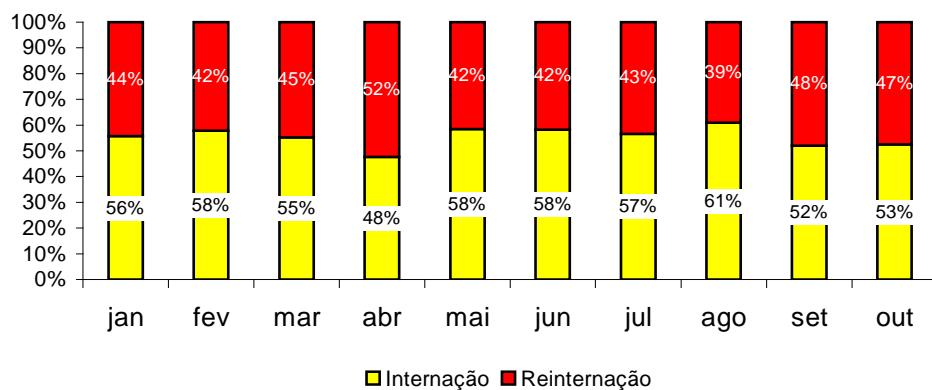


Figura 6: Número de internação e reinternação.

Observa-se pouca variação da quantidade de internações entre os meses o que aponta que as constantes internações não permitem ao hospital trabalhar com sua capacidade adequada de leitos. Quando uma vaga é liberada, após a devida comunicação ao SUS ou aos convênios, rapidamente outro usuário é enviado para internação. Na fala dos profissionais, essa demanda

decorre do fechamento de leitos hospitalares em diversas localidades, o que acaba por superlotar os hospitais psiquiátricos ativos, além disso, há a falta de serviços substitutivos, atividades extra-muros, incentivos governamentais factíveis e apoio dos familiares e sociedade em geral. Nesse momento, pode-se problematizar que a busca por credenciamento de convênios, em um hospital que apresenta sua capacidade de atendimento praticamente esgotada, pode ocasionar superlotação. A faixa etária é outro indicador importante para a compreensão da dinâmica das internações, conforme se vê na figura 7.

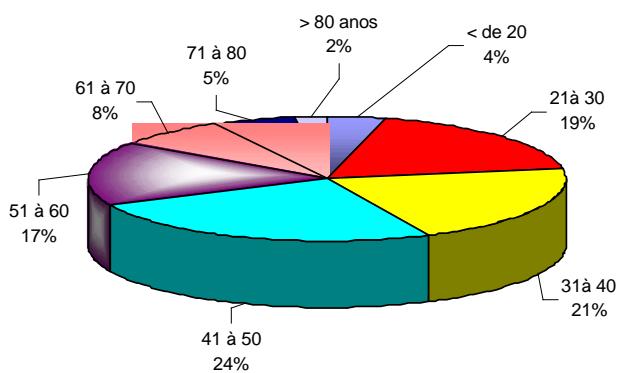


Figura 7: Distribuição de internados (por idade).

De acordo com os dados fornecidos pela instituição, as internações ocorrem com maior freqüência a partir dos 21 anos de idade até os 60, ou seja, trata-se de um faixa etária em que usualmente as pessoas estão no auge de sua vida social e laboral.

Internação e reinternação, por sexo

Por ser um hospital predominantemente feminino, onde o público masculino encontra espaço somente em casos de atendimento particular ou conveniado, ao longo da análise específica de internação e reinternação, prevalece o público feminino (figura 8).

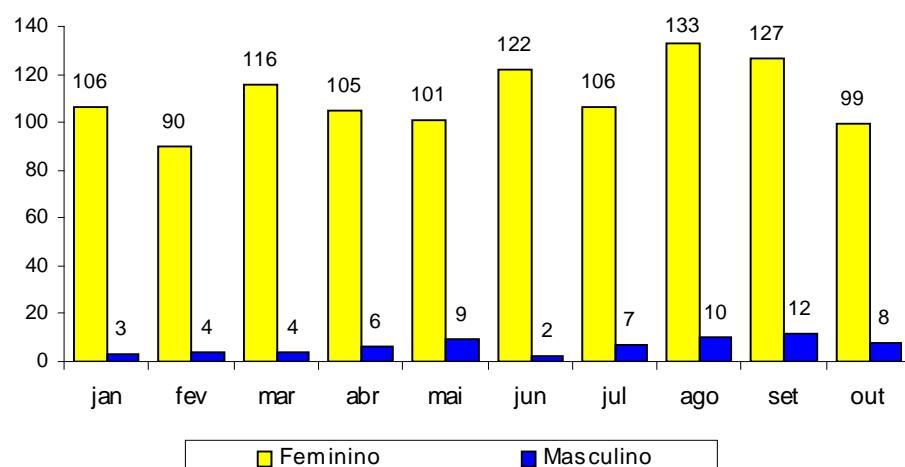


Figura 8: Internações por sexo.

Como foi possível notar ao longo da pesquisa, a permanente ocupação máxima do hospital dificultava as atividades de reinserção social e de rotina, que acabam sendo mais estruturadas para as alas A, C e D, em preterimento à ala B (SUS e usuários em crise aguda). Contudo, na argumentação da direção hospitalar e de alguns profissionais, o hospital deveria focar sua atuação em “*cuidar no momento de crise*” e não se especializar na reinserção social nem em atividades internas. Na visão desses profissionais, essas seriam as funções dos CAPS e/ou demais serviços substitutivos. Na figura 9, pode-se observar a taxa de ocupação do hospital.

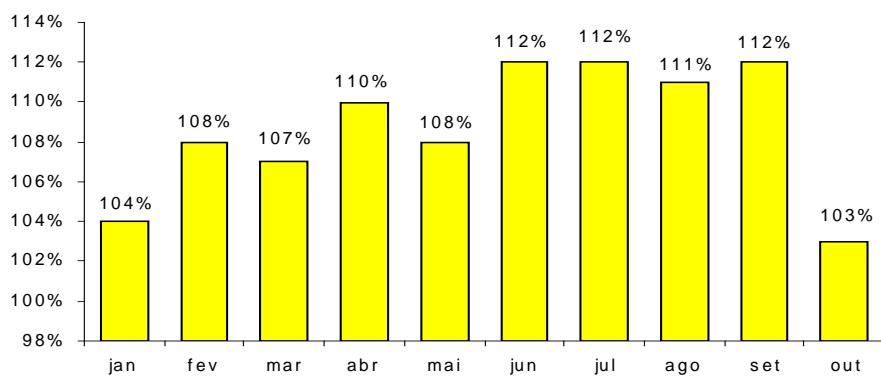


Figura 9: Ocupação dos leitos hospitalares.

O excesso de demanda recebida pelo hospital preocupava os profissionais comprometidos com questões de cunho antimanicomial e político. O que se via era uma preocupação permanente em desinternar os usuários do hospital, para que não se criasse uma relação de dependência com a instituição. Pude presenciar, em diversas ocasiões, profissionais atuando no sentido de prevenir a dependência e a cronificação no contexto asilar, seja em conversas com os usuários e familiares, seja em práticas como conceder licenças, maior tempo de visita de familiares, amigos etc. Ao mesmo tempo em que os profissionais atuavam desta forma, alguns usuários relatavam enfaticamente que não queriam sair do hospital, pois ali encontravam amigos, família e profissionais de saúde para seus momentos de crise etc.

Há de se enfatizar que a média de dias de internação sofre influência direta da política do SUS, que define limites para esta modalidade de atendimento. Assim, a preocupação de manter breves internações está vinculada a uma suposta pressão da direção hospital em decorrência dessa política pública.

Outro ponto significativo foi o fato de eu não ter notado, em nenhum momento ao longo da pesquisa, a interação ou relação de ajuda entre os serviços substitutivos e o hospital pesquisado. O que se via era uma preocupação com o futuro do usuário após a desinternação sem, no entanto, acompanhar essa reinserção ou efetivamente garantir que outro serviço o estivesse fazendo. Talvez seja por essa dificuldade de relacionamento entre serviços que os gestores do hospital demonstravam ansiedade com a aprovação do projeto institucional de abertura de um CAPS I, próximo ao hospital, que, segundo eles, auxiliaria na reinserção dos usuários e no

processo de prevenção da institucionalização da pessoa. Na figura 10, observa-se média de dias de permanência no internamento.

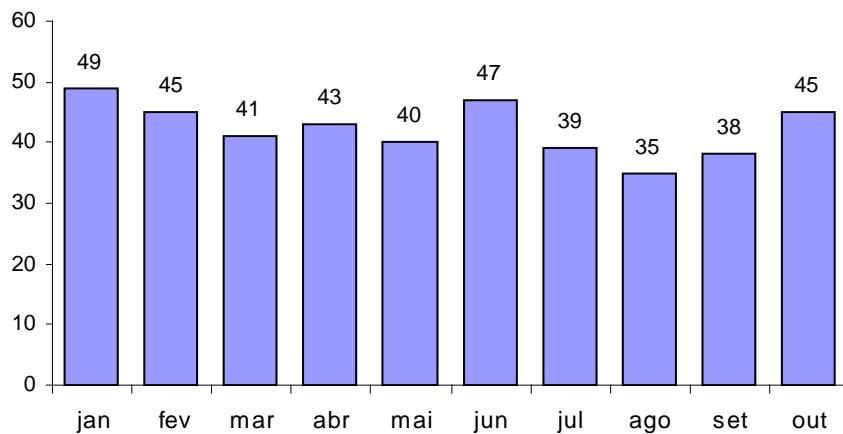


Figura 10: Média de dias de permanência em internação.

A média de dias de internação reflete diretamente a modalidade de atendimento deste hospital, de curta permanência, e focada no atendimento de usuários em momento de crise. Observamos que a variação de dias de permanência no internamento é distribuída de maneira semelhante entre os meses. Cabe destacar, no entanto, que nesses dados está excluída a média de dias de internação dos usuários que residem no hospital, ou seja, aqueles que, por diferentes motivos, vivem há mais de um ano no hospital, sem possibilidade imediata de retorno à sociedade.

Para apresentar os dados sobre modalidades de altas hospitalares, faz-se necessário descrevê-las brevemente:

- administrativa: quando um usuário viola gravemente uma norma da instituição, como se recusar a seguir o tratamento médico, usar drogas ou outras substâncias ilegais, telefonar constantemente para a polícia etc.
- abandono: ocorre quando o usuário recebe licença para passar um final de semana ou feriado e não retorna ao hospital para concluir seu tratamento ou efetuar sua alta.
- alta a pedido: quando o usuário e sua família pedem ao hospital para conceder alta, mesmo quando a indicação é de permanência por mais algum tempo.
- evasão: corresponde às fugas do hospital.
- transferência para outro hospital psiquiátrico: normalmente mais próximo da casa do usuário.
- óbito: morte do usuário.
- altas médicas (ACRA³⁶): quando o usuário se encontra fora de um momento de crise e de auto e hetero agressividade.

³⁶ ACRA é uma sigla usada pelo hospital, contudo, nenhum profissional conseguiu explicar-me o seu significado, sendo utilizado como “alta médica”.

A tabela 1 apresenta modalidades de alta hospitalares:

Tabela 1: Modalidades de altas hospitalares no sexo feminino.

Altas hospitalares por tipo - feminino									
	administrativa	abandono	alta a pedido	evasão	transferência	óbito	ACRA	Total	
jan	-	2	14	-	3	-	75	94	
fev	1	4	7	-	1	-	78	91	
mar	-	-	13	-	7	-	91	111	
abr	-	1	6	-	3	-	97	107	
mai	1	2	10	-	1	-	97	111	
jun	-	1	2	-	1	-	97	101	
jul	-	4	7	1	5	-	107	124	
ago	-	3	8	-	3	-	118	132	
set	1	3	8	-	6	-	97	115	
out	-	10	10	-	2	1	89	112	
Total de casos	3	30	85	1	32	1	946	1098	
% total		3%	8%		3%		86%	100%	

Para as usuárias do sexo feminino, nota-se a predominância, em todos os meses, de alta por ACRA, totalizando 86% dos casos de internação no período, seguido por “alta a pedido”, com 8% dos casos. Além disso, é interessante notar o baixo índice de evasão, abandono e alta administrativa. A tabela 2 apresenta as modalidades de altas hospitalares no sexo masculino:

Tabela 2: Modalidades de altas hospitalares no sexo masculino.

Altas hospitalares por tipo - feminino					
	administrativa	alta a pedido	transferência	ACRA	Total
jan	-	-	-	1	1
fev	-	1	-	5	6
mar	-	-	-	5	5
abr	-	1	1	2	4
mai	1	1	-	6	8
jun	-	-	-	2	2
jul	-	-	-	4	4
ago	-	1	-	9	10
set	-	-	1	12	13
out	2	-	-	7	9
Total de casos	3	4	2	53	62
% total	5%	6%		85%	100%

Da mesma maneira que ocorre com as usuárias de sexo feminino, as modalidades de altas hospitalares mais freqüentes são ACRA (85% dos casos) e alta a pedido (6% dos casos). É interessante destacar que, no sexo masculino, a categoria “alta administrativa” apresenta maior freqüência se comparada ao sexo feminino (5% dos casos).

Reincidência à internação

O hospital é pressionado, tanto pelo SUS quanto pelos convênios, para desinternar o usuário o mais breve possível, evitando ao máximo os custos e as pressões por parte dos movimentos antimanicomiais e humanitários. Outro ponto que deve ser destacado é o fato de o usuário apresentar “recaídas”, de acordo com os profissionais do hospital, próximas a desinternação. Verifica-se, na figura 11, que cerca de 40% dos usuários retornam ao hospital em nova internação.

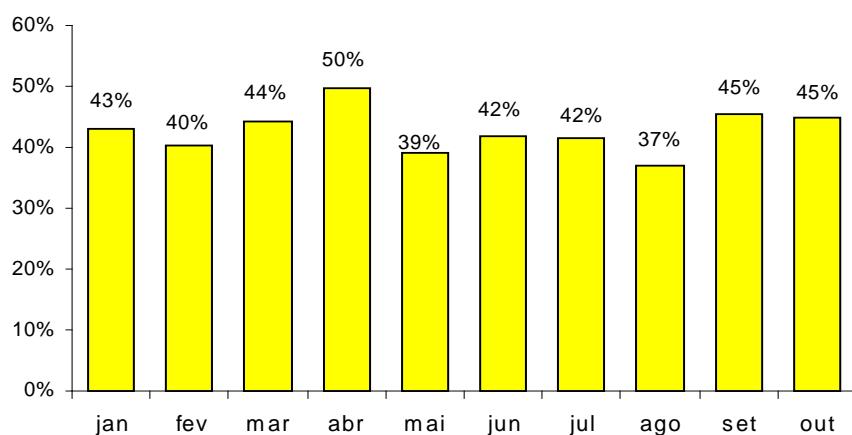


Figura 11: Percentual de reincidência de internação.

Cabe ressaltar que os indicadores apontados acima refletem a reincidência de internação psiquiátrica somente no hospital que pesquisamos, ou seja, esse número poderia ser maior se fosse possível mapear os usuários que haviam sido atendidos anteriormente em outras instituições de cunho asilar (manicômio, hospital psiquiátrico, casas de saúde etc.). Deve-se apontar também que os longos anos de internação e de segregação a que os usuários foram submetidos contribuem para as reincidências hospitalares, assim como a falta de serviços substitutivos na cidade de São Paulo.

Os dados apresentados na Figura 11 são deveras preocupantes, inclusive por excluírem o percentual de reinternações, uma vez que se referem àquelas ocorridas apenas nesse hospital. Com variação de 37% a 50%, os dados nos levam a questionar a relação de dependência que parece se estabelecer entre usuários e hospital. Refletindo a percepção de alguns profissionais, o número de pessoas que retornam para a hospitalização é alto e revela a dificuldade na efetivação do fim das instituições de cunho manicomial.

Como já apontado, a institucionalização prolongada enfraquece gradativamente as relações sociais, os vínculos extra-muros e a adaptabilidade às situações adversas ocorridas em sociedade. Diferentes autores argumentam que quanto menos se mantém um usuário confinado,

menor será a possibilidade de cronificação na instituição (Basaglia, 1985; Pessotti, 1996; Goffman, 1996; Amarante, 1996). Na figura 12, apresentaremos a distribuição de internação e reinternação no sexo feminino.

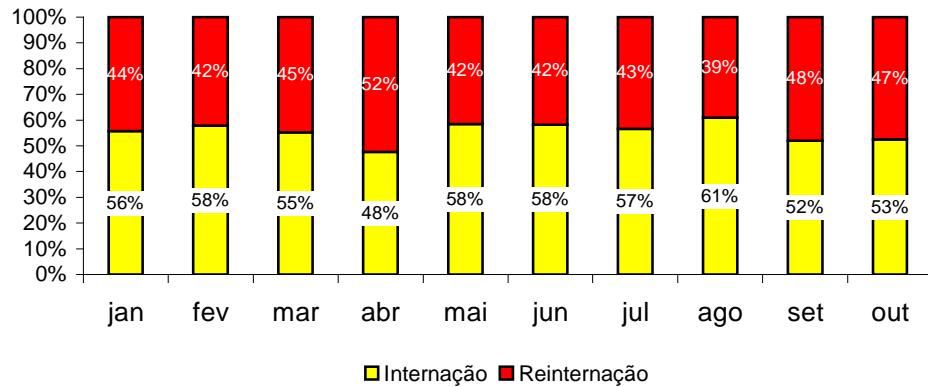


Figura 12: Internações e Reinternação, sexo feminino.

Nesta figura, verifica-se que, em média, cerca de 44% das usuárias voltam a se internar neste hospital. Para o sexo masculino, temos o panorama apresentado na Figura 13:

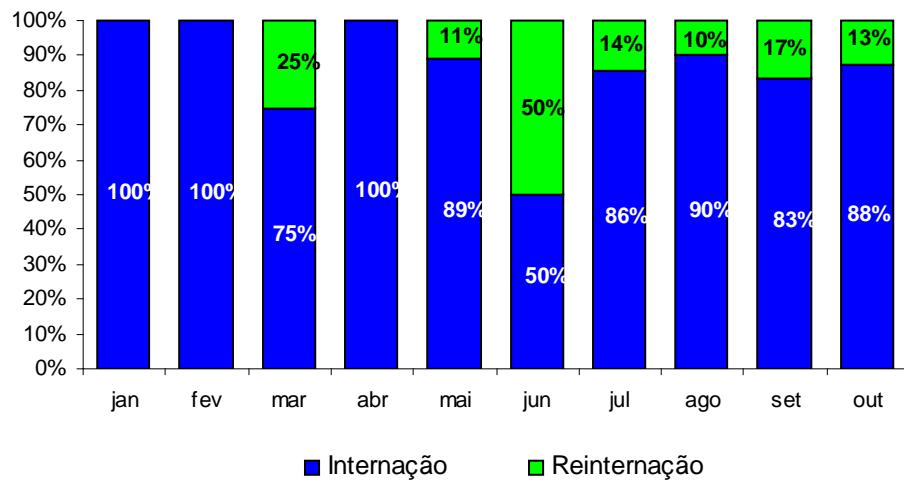


Figura 13: Internações e reinternação, sexo masculino.

Mesmo considerando a proporção menor do público masculino, observa-se que a reincidência à internação parece ser menos freqüente nesse segmento de população. Deve-se considerar, ainda, que o atendimento aos usuários do sexo masculino é feito somente via

convênios e particular, o que talvez indique maior estruturação financeira, familiar e social, possíveis pressões ligadas aos planos de saúde ou dificuldades em custear o atendimento particular (não há vagas SUS para o sexo masculino).

4.9 A desinternação na concepção do hospital

Com a atribuição de porta-voz da equipe, a entrevista com a irmã Lina objetivou entender como os profissionais do hospital psiquiátrico lidavam com os usuários que desejavam permanecer no internamento. A entrevista semi-dirigida abrangeu perguntas sobre as dificuldades da desinternação psiquiátrica e transcorreu em uma sala fechada no próprio hospital, de modo a evitar interferências externas. Vale apontar que as reflexões feitas pela irmã Lina referem-se às usuárias do hospital, em preterimento do público masculino, em função das mulheres serem predominantes no hospital, exclusivas na modalidade SUS e apresentarem maiores dificuldades na reinserção social. Comecei indagando como irmã Lina entendia o fato de algumas usuárias desejarem permanecer internadas e obtive como resposta a falta de um efetivo respaldo social, financeiro, familiar e de equipamentos de saúde:

Juliana, eu acredito que justamente por serem pessoas sem estrutura, muitas coisas se tornam difíceis para elas, uma das coisas são os próprios cuidados de atenção que requerem alguém que esteja doente, então, dentro de uma casa como esta elas têm todo o cuidado e atenção de uma equipe, a medicação necessária, o tratamento para aliviar o sofrimento. Então, lhe causa o bem estar (...). Outra coisa que eu acredito são dois aspectos, este é o primeiro, a segurança do ambiente, de ter uma equipe, a questão da falta de respaldo social, a ausência de equipamentos de saúde de forma a lhe dar segurança, a ausência de recursos financeiros, as tornam mais fragilizadas.

Sobre esta temática a irmã Lina apontou os itens “*falta de respaldo social*”, “*ausência de equipamentos de saúde*” e “*ausência de recursos financeiros*” como principais motivos que despertam nos usuários o desejo de permanecer no hospital, pois lá encontram “*todo o cuidado e atenção de uma equipe, a medicação necessária, o tratamento para aliviar o sofrimento*”. Esse primeiro argumento, parece corroborar a discussão anterior sobre a importância de uma rede social extra-muros que possa, de fato, atender às necessidades dos usuários e, assim, evitar o desejo da permanência em instituições e hospitais. Nessa discussão, a freira parece se posicionar como porta-voz da equipe do hospital, quando aponta por duas vezes o termo “*equipe*” e salienta o esforço de tratamento que o hospital realiza para gerar nos usuários o “*bem-estar*” por vezes negado em sua vida extra-muros. A posição de porta-voz parece, também, representar algumas usuárias que não têm uma rede social extra-muros estruturada, como é o caso de Vilma e Rosana. Ainda refletindo sobre essa questão e, mantendo sua posição de porta-voz, a freira parece sugerir que o hospital é um *lugar que acolhe* os usuários, substituindo uma vida familiar precária:

... E ela vai preferir ficar aqui do que no espaço da casa dela, onde ela vai precisar administrar isso e as pessoas que convivem com ela nem sempre compreendem, e acaba sendo mais seguro estar aqui, não é? (...) Aqui elas têm todos os recursos que elas necessitam, aqui elas têm uma casa que as acolhe. Isso lhes dá segurança. Muitas delas comentam o seguinte: que aqui elas têm carinho, afeto e atenção. Sabe que o transtorno mental, às vezes, nega isso, tira, impossibilita a família, o que elas não têm na família muitas vezes. É por isso que eu acredito que, basicamente, são estes dois aspectos que as tornam mais abertas ou mais desejosas de permanência. Mas nós temos a preocupação de também criar um ambiente terapêutico, de família mesmo, de comunidade, onde as pessoas participam, são agentes deste processo.

Essa “casa que acolhe”, onde os usuários podem encontrar “carinho, afeto e atenção”, parece possuir um sentido semelhante a um *lugar*, tal como conceituado anteriormente, enquanto que a própria casa parece ter se convertido em um *espaço*. A preocupação de “criar um ambiente terapêutico e de família” no hospital parece ser compartilhada por diversos profissionais. Com freqüência presenciei situações que ilustravam a preocupação dos profissionais em fazer desse hospital uma “casa que acolhe”, era o caso da equipe de enfermagem, que tratava as usuárias da “ala B” com especial atenção e carinho, penteando seus cabelos, passando maquiagem, limpando as que estavam babando em demasia, vestindo as que estavam se despindo etc.

Esse cuidado também se fazia presente quando psiquiatra e assistente social trabalhavam para que os familiares não abandonassem os usuários e abriam exceções para: os horários de visita; quando a terapeuta ocupacional se preocupava em pôr em prática as sugestões viáveis dos usuários na atividade “Assembléia”; quando a equipe de voluntariado, coordenada pela irmã Lina, desenvolvia atividades festivas seguindo sugestões dos usuários e do próprio calendário católico e; quando realizavam atividades extra-muros (passeios na região). Novamente, a fala da freira aparece permeada pelas idéias e sentidos das pessoas por ela representadas, ou seja, de profissionais, quando emprega a frase “mas nós temos...”, de usuárias, quando relata que “*muitas delas comentam o seguinte...*”

Continuando na temática dos usuários que pedem para permanecer no hospital, perguntei à irmã Lina se ela recordava de algum caso recente de resistência à desinternação e como foi lidar com este caso:

Eu lembro e sempre é um processo doloroso... É como se você tivesse pondo para fora alguém que é seu, por que a função da “Casa X³⁷” é tratar, ela não tem a função de institucionalizar. Nós nos preocupamos muitíssimo com a reinserção. E você imagina, nós preocupados com a reinserção e a pessoa desejando permanecer porque para ela está melhor. Então precisamos trabalhar para que ela retorne. É sofrido para a pessoa e muito mais para nós também, porque nós. Como eu estou te dizendo, realmente, nós temos que pôr para fora alguém que (...) você até criou laços, que você tem um certo vínculo, mas a gente precisa fazer isso... Se não fizermos isso nós nos tornamos em pouco tempo uma instituição que...perde o objetivo dela (...). Dado o número reduzido de leitos que temos para tratá-las em São Paulo, [no Brasil inteiro né?] então nós não podemos perder o foco que é tratar no estado agudo, mas não é fácil não.

³⁷ Para não identificar a instituição, nas citações dessa entrevista, utilizei o nome fictício "Casa X".

Instaura-se, assim, um paradoxo: de um lado, a necessidade e a consciência da importância da desinternação e, de outro, o quanto se torna doloroso, “*por para fora*” alguém com quem se “criou laços” e que possui “vínculos”. Nessa fala, a desinternação parece se tornar dolorosa para os usuários que desejam permanecer e para os profissionais pelos “laços e vínculos criados”. Outro ponto que chama a atenção é a expressão “*alguém que é seu*” quando empregada ao se referir aos usuários que devem sair do hospital psiquiátrico, pois parece ilustrar o maternalismo e a proteção que o hospital acaba por fornecer aos usuários, bem como o sentimento de posse dos profissionais sobre eles. No entanto, curiosamente, irmã Lina completa que, independentemente dos vínculos criados, o hospital não deve perder de vista seu objetivo que é “*tratar no estado agudo*”. A irmã Lina parece chamar a atenção para o sofrimento dos profissionais de Saúde Mental que lidam com as inúmeras dificuldades no processo de desinternação e que, muitas vezes, não sabem como proceder.

Finalizando sua reflexão sobre o processo de desinternação, a freira afirma “*Eu mesma não gosto sabe? (...) A gente tenta fazer o possível para que ela volte de forma tranquila, reinseridas mesmo, né?*” Essa fala remete, inicialmente, à sua própria posição (quando aponta o termo “eu”), mas logo reassume a função de porta-voz (quando aponta a expressão “a gente”). Na posição pessoal, a freira relata o sofrimento decorrente de desinternar pessoas que desejam ficar no hospital, por outro lado, na posição de porta-voz, reconhece a necessidade de uma reinserção social tranquila.

Prosseguindo nessa temática, pergunto se algum usuário voltou ao hospital espontaneamente, após ser desinternado, e obtenho a seguinte resposta: “*Ah... Muitas, muitas, acontece. Elas...quase toda a semana aparece alguém aqui na porta que...sabe? Porque não tinha o acolhimento da família, ou porque algo não estava bem, porque aqui estou melhor.*” Nessa resposta, irmã Lina enfatiza a quantidade de pessoas que recorrem aos serviços do hospital após a desinternação, demonstrando certa angústia com esse fato. Segundo ela, a principal justificativa fornecida pelos usuários para retornar ao hospital é a falta de acolhimento da família aliada ao fato do hospital fornecer uma vida melhor. Dando continuidade à entrevista, irmã Lina apontou como os profissionais atuam nesses casos:

E voltam e o que nós fazemos? Tentamos novamente reconduzi-las às famílias e...Que elas voltem. Porque elas não devem ficar aqui...Essa semana passada tivemos duas aqui. Que queriam ficar aqui. E vieram procurando para ser voluntárias e o pessoal <<Nossa!!!>> ((rindo)), e depois conversaram, falaram que naquele momento não era oportuno e que(2)³⁸. Porque não é a função da Casa, não podemos permitir, né?

³⁸ Trechos sinalizados com números entre parenteses, indicam pausas na fala da entrevistada com o respectivo tempo de demora.

A partir da fala da porta-voz, fica evidente o impacto que a falta da estruturação na rede social extra-muros causa no processo de reinserção social dos usuários. Mesmo com o esforço do hospital em reconduzi-los às famílias, o processo é difícil e sofrido para ambos os lados. Do lado dos profissionais, a rotina de reincidência de internação e a dificuldade na desinternação parecem suscitar a vontade de proteger os usuários, como observado em falas já referidas da irmã Lina. Do lado dos usuários, retratados na fala da freira, o sofrimento parece ser primordialmente concretizado nos pedidos de retorno ao hospital, o que pode gerar hospitalizações permanentes. Por essa razão, perguntei à irmã Lina como os profissionais atuavam para prevenir a dependência no hospital. Sua resposta está transcrita no trecho abaixo:

Eu vejo a equipe muito profissional neste sentido, de total preocupação com a reintegração e com a não cronificação ou manutenção do paciente na casa. Porque não é benéfico para ela, né? A vida social aqui, por maior preocupação que nós tenhamos de que elas estejam reintegradas, participando, mas aqui é um hospital, tem a rotina de um hospital...A gente trabalha muito com essa preocupação de re inseri-las, de aproxima-las das famílias, de trabalhar as famílias, bastante...Essa é a meta de todos nós, né?

Abordando a proposta terapêutica e o comprometimento dos profissionais do hospital com a reinserção social, irmã Lina, mantendo-se na função de porta-voz, demonstra ter consciência da importância do processo de reinserção social. Em sua fala, por mais preocupação que a "Casa X" tenha com as atividades ocupacionais cotidianas, não deixará de ser um hospital e ter a rotina de um hospital, que coíbe a reinserção social. A atuação dos profissionais em sua narrativa parece alinhar-se com a meta de reaproximar usuários de seus familiares e de sua vida social.

Considerando as diferentes modalidades de atendimento fornecidas pelo hospital (SUS, conveniado, particular e filantropia), questionei quais usuários tinham mais dificuldades na reinserção social:

Mais do SUS, sabe por quê? Eu penso bem e acho que dos outros, dos outros convênios e particulares...Quase nenhuma...Quase nenhuma. Porque você pode verificar que, na questão do SUS, elas vivem uma situação de extrema rejeição ou de experiências de não compreensão do transtorno. (...) raramente nós ficamos convocando uma família de convênios ou particular para vir visitar seu familiar, né? Ao passo que o SUS freqüentemente há abandono mesmo e...Há rejeição total da pessoa...

A dificuldade na reinserção parece novamente estar articulada à fragilidade da rede social extra-muros de apoio, com enfoque para a falta de compreensão, acolhimento familiar e condições financeiras. Segundo irmã Lina, a associação entre condições financeiras precárias e rejeição familiar é o fator mais presente quando se fala em reinserção social.

Aprofundando a questão dos usuários que desejam permanecer no hospital relatei à entrevistada que, em minha experiência no hospital, presenciei alguns usuários pedindo a diferentes funcionários para permanecer no internamento, mas nunca vi um usuário fazendo esse mesmo pedido para seus visitantes. Pedi a ela para comentar essa observação:

Eu acredito que o que você fala é verdadeiro. A família que é mais presente, que está mais próxima não se ouve tanto isso. Eu acredito que ela se sente mais amparada, mesmo que esta família seja uma família problemática; porque há famílias totalmente desestruturadas com muitos problemas também, mas não se ouve tanto...Agora os casos em que as pessoas vão sendo abandonadas ou rejeitadas ou se vem é mais por uma obrigatoriedade, não há esse vínculo afetivo tão indispensável para uma Saúde Mental, aí sim automaticamente, elas preferem...Elas dizem isso...Que gostam, que fazem tudo para ficar...Como você vai ouvir algumas...

A freira salienta mais uma vez o papel da família na reinserção social e, consequentemente, na prevenção da cronificação hospitalar. A partir desta constatação, pode-se entender a dificuldade dos profissionais em lidar com a desinternação dos usuários com condições familiares e sociais precárias. Como os profissionais, sabendo que o usuário não é bem-vindo em sua casa, podem lidar, ao mesmo tempo, com a necessidade do hospital de desinternar e com o pedido do usuário para permanecer internado? E como devem proceder em casos em que o usuário não dispõe de casa, de apoio de familiares e ainda não conseguiu a admissão em um SRT? Essas questões, que necessitariam de estudos e pesquisas específicas, parecem causar diferentes sentimentos na equipe hospitalar que, por vezes, não sabe como conduzir esses casos.

Finalizando a entrevista questionei se irmã Lina possuía alguma outra consideração que queria fazer:

Eu só acho assim, Juliana, eu quero te parabenizar pela iniciativa, assim eu penso que a gente vai conseguir modificar toda uma cultura com relação às pessoas que sofrem de doença mental ou de transtorno mental, não sei que termo você está usando para seu estudo...Essa cultura precisa ser modificada e, doenças não podem continuar sendo tratadas como alguém que precisa ficar fora, isolado...Eles devem ser tratados e ficar na vida social...E nós temos que ajudar eles a viver esta vida porque tem! Eu acredito que a Casa X e outros equipamentos como este, devem funcionar na crise. Melhorou a crise, volta para a vida social.

Aparentando novamente ser crítica à Reforma Psiquiátrica e mantendo sua posição de porta-voz, a entrevistada, no final de sua fala, apontou que, mediante a estruturação de outros equipamentos de saúde, o hospital poderá, de fato, funcionar somente em momentos de crise. Os “parabéns pela iniciativa” parecem ilustrar a necessidade de estudos que compreendam o hospital psiquiátrico inserido em uma lógica de outras exclusões, como a falta de SRT's, de atendimentos mais incluentes no CAPS, hospitais gerais etc. Continuando a reflexão, a freira apontou que:

Então eu te parabenizo. Pela primeira vez na vida eu me encontro com uma pessoa fazendo uma pesquisa sem discriminhar os hospitais que trabalham com isso, porque infelizmente eu encontrei muitas pessoas que vinham fazer pesquisa, que vinham conversar sobre isso e maltratando-nos, achando que nós queremos que...né? Então isso foi muito ruim. Então pela primeira vez na vida eu encontrei você...Eu estou contente. Vá em frente!

Como afirmam Spink, M. J. e Spink, P. (2006): “De nada adianta o encadeamento de ações socialmente responsáveis se, no mesmo momento, as mesmas pessoas agem de maneira a manter as mesmas desigualdades” (p. 8). Os pesquisadores que a freira questiona parecem ter alimentado o preconceito ao não considerar toda a rede enfraquecida que mantém vivo o hospital psiquiátrico, o que parece ter irritado a freira e desencadeado seu elogio pela presente pesquisa.



Capítulo V

A desinternação na
concepção das
usuárias

CAPÍTULO V

A desinternação na concepção das usuárias

Contradições, angústias, críticas e dificuldades, tais expressões sintetizam algumas das manifestações mais utilizadas pelas cinco usuárias entrevistadas. Indicadas pelos profissionais do hospital para a entrevista pelo fato de desejarem permanecer no hospital e resistirem à desinternação, verbalizaram diferentes conteúdos, mas todas, em maior ou menor proporção, aparentaram relativa angústia quando o assunto era desinternação ou internação.

É importante destacar que as falas apresentadas abaixo são influenciadas pelo contexto onde transcorreu a entrevista, pela história de vida de cada uma, pelas posições ocupadas por elas e pela posição em que colocavam a entrevistadora. Na tentativa de contextualizar a análise discursiva, para cada entrevista serão apresentados breves dados de identificação da usuária e de sua história de vida³⁹.

5.1 Vilma

Data de admissão no hospital: 22/10/2005

Modalidade de atendimento: SUS

Data de nascimento: 05/07/1970

Profissão: empregada doméstica

Ala: B

Estado civil: solteira

Quem indicou: assistente social e enfermeira

A internação de Vilma foi ocasionada, primordialmente, por uma crise de agressividade contra seus familiares, precedida por diversas convulsões epilépticas. Para a assistente social, Isadora, a família de Vilma não se interessa por ela devido problemas financeiros e dificuldade em conter a usuária em momentos de crise. Chama a atenção o fato da usuária estar em alta médica e a família se recusar desinterná-la, além de um abaixo-assinado da vizinhança, visando a não reinserção da mesma no bairro. Em relação a isso, a assistente social Isadora contatou o Ministério Público para verificar a legitimidade deste ato, obtendo a resposta que "*não há nada que impeça o retorno da usuária. Qualquer ato de discriminação deve ser comunicado à polícia local*".

Mediante esta resposta, a assistente social ponderou que, antes da desinternação efetiva da usuária, deveria ser aberto um canal de diálogo e conscientização dos responsáveis pelo abaixo-assinado, no entanto, os responsáveis e os familiares de Vilma não quiseram ouvir Isadora. Com isso, a assistente social e os demais profissionais, na ocasião de nossa entrevista, poderavam entre as opções de desinternar Vilma e garantir sua segurança inicial por meio da polícia e, com isso, deixá-la correr os riscos de preconceito, segregação, abandono e possíveis

³⁹ Infelizmente, não foi possível um maior detalhamento na história de vida das usuárias, em função das poucas informações contidas nos prontuários.

violências ou, mantê-la no hospital até encontrar uma forma mais segura para sua convivência extra-muros, em um serviço residencial terapêutico, por exemplo.

De acordo com o prontuário médico, a usuária, que já teve diversas passagens por internações psiquiátricas, foi internada voluntariamente, tendo procurado o hospital sem nenhum acompanhante, mesmo estando em um momento de crise. O que chama a atenção nas informações de internação contidas no prontuário de Vilma é que, mesmo com a informação de internação voluntária, a usuária é classificada em "crise catatônica", apresentando sintomas de imobilidade motora excessiva, negativismo (resistência, sem motivo, a toda e qualquer instrução⁴⁰), movimentos voluntários estereotipados, maneirismos e risco de novas crises convulsivas⁴¹.

Com relação ao seu cotidiano no hospital, nos dois meses que antecederam nossa entrevista (novembro e dezembro), a equipe médica (Psiquiatria e Enfermagem) e a assistente social, consideraram-na demasiadamente solitária, sem visitas ou relacionamentos com as demais usuárias. A usuária, cujo estado de saúde era considerado estável, era descrita como calma, aceitando o tratamento e respondendo bem à medicação. Cabe informar que Vilma foi minha primeira entrevistada e quando fui apresentada a ela pelo psiquiatra Denis, ela me disse que estava "*limpando um banheiro*" porque "*detestava ficar parada*". Nesse momento, estendi a mão a ela em cumprimento, seguida pelo olhar espantado do psiquiatra e da própria usuária que, surpreendida, cumprimentou-me de forma entusiasmada. Quando Denis falou da pesquisa, Vilma olhou desconfiada, mas aceitou o convite, embora demonstrasse um certo temor. No trajeto até a sala onde fizemos a entrevista (um consultório médico localizado próximo ao posto da enfermaria, em sua própria ala), Vilma falava sobre diversos assuntos ao mesmo tempo, como seu estado de saúde, sua família, o hospital, as enfermeiras, as usuárias etc., ao que procurava acompanhá-la, interagindo com ela.

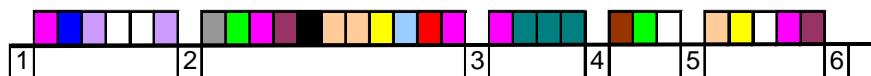
Na sala onde a entrevista foi realizada, expliquei mais detalhadamente os objetivos da pesquisa, da entrevista e do conteúdo do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Após esses esclarecimentos, Vilma assinou o termo e pediu para iniciarmos a entrevista. De maneira geral, notei que, ao longo da entrevista, Vilma manteve-se chorosa e com saudades de seus familiares, mesmo estando consciente de que eles não a desejavam por perto. Além disso, mostrou-se agitada e eufórica durante toda a conversa. Dizia sentir-se só, sem ter outras pessoas para dialogar (a usuária encontrava-se internada na ala B, onde o serviço de psicologia não atuava). Estava tomando a medicação de rotina para epilepsia, não apresentando excessos no seu uso.

⁴⁰ Explicação fornecida pelo DSM IV - TR

⁴¹ Todas as informações colhidas no prontuário da usuária.

Figura 14: Linha dialógica da entrevista de Vilma.

usuária



entrevistadora

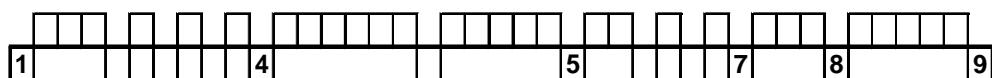
Legenda da linha dialógica

Usuária	
leg.	tema
1	ótimo tratamento recebido no hospital, gosta muito do hospital
2	em casa é diferente do hospital, as pessoas não se importam com ela
3	quando chegou ao hospital estava em crise
4	sua experiência profissional
5	desejo de voltar para casa
6	abandono/descaso de seus familiares
7	auxilia no trabalho de rotina do hospital
8	mau atendimento recebido em outro hospital
9	morte de sua mãe
10	condição médica
11	desejo de voltar a trabalhar/estudar
12	já apanhou de outras usuárias no hospital, mas ela prefere não brigar
13	é ruim viver fora do hospital, porque ela não tem casa
14	outros

Entrevistadora	
leg.	tema
1	como é viver no hospital
2	se a usuária gosta de estar internada neste hospital
3	o que a usuária não gostou no hospital
4	como é viver fora do hospital
5	o que é necessário para que a vida fora do hospital fosse melhor
6	finalização

Figura 15: Linha narrativa da entrevista de Vilma.

usuária



entrevistadora

Na linha narrativa, ficou evidente a ansiedade de Vilma e a falta de pessoas com quem conversar e interagir. No breve período da entrevista, além dos quatro temas que introduzi, a usuária falou sobre outros treze temas, todos iniciados e encerrados rapidamente.

Outro aspecto que caracterizou esta entrevista foi a maneira como a usuária posicionou a entrevistadora, como um “membro da equipe médica”, como uma “pessoa que está disponível para ouvi-la abertamente” (incluindo suas mágoas e críticas), como “pessoa que pode ajudá-la” e como uma “ameaça”. Essas posições são marcadas pelos efeitos do contexto onde transcorreu a entrevista, incluindo o modo como fui apresentada para a usuária, o espaço físico, minha aparência de psicóloga e de pesquisadora, o posicionamento do psiquiatra que nos apresentou etc. Essas posições são alteradas e retomadas em vários pontos da entrevista, em um “jogo de posicionamento” (Davis & Harré, 1990).

As posições que Vilma ocupou parecem estar vinculadas a quatro papéis principais: “Vilma que adora o hospital e procura a todo o momento ajudar no que é preciso”; “Vilma abandonada pelos familiares”; “Vilma consciente de sua doença” e “Vilma crítica”. Como as posições em que me colocou, as por ela ocupadas foram dinâmicas e fluídas ao longo de nosso diálogo.

Ao analisar os temas levantados (vide legenda), consideraremos as posições que a usuária ocupou e me fez ocupar, de modo a melhor caracterizar o processo de interaminação dialógica. O tema mais freqüente na fala da usuária, e que apareceu por quatro vezes em diferentes momentos ao longo da entrevista, foi: “o ótimo tratamento recebido pelo hospital; gosta muito do hospital”. No início, tal tema pareceu vincular-se ao contexto em que a entrevista transcorreu e à maneira com a usuária me posicionou, como “membro da equipe médica” e com poder sobre seu estado de internação ou desinternação. Assim, quando perguntei sobre como era viver no hospital, ela enfatizou os aspectos positivos: “Ah, viver aqui é muito bom, os enfermeiros são ótimos, os médicos são ótimos, a comida é ótima, as irmãs são ótimas... Eles cuidam bem da gente aqui... Eu gosto muito de viver aqui...”.

Sentindo-se mais segura após esta verbalização e, não tendo recebido nenhuma reação de minha parte, Vilma falou que “*em sua casa é diferente do hospital, pois as pessoas não se importam com ela*”. Cabe comentar que esse assunto, aliado aos temas “é ruim viver fora do hospital porque ela não tem casa” e “abandono e descaso de seus familiares”, parece compor um bloco de respostas sobre o conteúdo “abandono”, que permeia toda a entrevista, com quatro respostas distribuídas em diferentes momentos. Continuando nesta posição, Vilma salientou as qualidades do hospital, relatando como lá chegou, totalmente fragilizada pela sua “doença”. Nesse momento, pediu minha ajuda para lembrar o nome da “sala onde se amarram as pessoas”, onde ficou quando estava em momento de crise (sala de contenção). A esse pedido de ajuda, que em nosso gráfico entrou na categoria “outros”, seguiu-se a descrição de seu estado de crise quando foi recebida no hospital. Assim, vemos que a pergunta “como é viver no hospital” desencadeou quatro temas diferentes, incluindo o que inserimos na categoria “outros”.

No que diz respeito às posições que a usuária ocupou, vemos que na primeira pergunta, a usuária transitou por todas as posições que ela demonstrou ocupar ao longo da entrevista: “Vilma que adora o hospital e procura a todo o momento ajudar no que é preciso”; “Vilma abandonada pelos familiares”; “Vilma consciente de sua doença” e “Vilma crítica”. No entanto, a posição em que

me colocou pareceu ser a mesma, a de “membro da equipe médica”, daí, talvez, as constantes reiterações das qualidades do hospital e as informações sobre sua enfermidade. Temos que considerar, contudo, que o hospital poderia realmente se afigurar como um “ótimo recurso” na percepção da usuária, em função das limitações extra-muros vivenciadas por ela (falta de apoio familiar e social, desemprego etc.).

Esta questão ficou ainda mais evidente se considerarmos que a pergunta seguinte, “Você gosta de estar internada aqui?”, recebeu como resposta: “Ah, eu queria ir pra casa né?”. Esse desejo explícito, apenas citado nesse momento, pareceu reforçar a hipótese de que o hospital tornou-se ótimo em função da limitação da rede social extra-muros da usuária, embora seu desejo fosse voltar para casa. Nesta passagem, nota-se que a usuária se colocou na posição de “Vilma que quer sair do hospital”, hipótese reforçada quando disse: “Mas se eu passa mal meus tios me interna, minhas prima me interna, eu tenho minha filha, eu passei o Natal aqui sem ver a minha filha (...) minha filha tem dez anos, eu fiquei muito triste... Mas...Tudo bem...”.

Quando Vilma assim respondeu, colocou-me na posição de “pessoa que está disponível para ouvi-la abertamente”, colocando-se na posição de “Vilma abandonada”. No entanto, parecendo temer minha atitude com relação à sua resposta, mudou de posição para “Vilma que adora o hospital” e me reposicionou como “membro da equipe hospitalar” com poderes sobre sua internação e desinternação ao completar seu pensamento: “Eu queria dar uma lembrancinha pros enfermeiros, pros médicos, pras médicas porque eles me trataram muito bem aqui”.

A seguir, para apoiar seu argumento de que o hospital era “muito bom”, Vilma citou como exemplo sua passagem por outra instituição psiquiátrica, na qual foi mal atendida, posicionando-se como “Vilma crítica”, tema que retomou adiante. Ao lembrar que havia reclamado do atendimento para sua tia, recordou-se do falecimento de sua mãe, ficando com as feições e a voz entristecidas. Nesse momento, pareceu desejar fugir da angústia gerada pela lembrança da morte materna e voltou a falar de sua condição médica, afirmando possuir o mesmo sintoma da usuária Benedita que entrevistáramos em seguida⁴², reforçando minha posição como “membro da equipe hospitalar”.

A afirmação sobre o “ótimo tratamento do hospital” e sobre “sua condição médica” ocorrida após a verbalização explícita do seu desejo de voltar para a casa, pareceu demonstrar sua preocupação com uma possível influência minha junto à equipe médica para desinterná-la, ou seja, Vilma usou esses argumentos para demonstrar o quanto o hospital era bom e o quanto sua condição médica ainda a impossibilitava de ser desinternada (a outra usuária com quem ela se comparava era caracterizada como crônica; já Vilma, em nenhum momento, demonstrou estar desorganizada mentalmente ou necessitando de cuidados específicos). Esse posicionamento é reforçado quando, após detalhar sua condição médica, ela salientou que ajuda no trabalho das

⁴² Quando fui apresentada para Vilma, o psiquiatra Denis perguntou-lhe onde estava Benedita, ao que Vilma respondeu: “Deve estar por aí, já, já ela volta. Vocês querem falar comigo agora ou com ela primeiro?”

enfermeiras no hospital, falando sobre sua experiência profissional anterior. Trabalhar no hospital, ação que comprovei quando fui apresentada a ela, pode ter sido utilizada como uma estratégia para que os profissionais reconhecessem seu esforço e a auxiliassem em sua reinserção extra-muros, ajudando a sensibilizar seus familiares e vizinhos para seu retorno, conseguindo uma vaga em um serviço residencial terapêutico ou que a mantivessem no hospital, por meio da internação.

O desejo de voltar a estudar e trabalhar, tema que apareceu apenas neste ponto da entrevista, foi citado e imediatamente deixado em segundo plano quando a usuária afirmou “*Mas... eu gosto muito daqui*”, apontando assim, para a impossibilidade de trabalho ou estudo poderem ser realizados no regime de internação. Assim, quando perguntei sobre o que não gosta no hospital, Vilma respondeu “*Não tem nada que eu não gosto...*”, colocando-se, mais uma vez, na posição de “Vilma que adora o hospital”. Contudo, ao terminar a frase acima, disse que já apanhou muito de outras usuárias no hospital por ser fisicamente menor do que elas, mesmo assim, relatou preferir não brigar, pois “*não é mãe de ninguém*”. Essa sentença pareceu refletir, mais uma vez, a posição de “poder” e de “membro da equipe médica” a que ela me colocou nesse momento da entrevista.

Quando Vilma afirmou não haver nada de que ela não gostasse no hospital e quando relatou as brigas ocorridas no local, pareceu evitar falar das contradições presentes na instituição psiquiátrica, devido à posição em que fui colocada. Outro ponto que pode ter refletido nessa resposta foi o fato do hospital assumir a função de casa e das demais usuárias assumirem a função de família. Neste caso, eu estaria na posição de pessoa que estava disponível para ouvi-la.

Por este motivo, após esta explanação, perguntei “*como é viver fora do hospital?*”, ao que ela respondeu: “*Ah, é ruim, viu? Eu queria tá na minha casa*”. Esta fala, aparentemente desconexa, nos dá a idéia de que a intenção era retratar que “é ruim viver fora do hospital porque ela não tem casa” ou que “é ruim viver no hospital, pois ela gostaria de estar na sua casa”. Neste momento, Vilma ficou com uma aparência entristecida e reflexiva quando completou:

Como que uma família (⁴³) a própria paciente aqui no hospital? Se morrer aqui? Ninguém vai vim aqui saber. A assistente social falou pra mim, eu fiquei muito triste, né? Que ela falou que <<eles num queria vê eu>> Tudo bem, eu fica aqui, tudo bem, mas pelo menos vê eu, trazer minha filha pra vê, eu dei o endereço pra todos as enfermeira pra todos os médico, meu endereço...

Essa fala emocionada e reivindicadora ilustra e sintetiza a entrevista dessa usuária. Seu desejo de retornar a conviver com sua família, a saudade de seus familiares e, em contrapartida, o abandono e o desinteresse deles, pareceu fazer com que a usuária passasse a “adorar o hospital” como sua única forma de relacionamento social, aceitação e acolhimento. É evidente que esse deslocamento de interesse foi feito com muita angústia e sofrimento, como podemos notar na fala acima. Certamente, sua vontade era a de ser desinternada e voltar a viver com sua família. No

⁴³ Trechos sinalizados com (?), simbolizam falas não compreensíveis.

entanto, abandonada e segregada por eles, sua alternativa foi continuar a viver no hospital, passando, inclusive, a temer uma desinternação que poderia se converter em mais um abandono e segregação. É válido salientar que, ao responder esta questão, Vilma me colocou na posição de "pessoa disponível para ouvi-la", colocando-se na posição de "abandonada", e, sobretudo, "crítica".

Para encerrar a entrevista perguntei "*o que seria preciso para que a vida fora do hospital fosse melhor para ela?*", no que obtive respostas que remetem para "sua condição médica", "seu auxílio no trabalho de rotina do hospital", "gosta muito do hospital" e "mau atendimento recebido em outro hospital". Estas respostas, associadas à questão anterior, que gerou relativa angústia, parecem ilustrar o receio de ser desinternada e de ser novamente segregada e abandonada. Por isso, mais uma vez, justifica sua internação com sua condição médica "...*De repente eu posso passa mal, né? E precisa tá aqui...*...", com o gostar do hospital, "...*eu gosto daqui...*," e, com o mau atendimento do outro hospital, "...*Só não gostava do Sabóia sabe por quê? Porque eles num tratava a gente bem...*...".

Ao encerrar a entrevista Vilma agradeceu e disse que foi bom conversar comigo, perguntando se gostaria que ela chamassem a próxima usuária, assumindo a posição de "Vilma que auxilia na rotina do hospital".

Observamos, por meio da linha narrativa, que a usuária concentrou suas respostas nos temas "ótimo tratamento recebido no hospital e gosta muito do hospital" (cinco vezes), seguido por "sua condição médica" (três vezes). Outros itens como "auxilia no trabalho de rotina do hospital", "mau atendimento recebido em outro hospital", "abandono e descaso de seus familiares" e "quando chegou ao hospital estava em crise" obtiveram, cada um, duas ocorrências ao longo da entrevista. Vale destacar que nosso diálogo se concentrou predominantemente na questão "como é viver no hospital?" (obtendo 17 respostas relacionadas a esse tema por parte da usuária), seguido pela questão "o que é necessário para que a vida fora do hospital fosse melhor?", que suscitou cinco "temas-respostas".

A leitura quantitativa desta linha narrativa e o jogo de posicionamento reforçam a hipótese de que a usuária desejava permanecer no hospital devido ao escasso apoio da rede social extra-muros. Sua vontade era sair do hospital, ver sua filha e conviver em sociedade, mas, ao ser abandonada por eles, passou aceitar o acolhimento oferecido pelo hospital como seu último recurso. Essa idéia é ilustrada quantitativamente quando observamos que o tema mais abordado pela usuária foi o "ótimo tratamento recebido no hospital e gosta muito do hospital" como demonstração de seu reconhecimento e gratidão pelo acolhimento, aliado à posição em que ela me colocou de "membro da equipe médica". A usuária pareceu usar o tema "sua condição médica" para justificar a necessidade da internação e a desinternação como abandono. Por esta razão, a usuária demonstrou e verbalizou em duas ocasiões que "auxilia no trabalho de rotina do hospital" como uma maneira de recompensar a instituição e demonstrar que "*não dá trabalho*" para os profissionais. Assim, os outros temas mais freqüentes, "mau atendimento recebido em outro hospital" e "quando chegou ao hospital estava em crise", parecem reforçar o argumento de que

este hospital a acolheu e a “tratou bem”, parecendo ainda temer uma transferência para outro serviço.

5.2 Rosana

Data de admissão no hospital: 04/04/04

Modalidade de atendimento: SUS

Data de nascimento: 30/07/1974

Profissão: empregada doméstica

Ala: B

Estado civil: solteira

Quem indicou: psiquiatra e assistente social

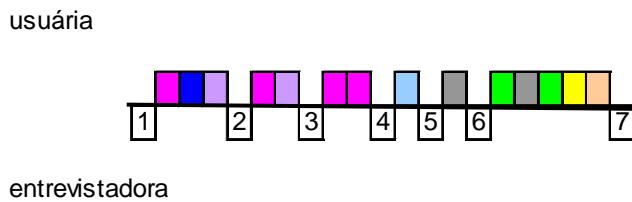
As primeiras internações psiquiátricas de Rosana ocorreram quando ela tinha 19 anos e foram motivadas por agitação, agressividade e alucinações. Ela vivia com sua mãe, sua única familiar, a quem se dedicava exclusivamente. Após essas hospitalizações, quando a usuária entrava em crise, dirigia-se ao hospital para realizar tratamentos breves, onde passava os finais de semana.

Segundo a assistente social, esses atendimentos não eram cobrados do SUS em função do curto tempo de internação e faziam parte do regime de filantropia do hospital. Nesta fase, Rosana trabalhava em uma casa de família, cuidava de sua mãe e, quando se sentia mal, voltava para o hospital para se recuperar. Após a morte de sua mãe, há cerca de oito anos, Rosana desestabilizou-se, passou a ter crises mais freqüentes, perdeu o emprego, começou a viver nas ruas e, eventualmente, dormia em albergues. Segundo a assistente social, durante o período em que estava desabrigada, Rosana engravidou algumas vezes e seus filhos foram encaminhados para adoção.

Voltou ao hospital a cerca de dois anos quando perambulava pelas ruas de São Paulo, em um momento de crise aguda, conseguindo somente citar o nome do presente hospital como sua referência de moradia. Frente ao quadro estável de saúde de Rosana, a equipe hospitalar tentou direcioná-la para um SRT, mas não obteve sucesso, pois, no dia da entrevista seletiva, Rosana entrou em crise, falando coisas desconexas e, principalmente, dizendo que ninguém a “levaria embora” do hospital. Além disso, a equipe tentou entrar em contato com possíveis familiares de Rosana, sem êxito.

No dia da entrevista com a pesquisadora, Rosana mostrou-se participativa apesar de estar um pouco chorosa, pedindo por uma “*oportunidade em sua vida*”. Em função do “quadro estável” descrito em seu prontuário, Rosana tomava apenas medicações de rotina, sem excessos aparentes.

Figura 16: Linha dialógica da entrevista de Rosana.

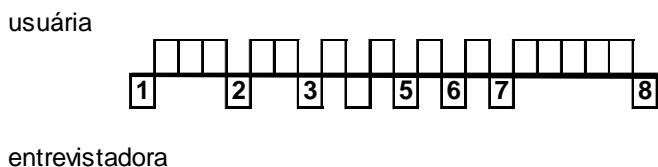


Legenda da linha narrativa

Usuária	
leg.	tema
	hospital tem muitas atividades ocupacionais
	se tratar neste hospital é bom
	tristeza por não poder se comunicar com sua falecida mãe no hospital
	vontade de viver fora do hospital
	necessidade de atividades ocupacionais fora do hospital
	preferiria ficar metade no seu tempo no hospital e a outra fora
	seu desejo de estudar, trabalhar e ter uma "chance na vida"
	seu desejo de sustentar e cuidar da sua filha

Entrevistadora	
leg.	tema
1	como é viver no hospital
2	o que a usuária gosta no hospital
3	o que a usuária não gosta no hospital
4	se a usuária gostaria de sair do hospital
5	o que é necessário para que a viver fora do hospital
6	se a usuária preferiria estar fora do hospital
7	finalização

Figura 17: Linha narrativa da entrevista de Rosana.



No início da entrevista, Rosana mostrou-se agitada e insegura, gaguejando diversas vezes antes de concluir sua resposta. Este comportamento pareceu estar associado à posição que ela me colocou de “membro da equipe médica”, que se manteve ao longo de toda a entrevista. Já as posições que Rosana ocupou pareciam ser “Rosana insegura”, “Rosana deprimida” e “Rosana que reivindica oportunidades extra-muros (estudo e trabalho)”.

Reflexo da ansiedade e da insegurança experienciadas por Rosana, sua entrevista foi breve e apresentou seis temas levantados pela entrevistadora e oito temas colocados pela

entrevistada. Pela linha dialógica, podemos observar que este diálogo se converteu em um “jogo de perguntas e respostas” ao invés de reflexões mais profundas sobre os temas levantados. No entanto, cabe enfatizar, que se faz imprescindível entender que não podemos esperar que todos os usuários de serviços de Saúde Mental internados em hospitais psiquiátricos consigam responder como uma pessoa não institucionalizada responderia. Desta maneira, deve-se levar em consideração que, às vezes, fragmentos de falas são tão dotados de sentidos quanto falas complexas e bem articuladas. Cabe ao pesquisador o esforço de compreender a fala de seu entrevistado, considerando a posição que este ocupa, o que o faz ocupar e o contexto geral da entrevista.

De acordo com a linha narrativa que ilustramos acima, o tema predominante foi “hospital tem muitas atividades ocupacionais”, com quatro citações, seguido por “tristeza por não poder se comunicar com sua falecida mãe no hospital”, “necessidade de atividades ocupacionais fora do hospital” e “preferiria ficar metade no seu tempo no hospital e a outra fora”, com duas citações cada. Nota-se que o tema “atividades ocupacionais” predominou nesta entrevista, introduzido na primeira resposta quando perguntei “como é viver aqui neste hospital?”.

Ah...Aqui...Viver no hospital é...é...Parece que é assim...É...É a gente tem é... Vários...Vários... Vários atividades no dia, né? Então a gente tem, no dia a gente tem é...Como se diz? No dia a gente tem é... Jogos, outro dia a gente tem crochê, outro dia a gente tem é... Alguma coisa pra fazer pra não ficar só naquilo, né? Pra não falar que tá no hospital, né? Então a gente tem é...Parece que é assim...Parece que é bom, é bom sabe?

Esta resposta, marcada pela posição “Rosana insegura” e pela posição que me colocou como “membro/aliada da equipe médica”, parece retratar a confusão que o excesso de atividades ocupacionais acarreta. Mesmo falando que estas atividades são boas, Rosana demonstrou ambivalência quando usou o termo “parece” duas vezes no final de sua fala, aparentando não ter certeza quanto ao adjetivo “bom”. Além disso, neste trecho, observamos sua visível hesitação, o que podia esconder a sua dificuldade em abordar aspectos de sua vida no hospital. Podemos pensar que as diversas atividades realizadas eram estratégias para minimizar os efeitos da internação psiquiátrica, no entanto, elas pareciam não minimizar o desconforto de Rosana.

Continuando sua fala, Rosana completou “se tratar é bom aqui”, apontando um possível reconhecimento do atendimento fornecido pelo hospital. Após enfatizar este elogio, a usuária destacou um aspecto importante da instituição: a depressão decorrente por não poder se “comunicar com seus pais que morreram”, evidenciando, dentre outras coisas, seu luto pessoal. Aqui podemos entender que as atividades que objetivam ocupar os usuários para “não ficar só naquilo”, falharam para Rosana, pois ela continuou fixada no desejo de se comunicar com seus falecidos pais, não sabendo ainda o que fazer com esse desejo. Em outras palavras, as atividades ocupacionais não a auxiliavam e se tornaram meras atividades obrigatórias que violavam sua autonomia de escolha.

Seguindo a entrevista, questionei a respeito do que ela mais gostava no hospital e obtive mais uma resposta com clara hesitação:

Ah, o que eu gosto? O que eu gosto é...ah, o que eu gosto é...o que eu mais gosto de fazer, levantar de manhã, tomar banho, né? Toma banho é... É...É... Fazer, fazer atividade no decorrer do dia, né? Atividade decorrer do di...

A hesitação demonstrada ao concluir seu raciocínio pareceu demonstrar o quanto é difícil localizar aspectos positivos no hospital, por isso, para responder fez uma pergunta de confirmação sobre meu questionamento e mais três frases reflexivas antes da sua resposta, na qual apontou como uma prática positiva “levantar de manhã, tomar banho e fazer atividade no decorrer do dia”. Mesmo assim, percebemos outra hesitação quando a usuária introduziu a palavra “né” em formato de uma pergunta, como se quisesse receber uma confirmação de minha parte. Outro ponto que chama a atenção foi a maneira como ela iniciou uma nova reflexão sobre a atividade e não a encerrou: “Atividade decorrer do di...”, passando para outro tema: “(...) Eu fico até pensando na mãe da gente, como é que a gente vai comunicar com a mãe da gente ((rindo)) que a mãe da gente morreu, né? Então a gente fica até pensando nisso.”

Quando Rosana falou da vontade de se comunicar com sua falecida mãe, pareceu sugerir que nenhuma atividade ou recreação seria suficiente para fazê-la esquecer este desejo (Rosana deprimida). Vale lembrar que ela não possuía qualquer relacionamento extra-muros com quem pudesse “se comunicar”, inclusive talvez esse tipo de comunicação fosse tão impossível quanto é com sua mãe falecida. Aqui cabe destacar que quando a usuária apontou as expressões “da gente” e “a gente”, pareceu me colocar na posição de sua “aliada”, que se manteve ao longo da entrevista.

A próxima pergunta “o que você não gosta do hospital?” trouxe novamente a questão das atividades ocupacionais:

O que a gente não gosta? É...no decorrer do dia me dá muito cansada em parte, né? E a gente vai prá...a gente vai...a gente quer dormir um pouco mas não consegue dormir, porque eles num deixam, porque depois tem atividade lá fora, cansado ou num cansado tem que fazê. É isso.

Rosana, posicionando-se de maneira crítica, indicou que seus sentimentos eram ambivalentes em relação às atividades ocupacionais, pois ora elas eram boas, ora não. O que ela parecia criticar era o excesso de atividades e o modo como o hospital se configurava como um tutor da vida privada, retirando a liberdade de escolha dos usuários. Outro ponto importante é o uso, por parte de Rosana, da expressão “a gente” que faz uma alusão a outras usuárias (vozes) que compartilham sua opinião. Perguntei, então, se eram os profissionais quem chamavam para as

atividades, no que ela confirmou com hesitação, parecendo me posicionar como “membro da equipe médica”: “É...é... é...é os...us...us que trabalham na atividade, né?”

Após esta questão, perguntei se ela gostaria de sair do hospital e obtive a seguinte resposta: “Ah, eu gostaria! Eu gostaria, gostaria muito”. Essa resposta, aberta e sem hesitação, demonstra o desejo da usuária de sair do hospital e buscar sua autonomia, além do cansaço com a rotina do hospital. Cabe apontar que, nesse momento, a usuária pareceu ocupar a posição de “Rosana que quer sair do hospital”, posicionando-me como sua “aliada”. Tendo em vista sua vontade de ser desinternada, perguntei o que seria preciso para que ela vivesse fora do hospital:

O quê? Eu vou te contar a realidade, o que seria preciso pra mim, sabe? Uns cadernos, uns livros, é pra mim ter uma atividade pra estar lá fora e voltar pra dormir. Só isso tá precisando, eu (?) pra mim, né? Só isso.

Assim, a necessidade de manter atividades ocupacionais reapareceu. Outro fator importante nesta resposta foi o trecho “uma atividade pra estar lá fora e voltar pra dormir”. Se a usuária possuísse integração em sua rede social extra-muros, provavelmente não teria a vontade de voltar ao hospital para dormir. Visando aprofundar esta questão, perguntei “então você preferiria estar lá fora do que no hospital?”, ao que ela me respondeu:

Eu preferiria tá...tá um pouco lá fora e depois voltar pro hospital, porque é perigoso a gente não ter uma atividade pra fazê lá fora certo...E vol...vol...voltar pro hospital só pra se internar, né? Fazer uma coisa assim rapidamente, num dá pra...num dá pra consiguiu.. consigui fazê tudo de uma vez só, também, né?

Com nova hesitação (Rosana insegura), ocasionada por minha pergunta diretiva e, por receio de que eu, nas posições de “aliada” e “membro da equipe médica”, pudesse promover sua desinternação de maneira desestruturada, Rosana demonstrou, pela primeira vez na entrevista, medo e resistência à desinternação que pareceram refletir o “medo de enfrentar o mundo” e de sair do local “protegido” da instituição psiquiátrica. Além disso, a usuária pediu um atendimento que se enquadraria na modalidade de hospital-dia ou SRT, no entanto, cabe lembrar, que quando Rosana teve oportunidade de encaminhamento para um SRT, entrou em crise e disse que ninguém a “levaria embora” do hospital. Disso podemos inferir que a vontade dela era sair pela manhã e voltar a noite ao hospital, lugar conhecido e “seguro” em sua concepção. Para encerrar a entrevista e continuando a resposta acima, Rosana acrescentou:

...Eu gostaria de um estudo, sabe, porque minha mãe era muito estudada, minha era minha irmã, a minha irmã daquelas...Daquelas pessoas profissionais mesmo, sabe? Eu gostaria de ter uma...uma...uma...uma...uma...Gostaria de ter uma, como se diz? Uma, ah...esqueci de falar, eu gostaria de ter uma...uma....Assim uma chance, uma chance de estudar, sabe? Eu queria ser alguém na vida, sabe? Eu queria ter uma profissão, assim que eu queria manter a minha filha sabe? Manter, comprar as coisa dela, é... manter o dia-a-dia, né? Eu penso muito no futuro dela, sabe? Muito mesmo.

Aqui, Rosana colocou-se nas posições de “Rosana que reivindica oportunidades extra-muros (estudo e trabalho)” e “pessoa que cuida do outro (sua filha)”, saindo da posição de “pessoa cuidada” (do contexto hospitalar). Essa verbalização exprimiu, além da mera vontade hipotética de ser reinserida na sociedade, a reivindicação de uma rede social extra-muros mais integrada e inclusiva. O desejo de Rosana em voltar a viver em sociedade e cuidar de sua filha (que em sua concepção a está esperando e não foi adotada, assim como os outros), pode agravar seu estado de saúde se, quando desinternada, não obtiver apoio dos diferentes serviços de saúde, não conseguir moradia, trabalho, acesso à educação, entre outros. Se esta usuária, sem familiares ou amigos, for desinternada sem o apoio de uma estrutura, provavelmente voltará a ser hospitalizada, tornando-se, novamente, cronificada institucionalmente.

5.3 Benedita

Data de admissão no hospital: 26/08/03

Modalidade de atendimento: SUS

Data de nascimento: 30/10/1956

Profissão: empregada doméstica

Ala: B

Estado civil: solteira

Quem indicou: psiquiatra, enfermeira e assistente social

Benedita chegou desacompanhada ao hospital em crise maníaca, com estados de alucinação auditiva e visual. A assistente social não conseguiu esclarecer dados históricos e sociais sobre a usuária que, ao ser questionada sobre eles, volta a falar sobre assuntos desconexos. No prontuário consta que, nos anos que antecederam sua última internação, Benedita vivia na rua e quando era espancada, retornava ao hospital, no entanto, pouco se sabe sobre essas internações breves e recorrentes.

Segundo a equipe do hospital, a saúde da usuária era estável, com breves períodos de agitação, porém com bom quadro de saúde geral, o que justificaria sua desinternação imediata. Cerca de seis meses antes da realização de nossa entrevista, Benedita foi indicada para viver em um SRT pelo fato de não possuir familiares nem relacionamentos sociais extra-muros, contudo, segundo a assistente social, ela foi recusada na entrevista com a responsável pelo SRT por apresentar discurso desorganizado. A assistente social afirmou acreditar que Benedita apresentou-se desta forma “propositadamente” para não ser encaminhada àquele serviço, pois no dia de sua entrevista estava bem disposta e fora de crise. Para Isadora, assistente social, Benedita agiu dessa forma por medo de ser abandonada e voltar a viver novamente nas ruas, mesmo após os profissionais garantirem que isso não aconteceria em um SRT.

Quando pedi indicações de usuários para a entrevista, o nome de Benedita foi praticamente unânime. O psiquiatra, a assistente social e a enfermeira relataram sua resistência à

desinternação, bem como a “manipulação” (termo utilizado por eles) de sintomas para permanecer internada. Todos consideravam que Benedita estava fora de crise psicótica e não tinha qualquer outro sintoma que justificasse sua permanência no hospital. Segundo seu prontuário, apresentava quadro estável, tomando apenas um antipsicótico como medicação de rotina.

Quando Benedita foi convidada para participar da entrevista pelo psiquiatra Denis, estava conversando animadamente com outras usuárias, fumando tranqüilamente um cigarro. Após o pedido do psiquiatra e minha apresentação, Benedita concordou com a entrevista embora tenha demonstrado uma leve preocupação em seu rosto.

Ao longo da entrevista, que durou cerca de 15 minutos, a usuária demonstrou extrema dificuldade de articulação verbal e concatenação de idéias, o que me levou a pensar que se tratava de um momento de crise psicótica, além de um excesso de medicação, no entanto, em função do seu histórico de resistência ao processo de desinternação, optei por continuar a entrevista. Não foi possível analisar a entrevista de Benedita por meio de uma *linha narrativa*, mesmo após diferentes leituras e releituras da transcrição deste conteúdo, devido à desarticulação de idéias.

O que podemos pensar, a partir da fala dos profissionais sobre Benedita, é que sua dificuldade em lidar com o processo de desinternação estava diretamente relacionado à falta de respaldo da rede social extra-muros. A oportunidade que lhe foi oferecida, viver em um SRT, tornou-se uma ameaça, na medida em que ela seria enviada para um espaço estranho e desprovido de sentido, assim, para evitar isso, ela se defendeu, usando o sintoma psiquiátrico para permanecer no *lugar* protegido e conhecido. A seleção feita para admissão no SRT contribuiu para este cenário porque pouca ou nenhuma preparação é feita junto aos usuários para participarem do processo de admissão neste serviço, apenas ocorre uma breve entrevista após a constatação prévia de elegibilidade por parte dos profissionais envolvidos (tanto os do hospital como os do SRT). Contudo, por conta das diversas experiências adversas em sua vida extra-muros (falta de família, vida nas ruas, espancamento etc.), da segurança oferecida pelo hospital psiquiátrico e da incerteza sobre sua desinternação, Benedita pareceu ter desenvolvido medo de qualquer profissional ou pesquisador que se aventurasse a entender seu histórico de vida.

Benedita é um bom exemplo de que a internação prolongada e o empobrecimento da rede social extra-muros contribuem para a cronificação de sintomas e para uma maior dificuldade na desinternação psiquiátrica. Pode-se dizer que uma das maneiras de minimizar ou prevenir esse tipo de situação seria que, no processo de desinternação psiquiátrica, a equipe do hospital pudesse acompanhar a pessoa, por exemplo, agendando consultas de rotina, fazendo visitas à moradia, orientando familiares etc. Outra possibilidade, talvez mais adequada, seria que, no momento da desinternação, um CAPS fosse acionado para fazer este tipo de acompanhamento e que o hospital psiquiátrico ou geral pudesse colaborar nesse trabalho. No entanto, o que vemos, é a dificuldade de articulação entre os serviços de saúde envolvidos.

5.4 Paula

Data de admissão no hospital: 29/05/01

Modalidade de atendimento: particular

Data de nascimento: 04/04/1971

Profissão: auxiliar de escritório

Ala: B

Naturalidade: Santos

Estado civil: solteira

Quem indicou: psicólogo

A primeira anotação no prontuário de Paula, feita pela psiquiatra que realizou o atendimento inicial, apontou que a usuária relatava sentir-se triste, agitada e desequilibrada, não sabendo explicar os motivos pelos quais fora levada ao hospital. Admitiu ter se “isolado” na casa em que morava sozinha, deixando de fazer tarefas domésticas, além de abandonar seu emprego, alegando estar gripada. Recusava-se a receber visitas de seus familiares e, por isso, sua irmã, preocupada com seu estado de saúde, entrou, à força em sua casa, atitude essa que culminou em uma reação agressiva de Paula e sua internação psiquiátrica.

Na entrevista, notei que a usuária apresentava marcas de queimaduras espalhadas pelo corpo que, segundo seu prontuário, ocorreram há quinze anos (ocasionadas por sucessivas tentativas de suicídio). As indicações do prontuário de Paula relacionam seu estado depressivo com a morte de sua mãe, em 1999, por câncer. Desde então, ela passou a isolar-se cada vez mais, trancou a matrícula de Direito que cursava na PUC-SP e afastou-se de seu trabalho, onde já atuava havia três anos.

Em atividade realizada pela equipe de Terapia Ocupacional, em julho de 2004, que consistia em desenhar e escrever os motivos pelos quais as usuárias estavam internadas, Paula escreveu: *“estou internada neste hospital desde 2001 para cuidar da minha saúde e para deixar de ficar lembrando da morte de minha mamãe. Todos os dias eu peço para que mamãe não se esqueça de mim”*. Dada a relevância do conteúdo escrito por Paula, que nunca havia sido verbalizado para outros profissionais, o manuscrito foi arquivado no seu prontuário.

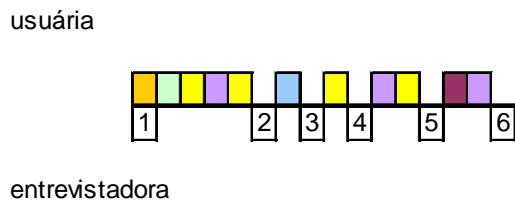
Segundo informações fornecidas pela assistente social, os familiares visitavam Paula quase todos os finais de semana, além de custearem o seu atendimento particular, no entanto, a usuária demonstrava indiferença a eles.

Paula era considerada pelo psicólogo Rodrigo como uma pessoa que desejava permanecer internada, resistindo às iniciativas de desinternação. As informações contidas no prontuário relativas aos últimos dois meses que antecederam nossa entrevista (janeiro e dezembro) descrevem Paula como calma, atendendo às solicitações dos profissionais, seguindo “ordens” e estando “higienizada”. Retratada como pessoa extremamente isolada e com dificuldades de relacionar-se com os demais usuários e profissionais, era classificada como “paciente depressiva”, já tendo se submetido à eletroconvulsoterapia (ECT). Na época da entrevista, tomava medicação de rotina para controlar seu quadro depressivo.

O psicólogo e eu encontramos Paula tomando café da tarde no refeitório de sua ala. De maneira formal, Rodrigo pediu licença a ela perguntando se poderia participar de uma entrevista comigo, explicando resumidamente a pesquisa. Paula demonstrou descontentamento em ser interrompida em sua refeição, disse que pensaria durante o café e pediu que eu aguardasse no pátio de sua ala até que terminasse de decidir. Após aguardar cerca de um hora, Paula apareceu no pátio, caminhando lentamente, dirigindo-se a mim e perguntando do que se tratava a pesquisa. Respondidas suas perguntas, Paula concordou em participar, desde que fosse breve. Assim, fomos para uma extremidade do pátio, onde encontramos tranquilidade e distância de qualquer pessoa que pudesse ouvir ou nos interromper durante a entrevista.

Apesar de ser extremamente sintética em suas respostas, Paula não demonstrou estar constrangida ou resistente a alguma pergunta, mas, como relatou em sua entrevista, não gostava de ser “*interrompida em sua rotina*”. Além disso, demonstrou estar deprimida e com lentidão motora.

Figura 18: Linha dialógica da entrevista de Paula.

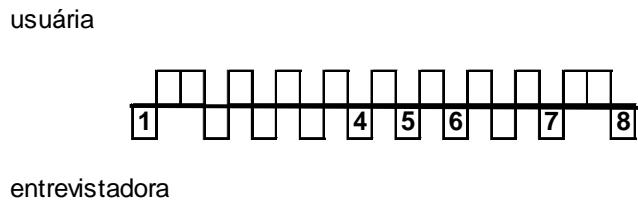


Legenda da linha narrativa da entrevista

Usuária	
leg.	tema
1	tédio com a rotina do hospital
2	gosta da rotina do hospital
3	preocupação com sua saúde
4	crítica à disciplina do hospital
5	desejo em continuar no hospital até "terminar" seu tratamento
6	consentimento/concordância
	não sabe

Entrevistadora	
leg.	tema
1	vida no hospital
2	o que a usuária não gosta no hospital
3	como é viver fora do hospital
4	preferência da usuária em viver dentro ou fora do hospital
5	o que é necessário para que a vida fora do hospital fosse melhor
6	finalização

Figura 19: Linha dialógica da entrevista de Paula.



Durante toda a entrevista, Paula, introspectiva, abordava temas importantes, mas, em alguns momentos, recusava-se a aprofundá-los. A entrevista, que durou cerca de dez minutos, teve apenas sete temas abordados em resposta às cinco perguntas feitas pela entrevistadora. Sua introspecção fica evidente quando se nota que o tema mais freqüente foi “consentimento/concordância” (quatro citações) sobre alguma consideração feita pela entrevistadora. O segundo tema mais citado foi “preocupação com sua saúde” (três citações), seguido por “crítica à disciplina do hospital”, “tédio com a rotina do hospital”, “gosta da rotina do hospital”, “desejo em continuar no hospital até ‘terminar’ seu tratamento” e “não sabe a resposta”, com uma citação. A linha dialógica fornece uma visão do “jogo de perguntas e respostas” estabelecido durante a entrevista: uma pergunta da entrevistadora gerou, no máximo, duas respostas, sendo mais freqüente apenas uma resposta a cada pergunta (em sete casos).

A linearidade do discurso de Paula é reproduzida quando analisamos as mudanças de “posições” que ela ocupou e me fez ocupar. No decorrer da entrevista, ela assumiu apenas três posições: “crítica” (três casos), “Paula que gosta de cuidar da sua saúde” (três casos) e “Paula passiva” (cinco casos). A posição “crítica” foi utilizada para questionar a lógica do funcionamento do hospital psiquiátrico sem, no entanto, criticá-lo diretamente em sua essência; também chamam a atenção os cinco pontos em que a usuária mostrou-se “passiva” que, num primeiro momento, parecem apontar para uma dificuldade em lidar com as contradições do hospital e sua possível desinternação. Durante toda a entrevista, a usuária posicionou-me como “pessoa que está disponível para ouvi-la”, sem abordar qualquer assunto de forma mais aprofundada. Na primeira pergunta que introduzi, “como é viver no hospital?”, Paula posicionou-se como “questionadora” nos dois temas apresentados, “tédio com a rotina do hospital” e “gosta da rotina do hospital”:

Então, às vezes, né, eu fico entediada com a rotina que é sempre igual, sempre igual, mas quando eu me deparo assim com o atraso no café, isso fico mais irritada do que mantendo uma rotina, eu agüento a rotina.

Além de seu posicionamento “crítico”, nesta resposta, Paula relatou preferir manter a rotina administrada do hospital a conviver com imprevistos. Chama a atenção o modo como ela criticou a rotina, usando duas vezes o termo “sempre igual”, mas apontando que, ao se deparar com a quebra dessa rotina, irritava-se mais. Essa contradição pareceu sugerir que a usuária sentia-se

cansada com o cotidiano vivido no hospital, mas que, ao mesmo tempo, considerava-o positivo na medida em que tornava sua vida administrada e regrada. Para confirmar esta idéia, perguntei se ela gostava da rotina do hospital, no que ela disse, laconicamente, "gosto", posicionando-se de maneira "passiva". Mediante essa resposta sucinta, procurei incentivá-la nessa reflexão perguntando "por quê?" e obtive a seguinte resposta: *"Por quê? (2) Eu gosto muito de cuidar da minha saúde, me dedicar à dieta, à... Alongamento, assim de torção, de mau jeito, eu gosto".*

Sua hesitação ao responder, a repetição da minha pergunta e sua pausa de dois segundos antes de completar o raciocínio parecem demonstrar que sua relação com a rotina administrada do hospital não estava bem elaborada. Mediante esta dificuldade, a usuária desviou do assunto dizendo que gostava de se dedicar à sua saúde, saindo da posição de "crítica" para a de "Paula que gosta de cuidar da sua saúde". Segui nessa direção e perguntei se no hospital ela conseguia realizar todas essas atividades e obtive mais uma resposta lacônica: "consigo".

Frente à pergunta "o que você não gosta no hospital?", Paula respondeu:

O que não gosto é que fique em cima, marcando né, que nem hoje teve troca de lençol, né, então às vezes, porque tinha outras pessoas no chuveiro tal, me atrasa um pouco pra retirar o lençol, porque a primeira coisa que eu faço é ir tomar banho e não tirar o lençol, né, então às vezes eu me atraso, aí fica em cima <<não, já tá na hora, vamos rápido>> essa parte eu num gosto porque num foi parte minha, foi porque se atrasaram no chuveiro né, então quando foi outro e falaram que fui eu, eu num gosto.

Voltando para a posição de "crítica", ela voltou a citar o tema da administração da rotina no hospital, desta vez expondo seu ponto de vista de maneira mais livre. Nesta resposta, ela pareceu questionar a relação de poder exercida por alguns profissionais do hospital, reivindicando uma justificativa para as eventualidades que a fazem, por vezes, ser obrigada a quebrar a sua rotina no hospital.

À próxima pergunta, "como é viver fora do hospital?", ela respondeu "*Também é muito bonito*". Essa colocação, feita de maneira objetiva e sem permitir a continuidade da reflexão, pareceu apontar para a recusa de Paula em lembrar sua vida fora do hospital psiquiátrico (Paula "passiva"), possivelmente por essa razão ela tenha empregando o termo "também" para ilustrar a vida extra-muros, comparando-a com a vida dentro do hospital psiquiátrico que, nessa fala, pareceu ser a vida "mais bonita". Para tentar compreender melhor esta fala, perguntei à usuária se ela preferiria viver dentro ou fora do hospital e ela respondeu da seguinte forma: *"Assim, depois do acidente de incêndio eu prefiro terminar, né, encerrar aqui e começar uma vida lá fora"*.

Antes de analisar a fala acima cabe lembrar que, segundo o psicólogo Rodrigo e anotações contidas em seu prontuário, Paula recusava qualquer possibilidade de sair do hospital psiquiátrico, no entanto, nessa fala, admitiu a possibilidade de uma vida fora do hospital psiquiátrico após superar as seqüelas deixadas pelo incêndio ("Paula que gosta de cuidar da sua saúde"). Tendo em vista que o incêndio ocorreu há quinze anos e que as seqüelas físicas (marcas,

cicatrizes, comprometimento de saúde) não fornecem riscos à saúde de Paula, pode-se afirmar que o “encerrar” referia-se à melhora de sua saúde psíquica . Para finalizar esta questão, perguntei se naquele momento ela preferia estar internada, ao que ela novamente respondeu de maneira objetiva (Paula acrítica): “Prefiro”. À última pergunta, “o que seria preciso para que a vida lá fora fosse melhor para viver?”, Paula respondeu:

...*Não sei, estava boa né, mas eu tinha quinze anos, quando eu me queimei, aí hoje eu estou com trinta e quatro e de lá pra cá eu fui, continuei, porque eu era menor de idade, menor de dezoito anos né, mas me atrapalhava na escola aí tive que interromper porque me atrapalhava, agora eu tô cuidando só do acidente, depois eu cuido só da minha vida lá fora.*

O vacilo apontado pela expressão “não sei” (Paula passiva), após três segundos de silêncio, sugere, mais uma vez, a dificuldade de refletir sobre sua vida extra-muros. Talvez por este motivo, novamente Paula se recusasse a responder diretamente, desviando o tema para seu estado de saúde e modificando sua posição para “Paula que gosta de cuidar da sua saúde”. Nesse momento, ela demonstrou pouca expectativa de deixar o internamento, quando contou que seguia cuidando das seqüelas do acidente ocorrido quando tinha quinze anos, cerca de dezenove anos atrás. Tudo indica que Paula temia a depressão e o consequente risco de novas tentativas de suicídio quando voltasse a viver fora do internamento. Nesse sentido, o hospital pareceu assumir a função de lugar protegido e seguro “dela mesma” que, mesmo com suas contradições, tornou-se um local onde a rotina e as regras passaram a auxiliá-la no controle de suas tentativas de suicídio.

5.5 Silvia

Data de admissão no hospital: 02/11/2005

Modalidade de atendimento: particular

Data de nascimento: 26/09/1964

Profissão: professora

Ala: A

Naturalidade: São Paulo

Estado civil: viúva

Quem indicou: psicóloga e irmã Lina

A internação de Silvia foi ocasionada por sua dependência química de álcool e medicamentos que contribuiu para o agravamento de seu estado depressivo e início de processos alucinatórios. De acordo com seu prontuário, chegou ao hospital acompanhada por familiares que solicitaram o regime de internação particular, relatando que nos últimos dias a usuária se apresentava extremamente deprimida, falando com sua mãe e seu marido, ambos falecidos, bem como abusando do uso de medicamentos e álcool. Em seu prontuário, constavam várias anotações de prescrição de medicamentos, quase sempre acompanhadas de uma breve descrição de seu pedido por uma dosagem maior.

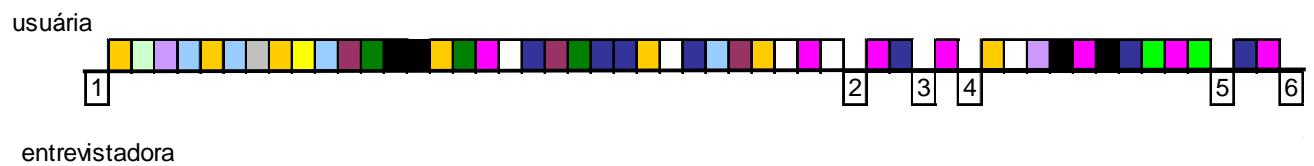
Segundo o registro feito pelo psicólogo Rodrigo, a usuária participava de todas as atividades desenvolvidas pelo setor de Psicologia, mostrando-se participativa, interagindo com o grupo, mas pedindo a todo o tempo a “aprovação dos demais participantes”. Ainda de acordo com essas anotações, Silvia manteve seu “quadro de ansiedade”, além de demonstrar-se queixosa com a quantidade reduzida de medicamentos. Uma observação semelhante foi feita pela equipe de enfermagem, que a descreveu como participativa, mas permanentemente ansiosa.

Indicada para entrevista pela psicóloga recém-admitida no hospital, Silvia foi por ela caracterizada como pessoa com “ótima fluência verbal” e “raciocínio rápido”, que poderia expor seu desejo de permanência no hospital psiquiátrico com propriedade. Segundo essa psicóloga, Silvia já estava apta à desinternação há pelo menos dois meses, mas resistia pedindo por mais tempo para “se recuperar”. Outro ponto que chama a atenção é o pagamento de sua internação na modalidade “particular”, custeado sem questionamentos por sua família, mesmo não sendo “nada barato”, como aponta a psicóloga.

Sua indicação para a entrevista foi confirmada pela irmã Lina, que salientou a possibilidade de alta médica e a resistência da usuária a sair do hospital psiquiátrico. Segundo irmã Lina, Silvia era uma usuária “atípica” do hospital, pois possuía boas condições financeiras que poderiam custear um tratamento em uma clínica especializada para dependência química.

Para realizar a entrevista, uma enfermeira de plantão me levou até a ala A e apresentou-me à Silvia e nos direcionou a uma sala de atendimento médico, dentro da própria ala. É interessante apontar que, quando fui apresentada à Silvia, ela estava fumando tranqüilamente um cigarro e conversando com outra usuária; de maneira alegre e descontraída, cumprimentou-me dizendo que já havia tido “sessão de Psicologia” naquele dia. Expliquei sobre a pesquisa e ela concordou em participar, pedindo gentilmente para esperar “*um pouquinho até terminar o cigarro*”. Durante a entrevista, que durou cerca de vinte minutos, Silvia mostrou-se participativa e interessada, priorizando, em seu relato, sua vida extra-muros às descrições sobre seu cotidiano no hospital.

Figura 20: Linha narrativa da entrevista de Silvia.



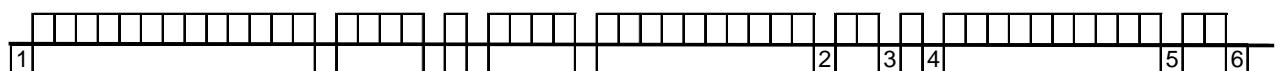
Legenda da linha narrativa da entrevista

Usuária	
leg.	tema
1	dependência química
2	fim de casamento x depressão x uso de drogas
3	felicidade no casamento
4	seu alto poder aquisitivo
5	suprir necessidade afetiva em compras
6	confiança em sua médica
7	bom vínculo familiar
8	condição médica
9	morte familiar
10	bom vínculo com o hospital
11	desejo de saída do hospital
12	aspectos negativos do hospital
13	outros

Entrevistadora	
leg.	tema
1	motivo da internação
2	como é viver no hospital
3	o que a usuária mais gostou no hospital
4	o que a usuária não gostou no hospital
5	o que é necessário para que a vida fora do hospital fosse melhor
6	finalização

Figura 21: Linha narrativa da entrevista de Silvia.

usuária



entrevistadora

Como se pode notar na linha narrativa, Silvia organiza seu discurso a partir de vários temas distribuídos em diferentes momentos ao longo da entrevista. Suas falas são longas e trazem informações não só da sua relação com a internação e a desinternação, como também sobre sua vida amorosa (como conheceu seus maridos e como era sua vida conjugal), informações detalhadas sobre a dosagem dos medicamentos e da mistura destes com bebidas alcoólicas, os médicos que a atendiam, suas características pessoais, morte de sua mãe etc.

Os temas mais freqüentes (com sete citações cada) foram “dependência química”, “bom vínculo com o hospital” e “desejo de saída do hospital”. Dentre esses, o tema “bom vínculo com o hospital” aparece em resposta a todas as perguntas feitas, da primeira à última, seguido por

“desejo de saída do hospital”, que só não aparece na pergunta “o que a usuária mais gostou no hospital?” (pergunta 3). No entanto, essa pergunta foi a que menos suscitou contestações por parte da usuária, seguida pela pergunta “*como é viver no hospital?*” (pergunta 2), possivelmente apontando uma dificuldade de falar sobre temas relacionados ao cotidiano no hospital.

Por meio da linha dialógica, pode-se notar que a entrevista propiciou o estabelecimento da dialogia entre usuária e entrevistadora. O processo de interaminação dialógica também pode ser observado quando a usuária utiliza diferentes modalidades discursivas: narrativa (para contar suas experiências), argumentação (para justificar e detalhar suas idéias) e depoimentos (quando aponta alguma vivência peculiar).

Ao longo da entrevista, Silvia posicionou-se como: “dependente química”, “Silvia com alto poder aquisitivo”, “dependente de outras pessoas”, “doente”, “Silvia que gosta do hospital”, “decidida” e “Silvia que teme os esquizofrênicos do hospital”. Cabe destacar que as posições predominantes foram: “dependente química”, “Silvia com alto poder aquisitivo” e “dependente de outras pessoas”. Posicionou-me como “membro da equipe médica” e “pessoa que está disponível para ouvi-la abertamente”, sendo esta última a posição predominante. À primeira pergunta, “qual foi o motivo da internação?”, Silvia respondeu utilizando uma das posições mais usadas por ela ao longo da entrevista, a de “dependente química”, posicionando-me como “pessoa que está disponível para ouvi-la abertamente”:

Foi o seguinte: álcool, 12 anos sou dependente química de “benezeapina”(?), mas tive paradas...Eu fui casada 8 anos com um médico, peguei meu marido em adultério, eu flagrei, daí eu tive que ir para um psiquiatra, cheguei a pesar 45 quilos, comecei com “frontal benezeapinos” (?) e antidepressivos, eu conheço medicação por ter sido casada com médico...

Nesta resposta, Silvia expôs, de maneira aberta, sua dependência de álcool e outras drogas, associando o abuso dessas substâncias à traição do seu marido. Essa depressão inicial só foi superada quando a usuária se casou novamente:

... daí depois de 3 anos me casei de novo, com um homem maravilhoso; caiu do céu. Ele me tirou do vício sem eu precisar ir ao psiquiatra. <<vamos jantar hoje, vamos dançar hoje>>, quando vi, eu larguei o remédio. E ele já estava aposentado, eu sempre tive marido mais velhos, ele tinha 50 anos eu já estava aposentada há 23, daí a gente aproveitava e viajava. Além disso, a gente optou por morar em um flat, é mais prático, é mais cômodo, então foram 5 anos maravilhosos. A cada data diferente era rosas, presente, jóias. Eu fui muito privilegiada, eu não posso reclamar porque eu vim de uma família assim, muito estruturada, todos os meus irmãos têm os seus trabalhos, viajam, são bem remunerados, todos, entendeu?

Ao posicionar-se como “dependente química” e “com alto poder aquisitivo”, Silvia pareceu querer dizer que, apesar de sua dependência química e de sua internação psiquiátrica, possuía ótimas condições financeiras buscando, talvez, diferenciar-se dos demais usuários do hospital que,

em sua maioria, possuem poucos recursos financeiros. Apesar de sua condição sócio-econômica, ela continuou tendo “perdas” que a fizeram voltar a abusar de substâncias:

Mas eu tive perdas. Daí meu marido, em pouco tempo, morreu de câncer. O médico já me preparou <<olha você vai ter que voltar para o psiquiatra, porque você vai ter que se preparar para a hora do adeus>>. E eu falei <<como assim?>> e ele <<porque seu marido está em fase terminal, e eu até prefiro que você leve ele para casa, para ele morrer em casa>>. Eu fiz uma árvore de Natal, ele morreu um dia depois do Natal...Então daí voltei...Continuei tomando o remédio contra a ansiedade e depressão, porque isso me deixou segura.

Mantendo minha posição inicial de “pessoa que está disponível para ouvi-la abertamente”, Silvia narrou sua trajetória de vida e os fatos que culminaram em sua internação psiquiátrica. Mais uma vez, o abuso e dependência de substâncias aparecem associadas ao fim de um casamento. Além disso, desta vez, Silvia começou a gastar compulsivamente o dinheiro recebido após a morte de seu marido:

... Meu marido me deixou bem. Tinha uma quantia que dava para dois apartamentos, mas eu não achava justo ficar com aquele dinheiro, eu ficar...ficar...daí comecei a comprar, eu entrei em uma loja e comprei uma Pajero, joiás. Nada me satisfazia, eu precisava comprar, como se eu fosse preencher o vazio...Tinha roupa que eu nem usava!

Após ter gastado todo o dinheiro deixado pelo seu falecido marido, Silvia voltou a morar com sua mãe. Quando Silvia estava emocionalmente estável, a mãe dela faleceu na sua presença, deixando-a novamente deprimida:

... minha mãe faleceu há dois anos, e eu acabei ficando presa nesse apartamento dois anos, só aumentando as doses de Rivoltil; Eu cheguei até 8 mg de Rivoltil; só que daí o Rivoltil já não me deixava legal, daí eu resolvi tomar cerveja, porque é a única bebida que eu gosto. Mas no bar de casa tinha, uísque, vinho, licor, tudo, tudo, tudo. Mas eu só gostava de cerveja, daí eu tomava 6 latâncias de cerveja, 8 mg de Rivoltil e dormia.

Mediante nova perda, Silvia voltou a abusar da medicação, agora associada ao uso de álcool. A usuária, apesar de possuir boas condições financeiras, situação reiteradamente enfatizada, não conseguiu superar os lutos e passou a se tornar mais dependente dessas drogas, até pedir para ser internada: “...Daí eu falei para os meus irmãos <<olha, eu não tô agüentando, eu aumentei a dose de remédio, minha depressão tá aumentando, eu não tenho força para nada...Eu quero tirar isso>>”.

Silvia chegou ao hospital psiquiátrico acompanhada pelos irmãos e em estado depressivo. Ao descrever o hospital, salientou suas qualidades (posicionando-se como “Silvia que gosta do

hospital" e posicionando-me como "membro da equipe médica") e o quanto este a auxiliou a superar seu estado depressivo e a controlar o uso de medicação e álcool:

...E aqui aumentou minha auto-estima, foi mais fácil, nossa! Já que em minha abstinência, eu sou uma pessoa tranquila...Não gosto que falem alto, não gosto de palavrão. Então minha abstinência sempre foi chorar muito no quarto, ir no posto implorando para que o médico viesse me dar o remédio...

É interessante notar que ela escolheu um hospital psiquiátrico para se tratar do abuso e do vício de medicações psiquiátricas, ao invés de optar por uma clínica especializada, talvez por associá-lo com uma maior facilidade para a ingestão de medicações. Essa questão parece mais evidente quando Silvia estava em crise de abstinência e quando pedia no posto médico por mais remédio, fazendo com que o hospital tenha se tornado um "porto seguro" quando não conseguia superar as crises de abstinência. Assim, com a pergunta seguinte, se estar internada em um hospital psiquiátrico foi opção dela, obtive como resposta:

Eu que pedi, só que eu tô de saída...Já combinei tudo e tô de saída. (...) Eu já controlo a abstinência...Eu tô tomando neurolépticos para substituir, tem que ter alguma coisa...Eu fiquei um mês abaixando as substâncias, o segundo mês entrei no neurolépticos, no terceiro mês me estabilizando para no quarto sair. Eu já posso me controlar.

Silvia, de maneira segura, alegou estar pronta para sair do hospital, salientando que conseguia "controlar sua abstinência". No entanto, se a usuária ainda apresentava crises de abstinência e precisava do apoio de neurolépticos, parecia não ter o controle sob seu vício. Tendo condições financeiras suficientes para custear um tratamento em uma clínica especializada para dependentes químicos, chama atenção sua escolha em se tratar em um hospital psiquiátrico. Essa dúvida foi reforçada quando Silvia apontou: "...Eu até acho que estou reagindo bem, dormindo bem...Antigamente eu pedia médico para qualquer coisa, simulava coisas para eles ficarem com dó e me darem o remédio...".

A probabilidade de recusa dessa medicação em uma clínica especializada, aliada a um programa estruturado e direcionado para o tratamento de dependentes químicos, pode ter sido o fator decisivo para a escolha um hospital psiquiátrico, onde ela poderia "simular coisas" e assim continuar alimentando seu vício. Essa hipótese foi reforçada quando a usuária se posicionou como pessoa "que teme os esquizofrênicos":

...Olha minha história dá até para escrever um livro...Das pessoas que eu vi aqui, as freiras com que eu compartilhei, por exemplo, eu nunca tinha visto um esquizofrênico...Meu marido era psiquiatra e falava, mas eu nunca tinha visto...A pessoa está falando com você, daqui a pouco vira para o nada e começa a conversar com ninguém...Gritos, contenção, pacientes violentos...

A lucidez e o medo que Silvia demonstrava em relação aos sintomas da esquizofrenia, parecem reforçar a hipótese de que ela deveria estar em um serviço de saúde apropriado para dependência química e não um serviço psiquiátrico. É interessante notar que quando a usuária falava sobre expressões “*Gritos, contenção, pacientes violentos...*”, não demonstrava nenhuma crítica à falta de medicação adequada aos usuários ou sobre a violência da contenção, talvez por não se identificar com a posição de uma usuária de serviços de Saúde Mental. No entanto, após essa resposta, quando perguntei sobre como foi viver quatro meses neste hospital psiquiátrico Silvia relatou que:

É como se eu tivesse encontrado aqui a paz que eu não tinha, apesar de tudo isso, os médicos falam para mim, todos eu conheço de cor, as faxineiras, todas eu conheço. Apesar de tudo isso os médicos falam para mim <<Silvia, você é a única paciente mental que não tem problema mental, você veio tratar a sua desintoxicação com o remédio, uma droga>>.

Após ter falado de sua experiência aversiva com os esquizofrênicos, Silvia disse que “encontrou a paz” no hospital, introduzindo uma importante contradição em seu discurso: ora apontava seu temor em relação aos esquizofrênicos, ora afirmava que no hospital “encontrou a paz”. Isso nos leva a refletir sobre a conduta do hospital e dos profissionais em manter internada uma usuária “que não tem problema mental”.

A próxima pergunta “do que você mais gostou no hospital?” recebeu como resposta:

Da enfermagem, principalmente da enfermagem e a parte médica. Perfeito. Você pode ter uma enxaqueca, eles procuram os médicos, os médicos medem a sua pressão, te acalmam...Isso é fantástico, fantástico. O contato com as pessoas também...Se você for comparar seu problema com os dos outros daqui seu problema é desse tamanhinho (gesticulando), existem pessoas que acordam e dormem escutando vozes e não conseguem sair de casa...Sem falar dos ataques epiléticos, depressão profunda que a pessoa que não levanta da cama (?). O médico vai até o quarto para atender...Demência? Muitos casos de demência! Nossa! Dá para escrever um livro disso daí...

Além dos elogios concedidos às equipes de enfermagem e médica, a usuária aponta para um aprendizado a partir de seu relacionamento com os demais usuários do hospital: de que os seus problemas tornavam-se pequenos quando comparados aos de outras pessoas. No que diz respeito aos aspectos ruins do hospital, Silvia declara que “*A abstinência, nossa senhora...Eu tremia, eu suava, eu tinha medo, eu queria tomar, eu precisava por aquela cápsula na boca, porque me dava segurança, me tirava o medo...*”.

Chama a atenção no relato de Silvia a não indicação de aspectos negativos do hospital, mas sim, dela mesma. Vale lembrar que Silvia era usuária da modalidade particular do hospital e,

como tal, possuía um atendimento diferenciado, o que fica mais evidente se considerarmos sua reflexão sobre as demais alas do hospital:

...Quando eu sair daqui, não vou contar para ninguém que estive em um hospital psiquiátrico, porque as pessoas são muito preconceituosas, infelizmente...Eles não pensam que aqui é uma clínica de reabilitação, vão pensar que aqui é só a ala B. Eu sei que é feio falar, mas é uma ala de "loucos", e eles falam...Eu nunca vi, mas deve ser assustador, você escuta os barulhos à noite, gritos; parece que estão morrendo... É horrível...Tirando isso, tudo de bom, a enfermagem, a psicologia, a única coisa que cansa é fazer dança, trabalhos manuais... (?) a ala C é uma ala do SUS então é uma ala que infelizmente as pessoas são maltrapilhas, a família larga. Nós ajudamos todos, na terapia fazendo esses trabalhos que são vendidos. Se a gente vai para lá, é horrível, porque elas grudam na gente <<tira essa blusa que é bonita, me dá cigarro>> Eu caí na besteira de dar um e veio três em cima de mim que eu sufoquei...Tive que sair para ventilar...Daí a enfermeira falou <<nem vem aqui com cigarro>>.

Demonstrando preocupação com o preconceito de seu círculo social pelo fato de ter ficado internada em uma instituição psiquiátrica, Silvia aparentava possuir, ela própria, o mesmo preconceito, pois utilizava as expressões: “eu sei que é feio falar, mas é uma ala de ‘loucos’...” e, “eu nunca vi, mas deve ser assustador...”. Posicionando-se como “Silvia que teme os esquizofrênicos do hospital” e “Silvia que gosta do hospital”, a usuária demonstrou nova contradição: afirma temer os “loucos” das alas B e C, cansa-se com as atividades ocupacionais e, ainda assim, relata que o hospital é “tudo de bom”.

Para finalizar a entrevista, perguntei o que seria preciso para que a vida fora do hospital fosse melhor para ela:

...Olha, seria uma utopia te falar..Me apaixonar novamente, nossa seria a pílula milagrosa...Eu nunca fiquei sozinha...E meus casamentos aconteceram assim, todos ao acaso, uma coisa engracada...Então assim, uma utopia...sair daqui e me preparar para voltar a freqüentar as livrarias, os shoppings, os restaurantes, barzinhos [mesmo sabendo que eu não posso beber].

Após um silêncio de aproximadamente três segundos, ela concluiu que gostaria de se apaixonar outra vez, posicionando-se novamente como “dependente de outras pessoas”, pois Silvia aparentava precisar de outras pessoas (marido, mãe ou irmãos) para conseguir superar seu vício. Para encerrar sua fala, posicionou-me como “membro da equipe médica” ao relatar:

...Aqui no hospital tem pessoas raivosas, que querem processar o hospital, por causa dos horários, das regras...Mas isso tem que ser assim. Tem gente que fica revoltado...Chama a madre, pede para falar com o diretor clínico, noooossa...Acho que é isso...

A posição em que me colocou parece ter colaborado para que seu discurso se encerrasse com esta afirmação, demonstrando seu desejo de reforçar a boa atuação da equipe do hospital junto aos usuários. Por fim, a aparente identificação de Silvia com as regras do hospital parece

ilustrar sua dificuldade em administrar e regrar sua própria vida. Nesses momentos, o hospital parece assumir a posição de seu “apoio”, assim como seus ex-maridos, sua mãe e seus irmãos (esses últimos no que diz respeito à ajuda financeira). Por essa razão, talvez Silvia tenha desejado permanecer no hospital, pois em sua vida extra-muros, já não possuía o constante suporte familiar.

5.6 Considerações sobre as entrevistas

As cinco usuárias por mim entrevistadas propiciaram a melhor compreensão sobre algumas das principais dificuldades enfrentadas por usuários de serviços de Saúde Mental, quando em processo de desinternação psiquiátrica. O aparente desejo de permanecer no internamento era acompanhado por múltiplos sentidos que parecem esconder a real vontade das usuárias entrevistadas. Conversar a respeito do desejo de permanecer no hospital com outras usuárias, freiras, enfermeiros, psicólogos, médicos ou terapeuta ocupacional parece mascarar situações adversas em suas vidas. É válido apontar que pode ser mais fácil deixar as pessoas acreditarem que realmente desejam permanecer no hospital a ter que lidar com as limitações em sua rede social extra-muros.

Sobre esse ponto, o caso de Benedita constitui-se um bom exemplo. Descrita por todos como estando fora de crise, fato comprovado por mim quando a vi conversando animadamente com outra usuária antes de abordá-la, mudou sua conduta quando me viu convidando-a para uma entrevista, o que em sua concepção poderia ser uma ameaça a sua desinternação psiquiátrica. Durante a conversa, seu raciocínio foi desconexo, falando de assuntos ininteligíveis e aparentando estar em momento de crise, no entanto, o mais curioso na história de Benedita é que, segundo a assistente social, ela agia dessa forma quando temia que alguém fosse desinterná-la, como aconteceu com a responsável pelo SRT, seis meses antes da entrevista para a presente pesquisa. Da mesma maneira, na entrevista, ela mostrou-se desconexa e parecendo vivenciar um momento de crise, fato que fez com que seu acesso ao SRT fosse negado, e assim permaneceu no hospital. De sua história de vida pouco se sabe, assim como o sentido que esse hospital psiquiátrico tinha para ela, contudo, pela falta de apoio social extra-muros, entre eles ausência de qualquer vínculo familiar ou social, podemos supor que ela parecia temer qualquer ameaça de rompimento do seu único lugar de inserção social, onde formava vínculos, recebia cuidados médicos, alimentos e moradia.

A falta de estruturação da rede social extra-muros pareceu ter contribuído para que Vilma e Rosana tenham permanecido no hospital psiquiátrico. Ambas sem emprego, sem casa, sem estrutura ou apoio familiar, pareciam reivindicar o fortalecimento da rede extra-muros, para que assim, pudessem conviver fora do hospital psiquiátrico. É interessante verificar que durante a entrevista de Vilma, o tema mais freqüente foi o “ótimo tratamento recebido pelo hospital”, pois afirmava gostar muito do hospital, indicando a relação de gratidão para com este serviço, bem

como temor de uma desinternação desestruturada. Já Rosana, de maneira mais reivindicadora, apresentou como tema mais freqüente o “hospital tem muitas atividades ocupacionais”, refletindo, de um lado, sua crítica ao excesso dessas atividades e, de outro, o medo de ficar sem elas fora do hospital psiquiátrico. Ambas compartilham a limitação da rede social extra-muros e o medo de uma desinternação desestruturada.

Já Paula e Silvia, membros de famílias que apresentam boa estrutura financeira e social, não possuíam limitação na rede social extra-muros, mas compartilhavam do receio de voltar a realizar atos que atentassem contra sua vida (no caso de Paula, as tentativas de suicídio) ou sair de saúde (para Silvia, o abuso de medicamentos e álcool), quando saíssem do hospital psiquiátrico. Dessa maneira, o hospital parecia funcionar como uma espécie de proteção contra elas mesmas. Sendo atendidas na modalidade de usuários particulares, suas despesas são pagas por familiares que, segundo informações da equipe hospitalar, faziam visitas constantes. Mesmo com uma rede social extra-muros fortalecida, o receio de Paula e Silvia parecia contribuir para a discussão acerca do papel dos hospitais psiquiátricos, inoperantes quanto ao desenvolvimento da autonomia dos usuários e mantenedores da tutela e dependência dos mesmos.

A família parecia ter um papel de extrema importância para a desinternação psiquiátrica. Rosana não tinha familiares; Vilma tinha, mas estes não querem por perto; os de Paula pagam suas despesas no hospital psiquiátrico, mas parecem confortáveis com seu estado de internamento; Silvia, a única que estava de saída do hospital psiquiátrico, possuía irmãos que, além de pagar suas despesas no hospital, ajudavam em todas as despesas necessárias para a desinternação. Vale destacar que as usuárias sem possibilidade de reinserção familiar, como Rosana e Benedita, foram encaminhadas para entrevista de seleção para o SRT, mas ambas foram reprovadas devido a um repentina momento de crise e pedidos reiterados de permanência no hospital psiquiátrico. Esse fato nos leva a refletir a respeito da maneira como foi conduzido o processo de entrevista para admissão no SRT, pois, ao que parece as usuárias não foram informadas sobre como seriam conduzidos o processo de desinternação e o trabalho desenvolvido nesse serviço. O fato das duas usuárias terem repentinamente entrado em estado de crise parece evidenciar a angústia ocasionada pela possibilidade de uma “desinternação-abandono”.

O tempo de permanência no hospital psiquiátrico e as passagens sucessivas por internações parecem contribuir para a perda da autonomia e a progressiva institucionalização. Enquanto Silvia, usuária que estava sendo desinternada e que possuía bom vínculo familiar, estava em sua primeira internação, com permanência de quatro meses, as demais já apresentavam diferentes experiências de internações. Vilma estava internada havia um ano, Rosana, um ano e seis meses, Benedita, dois anos e dois meses e Paula, quatro anos e seis meses⁴⁴.

⁴⁴ A entrevista de Paula ocorreu cerca de um mês após as demais (novembro de 2005).

Para atenuar o sofrimento de desejar sair, mas não encontrar condições ou alternativas para isso, as usuárias pareciam utilizar outras argumentações para a permanência hospitalar. Vilma e Paula atribuíram essa necessidade à sua doença; Rosana alega receio de não ter atividades fora do hospital psiquiátrico, o que poderia ser “perigoso”. Cabe ainda destacar que Vilma e Rosana explicitaram, em alguns momentos da entrevista, o desejo de sair do hospital psiquiátrico, contudo recuaram, ao final da entrevista. O modo utilizado pelas usuárias para narrar suas histórias, bem como expressar opiniões e receios, parece estar vinculada às posições em que me colocavam. Nos momentos em que fui posicionada como “membro da equipe médica”, suas falas pareceram mais cautelosas e difíceis. Ao contrário, quando fui posicionada como “pessoa que está disponível para ouvir”, as falas se deram de maneira mais aberta e espontânea. A forma como fui apresentada às usuárias, bem como minha aparência de psicóloga e de pesquisadora, contribuíram para que a posição mais freqüente fosse “membro da equipe médica”, utilizada por Vilma, Rosana e Silva, sendo Paula, a única usuária a não me colocar nessa posição. Esta me foi apresentada pelo psicólogo Rodrigo e não pela equipe médica (psiquiatra e enfermeira).

Os posicionamentos predominantes utilizados pelas usuárias parecem vincular-se aos diferentes modos de lidar com a saúde, além de críticas variadas. No que diz respeito à saúde, Vilma, em determinado momento, posicionou-se como “consciente de sua doença”; Paula como pessoa que “gosta de cuidar da saúde” e Silvia como “dependente química” e “doente”. No que concerne às críticas, Vilma e Paula se posicionaram como “críticas” e Rosana como pessoa que “reivindica oportunidades extra-muros”. Outro posicionamento utilizado por mais de uma usuária foi o de quem “gosta do hospital”, utilizado por Vilma e Silvia.

No todo, saliento que as entrevistas contribuíram para um melhor entendimento sobre os motivos pelos quais as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos desejam ali permanecer em detrimento de viverem fora deles. A falta de condições financeiras, habitação, trabalho, relacionamentos sociais, bem como as várias passagens por internações psiquiátricas parecem dificultar a reinserção social, além de diminuir a proximidade com a família. Além disso, o hospital psiquiátrico acaba por funcionar como um modo de proteção de uma sociedade intolerante de comportamentos como, por exemplo, tentativas de suicídio e reincidência no uso de drogas. Contudo, de acordo com as usuárias, o hospital não ajudava a desenvolver atividades que visassem incentivar a autonomia ou preparação para uma vida fora de seus muros.



Capítulo VI

Considerações Finais

CAPÍTULO VI

Considerações Finais

Ao procurar entender como está sendo conduzida a desinternação psiquiátrica e o desejo de alguns usuários em permanecerem no internamento, diferentes reflexões e possibilidades de análise emergiu. Por meio de discussões e trocas realizadas com os usuários, equipe profissional, familiares e visitantes do hospital pesquisado, foi possível entender a angústia, o sofrimento e a ansiedade em lidar com a doença mental e, mais precisamente, com a desinternação psiquiátrica.

Para que esse entendimento fosse possível, foi imprescindível que eu adotasse a posição de pesquisadora-participante por um determinado período, vivenciando, junto à instituição e a seus diferentes atores, os dilemas e a ampla complexidade do tema pesquisado. Somente colocando-me no lugar do outro foi possível realizar a análise aqui relatada, pois, os questionamentos e reflexões foram fruto de inúmeras experiências e das múltiplas vozes⁴⁵ presentes no lugar em que foi realizada a pesquisa.

A reivindicação de alguns usuários de permanecer no internamento, que está na contramão da Reforma Psiquiátrica e que revela diferentes dificuldades na vida social extra-muros, pareceu gerar, nos profissionais, estratégias para enfrentamento de sua frustração profissional. Apontado pelas equipes de Psicologia, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatra e Assistente Social, o desejo de permanência e a reincidência de internação geravam neles sentimentos de impotência perante a realidade dos usuários. Nesse sentido, o principal questionamento era: de que adianta desenvolver um trabalho brilhante se os usuários com falta de apoio social acabam por retornar ao hospital alegando que aqui encontravam uma família e apoio? Nessas verbalizações, estavam presentes, de um lado, a vontade de atender e desenvolver o melhor trabalho possível para a melhora na saúde dos usuários e, de outro, o medo de o trabalho desenvolvido se tornar mais um instrumento de dependência e cronificação na instituição. Talvez por essa razão quase todos os profissionais que me acompanharam ao longo da pesquisa deixaram o hospital para assumir outros desafios profissionais.

Esse ponto fica explícito se considerarmos a fala da porta-voz entrevistada. O trecho “*pôr para fora alguém que é seu*” parece ilustrar o quanto difícil é a relação entre internação e desinternação para esses profissionais. Nesse sentido, deve-se considerar que se trata de uma instituição católica, com tradições em atendimento filantrópico aos pobres, carentes e a pessoas abandonadas. A dicotomia aqui presente parece basear-se na questão: como desinternar uma pessoa que não tem respaldo social⁴⁶ e, ao mesmo tempo, manter a filosofia de trabalho do hospital?

⁴⁵ Tal como postula Backtin.

⁴⁶ Tal como postulado pela porta-voz.

É válido salientar que os profissionais com quem tive contato pareceram demonstrar grande preocupação com a institucionalização prolongada, com o desejo de continuar no internamento de alguns e com a reincidência de internação, em um discurso alinhado com os movimentos reinvindicatórios antimanicomiais. Na visão desses profissionais, a função do hospital era tratar dos momentos agudos que necessitassem de intervenção urgente, mas viam com preocupação o abandono por parte de alguns familiares e a falta de estruturação social-econômica a que alguns usuários estavam submetidos.

Certamente essas questões, nem sempre explícitas trazidas pelos profissionais, refletiam-se no cotidiano dos usuários. O sentimento de impotência dos profissionais perante a falta de respaldo social e a ambivalência devido ao fato de desenvolverem um bom trabalho dentro de uma instituição que poderia servir para criar maior dependência pareciam ter, para alguns usuários, um impacto negativo quando se falava em desinternação.

Em relação à falta de respaldo social, muitas vezes o excesso de zelo com o sentido de “família”, de “casa”, de “ajuda” e de “compreensão” que se procurava transmitir, parecia tentar fechar as lacunas abertas pela vida extra-muros, mascarando as faltas são inerentes a qualquer convivência em sociedade. Já a ambivalência em desenvolver um bom trabalho sem criar dependência na instituição, parece ter sido sintetizada pelas usuárias como “o hospital tem excesso de atividades diárias para realizar”. Em razão dessa ambivalência, as atividades foram conduzidas sem envolvimento dos profissionais, que pareceram realizá-las sem destacar seu propósito ou vinculá-las a algum objetivo intra ou extra-muros. Vale lembrar que os diferentes profissionais mantinham uma agenda de práticas que deviam, obrigatoriamente, ser seguidas, cumprindo assim as normas da instituição e tendo pouca possibilidade de negociação⁴⁷.

Negar as contradições, por excesso de proteção ou por meio de variadas atividades, muitas vezes desprovidas de sentido para os usuários, pode dificultar a volta destes ao convívio social. Pensando que a inserção social só será possível quando os usuários puderem gradativamente transitar por essas contradições sem recorrer ao hospital psiquiátrico, pode-se questionar se essa instituição realmente objetivou desenvolver a autonomia para a vida longe de seus muros. O que observamos foi uma série de ações e atividades desconectadas entre si, geradoras de angústia tanto para os profissionais como para os usuários e que acabavam por alimentar sentimentos de dependência na instituição. Por mais que o discurso da direção hospitalar e seus profissionais estivessem alinhados com os movimentos para o fim das instituições psiquiátricas, a prática cotidiana era oposta a tal objetivo e alimentava a cronificação e a dependência.

Além disso, a dificuldade na desinternação pode ser entendida por meio de algumas conversas informais com os usuários, como “aqui eu tenho tudo; esse é um hospital que não é

hospital. É uma casa" e "eu adoro tudo aqui". Essas frases, num primeiro momento, pareciam refletir a despersonalização do interno na sua vida dentro da *Instituição Total* (Goffman, 1974). Retomando brevemente essa discussão, na *despersonalização*, o usuário passa por mudanças radicais e progressivas: suas crenças a respeito de si mesmo e das pessoas significativas para ele são questionadas, passando a se identificar somente com as regras e rotina da instituição; trata-se do processo de institucionalização que, dentre outras coisas, acarreta em dificuldade para manter a autonomia quando se está longe da vida regrada da instituição. Essa problematização, feita por Goffman, reforça a idéia de que o hospital pesquisado acabou por auxiliar na cronificação da pessoa em preterimento à sua autonomia social.

Os dados de pesquisa também suscitam o debate sobre os limites de atuação do hospital psiquiátrico e as possibilidades de intervenção e auxílio dos CAPS para os usuários no internamento. Essa convivência, marcada historicamente pelo confronto, mostrava-se deficitária no contexto pesquisado, pois não havia, por parte do hospital psiquiátrico, uma atitude ativa para referenciar os usuários ao serviço substitutivo e, por parte do CAPS, uma postura mais dinâmica e questionadora do trabalho desenvolvido pelo hospital. O argumento da direção hospitalar é que o CAPS desenvolvia poucos programas de reinserção social, geração de renda e atendimento em saúde, contando com poucos profissionais e estrutura precária para receber a demanda dos usuários, por essa razão, o encaminhamento de usuários era limitado e ocorria apenas para cumprir a legislação vigente. De acordo com a direção hospitalar, o objetivo do hospital era inaugurar um CAPS para encaminhamento após a desinternação, sendo aprovado quando a presente pesquisa estava sendo finalizada⁴⁸.

Nesse jogo de responsabilidades, há que se enfatizar que, para usuários e familiares, muitas vezes o que importa é o serviço em funcionamento e com possibilidade de atendimento, seja qual for a metodologia adotada. É evidente que essa postura contribui para a cronificação da doença mental, além de focar somente a remissão do sintoma por meio de tratamentos medicamentosos. No entanto, é preciso considerar que a população muitas vezes não tem acesso ao debate sobre doenças mentais e sobre a importância de tratamentos substitutivos e, por isso, acaba sendo capturada pela classificação médica e pelo seu conhecimento.

Na análise das entrevistas, foi possível identificar alguns efeitos da institucionalização prolongada. A verbalização de desejar permanecer no internamento foi, em todas as entrevistas, acompanhada por variados sentidos que pareceram mascarar a real vontade das usuárias entrevistadas, contrapondo, de um lado, as conversas animadas sobre os inúmeros benefícios e

⁴⁷ As atividades muitas vezes eram requisitos fundamentais para credenciamento ou continuidade nos planos de assistência médica.

⁴⁸ Tendo em vista que o presente estudo teve sua pesquisa "de campo" focada no hospital psiquiátrico, não foi possível nesse momento debater a visão do serviço substitutivo local sobre essa temática.

serviços ofertados pelo hospital e, de outro, expressões entristecidas e lapsos de linguagem que apontavam para o desejo de desinternação. Essa contradição parece apontar para o sofrimento dessas pessoas que, para mascarar as dificuldades da desinternação devido à falta de estruturação da rede social extra-muros, tentam aceitar sua condição de pessoa internada e/ou abandonada com diferentes respostas. As usuárias Vilma e Paula justificaram essa condição por sua doença e Rosana, pelo receio de não desempenhar atividades fora do hospital psiquiátrico.

A desestruturação da rede social extra-muros parece ter sido o motivo principal para que as usuárias Benedita, Vilma e Rosana tenham permanecido no hospital psiquiátrico. Mediante essa limitação, o receio principal de todas parece ser uma desinternação pouco estruturada, mesmo possuindo, em determinados momentos, o desejo explícito de sair do hospital psiquiátrico. De maneira inversa, Paula e Silvia, pertencentes a famílias com boa estrutura financeira e social e com relativa estruturação na rede social extra-muros, compartilhavam o medo de voltar a cometer atos que atentassem contra suas vidas quando desinternadas. Para elas, o hospital parecia exercer a função tutelar, pouco ativa para auxiliar no desenvolvimento de sua autonomia.

Outros pontos que revelam importância são o papel da família e o tempo de permanência no hospital psiquiátrico. Quanto à família, (Silvia) a única usuária com saída prevista era a que possuía apoio familiar, enquanto as demais, sem previsão de saída, apresentavam diferentes dificuldades em sua vida em família. De maneira similar, o tempo dilatado de permanência no hospital psiquiátrico exerce influência direta na dificuldade de retorno mais rápido ao convívio social. Enquanto Silvia estava em sua primeira experiência de internação, as demais já tinham variadas passagens.

Apesar das entrevistas terem ocorrido somente com usuários do sexo feminino, seguindo a indicação de diferentes profissionais, pode-se dizer que os sentidos e reflexões aqui discutidas se fazem presentes em usuários do sexo masculino, a julgar pelas conversas informais com os mesmos. Dessa maneira, as reflexões trazidas pelas entrevistas e conversas informais contribuíram para o entendimento de alguns motivos que levam usuários internados em hospitais psiquiátricos a desejarem permanecer em uma instituição asilar. A rede social extra-muros deficiente, a falta de reconhecimento em um lugar e várias passagens em hospitais psiquiátricos parecem ter minado, gradativamente, o estabelecimento de vínculos extra-muros e propiciado o surgimento desse desejo de se manterem internados.

Por fim, cabe dizer que as discussões feitas nesse trabalho sugerem que há um longo caminho a ser percorrido nas diferentes esferas (política, social, jurídica e científica) para que se possam fechar as instituições asilares. A Reforma Psiquiátrica, no entanto, não pode se reduzir ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, mesmo considerando seu fim uma evolução histórica. A vontade de permanecer no internamento vem acompanhada por diferentes angústias que só poderão ser diminuídas com o fortalecimento efetivo da rede social extra-muros. Um trabalho que requer o envolvimento de todos os atores presentes: influenciadores externos (sociedade em geral e ONG's, meio acadêmico, governo e meio jurídico) e os nós da rede (familiares e relacionamentos

sociais, políticas públicas de incentivo, habitação, conscientização social, educação e trabalho e serviços substitutivos em Saúde).



Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- Abou-Yd, M.N., Silva R. (2003). A lógica dos Mapas: marcando diferenças. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, Ética e Política: escritos militantes* (pp.40-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Almeida, de N. (2003). Sobre uma nova institucionalidade da reforma psiquiátrica: apontamentos, desdobramentos e algumas inflexões. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, Ética e Política: escritos militantes* (pp. 189-195). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alves, Domingos S. (2001). Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO.
- Amarante, P. (1994). An adventure in the insane asylum: the life of Franco Basaglia. *Hist. cienc. saude-Manguinho*, 1 (1). Rio de Janeiro: Recuperado em 15 de mar. 2005, da Scielo (Scientific Eletrocnic Library On Line): www.scielo.br
- Amarante, P. (1999). Manicômio e Loucura no Final do Século e do Milênio. In Fernandes, M. I. A., Scarcelli, I. R. & Costa, E. S. (Orgs.), *Fim de século: ainda manicômios?* (pp. 47-53). São Paulo: IPUSP – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Amarante, P. (1996). *O Homem e a Serpente*, outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (Org.). (2005). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* 2. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- AMBr Revista. *Portaria do Ministério da Saúde recebe críticas veementes da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 75. Recuperado em 05 de fevereiro de 2007: <http://www.ambr.com.br/revistaambr/Revista/75/5.pdf>
- Amorim, M. (2004). *O Pesquisador e seu outro: Bakhtin nas ciências humanas*. São Paulo: Musa.
- Bakhtin, M. (2006). *Marxismo e filosofia da linguagem* (12a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Barros, Fernanda O. (2003). Democracia, liberdade e responsabilidade: o que a loucura ensina as ficções jurídicas. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, Ética e Política: escritos militantes* (pp. 112-136). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Bauman, Z. (1999). *Modernidade e Ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Boumard, P. (1999, novembro). O lugar da etnografia nas epistemologias construtivistas. *Revista de Psicologia Social e Institucional*, 1(2). Recuperado em 20 de agosto de 2005: <http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov1n22.htm>
- Cavalcanti, M. T., Lovisi, G. & Pinto, A. T. M. (2001). A psiquiatria e o social: aproximações e especificidades. In *Saúde Mental: campo, saberes e discursos* (Vol.3). Rio de Janeiro: coleções IPUB.
- Chevitarese, L. (2005). As “Razões” da Pós-modernidade. In *Análogos, Anais da I SAF-PUCRJ* Recuperado em 20 de agosto de 2005: <http://www.saude.inf.br/filosofia/posmodernidade.pdf>

Conselho Federal de Psicologia & Ordem dos Advogados do Brasil. (2004). *Inspeção Nacional de Unidades psiquiátricas em prol dos direitos humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras*. Recuperado em 10 de julho de 2004: http://www.pol.org.br/debate/pdf/Relatorio_inspecao_unidades_psiquiatricas.pdf22

Conselho Federal de Psicologia (Org.). (2003). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Conselho Federal de Psicologia. Jornal do Federal. (2006, outubro). *Em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira* (nº 85). Recuperado em 05 de fev. 2007: <http://www.pol.org.br/publicacoes/materia.cfm?id=123&materia=995>

Conselho Nacional de Saúde (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Sistema Único de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Brasília: 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Conselho Regional de Psicologia - 6ª região (1990). *Trancar não é tratar – Liberdade: o melhor remédio*. Declaração de Caracas (1997). (Cap. 2, pp. 6-7). São Paulo: CRP.

Costa, Mark Napoli. (2003). Por uma sociedade sem manicômios: buscando a direção. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, Ética e Política: escritos militantes* (pp. 49-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cruz, A. S. (2005, 25 de dezembro). Os últimos habitantes do Juqueri. *O estado de São Paulo*, p.12A.

Damatta R. (1985). *A casa e a rua: espaço cidadania, mulher e morte no Brasil*. São Paulo: Brasiliense.

Davies, B. & Harré R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), (pp. 44-63).

Delgado, J. (1991). Reflexões na Cidade sem Manicômios. In Delgado, J. (Org.). *A loucura na Sala de Jantar*. São Paulo: Editora Resenha.

Desviat , M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Domenech M., Iniguez L. & Tirado F. (2003). George Herbert Mead y la psicología social de los objetos. *Psicología e Sociedade*, 15 (1). Porto Alegre: Recuperado em 19 dez. 2006, da Scielo (Scientific Eletrocnic Library On Line): www.scielo.br

Duarte, R. (2002 , março). Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. In *Cadernos de Pesquisa*, 115. Rio de Janeiro: Recuperado em 19 dez. 2006, da Scielo (Scientific Eletrocnic Library On Line): www.scielo.br

Fernandes, M. I. A., Scarcelli, I. R. & Costa, S. E. (Orgs.). (1999). *Fim de Século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP.

Fernandes, M. I. A. (1999). Uma nova ordem: Narcisismo expandido e interiocidade confiscada. In Fernandes, M. I. A., Scarcelli I. R. & Costa, E. S. (Orgs.), *Fim de Século: ainda manicômios?* (pp. 39-46). São Paulo: IPUSP.

Fernandes, M. I. A., Scarcelli, I. R. & Costa, S. E. (2005). Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. In: Amarante, P. (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau Editora.

Fernandes, Mirian Aparecida Herrera (2001). A moradia assistida: um projeto de clínica ampliada e de exercício de cidadania. In *III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não.* Brasília: Recuperado em 18 de setembro de 2005: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf

Foucaut, M. (1987). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão.* 26 ed. Petrópolis: Vozes.

Foucaut, M. (1996). *A ordem do discurso.* (Sampaio, L. F. de A., Trad.). São Paulo: Loyola.

Foucaut, M. (2001). *Microfísica do Poder* (Machado, R., Trad.). 20 ed. Rio de Janeiro: Graal.

Foucaut, M. (2004). *A História da Loucura* (Coelho Neto, J., Trad.). 7^a ed. Rio de Janeiro: Perspectiva.

Franca, J. (2006, 20 de julho). Erro da política de saúde mental. *O Globo.* Recuperado em 5 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro: http://www.crpssp.org.br/a_servi/eventos/manifesto/frames/1.htm?height=300&width=500

Freire, F. H. M. de A., Ugá, M.A.D. & Amarante, P. (2005). Os centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In Amarante, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2.* Rio de Janeiro: Nau Editora.

Galindo, Dolores C. (2003, outubro). Sobre os ciborgues como figuras de borda. In *Athenea Digital*, n. 4. Recuperado em 15 de agosto 2005: <http://antalya.ual.es/athenea/num4/spink.pdf>

Giddens, A. (1991). *As consequências da modernidade* (Fiker, R., Trad.). São Paulo: Editora UNESP.

Godoy, O. de C. (Org.). (2003). Loucos por você! In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, Ética e Política: escritos militantes* (pp. 59-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Goffman E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos.* São Paulo: Editora Perspectiva.

Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada.* 4. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora.

Gradella Jr., O. (2002). Psychiatric hospital: (re)affirmation of the exclusion. *Psicologia e Sociedade*, 14(1). Porto Alegre: Recuperado em 23 set. 2006, da Scielo (Scientific Eletrocnic Library On Line): www.scielo.br

Haraway, D. & Kunzru H. (2000). *Antropologia do Ciborgue: as vertigens do pós-humano* (Silva, T. T da, Trad./Org.). Belo Horizonte: Autêntica.

Holanda, A. B. de (1980). *Dicionário da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Koda, Yamazato M. (2002). *Da negação do manicômio a construção de um modelo substitutivo em Saúde Mental.* Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Latour, B. (2000). *Ciência e Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora.* (Benedetti, I. C, Trad.). São Paulo: UNESP.

Lobosque. Marta A. (2003). Loucura, Ética e Política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, Ética e Política: escritos militantes* (pp. 20-30). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Machado, de A. (2002). *O alienista*. Porto Alegre: Editora L&MP.

Machado, V., Manço, A. R. X. & Santos, M. A. (2005, setembro/outubro). A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cadernos Saúde Pública*, 21(5). Rio de Janeiro: Recuperado em 20 de nov. 2005, da Scielo (Scientific Eletrocnic Library On Line): www.scielo.br

Magalhães, da Rocha L. Relator Auditor (2005). *Ações de Atenção à Saúde Mental*. Relatório de Avaliação de Programa. Tribunal de Contas da União (TCU). Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Brasília: Recuperado em 03 de mar. de 2006: <http://www2.tcu.gov.br/pls/portal/url/ITEM/FCF7C61407456504E030010A70005896>

Manifesto dos Participantes do XI Congresso Mundial de Saúde Publica (WFPHA) e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco). (2006, agosto). *Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Recuperado em 07 de fev. de 2007: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/14321.html>

Mattos, Guimarães C. (2001) *A abordagem etnográfica na investigação científica*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Recuperado em 04 de nov. 2005: http://www.ines.org.br/paginas/revista/A%20bordag%20_etnogr_para%20Monica.htm

Minayo, M.C.S. (1999). *O Desafio do Conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco.

Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. (1992, janeiro). *Diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial. Portaria n. 224*. Brasília: Recuperado em 18 de setembro de 2005: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (2000, fevereiro). *Cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental*. Portaria nº 106, de 11 de. Brasília: Recuperado em 18 de setembro de 2005: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2001). *Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*: cuidar sim, excluir não. Caderno de Textos. Brasília: Recuperado em 18 de setembro de 2005: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf

Ministério da Saúde. (2003a). *Manual do Programa “De Volta Para Casa”*. Brasília: Recuperado em 18 de set. de 2005: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (2003b, outubro). *Portaria nº 2077*. Cria e regulamenta o funcionamento da Lei Portaria nº 2077. Brasília: Recuperado em 18 de setembro de 2005: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_2077_de_31_10_2003.pdf

Ministério da Saúde. (2004a). *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. (Série Eliane Legislação em Saúde). Secretaria-Executiva. 5^a ed. ampl. Brasília. Recuperado em 18 de setembro de 2005: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (2004b, setembro). *Cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental*. Portaria nº 2068, de 24 de setembro 2004. Recuperado em 18 de set. de 2005. Brasília: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2068.htm>

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004c). *Terapêuticas: o que são, para que servem*. (Série F. Comunicação em Saúde). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências. Brasília: Recuperado em 18 de setembro de 2005: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha%20de%20residenciais.pdf>

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004d) *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. I. (Série F. Comunicação em Saúde). Brasília: Recuperado em setembro de 2005: <http://portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualCapsFinal.pdf>

Oliveira, Juliana Aparecida de (2003). *O Usuário de Saúde Mental*: os significados que emergem em sua experiência de atendimento. Monografia de Conclusão de Curso (Psicologia) – Unidade Acadêmica de Ciências Humanas Jurídicas e Sociais da Universidade São Francisco: São Paulo.

Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde do Brasil. (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: nova concepção, nova esperança*. Recuperado em 18 de setembro de 2005. Genebra: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

Ortiz, R. (Org.). (1994). *Pierre Bourdeu* (Sociologia). (2a ed.). São Paulo: Ática.

Peirano, Mariza G.S. (1992). *A Favor da Etnografia*. Série antropologia, Brasília: Mimeo.

Peixoto, G. (2003). Algumas considerações, com um pouco de história familiar, sobre a relação entre a loucura, a ética e a política no âmbito da Saúde Mental. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, Ética e Política: escritos militantes* (pp. 66-71). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pessotti , I. (1996). *O século dos Manicômios*. São Paulo: Editora 34.

Pitta, Ana (2001). Reorientação do Modelo de Atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de Saúde Mental. In *III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não*. Brasília: Recuperado em 18 de setembro de 2005: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf

Portaria Interministerial n. 1.055, de 17 Maio de 2006. (2006, 17 de maio). Instituiu Grupo de Trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Brasília: Recuperado em 05 de janeiro de 2007: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/Portarias/Port2006/GM/GM-1055.htm>

Rodrigues, Maria B. (2005). What are our differences? Reflections about cohabitation with diversity in italian schools. *Psicología e Sociedade*. Porto Alegre, (v. 17, n. 3). Recuperado em 10 janeiro 2007, da Scielo (Scientific Eletrocnic Library On Line): www.scielo.br

Rosa, dos Santos Cristina L. (2001). E a final, quem cuida dos cuidadores? In *III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não*. Brasília: Caderno de Textos. Recuperado em 18 de setembro de 2005: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf

Rotelli, F., Leonardis, O. & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In Nicacio, F. (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). 2ª ed. São Paulo: Hucitec.

Saraceno, B. (1999). *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zaneta e Willians Valentini. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora, Instituto Franco Basaglia.

- Sato, L. & Souza, M. P. R. (2001). Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. *Psicologia USP*. 12 (2). São Paulo. Recuperado em 9 fevereiro 2005, da Scielo (Scientific Eletrocnic Library On Line): www.scielo.br
- Scarcelli, I. R. (1998). *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 - 1992*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Scarcelli, I. R. (2002). *Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Schittar, L. A. (1985). A ideologia da comunidade terapêutica. In Basaglia, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (pp. 135-147). Rio de Janeiro: Graal.
- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia Social e Saúde: práticas, Saberes e Sentidos*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Spink, M. J. P., (2003, outubro). Subvertendo algumas dicotomias instituídas pelo hábito. In *Athenaea Digital*, 4. Recuperado em 10 de março 2005: <http://antalya.ual.es/athenea/num4/spink.pdf>
- Spink, M. J. P. (2004). *Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Spink, M. J. P. & Frezza, R. (2004). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos: A perspectiva da psicologia Social. In Spink, M. J. (Org.), *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a. ed.). (pp.17-41). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. P. & Lima, H. (2004). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In Spink, M. J. P. (Org.), *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a. ed.). (pp. 41-62). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. P. & Medrado, B. (2004). Produção de Sentidos no Cotidiano: uma Abordagem Teórico Metodológica para a Análise das Práticas Discursivas. In: Spink, M. J. (Org.), *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a. ed.). (pp. 41-61). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. P. & Menegon, V. S. M. (2004). Pesquisa Como Prática Discursiva: Superando os Horrores Metodológicos. In Spink, M. J. P. (Org.), *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a. ed.). (pp.63-92). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J.P. & Spink, P. K. (Orgs.) (2006). *Práticas Cotidianas e a naturalização da desigualdade: uma semana de notícias nos jornais*. São Paulo: Cortez.
- Spink, P. K. (2003, julho/dezembro). Pesquisa de Campo em psicologia Social: Uma Perspectiva Pós-Construcionista. *Psicologia e Sociedade*. 15 (2). Porto Alegre: Recuperado em 15 de mar 2005, da Scielo (Scientific Eletrocnic Library On Line): www.scielo.br
- Tuan Yi Fu (1983). *Espaço e Lugar: a perspectiva da experiência* (Oliveira, L., Trad.). São Paulo: Difel.
- Venetikides, C. H., Macedo, D. M., D'Andelis, W. L. R. , Valentini Jr., W. (2001). Saúde Mental: mais atenção para quem precisa. In *III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não*. Brasília: Caderno de Textos. Brasília: Recuperado em 18 de setembro de 2005: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf



Anexos

Anexo 1

Cronograma de atividade no hospital psiquiátrico

ago/05	set/05	out/05	nov/05	dez/05	jan/06	fev/06	mar/06
Apresentação com o Psiquiatra Denis (1)	Atividades diversas com a equipe de Terapia Ocupacional (6)	Atividades diversas com a equipe de Terapia Ocupacional (3)	Encontro com a equipe de voluntariado (3)		Contato com os profissionais. Pedido de novas indicações para entrevista (2)	Realização de uma entrevista (1)	Finalização da pesquisa com Irmã Lina (1)
Encontro e participação nos grupos de Psicologia (3).	Observação das rotinas (2)	Observação das rotinas (2)	Encontro com a assistente social (1)	Ausência do hospital para análise das entrevistas	Realização de uma entrevista (1)		
Encontro de planejamento de atividades com a Terapeuta Ocupacional (2)		Encontro com o Diretor Clínico para pedido de informações sobre internação e desinternação (1)	Coleta dos nomes dos indicados para entrevista junto aos profissionais (3)				
Observação no grupo com familiares com o psiquiatra Denis (1)		Entrega ao Diretor Clínico de informações tabuladas sobre internação e desinternação (1)	Realização das primeiras entrevistas (1)				

* em parênteses encontra-se o número de visitas feitas



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

End.: Rua Monte Alegre, 984. Perdizes. 05014-901 - São Paulo-SP - Brasil
Fone/fax: (011) 3670 8520 **E-mail:** pssocial@pucsp.br

São Paulo, 06 de maio de 2005

Ao Ilmo. Sr. Diretor do Serviço de Saúde Mental

Juliana Aparecida de Oliveira é aluna regular do curso de Mestrado de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, orientada pela Profª. Dra. Mary Jane P. Spink. Como exigência parcial para obtenção do título de Mestre, ela está desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “O fim da loucura institucionalizada? Os sentidos da desinternação para usuários de serviços de Saúde Mental”.

O estudo tem como objetivo entender os sentidos da experiência de internação e o enfrentamento da desinternação manicomial para usuários de serviços de saúde mental internados em hospital psiquiátrico. A pesquisa utilizará os procedimentos usuais da etnografia: observações, entrevistas e conversas, informações essas obtidas por meio da convivência com os usuários, profissionais e familiares. Focalizaremos o uso dos espaços institucionais ao longo de sua permanência na instituição, incluindo o processo de internação e de desinternação. O projeto de pesquisa completo segue em anexo.

Este tipo de abordagem de investigação científica traz contribuições importantes ao campo das pesquisas qualitativas, especialmente aquelas que se interessam pelas questões de desigualdade social e dos processos de exclusão.

Será solicitado às pessoas entrevistadas a assinatura no “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, após serem prestados todos os esclarecimentos quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa. Para estas pessoas, será garantido o sigilo integral de qualquer informação que possa identificá-lo. A identificação da Instituição, feita através de seu nome e/ou fotos, ocorrerá somente mediante a leitura final do trabalho por seus responsáveis e posterior consentimento escrito.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados, através da instituição, para consulta dos usuários, equipe profissional e familiares.

Informamos ainda que o projeto foi aprovado pela sub-comissão de Ética do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social e está sendo encaminhado para homologação do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Para fins de encaminhamento é necessário que a Instituição onde será realizada a pesquisa dê seu consentimento por meio da

assinatura da Folha de Rosto utilizada pelo CONEP. Entendemos, obviamente, que tal consentimento só terá efeito perante a aprovação final do projeto por parte do Comitê de Ética da PUCSP.

Agradecendo antecipadamente a sua colaboração, colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Juliana Aparecida de Oliveira
Pesquisadora

Prof^a Dra. Mary Jane P. Spink
Orientadora



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

End.: Rua Monte Alegre, 984. Perdizes. 05014-901 - São Paulo-SP - Brasil
Fone/fax: (011) 3670 8520 **E-mail:** pssocial@pucsp.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, _____, Diretor(a) da
Instituição _____,
ciente dos objetivos e procedimento previstos no Projeto de Pesquisa "O fim da loucura
institucionalizada? Os sentidos da desinternação para usuários de serviços de Saúde Mental",
autorizo a realização do mesmo nas dependências desta Instituição.

São Paulo, de _____ de 2005

Ass. _____

RG _____



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

End.: Rua Monte Alegre, 984. Perdizes. 05014-901 - São Paulo-SP - Brasil
Fone/fax: (011) 3670 8520 **E-mail:** pssocial@pucsp.br

Informação aos participantes

São Paulo, de 2005.

Prezado(a) senhor(a),

Gostaríamos de convida-lo(a) a participar de uma pesquisa sobre os sentidos da desinternação para usuários de serviços de Saúde Mental. Esta pesquisa está sendo realizada para obtenção do Mestrado em Psicologia Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e tem como objetivo geral entender os sentidos da experiência de internação e o enfrentamento da desinternação manicomial para usuários de serviços de saúde mental internados em hospital psiquiátrico.

Caso o Sr.(a) decida participar deste estudo, será feita uma entrevista semi-dirigida e individual, composta por questões sobre o tema e com tempo previsto de 40 minutos. As respostas serão gravadas em fita cassete e após a transcrição, serão inutilizadas, valendo ressaltar que somente a presente pesquisadora e a orientadora do trabalho terão acesso a estas respostas na íntegra.

Serão apresentados no trabalho final trechos de transcrições das entrevistas, porém não haverá identificação de qualquer participante, pois ao longo de todo o estudo utilizaremos nomes fictícios para a garantia do sigilo.

Sua participação é totalmente voluntária, não existindo prejuízo ou qualquer outro tipo de penalidade caso o Sr(a) não queira participar. Pelo mesmo motivo, durante a realização da entrevista, o Sr(a) poderá interrompê-la no momento em que desejar.

Se o Sr(a) decidir participar, ficará com uma via do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. A outra via ficará com a presente pesquisadora para prosseguimento do estudo.

Caso seja do seu interesse, ao final da pesquisa o Sr(a) poderá a qualquer tempo tomar conhecimento dos resultados ou contatar o Comitê de Ética desta Universidade para reclamar ou apresentar recursos.

Atenciosamente,

Juliana Aparecida de Oliveira
Pesquisadora

Prof^a Dra. Mary Jane P. Spink
Orientadora



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

End.: Rua Monte Alegre, 984. Perdizes. 05014-901 - São Paulo-SP - Brasil
Fone/fax: (011) 3670 8520 **E-mail:** pssocial@pucsp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

compreendo que toda a informação obtida neste trabalho, cujo projeto intitula-se "O fim da loucura institucionalizada? Os sentidos da desinternação para usuários de serviços de Saúde Mental", será estritamente confidencial não existindo a minha identificação. Por se tratar de pesquisa científica, os dados poderão ser publicados, mantendo-se em sigilo quanto a minha identificação.

Obtive todas as informações necessárias para decidir conscientemente a minha participação.

São Paulo, de _____ de 2005

Participante:

Ass.: _____

RG: _____

Pesquisadora:

Ass.: _____

RG: _____