

Psicologia, Saúde e Doenças  
Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde  
spps@clix.pt  
ISSN (Versión impresa): 1645-0086  
PORTUGAL

2003  
Maria Inês Badaró Moreira / Ângela Nobre de Andrade  
OUVINDO LOUCOS: CONSTRUINDO POSSIBILIDADES DE VIVER COM  
AUTONOMIA  
*Psicologia, Saúde e Doenças*, año/vol. IV, número 002  
Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde  
Lisboa, Portugal  
pp. 249-266

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

## **OUVINDO LOUCOS: CONSTRUINDO POSSIBILIDADES DE VIVER COM AUTONOMIA**

Maria Inês Badaró Moreira<sup>1</sup> & Ângela Nobre de Andrade<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Vale do Rio Doce,  
Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil

<sup>2</sup> Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo,  
Vitória, Espírito Santo, Brasil

---

**RESUMO:** Análise sobre a autonomia dos portadores de transtorno mental grave, sob o olhar do próprio usuário. Pesquisa de cunho qualitativo, com análise de dados de prontuários médicos e entrevistas. Participaram deste estudo seis usuários de um centro de atenção em saúde mental no Estado de Minas Gerais/Brasil. A partir da análise de conteúdo das fontes, observou-se que têm habilidades sociais compatíveis com sua manutenção na comunidade, estabelecem bom nível de comunicação e entendimento de sua condição de vida. Percebe-se que os usuários inseridos nesse serviço são capazes de estabelecer trocas com a comunidade em geral e realizam atividades sociais que sugere conquista de autonomia. Contudo ainda estão vivendo em mundos restritos, com estreitos espaços de trocas, o que dificulta o estabelecimento dos contratos sociais, que poderia gerar mais autonomia. Conclui-se que o alto nível de miserabilidade e a pouca integração entre os profissionais e a comunidade têm influenciado negativamente nesta conquista.

*Palavras chave:* Autonomia, Cuidados comunitários, Saúde mental, Serviços abertos.

---

## **LISTENING TO THE INSANE: BUILDING POSSIBILITIES OF LIVING WITH AUTONOMY**

**ABSTRACT:** Analysis about the autonomy of serious mental disturbance carries under the subjects own. Quality research with analysis of data from medical reports and interviews. Six subjects of a Mental Health Attention Center of Minas Gerais/Brazil participated in the study. From the analysis of the content of the sources it was observed that they have compatible social abilities with their maintenance in the community, they establish a good level of communication and understanding of their life condition. It is perceived that the subjects engaged in these services are able to establish meaningful changes with the community in general and accomplish social activities considered autonomous production. However, they are still living in restrict worlds, with narrow changing spaces which make it difficult to establish social contracts that could create more autonomy. It is concluded that the large misery and the little integration among psychology apparatus and the community are negative influence for this conquest.

*Key words:* Autonomy, Mental health, Outdoors services, Care community.

---

A estrutura manicomial brasileira vem sendo questionada desde a década de 70, por ter se transformado em local de exclusão, de abandono e de maus-tratos. Na década de 90, pelas modificações dos perfis políticos de vários

municípios, foi iniciada a implantação de novos modelos de assistência em saúde mental. Para o Ministério da Saúde (1999), os serviços que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos devem ser de média complexidade, com atenção diária, oferecendo serviço com equipe multiprofissional, podendo ter extensão de atividades profissionais, moradia, lazer e cultura. Esses serviços pretendem que o portador de sofrimento psíquico seja assistido em sua comunidade, sem retirá-lo do convívio.

O Ministério da Saúde (MS), sustentando a resolução da Lei 10.216 (Brasil, 2001), ao propor uma política de saúde mental, afirma como meta a substituição do enclausuramento nos hospitais por uma assistência comunitária, apresentando como consenso que o lugar de tratar problemas de interação humana é onde eles acontecem. As condições nas quais esses serviços foram, e vêm sendo, implantados apontam um modelo em construção, em que os serviços se apoiam no pensamento de inclusão do usuário na vida familiar e comunitária.

Carvalho e Amarante (1996) discutem a importância da avaliação dos serviços de saúde mental surgidos no Brasil, tendo como ponto fundamental a interligação do sujeito com a sua comunidade. Os autores propõem que sejam utilizadas metodologias predominantemente qualitativas que possibilitem analisar o grau de autonomia do sujeito. Acreditam que tal análise se apresenta como parâmetro mais enfático para a avaliação desses serviços. Neste sentido, podemos considerar que este estudo se aproxima de uma avaliação de serviço.

#### Buscando conceituar autonomia

Para esclarecer o termo autonomia, temos: "... faculdade de se governar por si mesmo; direito ou faculdade de se reger (uma nação) por leis próprias; liberdade ou independência moral ou intelectual [...] propriedade pela qual o homem pretende escolher as leis que regem sua conduta" (Ferreira, 1999, p. 163). O termo autonomia é definido também por Doron e Parot (2000) como oposição à heteronomia; designa o processo pelo qual um homem, ou um grupo de homens, adquire ou determina por si mesmo suas próprias regras de conduta. A capacidade para exercer a autonomia apresenta o resultado da interiorização de regras e de valores em consequência de um processo de negociação pessoal com os diversos sistemas normativos de interdependência e de obrigações sociais.

Vale a pena considerar o trabalho de Leal (2001), em que faz um levantamento bibliográfico utilizando publicações identificadas com a reforma psiquiátrica no período de 1986 a 1998. Desse material, ressaltam-se quatro formas distintas de compreender o termo autonomia, contudo utilizaremos o sentido de autonomia em que é definida como a capacidade de o indivíduo gerar normas para a sua vida a partir da ampliação de suas relações sociais. Esse conceito articula indivíduo e sociedade, uma vez que o remete a uma rede de relações sociais. Considera-se como autônomo aquele que se articula ao maior número de relações sociais. Tal como defende Kynoshita (2001), seremos

autônomos quando formos capazes de estabelecer contratos sociais. Isso possibilitaria estabelecer novas normas para as diversas situações enfrentadas.

Nessa perspectiva, a produção de autonomia, aqui analisada, representa o processo em que o sujeito passa a relacionar e interagir com a comunidade de maneira que requer menos dispositivos assistenciais, seja do próprio serviço, seja do entorno social mais próximo (familiares, vizinhos, amigos, etc.), mantendo-se numa rede de relações sociais que possibilitam viver em comunidade. São esses elos que proporcionarão a capacidade de gerar suas próprias normas.

O indivíduo autônomo é aquele que não se mantém refém de determinações únicas; é capaz de estabelecer relações pessoais e sociais em diversas instâncias. Esse conceito pressupõe pensar como cada sujeito constrói uma rede diferenciada de relações sociais individuais antes da experiência da crise configurada como um transtorno psíquico. Após a vivência do episódio de adoecimento psíquico com internação asilar, ao retornar à família, seu grau de autonomia apresenta-se diferente.

O conceito está vinculado à singularidade de cada indivíduo, à sua história de vida e ao contexto em que está inserido. Uma construção pessoal única, histórica e social que se dá no âmbito do individual, mas que não pode se restringir a ele. Enfatizamos a possibilidade de esses sujeitos enfrentarem quotidianamente o mundo, de modo a interferir nele; numa relação cotidiana que permite construir soluções para as dificuldades e os problemas que se apresentam.

A partir da análise de conteúdo de prontuários médicos de um serviço de atenção à saúde mental, buscamos analisar o que se constrói quotidianamente nesse espaço que possibilita que o usuário viva com autonomia e verificar até que ponto as modificações implementadas nesse tipo de modelo assistencial tem, de fato, proporcionado sua autonomia. Para buscarmos responder a essas perguntas, objetivamos com este estudo: verificar até que ponto as modificações com a implantação do novo modelo de atenção substitutivo têm possibilitado a promoção de autonomia em seus usuários.

## MÉTODO

Utilizamos a abordagem qualitativa, uma vez que, nesta, a “... ênfase recai sobre a compreensão das intenções e do significado dos atos humanos” (Alves-Mazzoti, 1998, p. 146). Ressaltamos a importância do método qualitativo para propiciar um conhecimento daquilo que está fazendo sentido para o sujeito naquele determinado contexto, isto é, a produção de sentido que ocorre quando o sujeito é convidado a falar sobre determinado tema.

### Participantes

Participaram deste estudo seis usuários do Centro de Referência em Saúde Mental (CASAM), localizado na cidade de Coronel Fabriciano, no Vale do

Aço – Minas Gerais. A faixa etária dos participantes é de 35 a 43 anos, sendo quatro homens e duas mulheres.

#### As fontes

Para alcançarmos nossos objetivos, procuramos obter informações dos participantes por meio de duas fontes:

- prontuários médicos;
- entrevistas realizadas com os usuários.

Por meio dos prontuários, realizamos análise documental como técnica exploratória (Lukde & André, 1986), a fim de construir a história dos participantes e conhecermos a percepção da equipe (médicos, enfermeiro, assistente social, psicólogos) sobre o usuário. Foi possível encontrar um conjunto inicial de categorias que serviram de apoio para as entrevistas posteriores.

Para as entrevistas, optamos pela confecção de um instrumento flexível, dando ênfase ao caráter interativo da relação dialógica. Com base em Queiroz (1991), construímos um instrumento semi-estruturado, contendo uma lista de tópicos que deveriam ser abordados em uma entrevista dialogada, caso não aparecessem espontaneamente no diálogo.

#### Análise dos dados

O tratamento dos dados privilegiou uma análise qualitativa, devido à necessidade de elementos que possibilitem uma extensiva gama de informações para compor as histórias dos participantes. Apoiamo-nos em Bardin (1995), que sugere uma postura mais vigilante e crítica do pesquisador. A autora define como análise de conteúdo o conjunto de técnicas que visam a obter indicadores que permitam o conhecimento das condições de produção e recepção das mensagens. Para isso, propõe o estabelecimento de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento propriamente dito.

Tendo em vista que esta pesquisa não pressupõe uma análise quantitativa do material coletado, definimos como categorias os principais dados que apontam para uma análise da produção (ou não) de autonomia do sujeito em questão. Procedemos à análise dos dados dos prontuários e dos textos resultantes da transcrição das entrevistas. A análise exaustiva desses documentos permitiu uma interpretação extensa e fiel dos discursos.

## RESULTADOS

#### Apresentação e discussão do conteúdo dos prontuários

Algumas dificuldades já se apresentaram na realização do levantamento dos prontuários, uma vez que estes não acompanham uma padronização. São

redigidos de acordo com cada um dos profissionais, alguns expõem maiores detalhes da consulta com os pacientes, outros menos e outros ainda não relatam pontualmente. Assim, como não há uma norma, relatam diferentes dados que eles consideram relevantes. Essa falta de estrutura nos prontuários médicos, ao mesmo tempo, permite, de acordo com o profissional em questão, tanto uma maior flexibilidade e riqueza de anotações como uma limitação de exposição de dados sobre o paciente.

Esses prontuários são documentos internos das unidades de saúde e apontam a evolução do paciente. Trazem dados sobre a chegada do paciente ao serviço, seu diagnóstico, intervenções terapêuticas, medicamentos prescritos, referência e contra-referência de serviços afins, dados importados do hospital de origem do paciente, visitas domiciliares que tenham sido solicitadas, pareceres dos profissionais que atenderam o paciente e demais informações.

Confeccionamos o Quadro 1 para apresentar cada um dos participantes. Os participantes tinham atividades produtivas antes do evento do seu adoecimento. O núcleo familiar é bastante reduzido, com exceção de um participante que tem uma extensa família. Apenas um dos entrevistados não tem nenhuma fonte de renda fixa, mantendo sua família com vendas diárias.

#### Quadro 1

##### *Dados sociodemográficos*

Participante Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão*	Núcleo Familiar**	Ano de inserção no serviço	Ano da última internação
P1 M	43	Solteiro	1º. Grau	Tipógrafo	2 irmãos	95	nov./99
P2 M	34	Solteiro	4ª. Série	Operário	Tia, Mãe	96	fev./00
P3 M	40	Solteiro	1º. Grau	Músico	Irmã	96	abr./97
P4 M	37	Solteiro	4ª. Série	Marceneiro	Mãe, 9 irmãos, 1 sobrinho	96	dez./98
P5 F	40	Solteira	4ª. Série	Do Lar	Pai, Mãe, Filho	95	nov./95
P6 F	42	Solteira	2º. Grau	Professora	Pai, Mãe	95	jul./97

*Nota.* \*Profissão do usuário antes da internação, mesmo que atualmente esteja aposentado; \*\*Consideramos núcleo familiar as pessoas que residem na mesma casa com o paciente.

#### Crenças e modos de vida cotidianos

Na análise documental, encontramos algumas categorias representativas de como estão organizadas suas vidas e suas relações com a família e o serviço. A análise dos prontuários foi tanto uma fonte de dados iniciais, servindo de guia para darmos prosseguimento à pesquisa, como também para operacionalizar as informações da equipe sobre os usuários do serviço.

Verificamos que, como os prontuários são escritos por diferentes técnicos, apresentam diferenciação de informações. Aqueles mais atentos às questões de aspecto relacional e social do paciente tomam o cuidado de registrar tais informações, porém aquele que mantém ainda uma visão biológica se limita à

descrições de alteração de comportamento ou sintomas. Não havendo essas alterações, não se têm registros.

Percebemos que as famílias dos participantes ainda não estão efetivamente integradas às atividades nesse serviço. O envolvimento familiar aparece registrado apenas em dois prontuários analisados. Contudo podemos observar que o pedido de internação vindo da família aparece registrado em quatro deles. Não raro a família solicita a internação como justificativa de que estão cansados ou insinuam riscos de agressão.

Apenas um dos prontuários registra o pedido de internação vindo do próprio paciente. Ele passa por todos os técnicos fazendo o mesmo pedido em função das dificuldades encontradas para restabelecer sua vida após a internação. Encontramos também o pedido descrito de que amarrassem a paciente, vindo da própria paciente, amedrontada com a possibilidade de realizar algo “errado”.

Em três prontuários, encontramos descrição de apoio religioso. Esse dado passa despercebido pelos técnicos, uma vez que somente aparecerá se o usuário fizer menção ou apresentar algo que revele sua religião.

Registros sobre o descuido com o corpo e o aspecto bizarro no vestir e falar aparecem nos dois mesmos prontuários, apresentando o grau de desligamento desses usuários com as regras sociais. Verificamos, que nesses prontuários, também está registrada grande oscilação dos quadros sintomáticos dos pacientes, o que nos permite afirmar que, na medida em que ele vai se desorganizando, ou voltando a apresentar um quadro compatível com retorno à crise, vai se distanciando das noções de higiene.

Cinco prontuários registram alguma dificuldade de obter ou manter laços sociais. Nesses mesmos prontuários encontramos dificuldade de inserção nos dispositivos assistenciais e mau uso da medicação, o que aparece tanto com uso de doses elevadas, mal associadas e ainda o não uso da medicação prescrita.

Nos prontuários analisados, têm-se registros sobre a diminuição dos quadros de sintomas apresentados inicialmente. Em três aparece oscilação do quadro sintomatológico e variação de medicamentos. Esses registros são feitos mais comumente pelo psiquiatra, contudo outros profissionais anotam sua atenção e cuidado com os efeitos da medicação utilizada.

Em apenas um dos prontuários encontramos registro de participação em oficinas terapêuticas, contudo percebemos que, após a chegada da internação, os usuários são recebidos na oficina na tentativa de provocar elo com outros grupos.

#### Garimpando informações sobre autonomia

Na análise das entrevistas, nos orientamos em busca de determinações, contradições e relações existentes nas falas dos participantes. Criamos temas centrais “... entendidos assim, menos pela frequência e mais por ser aqueles que motivam, geram emoções e envolvimento” (Aguilar, 2001, p. 135). Esses

temas podem ser assim agrupados: a possível causa de sua doença, internações, retorno à convivência familiar, participação em atividades comunitárias, uso do medicamento, administração de dinheiro, a vivência do tempo.

#### A possível causa de sua doença

Todos os entrevistados, de alguma maneira, expressaram-se sobre a possível causa da doença. As causas apresentadas giram em torno de um excesso, algo a mais, fora do ritmo, um descontrole. Referem-se à doença como algo da cabeça ou da emoção. Também foi apresentada como algo externo, estranho a ele, por exemplo: um envenenamento. Percebem-se com alguma característica que os diferencia dos demais, uma diferença pela negatividade, ou seja, sentem-se menos. Apontam um descontrole físico que altera sua inserção social ao criar dois tempos de vida: um tempo de crise e um tempo em que se sentem bem. Essas explicações extrapolam a condição individual, transbordando para o contexto familiar, comunitário e suas relações sociais. Em tempo de crise, dispara-se o controle externo a fim de retornar a um estado considerado normal.

No estudo de Machado (2001), sobre a representação que o doente mental elabora do seu processo saúde-doença, os entrevistados tentam entender e explicar o que pensam, como vivem e agem por meio de conhecimentos culturalmente estruturados, como a psiquiatria e a religião. Percebem essa gênese mesclando a história individual, a história social e toda uma gama de significados anteriormente estabelecidos. Relatam um certo mecanismo de controle, já que o que saiu do lugar precisa de uma moderação.

No presente estudo, todos os paciente apresentam explicações relativamente objetivas e claras sobre o próprio processo concebido como doença:

- P6: *Eu acho que eu não consigo controlar bem minhas emoções. Acho que é isso. É doença, não sei se vem da cabeça, do coração, mas sou doente. Quando eu era bem mais moça, fiz EEG (Eletroencefalograma), deu disritmia cerebral... tem coisa que anda normal, outras andam fora do ritmo. Eu não sei se sou ansiosa demais, ou nervosa demais. Mas tenho alguma coisa relacionada com as emoções.*
- P3: *Eu adoeci. O veneno adoeceu eu. Eu fiquei com muita dor de cabeça. O cheiro dele é muito forte. Dava muita dor de cabeça, o veneno. Fiquei lá em Belo Horizonte. Custou a tirar o veneno da minha cabeça... Já internei umas vinte vezes, agora eu não tô indo mais, não.*

Os motivos que justificam as internações são de ordem familiar ou social, sempre retratando o desencadeamento de problemas não suportados socialmente, em função de alteração de comportamento e estranhamento às suas atitudes. A internação parece ser sugerida sempre pelos familiares. O ambiente familiar é marcado por imprevisibilidade, uma vez que está norteadado pelo acontecimento de uma próxima crise. Ainda que não seja deflagrada uma nova



crise, a expectativa familiar quanto à sua ocorrência tem permitido que qualquer alteração de comportamento seja referida a um retorno à crise.

### Internações

Os entrevistados apresentam vivências diferenciadas quanto à internação, uma vez que cada um deles foi internado por motivos distintos, como agressão à família, gastos excessivos, por perambular pela cidade ou falta de cuidado consigo mesmo.

De qualquer maneira, a internação registra a entrada no mundo da Psiquiatria e os referencia como doentes mentais. Inaugura sua *carreira moral* como um louco tal qual aponta Goffman (1974), uma vez que inicia algumas mudanças radicais progressivas em suas crenças a respeito de si e dos outros. Para este autor, o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si construída pelas relações sociais disponíveis até aquele momento. Mas ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por estas disposições, passando a modificar suas crenças. Sua entrada no mundo institucional representa um corte com o mundo anterior e inaugura sua nova condição.

Esse evento, no caso de P6, altera significativamente seu destino social, ao transferir para carreira psiquiátrica o que antes seria uma carreira profissional.

P6: *Foi uma época em que eu estava formando para professora. Fui fazer o estágio. Achei que a professora ia achar ótimo, só tirava 10. A professora achou que não tava bom, eu não estava pronta, a nota que eu tirei foi I. Ela me deu I de Insuficiente... Eu comecei a chorar. Não na frente da professora, mas fui pra casa, chorando muito, e falei com minha mãe que nunca seria professora... nunca mais fui a mesma. Logo em seguida, veio a primeira internação no Hospital psiquiátrico... Queria fugir do Hospital, sair de lá, achava tudo ruim, achava tudo ruim. Queria fugir de lá... Sentia mal, sentia presa. Não era aquilo que eu queria. Sentia que queria melhorar, estar bem, mas não era estar presa. Estar proibida de conversar com meus amigos, minha família, do mundo lá fora... Achei horrível.*

Nesse caso, ao finalizar o segundo grau, o ingresso na vida profissional foi interrompido e substituído por seu ingresso na carreira de doente mental. Se, até aqui, sua suposta fragilidade emocional não havia se revelado, deu-se início à sua identificação como “descontrolada”. A partir daí, o descontrole e o excesso vão nortear sua relação com o mundo, permitindo sua existência em liberdade ou não.

Todos os participantes fazem referência a alguma atividade atual, ainda que não tenham retornado a uma função produtiva. P5 faz referência ao trabalho na igreja e P1 se lamenta por ter perdido sua função produtiva na sociedade, uma vez que, antes da internação, desenvolvia atividades de tipografia e atualmente essa profissão já não existe.

Nos casos a seguir percebemos que a carreira também foi interrompida. Após a internação se aposentaram ou foram demitidos, saindo de um estilo de vida laboral produtiva para se tornarem dependentes financeiramente. Em decorrência disto, entram com o pedido de assistência do Governo, por meio da aposentadoria do INSS. É visível o distanciamento destes participantes de uma dimensão de suas vidas que antes existia e que não conseguem retomar. Ao se perceberem afastados do trabalho que mantinham anteriormente, P1, P2 e P3, ressaltam a descrença em retornar a uma forma de vida já estabelecida antes da internação.

P2: *Fiquei meio mole, tonto. Fui pro Hospital Psicominas. Tem uns três anos. Antes trabalhava de fazer muro. Trabalhava numa empresa... Trabalhava lá tinha uns cinco anos. A empresa me aposentou... Eles amarraram eu. Eu tava muito nervoso. Me deram injeção. Fiquei três meses lá... Eu ficava nervoso, batia nos outros no Hospital.*

P3: *Eu tive um coisa na cabeça. Eu trabalhava... eu tocava na banda. Sou músico. Fiquei atrapalhado da idéia. Eu não sei que fiz... Eu toco na banda, ainda... Trabalhava na (nome da empresa)... Teve uma vez que eu adoeci lá dentro, por causa do veneno das madeiras. As madeiras de lá são tratadas com veneno. Um óleo veneno, um veneno muito forte. Lá eu assentava, troca de dormente. Trocava, tirava os velho que tava estragado e assentava os novo. Na linha de ferro, punha chave, parafusava e trocava tudo...*

O fato de estarem internados também gerava a sensação de prisão que fazia com que, a princípio, se recusassem a estar ali. O que se apresenta, em seguida, é uma certa conformidade na manutenção desta situação, o que faz com que, aos poucos, aceitem a internação. Essa melhor aceitação pode se dar devido à inserção de equipes multiprofissionais nos hospitais psiquiátricos. Percebe-se o vínculo de alguns pacientes com as oficinas ou momentos de atividades coletivas.

A partir desses pequenos espaços de troca, os participantes desta pesquisa nos mostram que foram capazes de criar laços. Parece-nos que sua institucionalização foi, aos poucos, sendo configurada. Como passaram várias vezes pelos hospitais, acabaram por conhecer os residentes, ou até mesmo, por coincidência, o mesmo grupo se encontrava em determinada época. Depois da internação, alguns mantiveram contato por carta ou telefone com outros internos.

Um dos participantes (P1) expõe com clareza seu pedido de retorno ao hospital psiquiátrico. Essa solicitação causa um desconforto naqueles que acreditam que o melhor lugar para ele é do lado de fora. Ele insiste que não, fazendo uma análise de sua forma de estar no mundo do lado de fora que julga ser menos digna que no interior do hospital. Relata e faz todos os cálculos de seu “benefício do Governo” e de suas reais necessidades. É curioso como P1 é capaz de fazer uma análise de como é bem cuidado: comida na hora certa,

roupa lavada, cama arrumada, fazia a barba todos os dias e tinha como fazê-lo. De fato, não se acha apto a viver com qualidade de vida semelhante à que teve quando morando no hospital, comparando com o que hoje tem disponível.

### Retorno à convivência familiar

Nas entrevistas analisadas, a participação familiar aparece timidamente, e, de modo geral, negativamente. Diferentemente da observação de Villares (2000), os participantes dessa pesquisa não têm a família como um ponto de apoio. Um dado revelado também nos prontuários é que a família, quando aparece, vem fazendo pedido de reinternação, se dizendo cansada de conviver com seu familiar. É o que podemos perceber na análise destes exemplos:

P6: ... quando ficava doente, era contra minha família. Achava que eles estavam contra mim, tinha mania de perseguição. Eu achava que eles queriam meu mal, mas não é. Sempre que ficava me sentindo mal, escondia porque achava que eles iam me internar. E iam mesmo. ... Antes da internação eu ficava fugindo. Pegava um ônibus e fugia quando minha mãe me levava em algum médico. Minha mãe me levava pra consultar e eu fugia, pegava um ônibus e fugia. Minha mãe ficava sem saber o que estava acontecendo comigo.

A reinserção desses pacientes encontra dificuldade nesse ponto que deveria ser o ponto de apoio, mas, na maioria das vezes, funciona como desestruturador. P3 vê-se constantemente explorado pela irmã que lhe tira tudo, fazendo o uso de seu dinheiro sem seu conhecimento. Não raro apresenta-se agressivo e violento por essa razão. Observa-se que a figura da mãe aparece como central, quando se trata da família. De modo geral é ela quem vai em busca de ajuda, norteia o tratamento e às vezes o acompanha ou o estimula a participar das atividades.

Em pesquisa realizada por Bandeira (1993) sobre o retorno à comunidade, cinco fatores apresentam-se importantes para evitar a reinternação: adesão ao medicamento, suporte social, resignação em relação à sua própria doença, abstinência de álcool e de drogas e esforço das pessoas de seu ambiente. Estima-se que os pacientes que não retornam ao hospital, possuem um suporte em seu ambiente. Esse suporte advém, não somente do acolhimento das pessoas, mas de uma disponibilidade do paciente em aceitar que necessita de ajuda, com conseqüente adesão ao tratamento.

No caso dos nossos entrevistados, percebemos que não encontram esse suporte contínuo em suas famílias. Estas, ora se dirigem ao CASAM para relatar dificuldades com o seu familiar, num pedido de ajuda para convivência, ora pedem internação indiscriminada por se sentirem cansados.

A importância da família nas atividades dos serviços também deve ser ressaltada. No presente estudo, a não participação dos familiares nos projetos

terapêuticos dos usuários aparece como uma falha nesse processo. Esta inclusão da família se apresenta fundamental na medida em que esta, além de se sentir cansada com o transtorno causado com um evento psiquiátrico, também se apresenta transtornada. Poderíamos pensar não só na inclusão como usuários, participantes de grupos de apoio, como também como agentes ativos contribuindo nas decisões tomadas pelos técnicos, sobre o plano de acompanhamento de seu familiar.

#### Participação em atividades comunitárias

Alguns mantêm a atividade religiosa como principal, participando ativamente de eventos e grupos de oração. P5 encontra seu “trabalho comunitário” na pregação. Percebemos que os nossos entrevistados que têm uma maior participação da vida na comunidade apresentam melhor articulação, são capazes de ter atividades mais elaboradas.

P6: *Freqüente NA (Neuróticos Anônimos), CCA (Comedores Compulsivos Anônimos) e o ALANON (Grupo de apoio aos familiares de Alcoolistas Anônimos). Sou católica, vou à Igreja, faço parte de vários movimentos na Igreja: adoração do Santíssimo, viagens para grupos de oração, Sociedade São Vicente de Paulo, Comunidade Eclesial de Base (CEBES). Eu quero mudar... Sou professora formada. Já tive vontade de estudar mais, mas a família acha que estudar esquenta muita cabeça.*

Os diversos grupos de auto-ajuda freqüentados por P6 nos indicam quais pontos de apoio os usuários deste serviço vêm buscando. Diferente da posição passiva que o enclausuramento proporcionou, a liberdade de participação nos mais variados segmentos da sociedade é uma herança deste trabalho paulatino de desinstitucionalizar o ex-paciente psiquiátrico para além dos muros das instituições em que foi internado.

Sobre a influência da religião, Machado (2001) ressalta que a religiosidade exerce função integradora desses indivíduos na sociedade, possibilitando acalmar conflitos internos e familiares. Entretanto, pode exercer uma função desintegradora quando exacerba o sintoma, desampara-o diante da culpa e o desacredita como ser socialmente capaz. Sendo assim, algumas religiões também acabam por manter o estigma de “possuído”.

De modo geral, o papel da Igreja revela-se importante, nos casos de P2 e P5, já que a família não tem conseguido desenvolver o papel de apoio. Nos exemplos analisados, percebemos que alguns usuários buscam apoio nos diversos grupos que freqüentam. Percebemos que a participação na comunidade pode devolver o sentimento de pertença às atividades sociais.

P2: *Eu sou crente. Vou à igreja, mas vou sozinho. Minha mãe às vezes vai... Eu jogava bola, mas torci a perna, não jogo mais... Venho todo dia, todo dia faço uma coisa. Minha mãe nunca vem, não. Antes eu ficava só deitado,*

*era ruim demais. Hoje tá bom [...]. Agora minha vida tá boa. Eu trabalho, capino quintal lá perto de casa mesmo. Eu ajudei fazer a igreja, construí a igreja, agora sou membro da Igreja. Tem dia que faço barraquinha, ajudo.*

- P3: *Eu tô resolvendo um problema na rodoviária. Um problema do Exército, da Marinha, Aeronáutica. Lá na rodoviária. Tem uma pintura que eu tô fazendo lá... agora eu tenho um problema pra resolver pro Governo que vive atrás de mim, para resolver esse problema tenho que contratar pra Marinha, Exército e Aeronáutica. Marinha e Aeronáutica, tenho que achar os agente secretos. É muito serviço, tenho que olhar isso primeiro.*
- P4: *Eu trabalhava numa fábrica de móveis, no Caladinho. Depois que eu saí de lá, meu patrão faleceu. Eu fazia móveis, era ajudante de marceneiro... Lá eu mexia mais com acabamento...eu passei aqui, porque eu estou vendendo vassoura e rodo, dei uma passada por aqui para ver se eu vendia alguma coisa... Já vendi sorvete, muitas coisas. Eu ajudo em casa, compro cigarro. Uma igreja que tem lá perto de casa, quando me chamam pra ir eu vou. Às vezes, eu vou, mas é difícil eu ir... Eu pego as coisas pra vender, fico o dia inteiro vendendo.*

A condição imaginativa de P3 ressalta uma forma, bastante peculiar, de se fazer necessário. Mantém-se na “ativa” como personagem central de uma tarefa importante para o Governo. O trabalho desenvolvido por P4 e sua preocupação com a manutenção de sua família nos indicam que, ainda que ele passe por eventos extremos de sofrimento psíquico, sua função de mantenedor possibilita um retorno rápido ao seu trabalho.

O que poderia nos causar estranhamento na análise dos prontuários em relação ao pedido de internação vindo de P1, modifica-se ao analisarmos a situação de entrevista. O entrevistado apresentava muita clareza em expor suas idéias, não deixando dúvidas de suas intenções. O desejo de internação representa para ele o resgate de condições mínimas do que, para ele, seja uma vida digna. Seus pedidos não são por questões de sobrevivência, mas dignidade. “Fazer a barba”, “ter hora para almoço”, “dormir em cama limpa”. Não se trata de uma reclamação por falta de comida ou abrigo, mas de um hábito adquirido e mantido por anos. Quando retorna, com a morte do pai, passa a conviver com os dois irmãos, não menos confusos que ele. A casa perde o aspecto de lar e passa a ser uma verdadeira “casa de doido”, mas ele não consegue se adequar a essa forma de viver, portanto permanece solicitando seu retorno ao hospital psiquiátrico.

Ressalta-se que os principais problemas encontrados na comunidade têm sido no sentido da adaptação social e ocupacional, além da adesão ao tratamento medicamentoso. Ou seja, não basta somente trazer o usuário para a comunidade, mas se faz necessário provê-lo de condições mínimas/dignas de sobrevivência.

### Uso do medicamento

Ressalta-se nas entrevistas a necessidade que tem o paciente de relatar sobre o tratamento e a medicação. Como apresentado anteriormente no estudo de Bandeira (1993), um dos fatores que parecem proteger os pacientes de um retorno ao hospital é a adesão ao tratamento. Acreditamos que esse fator une-se ao próprio entendimento de que se tem uma doença. Entretanto, a questão da adesão ao medicamento parece um problema, porque, na medida em que se tem a diminuição ou desaparecimento temporário dos sintomas, não se percebe mais a necessidade de medicamentos. O cuidado com a utilização de psicotrópicos deve ser redobrado, já que sua carta de efeitos colaterais se agiganta quando associados a outros remédios, álcool ou outras drogas.

Quatro dos entrevistados não utilizam a medicação como prescrito, nos horários adequados ou em quantidades determinadas. Às vezes, aparece associação ao álcool. Mesmo os dois entrevistados que, atualmente, apresentam um cuidado regular com a medicação, na análise do prontuário, este é um dado que se ressalta: ao perceber a diminuição dos sintomas que o incomodavam ou incomodavam sua família, o usuário interrompe a utilização do uso de sua medicação, muitas vezes deixando de comparecer a qualquer atividade que diga respeito à possível doença.

### Administração de dinheiro

Todos os participantes, de alguma forma, relatam sobre como administram ou não o dinheiro. As indagações de P1, P2, P4 e P6 sobre seu dinheiro, relatando seus gastos, indicam-nos que têm total autonomia no gasto de seu salário de aposentadoria. O que percebemos no relato de P3 e P5 é que acabam por se sujeitar a que outros cuidem do seu dinheiro. As últimas famílias têm o benefício do Governo como única fonte de renda.

*P6: Meu dinheiro é problemático. Eu sempre administrei bem meu dinheiro, mas quando você deixou o serviço, eu fiquei um pouco desestruturada e gastei demais. Comprei sapato, roupa, fiquei um pouco desestruturada [...] Eu administro meu dinheiro, mas neste mês foi difícil. Eu tenho uma poupança na CAIXA (Caixa Econômica Federal), recebo pelo Itaú. Acho que era um pouco de ansiedade, comprei tudo para ficar bonita pro S.*

*P2: Eu recebo. Eu faço compra. Passo no centro e faço compra pra casa. Compro arroz, feijão. Guardo tudo na cabeça. Sobra e eu pago luz e água. Eu tenho carteirinha, não pago passagem.*

As condições de trabalho encontradas pelos participantes desta pesquisa são sempre inferiores às deixadas antes da internação. P4 não tem renda fixa, não quis se aposentar, mantém sua família com seu trabalho de venda de rodo e vassoura. Nessa função, passa todos os dias no serviço vendendo seus produtos.

A irmã de P3 é quem tem a posse de seu cartão de recebimento, não deixando que ele receba ou saiba o que é feito com seu dinheiro. A crença religiosa de P5 faz com que obedeça as sugestões de sua mãe sobre o que fazer com o seu pagamento.

As lamentações de P1 se centralizam na sua falta de dinheiro e recurso para viver com o que ele chama de dignidade. Traz anotações sobre como tem dividido os recursos que disponibiliza para viver sozinho. Fez várias tentativas de alugar um local para ficar, mas sempre tem problemas, porque isso não basta, é preciso adquirir móveis, eletrodomésticos, fazer compras, etc. Para ele, o retorno a uma função produtiva se faria no sentido de adquirir novas habilidades profissionais, uma vez que a tipografia não lhe dá mais condições de trabalho.

### A vivência do tempo

Apenas um dos entrevistados faz referência à perspectiva futura. Em todas as outras entrevistas, não se fazem presentes considerações sobre planos para vida. O dia-a-dia, as atividades diárias e a simplicidade cotidiana ressaltam-se. Não se faz menção a um depois. O tempo é sempre definido como o instante presente, não há um depois. Não se trata de um tempo sem vida, uma vez que suas vidas estão inseridas na lógica de tempo vivido por ele. Uma concepção de vida e de tempo bastante diferente.

Há um tempo intenso, um aqui agora que se conecta com a urgência da possibilidade de viver o tempo presente. São momentos separados pelo cotidiano e por suas contingências, aquilo que se faz necessário a cada instante. Podemos retomar a análise da vida subdividida em tempos de crise e um outro tempo de não-crise, que são tempos distintos. Viver o momento presente com as demandas de cada tempo sem a neurótica preocupação com um depois, uma vez que as preocupações futuras remetem a um planejamento em uma perspectiva que não está aqui, neste instante. Assim como em La Borde, é o tempo do agora: a hora para cada atividade e cada compromisso; aqui também “não se trata de algo sem vida, ou rígido; ao contrário, é como se fosse um tempo biológico onde cada ‘agora’ é vivido como único e infinito, intenso e não extenso..depois vem o outro ‘agora... e o outro...” (Andrade, 2001, p. 87).

## DISCUSSÃO

A contribuição deste trabalho é de apontar para os aspectos facilitadores ou não na produção de autonomia dos usuários na comunidade. Observamos que essas pessoas são capazes de tomar decisões que afetam sua vida e que colocam em evidência sua possibilidade de autodirigir. Respeitar sua autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista,

sendo ele quem deve deliberar e tomar suas decisões, elaborar seu próprio plano de vida e ação, embaçado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo que divirjam da sociedade.

Este estudo permitiu analisar, dentre outras questões, o cotidiano dos usuários de um serviço substitutivo. Verificamos as várias formas com que cada um dos participantes deste estudo encontrou soluções para sua vida, a partir do importante papel do serviço aberto. Percebemos que a contribuição desse serviço foi, no primeiro momento, intermediar as relações rompidas com a sociedade, em tempo de internações. Ressalta-se, na análise das entrevistas, a relação afetiva do usuário com o serviço que aparece como suporte para a experimentação da vida em comunidade. Esta relação instaura espaços potenciais de expansão pessoal que permitem estabelecer novos encontros e trocas sociais.

Na análise apresentada com os dados obtidos por meio dos prontuários, pudemos observar que os técnicos não estão atentos às informações que revelam como os seus pacientes estão enfrentando quotidianamente seu mundo e como buscam soluções para seus desafios diários. Parecem não reconhecê-los como quem pode provocar alterações positivas no meio social, de forma ativa, como sujeitos sociais.

Algumas questões se apresentam quando consideramos que os serviços prestados pelo SUS atendem a uma camada da população que vêm empobrecendo consideravelmente nos últimos anos. A pobreza e a miserabilidade não permitem condições mínimas de existência. Como P1 pode retomar seu nível ocupacional quando perdeu sua profissão, seu trabalho e sua família? Retomar ao nível ocupacional que tinha antes da internação é impossível. Após várias internações, afastado de seu ambiente de origem, desacreditado pelos familiares, se candidatar a aprender uma nova profissão, é um desafio.

Como ter autonomia sem condições mínimas de vida? Observa-se que muitas vezes, para nossos entrevistados, a autonomia passa pela própria condição de manifestar seu desejo, ou se opor a alguma opinião, uma vez que se apresenta em manifestações limitadas ao pequeno círculo de sua existência. Aparece em um questionamento, uma possibilidade de argumentar, de se mostrar vivo em pequenas circunstâncias.

Os participantes de nossa pesquisa apresentam habilidades sociais e condições de manutenção de relações sociais, mas parecem, ainda, repetirem os mesmos caminhos de ir para o CASAM e retornar, sem fazer demais vínculos sociais. Os participantes desta pesquisa buscam participar da vida em comunidade, mas a pouca aproximação comunidade-família-equipe técnica parece não facilitar uma melhor inserção e acompanhamento de suas atividades para além do espaço e das relações possibilitadas pelo CASAM.

Notamos a pouca tolerância do ambiente residencial desses participantes à qualquer movimento estranho ou atitude que cause desconforto aos demais. As dificuldades emocionais, sociais e financeiras são freqüentes.



Nossas análises revelaram situações comuns a inúmeros ex-internos que ao serem reintegrados à sociedade e à sua família encontram desafios que põem em destaque alguns pontos que ainda têm muito a desenvolver: as condições de moradia e miséria em que vivem. Uma das alternativas para o problema de condições de moradia dos usuários, tem sido os serviços residenciais terapêuticos.

Inicialmente estes serviços eram chamados de pensões e lares protegidos, criados e regulamentados pela Portaria 106 e 1220. São moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas àqueles que não tem suporte social e laços familiares. Para solucionar este problema, algumas cidades brasileiras já começaram a implantar este programa.

A partir do momento em que se apresenta resposta às necessidades pessoais do usuário, ele muda completamente sua posição. Torna-se não mais um louco, mas um homem com quem se pode relacionar. Nota-se que essa pessoa tem como primeira necessidade não só ajuda devido à sua doença, mas muitos outros cuidados.

## CONCLUSÃO

A análise de Corrigan e Watson (2002) revela que as pessoas acometidas de doenças mentais são duplamente desafiadas. Lutam com os sintomas e com o desconforto que estes trazem. Por outro lado, vivem prejuízos que resultam da falta de informação coletiva sobre seu adoecimento. Como resultado de ambos desafios, são roubadas as oportunidades que possibilitam uma vida de qualidade: bons trabalhos, proteção familiar, cuidado satisfatório com sua saúde em geral e afiliação com outros grupos de pessoas.

Estes parecem ser os dois desafios que mais representam as necessidades dos participantes desta pesquisa. Todos eles, de uma maneira ou de outra, têm sido desafiados por sua condição. Embora possamos entender o desconforto diante de sintomas que inibem, e muitas vezes, impedem suas relações com os familiares e a comunidade. A desinformação, da comunidade e dos familiares, sobre o que vêm a ser estes sintomas e o que realmente representam em termos de cuidados e riscos para eles próprios e terceiros, é um ponto nodal do dia a dia dos serviços.

Não podemos deixar de destacar a postura dos profissionais que vêm atuando nestes novos serviços. E, também, a crise do pensamento profissional existente desde Pinel, passando por Basaglia, até hoje, pois ainda é difícil encontrar um conjunto de profissionais interessados no debate acerca da natureza dos problemas que pretendem atender. Grande número, ainda mantém-se preso às informações dos prontuários para prescrever medicamentos. Em detrimento das ações implementadas neste campo, temos um ponto cego na formação dos profissionais que são responsáveis por mantê-las em andamento.

A autonomia dos usuários por nós entrevistados poderia ser bem mais extensa se houvesse uma real participação na vida familiar e comunitária. Para isso, entretanto, se faz necessário, além de um trabalho junto a estas instâncias,

proporcionar condições econômicas mínimas que garantam sua possibilidade de exercer seu direito de viver com autonomia. A produção de autonomia não se dá em si para si. Ocorre no encontro, nas interfaces psicossociais. Nesse sentido, esta produção está diretamente relacionada ao olhar do outro, que produzirá junto determinadas formas de estar no mundo. O acolhimento à alteridade é fundamental para que todos possam ser respeitados em suas potências singulares. A percepção de que se é capaz de produzir algo é possibilitada por meio destes diversos encontros.

Este trabalho nos permitiu, também, revelar o compromisso social da Psicologia e a dimensão transformadora deste compromisso social, no que diz respeito à saúde mental. As poucas relações estabelecidas com a comunidade, pelos participantes deste estudo podem representar o despreparo da população para se relacionar com o louco. Para Rotelli (1990), o objetivo prioritário da desinstitucionalização deveria ser a transformação das relações entre sujeitos. E por isso seria necessário proporcionar uma existência mais rica de recursos, de possibilidades e de experiências, que somente pode ocorrer com uma abertura da população para o acolhimento da alteridade. Talvez não se anule o sofrimento psíquico, mas pode-se começar a modificar as formas e o peso com que esse sofrimento entra no jogo da vida de uma pessoa.

O trabalho nesse campo tem demonstrado que promoção de saúde implica, necessariamente numa transformação social. Portanto, faz-se necessário articular uma visão crítica capaz de produzir novos fazeres, que paulatinamente devem ser instaurados na reformulação das políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, W.M.J. (2001). A pesquisa em psicologia sócio-histórica: Contribuições para o debate metodológico. In AM.B. Bock, M.G.M. Gonçalves, & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica em psicologia* (pp. 129-140). São Paulo: Cortez.
- Alves-Mazzoti, A.J. (1998). O método nas ciências sociais. In F. Gewandsznajder & A.J. Alves-Mazzoti (Orgs.), *O método nas ciências naturais e sociais – Pesquisa quantitativa e qualitativa* (pp. 129-147). São Paulo: Pioneira.
- Andrade, A.N. (2001). Clinice Laborde: O Exercício de práticas não excludentes. In Novo, H., Souza, L., & Andrade, A.N. (Orgs.) *Ética, Cidadania e Participação. Debates no campo da psicologia* (pp. 81-97). Vitória: Edufes: CCHN Publicações.
- Bandeira, M. (1993). Reinserção de doentes mentais na comunidade: Fatores determinantes das re-hospitalizações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(9), 491-498.
- Banderia, M., et al. (1994). Desinstitucionalização: Importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12), 659-666.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. Ministério da Saúde (1999). *Por uma Política de Saúde Mental*. Área Técnica de Saúde Mental. Departamento de Políticas Estratégicas, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília.
- Brasil (2001). Congresso Nacional. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União de 09 de Abril.

- Carvalho, A., & Amarante, P. D. (1996). Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: Em busca de novos parâmetros. *Saúde em Debate*, 52, 74-82.
- Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 1(1), 16-20.
- Doron, R., & Parot, F. (2000). *Dicionário de Psicologia* (pp. 102-103). São Paulo: Editora Ática.
- Fagundes, P. (1998). Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica – Algumas questões cruciais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(4), 163-168.
- Ferreira, A.B.H. (1999). *Novo Dicionário Aurélio Século XXI* (3ª ed., pp. 163). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Kinoshita, R.T. (2001). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (2ª ed., pp. 55-59). Hucitec: São Paulo.
- Leal, E.M. (2001). Clínica e subjetividade contemporânea: A questão da autonomia na reforma psiquiatria brasileira. In A.C. Figueiredo & M.T. Cavalcanti (Org.). *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização* – Contribuições à II conferência Nacional de Saúde Mental (pp. 69-83). Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.
- Lobosque, A.M. (2001). *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Ludke, M., & André, M.E.D.A. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Machado, A.L. (2001). *Espaços de representação da loucura: Religião e psiquiatria*. Campinas, SP: Papirus.
- Minayo, M.C.S. (1999). *O Desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa* (6ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Oliver, F.C., & Nicácio, F. (1999). Da instituição asilar ao território: Caminhos para produção de sentido nas intervenções em saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 10(2/3), 60-68.
- Rotelli, F. (1990). (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Villares, C.C. (2000). Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 53-55.