



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem  
Brasil

Bessa Jorge, Maria Salete; Rocha Randemark, Norma Faustino; Oliveira Queiroz, Maria Veraci;  
Miessa Ruiz, Erasmo

Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 59, núm. 6, noviembre-diciembre, 2006, pp. 734-739

Associação Brasileira de Enfermagem  
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019617003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental

*Psychosocial Rehabilitation: perceptions of the Mental Health staff*

*Rehabilitación Psicosocial: visión del equipo de Salud Mental*

**Maria Salete Bessa Jorge**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Titular da Universidade Estadual do Ceará na Área de Saúde Mental, Fortaleza, CE. Pesquisadora 2c do CNPq. Líder do grupo de Pesquisa - Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde da UECE.

**Endereço para contato:**

End: Av. Paranjana nº 1700. Bairro Itaperi. Fortaleza/CE CEP: 60050-160. [masabejo@bol.com.br](mailto:masabejo@bol.com.br)

**Norma Faustino Rocha Randemark**

Enfermeira e Psicóloga. Mestre em Saúde Pública (UFC). Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará na área de Saúde Mental. Departamento de ENF/UECE, Fortaleza, CE.

**Maria Veraci Oliveira Queiroz**

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE. Vice-Coordenadora do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos e Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente. Participante do grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde da UECE. [veraciq@hotmail.com](mailto:veraciq@hotmail.com)

**Erasmio Miessa Ruiz**

Psicólogo. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE. [poiesis@uol.com.br](mailto:poiesis@uol.com.br)

### RESUMO

Este estudo insere-se nos pressupostos de análise qualitativa de pesquisa, cujo objetivo foi interpretar as perspectivas dos profissionais de Saúde Mental acerca da reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental para conhecer como eles a viabilizam na sua prática profissional. A coleta de dados resultou da aplicação da entrevista semi-estruturada com 8 profissionais de Saúde Mental, que trabalham no Centro de Atenção Psicossocial. Após as leituras, recortes de trechos de falas, elaboramos as subcategorias e categorias, interpretados com respaldo na literatura. Os resultados apontam que a reabilitação psicossocial é um processo cuja implementação ainda necessita da efetiva superação do paradigma tradicional de saúde/doença mental, que norteia conceitos e práticas terapêuticas e requer confiança dos profissionais acerca da capacidade dos usuários de transitar como cidadão nos mais variados segmentos da vida social.

**Descritores:** Saúde mental; Enfermagem em reabilitação; Prática profissional.

### ABSTRACT

This study is inserted in assumptions of research's analysis qualitative which objective was to interpretate the Mental Health professional's perspectives about psychosocial rehabilitation of mental disorder's porter to know as them proceed it in their professional practice. Data collection came up by the application of semi-structured interviews to 8 Mental Health professionals that work in the Center of Psychosocial Attention. After the readings, notes of pieces of talk, subcategories and categories were composed after the interpretation based on the literature. The results pointed that psychosocial rehabilitation is a process which implementation and still needs effective overcome of traditional paradigma of health mental disease, that form conception and therapeutic practices and requires trust of professionals about the users' capacity of live as citizen in the most variable segments of social life.

**Descriptors:** Mental health; Rehabilitation nursing; Professional practice.

### RESUMEN

Este estudio se inserta en las presuposiciones de análisis cualitativo de investigación, cuyo objetivo fue interpretar las perspectivas de los profesionales de salud mental acerca de la rehabilitación psicosocial del portador de trastorno mental para conocer cómo ellos la viabilizan en su práctica profesional. La colecta de datos resultó de la aplicación de la entrevista estructurada en parte con 8 profesionales de Salud Mental, que trabajan en el Centro de Atención Psicosocial. Después de las lecturas, recortes de pasaje de hablas, elaboramos las subcategorias y categorías, interpretados con respaldo en la literatura. Los resultados apuntan que la rehabilitación psicosocial es un proceso cuya implementación aún necesita de la efectiva superación del paradigma tradicional de salud/enfermedad mental, que orienta los conceptos y las prácticas terapéuticas y requiere seguridad de los profesionales acerca de la capacidad de los usuarios de transitar como ciudadano en los varios segmentos de la vida social.

**Descriptores:** Salud mental; Enfermería en rehabilitación; Práctica profesional.

Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. Rev Bras Enferm 2006 nov-dez; 59(6): 734-9.

## 1. INTRODUÇÃO

A reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental é um conceito forjado no interior do movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica, tendo como referência, propostas da Psiquiatria Democrática, responsável pelo aprofundamento, na década de 1970, na Itália, da crítica aos asilos, dando vez à promulgação da Lei nº 180/78. Liderada por Franco Basaglia, a Psiquiatria Democrática defendia a ruptura com o paradigma clínico, com a relação linear causa e efeito, na concepção da loucura, e com o rótulo de periculosidade do

doente mental, negando a instituição psiquiátrica e propondo uma alternativa nova de tratamento<sup>(1)</sup>.

O termo desinstitucionalização surgiu a partir das propostas de reformulação da assistência psiquiátrica que emergiram no período pós-guerra, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos da América, em íntima e íntima relação com o movimento preventivista de Gerald Caplan<sup>(2)</sup>, objetivando desenvolver medidas concretas de desospitalização.

A desospitalização, no Brasil representou, sobretudo, o fechamento dos hospitais psiquiátricos, sem a devida criação de serviços que pudessem amparar o doente mental em seu retorno à vida social. Como resultado, agravaram-se as condições de marginalidade, caracterizando-se o abandono social para com uma grande parcela dessa população<sup>(3)</sup>.

Reflexões críticas e lutas contínuas para o alcance dos resultados na assistência psiquiátrica, favoreceram o surgimento de serviços substitutivos, a ampliação da equipe de saúde e a sua conseqüente revisão de papéis, além da inclusão da família e comunidade na promoção da reabilitação psicossocial do portador de transtorno psíquico.

O conceito de desinstitucionalização abrange não somente a desconstrução do manicômio, mas também seus saberes e estratégias, mediante uma assistência pautada na noção de existência-sofrimento do paciente e sua relação com o corpo social. A complexidade desse conceito remete a um problema ético e de cidadania, enquanto noção básica do processo de reabilitação psicossocial. A ética surge como princípio norteador das ações de combate à exclusão, à violência e ao estigma do doente mental. A cidadania, por sua vez, compreende o processo que envolve a luta pelos direitos civis, políticos e sociais. É interessante destacar que a separação dos dois conceitos é meramente formal. Na verdade, é a ética que oferece sentido às ações sociais. Por sua vez, a própria idéia de cidadania é balizada, eticamente, por aqueles que querem implementá-la. A cidadania, não raro, é expressa como *igualdade de oportunidades*, em situações básicas de desigualdade. Ainda, em outros contextos, o exercício de cidadania significa a busca de realização concreta de dispositivos assegurados pelo arcabouço jurídico. No caso de o Estado afirmar, por exemplo, que todos devem ter acesso à educação e à saúde, de qualidade, tal fato implicaria articular, politicamente, as ações dos grupos sociais excluídos, para obtenção da aplicação da lei, literalmente<sup>(4)</sup>.

O conceito de cidadania para os portadores de doença mental é, pois, multifacetado. No que diz respeito à cidadania é possível comprovar desmedida agressão à dignidade humana, a perda progressiva da auto-estima e da autonomia individual e coletiva, trazendo como conseqüência, o alijamento dos direitos de cidadania, por parte dos doentes mentais.

"O direito de cidadania do doente mental deve ser o direito de receber assistência adequada, a garantia de participar da sociedade e de não ser simplesmente jogado em depósitos, como ainda é uma realidade brasileira, na sua forma mais brutal, nos grandes hospícios públicos ou, nas formas mais sutis, em clínicas privadas e conveniadas"<sup>(5)</sup>.

Ao contextualizar a questão da cidadania do doente mental, na realidade brasileira, constata-se, de imediato, a existência de uma série de entraves e dificuldades. No caso do doente mental, sua reabilitação psicossocial encontra um número ainda maior de obstáculos, pelo fato de exigir também o avanço do processo de cidadania da população brasileira, como um todo, o que requer uma luta específica pela assunção e respeito aos seus direitos<sup>(6)</sup>. Nesse sentido, o caminhar juntos, favorece o processo.

Em tempos anteriores, a reabilitação era compreendida como o retorno a um estado anterior ou à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais. Atualmente, considera-se reabilitação psicossocial como o processo que facilita, ao usuário, com limitações, uma melhor reestruturação de autonomia de suas funções, na comunidade. A proposta atual da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, tem como objetivo, a desinstitucionalização e inclusão, integrando as pessoas com sofrimento psíquico nos diferentes espaços da sociedade<sup>(7)</sup>.

A desinstitucionalização não deve ser praticada apenas no interior do hospital psiquiátrico, mas repropõe a necessidade de desinstitucionalizar, isto

é, reabilitar o contexto. Cuja principal função reabilitadora seria a restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com as instituições sociais, ou melhor, a possibilidade de recuperação da contratualidade<sup>(8)</sup>.

A reabilitação psicossocial precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer. Nesta perspectiva, a reabilitação consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida. Cabe à equipe de saúde mental compreender o indivíduo em sua integralidade, para tanto, é necessário construir um novo paradigma de saúde/doença mental que busque o desenvolvimento de uma relação saudável<sup>(9)</sup>.

A reabilitação é uma concepção que deve estar presente, não somente no dia-a-dia de todo profissional de saúde comprometido com sua profissão e solidário com portador de sofrimento psíquico, mas também nas ações que caracterizam o nosso sistema sócio-político e pelos diversos segmentos da sociedade, uma vez que, nesse processo, somos todos os agentes sociais. Assim, a pesquisa visa conhecer as ações dos profissionais da equipe de saúde acerca da reabilitação, trazendo contribuições para a prática.

Para tanto, este estudo teve como objetivo apreender a percepção dos profissionais de saúde mental acerca da reabilitação psicossocial para conhecer como os profissionais de saúde mental a viabilizam na sua prática profissional cotidiana.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo insere-se nos pressupostos de análise qualitativa de pesquisa, pois envolve percepções e experiências dos profissionais, portanto, não pode ser quantificado, mas compreendido em algumas dimensões situadas no objeto de estudo.

Participaram oito profissionais das diversas categorias, sendo uma psicóloga, um psiquiatra, duas enfermeiras, duas terapeutas ocupacionais e uma assistente social, pertencentes à equipe de saúde mental que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), situado na cidade de Fortaleza/CE.

Os participantes foram identificados com letras alfabéticas tendo-se o cuidado de manter o sigilo e anonimato das informações. Assim, ao abordar os informantes procurou-se respeitar os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos com base na resolução n° 196/96 do CNS<sup>(10)</sup>. Para a obtenção dos achados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, ocasiões em que foram formuladas as seguintes questões norteadoras: O que é reabilitação psicossocial para você? Quais as atividades que você realiza para promovê-la?

Para conhecer as atividades promotoras de reabilitação psicossocial exercidas pelos participantes e a forma como elas são desenvolvidas, utilizamos a observação livre nos locais de trabalho, com anotações no diário de campo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas com a permissão dos entrevistados. Os achados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin<sup>(11)</sup> e interpretados à luz da literatura. Os passos da análise categorial temática compreenderam: organização dos dados, leitura flutuante, leitura exaustiva, recortes das falas a partir das unidades de registro (frase) e das unidades de contexto (parágrafo), elaboração de subcategorias as quais foram reunidas por semelhança formando as categorias e, finalmente, elaboramos os temas centrais que descrevem as experiências dos sujeitos investigados: **a) Paradigma tradicional da saúde mental; b) Reabilitação psicossocial e c) incertezas e dúvidas no exercício da prática em saúde mental**

A partir da análise realizada, apresentamos os temas e as categorias que retratam as respostas emitidas pelos entrevistados as quais são permeadas de significados referentes ao pensar e fazer na saúde mental.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Paradigma tradicional da saúde mental

As concepções dos profissionais sobre o significado de reabilitação

psicossocial são construídas no curso da experiência cotidiana. O paradigma de saúde mental adotado pelos profissionais investigados apresenta-se de forma reducionista e evidencia a necessidade de se desenvolver melhor articulação interdisciplinar a fim de que se possa contemplar ações capazes de viabilizar a ampliação do poder de contraturalidade social do portador, conforme se percebe nas seguintes dicções:

*A gente tem que trabalhar o doente para que ele volte a ser normal e viver na sociedade (Entrev. H).*

*Na doença ele é incapaz para o trabalho e o convívio social. A saúde mental é curar essa incapacidade (Entrev. C).*

Historicamente, a exclusão social, o estigma e o confinamento do portador de transtorno mental foram condições amplamente difundidas pelas instituições manicomiais que, coniventes com o paradigma tradicional de doença mental, contribuíram para a perda do valor social do doente, influenciando até hoje no modo como a sociedade encara do portador de sofrimento psíquico.

O manicômio só foi percebido como necessário e terapêutico na medida em que seja o resultado concreto de uma sociedade que naturaliza a exclusão, pois o processo é retroalimentativo. A sociedade constitui o manicômio como um dos seus agentes estruturadores da exclusão. Por sua vez, o manicômio e seu conjunto de práticas cotidianas atua como um dos agentes concretos da exclusão. A reforma, para disseminar suas idéias críticas, só pode vicejar na medida em que encontra uma atmosfera crítica legitimadora de suas ações críticas. Ou seja, não é ao acaso que a Reforma começa a ser implementada no Brasil pela esquerda que se opunha à ditadura.

Observa-se também que a exclusão social do doente mental ocorre no seio da família, devido à fragilidade dos laços afetivos, à vulnerabilidade em que se encontra o doente e à sua limitada capacidade de aptidão para o trabalho, opondo-se, desta forma, à demanda e aos valores do mundo capitalista, onde as pessoas tendem a valer pela sua capacidade de gerar mais valia (no caso dos trabalhadores) e de gastar e se apropriar dos excedentes (no caso dos capitalistas). Isto é, a incapacidade para o trabalho é um dos elementos que estrutura a inclusão já que no plano simbólico as pessoas parecem ser julgadas moral e sanitariamente pela sua capacidade de produzir.

A família, por sua vez, demonstra resistência para aceitar o encargo de acolher o membro familiar portador de transtorno mental por não dispor de recursos financeiros, emocionais e físicos para lidar com o mesmo.

O novo paradigma de saúde mental exige a formação de redes de apoio social para acolher a pessoa em sofrimento psíquico, ajudá-lo a expressar sua subjetividade e educá-lo para o exercício da cidadania. Isto requer um investimento nos aspectos sadios dos doentes visando a sua reinserção na sociedade e proporcionando-lhes a dignidade e o respeito que lhes foram negados.

Portanto, é necessário que mudemos nossos conceitos acerca da loucura e passemos a enxergar a existência destas pessoas a partir da ótica de sujeitos que sofrem, devendo os profissionais estar, primeiramente, comprometidos com uma proposta de prestação de assistência à saúde qualificada e ética que balize o relacionamento interpessoal entre o profissional e o usuário dos serviços.

### 3.2 Reabilitação Psicossocial

Ao analisar o discurso dos entrevistados pudemos perceber que os conceitos acerca de reabilitação social possuem características diversificadas, alguns por serem atualizados, outros por revelarem restrição ou distorção na compreensão do processo. Aqueles que denominamos como atualizados destacam-se por perceber a reabilitação psicossocial como um processo de combate aos mecanismos sócio-excludentes visando a reinserção do portador na vida comunitária e familiar.

*Um processo de inserção/reinserção do indivíduo no seu grupo familiar e comunidade (...) contrário ao confinamento, às práticas meramente*

*ocupacionais, à exclusão social, à alienação e a desumanização da assistência (Entrev. A).*

Em contrapartida, foram apreendidos conceitos que consideramos incompletos ou, até mesmo equivocados, como revela este discurso:

*É a reinserção do psicopata na sociedade (Entrevistado B).*

Tais conceitos apontam para a necessidade dos profissionais de saúde de formularem o sentido abrangente e complexo da reabilitação, bem como, que se acredite na viabilidade e eficácia desse processo ao invés de reduzi-la a mais uma técnica a ser aplicada aos *desvios mentais*. Por outro lado, os sujeitos da pesquisa também reconhecem que a reabilitação não é um processo que leva o indivíduo a um *estado de normalidade*, mas que promove oportunidades para que os indivíduos em sofrimento psíquico atinjam um nível desejável de funcionamento na sociedade.

Nesta perspectiva, a reabilitação psicossocial se apresenta como um conjunto de atividades capazes de oferecer condições amplas de recuperação dos indivíduos através da utilização de recursos individuais, familiares e comunitários a fim de neutralizar os efeitos iatrogênicos e cronificadores da doença e do internamento. Reabilitar significa ajudar os portadores a sobrepujar suas limitações e incapacidades e promover o autocuidado, a fim de elevar-lhes a auto-estima, oportunizando-lhes a restituição da autonomia, identidade pessoal e social.

Os profissionais ressaltam as diversas maneiras de pensar e agir em função da reabilitação social dos pacientes portadores de saúde mental seja por práticas individuais ou interdisciplinares incluindo a família. Ressaltam ainda, as dificuldades enfrentadas no cotidiano, bem como os limites na apreensão do conceito de reabilitação social.

**Estratégias:** A reabilitação psicossocial é também expressa como uma estratégia e fornece base para discursos e ações da reforma psiquiátrica, podendo ser desenvolvida em qualquer nível de atenção a saúde mental.

Outro fator ponderado diz respeito à família. Ao delegarmos o cuidado de um doente mental à família, é importante que a mesma possua continência emocional, seja orientada quanto a melhor forma de lidar com o membro portador, e que ela tenha, seu dispor, serviços de atenção psicossocial com aparatos necessários para o cuidado do seu familiar.

*A gente faz o que é possível para ajudar as famílias, para tirar suas dúvidas, orientando no enfrentamento dos problemas que surgem no cuidar cotidiano do familiar portador de doença mental. Mas nós também enfrentamos dificuldades devido à carência de recursos institucionais para atender, adequadamente, à demanda da nossa clientela (Entrev. A).*

Quando a família não dispõe desses recursos, o doente mental toma-se alvo de intimações sucessivas que culminam com a cronificação da doença. Esta assertiva tem ressonância no relato de alguns entrevistados que afirmam ser a reabilitação psicossocial:

Os profissionais devem buscar também acolher e apoiar as famílias na superação das dificuldades enfrentadas, mostrando-lhes a importância do seu papel na facilitação da inserção social de seu membro adoecido.

O acolhimento e apoio à família são dados fundamentais expressos pelos participantes da pesquisa, pois a família desempenha papel fundamental na viabilização da inserção social do portador. É importante lembrar que o desempenho desse papel requer um mínimo de infraestrutura que envolva apoio psicoemocional e institucional para lidar com o membro portador de modo a favorecer a adesão ao tratamento e a readaptação do sistema familiar a realidade imposta pela emergência da doença.

Sobre a habilitação de um doente mental, os entrevistados afirmam:

*(...) reabilitar não significa habilitar de novo (Entrev. B).*

*(...) a reabilitação visa tomar o indivíduo habilitado (Entrev. E).*

Devemos considerar que tomar o indivíduo habilitado é um conceito superficial que nos remete a pensar como ajustar o indivíduo às exigências da sociedade.

A cidadania do cliente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível<sup>(12)</sup>. O resgate da cidadania dessas pessoas deve ser compreendido como um compromisso firmado pelos atores do processo saúde-doença, ou seja, pelos profissionais de saúde mental, usuários, famílias dos usuários e a sociedade como um todo, e viabilizado através do processo de reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial está ancorada na ética da solidariedade e responsabilidade. Para concretizá-la é preciso que tenhamos coragem de inovar, de buscar novas práticas fundamentadas em saberes técnico-científicos que compõem o paradigma atual da saúde mental, ao invés de nos apoderarmos de práticas antigas com uma roupagem nova<sup>(4)</sup>.

Alguns entrevistados compreendem a socialização do doente mental como um processo de inserção nas relações produtivas, sem esclarecer, contudo, o modo como essa inserção pode ser viabilizada.

*(...) devemos recolocar o paciente com transtorno mental nas relações de troca afetivas e sociais de trabalho (Entrev. C).*

Esta compreensão encontra respaldo nas afirmações de Saraceno<sup>(13)</sup>. O autor pondera que os doentes mentais possuem um nível de contratualidade tendendo à zero, uma vez que produzem nada ou quase nada na sociedade e, em consequência disto, são discriminados, marginalizados e excluídos.

Os profissionais devem ter em mente que as relações de troca não são efetivadas apenas através da aquisição de habilidades capazes de proporcionar alguma fonte de renda, como: artesanato, bijouterias, artes plásticas etc. Tais habilidades constituem apenas uma das muitas contribuições ao processo, devendo ser somada a outras iniciativas de resgate de cidadania e de reinserção social.

Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos. Não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania<sup>(14)</sup>.

Para que haja inserção do indivíduo na sociedade os profissionais de saúde devem ajudar o paciente a aumentar o seu poder de troca. O aumento do poder de contratualidade deve permear tanto das atividades de lazer como de trabalho. Tal compreensão é sinalizada por alguns dos entrevistados, como ilustra esta dicção:

*Deve-se tentar a reinserção das pessoas nas atividades cotidianas de sua vida e não apenas deixá-las apto ao trabalho (Entrev. A).*

Os sujeitos da pesquisa também demonstraram reconhecer a importância da ressocialização para os portadores de transtorno mental. Compreendem que o hospital psiquiátrico deve ter apenas a função de auxílio no tratamento, sendo necessário preparar a comunidade para acolhê-los, uma vez que eles percebem a doença como decorrente de uma disfunção da sociedade. Havendo, então, a necessidade de tratamento dentro deste meio e não através da segregação e isolamento do paciente.

**Olhar multifacetado:** De acordo com os entrevistados, o olhar do profissional em relação ao portador de transtorno mental deve ser multifacetado, devendo deixar de ser exclusivamente clínico, biológico, centrado apenas na patologia e voltar-se para o indivíduo, encarando-o numa perspectiva holística, como uma pessoa com sua história de vida, com uma cultura, e uma série de outras características individuais que irão, definitivamente, influenciar no seu tratamento.

*A gente não tem que ver a doença, mas a pessoa doente, todo o seu processo de vida e suas implicações com a doença (Entrev. B).*

O tratamento holístico, caracterizado por um tratamento mais respeitoso,

possibilita um olhar mais humanitário sobre o portador sem distinção em relação aqueles que não sofrem de um transtorno psíquico. Para que haja um olhar holístico, todos os membros da equipe devem trabalhar de forma interdisciplinar, pois, quando há interconexão entre vários saberes e práticas é que se pode abranger toda a complexidade e singularidade do real.

No entendimento de Nicácio<sup>(15)</sup>, a ação da equipe de saúde mental passou a ser mais valorizada a partir do processo de desinstitucionalização, pois ela proporcionou uma alteração no tratamento, que desde então, passou a tentar transformar a relação da sociedade com o louco, compreendendo-o como um sujeito de direitos, como alguém que tem o direito de ser como é, que tem o direito de existir sem ser alvo de julgamento e gozações e, principalmente, como alguém que tem direito a um tratamento de qualidade que lhe permita resgatar sua identidade e o elo perdido com a sociedade.

**O tratamento:** Na ótica dos sujeitos da pesquisa, o tratamento deve apresentar ações compartilhadas e inovadoras, embora um deles tenha confessado realizar apenas consultas neurológicas para promover a reabilitação, utilizando como opção terapêutica apenas a abordagem psicofarmacológica, conforme o seguinte depoimento:

*É a reinserção do psicopata na sociedade e as atividades que eu realizo para promover essa reabilitação são as consultas neurológicas e a medicação (Entrev. D).*

O tratamento deve buscar o resgate da autonomia do paciente através de trabalhos voltados para as incapacidades, para as necessidades do paciente, tendo em vista o desenvolvimento de condições cada vez melhores e que lhes permita gerenciar sua vida e aumentar sua possibilidade de fazer escolhas.

Essas novas formas de tratamento é que os serviços substitutivos buscam oferecer. Propõem a integração da família e dos profissionais, objetivando a reabilitação do paciente e repudiando tratamentos preconceituosos e estereotipados. Destacam-se, ainda, por oferecer suporte ao paciente não apenas no tratamento farmacológico, mas também, disponibiliza tratamento psicoterápico, oportunizando o usuário a expressar sua subjetividade e encontrar apoio profissional na superação de suas dificuldades.

Percebemos, no entanto, que os sujeitos da pesquisa possuíam um bom entendimento sobre a importância de sua ajuda nos aspectos biopsicossociais, através da realização de trabalhos, tanto individuais quanto coletivos, visando a promoção da saúde do portador em seu contexto social, e melhorando assim a sua qualidade de vida.

### 3.3 Incertezas e dúvidas no exercício da prática em Saúde Mental

Os entrevistados destacam as dúvidas e as incertezas sobre a reabilitação do doente mental frente as dificuldades enfrentadas. Percebemos através dos depoimentos que, cada profissional elabora o conceito de reabilitação psicossocial conforme o contexto em que está atuando, o embasamento científico que ele possui, a influência histórica da exclusão-social a qual estão vulneráveis e a motivação pessoal para transformar a realidade.

Sabemos que a reabilitação psicossocial é um processo e difícil de ser implementado. Eu particularmente me sinto pouco motivada devido às dificuldades que encontro para implementar um projeto terapêutico mais complexo. É difícil também de avaliar, pois depois que ele sai da instituição a gente não tem como acompanhar seu desenvolvimento (Entrev. C).

Acreditamos, com isto, que a reabilitação psicossocial deve priorizar também a reabilitação dos profissionais que atuam na promoção da saúde mental, pois à medida que eles trabalham com o olhar voltado para o sujeito em toda sua complexidade e se familiarizam com o sofrimento e a fragilidade do ser humano, não devem duvidar da reabilitação psicossocial que diariamente estão implementando na prática.

A promoção da reabilitação é influenciada pela organização do pessoal dentro de um serviço, pelo tempo em que sua prática é exercida, pela área de atuação do profissional, pela hospitalidade que oferece e pela liberdade que proporciona<sup>13</sup>. É um processo contínuo, requer tempo para que a sociedade



assimile esses novos conceitos e reflita sua mudança na prática, para então, se propor aceitar o portador como sujeito no meio social. É imprescindível a utilização de estratégias globais envolvendo os usuários, os familiares, o poder público e os mais diversos segmentos da sociedade civil, mediante as quais cada um pode fazer sua parte.

**Resgate do elo perdido:** Ajudar a pessoa com sofrimento psíquico a resgatar o elo perdido com a vida, além de ser uma atitude ética, significa uma demonstração de valorização do ser humano e respeito a sua história de vida, repleta de experiências e construções.

Para o sujeitos pesquisados, o resgate do elo perdido requer ações que envolvam profissionais, paciente e sociedade. Eles também compreendem que a família necessita de atenção especial por parte dos profissionais que cuidam do usuário, quer no esclarecimento de dúvidas, quer na obtenção de apoio, pois esta representa o primeiro elo a ser resgatado na intenção de inserir portador de doença mental em seu meio social. No entanto, eles enfatizam que a noção de resgate familiar deve ser extensiva a toda sociedade. É fundamental para a pessoa com sofrimento psíquico, ser aceita em seu meio social mediante extinção do estigma, garantia de seus direitos e das possibilidades de criação de novos vínculos sociais.

*Acho que para resgatar o elo perdido deve ter um esforço de todas a equipe que trabalha com o portador, maior tolerância por parte das famílias e da sociedade como um todo (Entrev. E).*

Com toda esta rede servindo de suporte, o resgate seria da vida, do valor social do ser humano. Acreditamos que este nível de reabilitação poderá ser alcançado se as ações de saúde priorizarem o desenvolvimento de habilidades e competências do portador, considerando sua singularidade, bem como, se for estimulada sua emancipação, ainda que respeitando suas limitações, com o intuito de promover a sua capacidade de enfrentamento pessoal e social frente às situações vivenciadas.

Quando respeitamos a diferença, quando não cerceamos a liberdade do outro, no que diz respeito à construção de sua subjetividade e de sua experiência de vida. Embora que, para a maioria das pessoas, isso não represente a normalidade, estamos contribuindo para o crescimento do portador de transtorno mental e também como o nosso próprio crescimento.

**Resgate de auto-estima:** Sabemos que com o passar do tempo, o portador acaba introjetando o sentimento de inutilidade que a sociedade lhe confere, quer pelas debilidades apresentadas ou por estar aliado dos modos de produção capitalista, com graves reflexos sobre sua auto-estima. Tais condições são apontadas pelos entrevistados:

O doente mental sofre mais pela desvalorização como pessoa do que pela doença em si. Ele é normalmente visto como um incapaz. Há quem, inclusive, confunda a doença mental com retardo mental. Esta visão contribui para o sentimento de incapacidade e atitudes de dependência. Isso contribui para o rebaixamento da auto-estima do portador.

O rebaixamento da auto-estima resulta em falta de motivação e retraimento social, afetando inexoravelmente o seu processo de reabilitação. Por esta razão, a sociedade precisa lançar um olhar afetivo sobre o portador de sofrimento psíquico, contribuindo desta forma para influenciar de maneira positiva o modo como esta pessoa se percebe.

Para os informantes, os grupos terapêuticos facilitam o exercício de trocas entre os participantes, permitem que haja verbalização de seu sofrimento e superação de seus medos. Esse encontro de pessoas que sofrem problemas semelhantes possibilita a identificação com o *outro* e o estabelecimento de vínculos, o que pode ocorrer também no seu meio familiar na medida que os membros apoiam o portador, levando-o a participar efetivamente do processo de reinserção social.

*As terapias individuais criam também um espaço de acolhimento e troca*

*para o cliente, fazendo com que possam expressar seus conflitos internos, aprendendo a lidar com eles e construir suas próprias críticas e percepções em relação ao grupo social do qual fazem parte (Entrev. B).*

Os grupos terapêuticos são muito importantes porque permitem que as pessoas se conheçam e compartilhem seus problemas suas dificuldades. Eles percebem que não são os únicos que sofrem e aprendem com a troca de experiências.

**Visita domiciliar:** Esta atividade é destacada em sua importância para a promoção da reabilitação psicossocial, uma vez que através dela se pode observar o relacionamento familiar, identificando os membros que apoiam o portador na conquista por novas habilidades e aqueles que dificultam esse processo. Com isso, o profissional contribui para que a família alcance um maior nível de desenvolvimento.

*A gente só tem idéia da dinâmica de vida familiar do paciente e sua influência no processo saúde e doença quando se tem um contato mais íntimo com as famílias. Na visita domiciliar a gente aprende muito, percebe e compreende melhor o paciente, isso é fundamental para o planejamento da assistência ao paciente (Entrev. F).*

A psicose, assim como a reabilitação é um processo em contínua evolução, isso implica que cuidar de uma pessoa psicótica é também, iniciar um processo com ela para o qual não se tem um fim definido, exigindo para isto uma diversidade de opções terapêuticas<sup>(16)</sup>.

Reabilitação, tomada desta maneira, consiste em oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis. Chega-se onde o paciente quer chegar e não onde a equipe de cuidados previamente estabelece<sup>(13)</sup>.

Compreendemos que há necessidade de implementar atitudes coerentes com as necessidades do paciente, mediante um planejamento participativo integrando a equipe multiprofissional, a família e o próprio paciente não deve mais ser excluído do processo.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os entrevistados, a reabilitação psicossocial é um conceito novo, uma estratégia inédita, uma iniciativa que, como muitas outras, tomou impulso e, paulatinamente, vem se tomando fragilizada diante das dificuldades que enfrenta.

Com relação ao seu significado, uma reflexão mais profunda dos conceitos emitidos pelos informantes, revelou que são reducionistas. Daí a necessidade de interdisciplinaridade, no intuito de articular práticas e saberes diferentes e promover uma assistência holística ao cliente. É de fundamental importância que os profissionais disponham de educação continuada, o que permite a auto-realização tanto pessoal quanto profissional.

O conceito de reabilitação psicossocial apreendido neste estudo, passa por diferentes esferas que foram agrupadas em categorias. A princípio, os profissionais vêem a necessidade de superar o paradigma tradicional, privilegiando uma abordagem que permita ao portador transformar o episódio de adoecer em uma experiência construtiva. Assim, a reabilitação psicossocial é percebida, prioritariamente, como a socialização dos pacientes. Para tanto, afirmam a necessidade de se desenvolver um olhar multifacetado, no sentido de promover a utilização de recursos terapêuticos disponíveis.

Conhecer e refletir o processo de reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental são contribuições, ainda que pequenas, de importância vital para a sua promoção no fazer cotidiano dos profissionais envolvidos com a reforma psiquiátrica. Sabemos que muito tem a ser feito para superar as barreiras políticas, institucionais e de compromisso ainda existente na cultura de grande parte de profissionais no sentido de tomar efetiva reinserção social do portador de sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

1. Kinoshita RT. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: Marsiglia RG, Dallari DA, Costa JF, Moura Neto FDM, Kinoshita RT, Lancetti A. Saúde mental e cidadania. São Paulo (SP): Mandacaru; 1987. p.77-8.
2. Caplan G. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1980.
3. Oliveira FB. Os movimentos psiquiátricos e a reforma psiquiátrica no Brasil. In: Oliveira FB. Construindo saberes e práticas em saúde mental. João Pessoa (PB): UFPB/Editora-Universitária; 2002. p.51.
4. Oliveira FB. Reabilitação Psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. In: Jorge MSB, Silva WV, org. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. Fortaleza (CE): INESP/EDUECE; 1999. p. 57.
5. Marsiglia RG. Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In: Marsiglia RG, Dallari DA, Costa JF, Moura Neto FDM, Kinoshita RT, Lancetti A. Saúde mental e cidadania. São Paulo: Mandacaru; 1987. p.13-28.
6. Scherer EF. Classes populares e ampliação da cidadania. Serviço Social e Sociedade. São Paulo (SP): Cortez; 1987.
7. Pitta AMF. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): HUCITEC; 1996. p. 19-30.
8. Rotelli F, Amarante P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil. Aspectos Históricos e Metodológicos. In: Bezerra B, Amarante P, organizadores. Psiquiatria sem Hospício. Rio de Janeiro (RJ): Relume-Dumará; 1992.
9. Saraceno BA. Reabilitação como cidadania. Rio de Janeiro (RJ): TeCorá; 1999. p.111-42.
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Diretrizes e novas regulamentações de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (POR): Edições 70; 1977.
12. Macedo Z. O que é ser familiar de doente mental. Rev Inf Psiq 1997; 16(3): 117-9.
13. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): HUCITEC; 1996. p.18.
14. Nicácio MF. Da instituição negada à instituição inventada. In: Lancetti A. Saúde e loucura. 28ª ed. São Paulo (SP): HUCITEC; 1989. p. 90-108.
15. Hirdes A Babinski T. Reabilitação psicossocial. A perspectiva de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. Texto Contexto Enfem 2004; 13(4): 586-96.
16. Goldberg J. Reabilitação como processo - o centro de habilitação psicossocial-CAPS. In: Pitta MA, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): HUCITEC; 1996.