

Moraes Salles, Mariana; Barros, Sonia

Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 41, núm. 1, 2007, pp. 73-81

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033289010>



*Revista da Escola de Enfermagem da USP,*

ISSN (Versão impressa): 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

# Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano\*

READMISSION TO A PSYCHIATRIC HOSPITAL: THE COMPREHENSION OF THE HEALTH/ILLNESS PROCESS THROUGH THE EXPERIENCE OF DAILY LIFE

REINTERNAMIENTO EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: LA COMPRESIÓN DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD EN LA VIVENCIA DEL COTIDIANO

Mariana Moraes Salles<sup>1</sup>, Sonia Barros<sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho é recorte de uma investigação que buscou identificar o cotidiano de pessoas com transtornos mentais, que sofrem reinternações psiquiátricas. Nesse percurso foi possível evidenciar que esses sujeitos expressam diversas concepções do processo saúde/doença mental e que caracterizam as formas de tratamento que se utilizam. Utilizou-se como metodologia a abordagem qualitativa fundamentada no conceito de cotidiano da autora Agnes Heller. As entrevistas de pacientes e familiares foram submetidas à análise de discurso que, entre outros resultados, revelou que essa população passou a ter novas ferramentas e possibilidades para compreender a loucura e a assistência ao doente mental.

## DESCRIPTORES

Saúde Mental.  
Hospitais psiquiátricos.  
Serviços de saúde mental.

## ABSTRACT

This study is part of a research that aimed at identifying the daily life of people with mental disruptions who are re-admitted to psychiatric hospitals. It was possible to pinpoint that these individuals express several conceptions of the health/mental illness process and that they also distinguish the kinds of treatment they go through. As far as methodology is concerned the study used the qualitative approach based on Agnes Heller's concept of daily life. The interviews with patients and their relatives were submitted to speech analysis, which showed, among other results, that relatives have developed new tools and possibilities in order to understand the patients' mental state and provide them with the necessary assistance.

## KEY WORDS

Mental health.  
Hospitals, psychiatric.  
Mental health services.

## RESUMEN

Este trabajo es recorte de una investigación que buscó identificar el cotidiano de personas con trastornos mentales, que sufren reinternamientos psiquiátricos. En este recorrido fue posible evidenciar que esos sujetos expresan diversas concepciones del proceso salud/enfermedad mental y que caracterizan las formas de tratamiento utilizados. En la metodología se utilizó el abordaje cualitativo fundamentado en el concepto de cotidiano de la autora Agnes Heller. Las entrevistas de pacientes y familiares fueron sometidas al análisis de discurso que, entre otros resultados, reveló que esa población pasó a tener nuevas herramientas y posibilidades para comprender la locura y la asistencia al enfermo mental.

## DESCRIPTORES

Salud mental.  
Hospitales psiquiátricos.  
Servicios de salud mental.

\* Extraído da dissertação "Internação em hospital psiquiátrico: o (des)caminho para vivência do cotidiano e da inserção social", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), 2005.

<sup>1</sup> Mestranda em Enfermagem Psiquiátrica na EEUSP. Terapeuta Ocupacional do Hospital do Servidor Público Estadual. marianasalles@uol.com.br.

<sup>2</sup> Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP. sobarros@usp.br

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de uma pesquisa que investigou o cotidiano do doente mental no período entre internações, desenvolvida num hospital psiquiátrico da cidade de São Paulo.

O paciente que retorna ao hospital psiquiátrico teve uma experiência de vida em que procurou um lugar na sociedade. A análise dessa vivência é uma apreciação de como ocorre, ou não ocorre, a inserção social do paciente egresso de hospital psiquiátrico - quais as possibilidades de vida encontradas por essas pessoas na comunidade.

Apesar da legislação em saúde mental indicar a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e priorizar o tratamento extra-hospitalar, na comunidade, considerando o doente mental como um cidadão, não é isso que se observa na prática. O grande número de reinternações em hospitais psiquiátricos vai de encontro com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Por isso, emerge a questão sobre o que acontece com o doente mental após uma internação.

A atenção em saúde mental continua em transformação, não é dada como acabada, pronta; nela se observa a construção de novas formas de assistência. Conforme relatam pesquisadores<sup>(1)</sup>:

Embora a tendência atual contemple a mudança dessa situação e o exercício pleno da cidadania dos doentes mentais, percebemos em nosso cotidiano profissional, uma insuficiência de práticas capazes de promover tal socialização, já que não propiciam a criação de espaços positivos dos quais possam emergir relações capazes de transformar suas experiências de vida.

As alternativas ao hospitalocentrismo deviam se constituir enquanto política de saúde mental de forma regionalizada, hierarquizada e integrada; procurando racionalizar a distribuição de recursos materiais e humanos, canalizar os recursos financeiros, controlar o fluxo de pacientes e garantir a integração inter institucional<sup>(2)</sup>.

Os serviços substitutivos, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais dia (HD), são defendidos pelo Ministério da Saúde como substitutivos ao Hospital Psiquiátrico Tradicional, com vistas em promover a desinstitucionalização da doença e do doente mental<sup>(3)</sup>.

O Brasil adota como diretriz para saúde mental as propostas da Reforma Psiquiátrica, procurando diminuir o número de hospitais psiquiátricos e aumentar os CAPS para atender a essa população, conforme relatado na Legislação em saúde mental<sup>(4)</sup>. É a partir dessa construção histórica, que hoje coexistem os hospitais psiquiátricos, mantendo resquícios do modelo manicomial, e os serviços substitutivos.

Ainda é possível verificar uma grande quantidade de leitos psiquiátricos, internações e reinternações. Constatou-se em pesquisa<sup>(5)</sup> sobre a eficácia do modelo assistencial em saúde mental, que (...) *os dados mostraram que 32,5% dos pacientes psicóticos foram reinternados num período de até 4 meses após a alta*. Parece que muitos pacientes não têm acesso aos serviços substitutivos ou não aderem a esse tipo de tratamento.

Segundo outro estudioso<sup>(6)</sup>

os dados históricos mostram o caminho de uma mudança em relação à assistência prestada ao doente mental, porém apesar desta mudança, ainda há internações hospitalares.

Se hoje existe uma preocupação importante em diminuir as internações em hospitais psiquiátricos, qual o caminho do doente mental na sua vida cotidiana e na comunidade que o leva a ciclo de reinternações?

A instituição total é definida como um local separado da sociedade mais ampla, onde o interno passa um período de tempo considerável, leva uma vida fechada e formalmente administrada, perde a autonomia do ato, não pode equilibrar de maneira pessoal as suas necessidades e seus interesses não são levados em consideração<sup>(7)</sup>.

O momento de ser liberado da instituição e voltar ao convívio social é esperado pelos internos, mas muitas vezes vem acompanhado da angústia sobre a incerteza de como será a vida na realidade externa<sup>(7)</sup>. A internação em um hospital psiquiátrico agrega desvalor ao paciente, que passa a valer menos na convivência com o seu grupo em seu bairro<sup>(8)</sup>. Durante a internação se desaprendem as regras básicas de convivência e ao sair a pessoa fica marcada pelo estigma e preconceito.

Neste contexto, afirma-se que a instituição colocada em questão não é o manicômio, mas a loucura e seu lugar da sociedade<sup>(9)</sup>. Assim como, o problema não é a cura, mas a emancipação, o processo de singularizarão do paciente.

De um modo geral as propostas da reforma psiquiátrica são colocadas para negar esta instituição que retira do paciente sua autonomia e capacidade de escolhas.

Na pesquisa pretendeu-se conhecer o cotidiano do doente mental no período entre internações, mas o recorte deste artigo terá como foco de investigação as concepções dos sujeitos do estudo sobre o processo saúde e doença mental.

## METODOLOGIA

Optou-se por fundamentar esta investigação no conceito de *cotidiano* de Agnes Heller, que realiza uma aná-

lise crítica do real, oferecendo um alicerce para o conhecimento da atividade prática social dos sujeitos históricos concretos.

Para Heller, é a na vida cotidiana que se produzem as relações sociais entre os homens, é na cotidianidade que o indivíduo se insere na sociedade, reproduzindo as atividades e cultura existentes. A cópia, a mimese, é a primeira forma de se relacionar e aprender do homem. É por meio dessa reprodução do indivíduo que acontece a reprodução social. Estar inserido na sociedade é organizar uma vida cotidiana capaz de conduzir a uma continuidade, em interação com os outros a sua volta e com o modo de produção da sociedade.

Por outro lado, também é no cotidiano que a sociedade se transforma. Uma mudança que se inicia com pequenas alterações na vida de cada indivíduo, até alcançar o âmbito da coletividade.

O autor<sup>(10)</sup> fundamenta o conceito de *cotidiano*:

La vida cotidiana es el conjunto de las actividades que caracterizan las reproducciones particulares creadoras de la posibilidad global y permanente de la reproducción social. No hay sociedad que pueda existir sin reproducción particular. Y no hay hombre particular que pueda existir sin su propia autoreproducción. En *toda sociedad* hay, pues, una vida cotidiana: sin ella no hay sociedad. Lo que nos obliga, al mismo tiempo, a subrayar conclusivamente que todo hombre – cualquiera que sea el lugar que ocupe en la división social del trabajo – tiene una vida cotidiana.

Pautado na vida cotidiana, o indivíduo se insere na sociedade, assimilando e participando do cotidiano da comunidade. As atividades do dia a dia de cada pessoa estão relacionadas com as atividades cotidianas de sua família, amigos, colegas de trabalho, constituindo uma trama de relações sociais vinculadas às diferentes atividades do dia. Nessa trama, o indivíduo pode apropriar-se a seu modo da realidade e colocar a marca de sua personalidade, mantendo sua particularidade e construindo uma vida inserida na sociedade.

A concepção de *cotidiano* de Heller fundamenta-se na proposta dialética marxista, a qual pressupõe que nada que existe é eterno, absoluto; a vida humana está sujeita a transformações, está em constante mudança e construção. *Na perspectiva dialética marxista, tudo o que ultrapassa o indivíduo para atingir a vida social constitui acontecimento histórico*<sup>(11)</sup>. Nesta concepção, a história tem caráter vivo e inacabado, pois está em contínua modificação.

Com base em uma análise do mundo contemporâneo e na situação atual da saúde mental na cidade de São Paulo, há a possibilidade de se observar as contradições construídas historicamente sob um olhar específico e singular do doente mental e seus familiares.

Foi utilizada a abordagem qualitativa no processo metodológico desta pesquisa, buscando esclarecimento sobre as relações sociais que informam sobre o campo da saúde.

A pesquisa foi realizada em um hospital especializado em psiquiatria que atualmente conta com 375 leitos, sendo 225 leitos distribuídos em três alas masculinas e 55 leitos em uma ala feminina. Há ainda uma ala para atendimento dos moradores e outra para atendimento de etilistas.

O hospital estabelece uma rotina para os pacientes com horários pré-estabelecidos, que devem ser cumpridos. Ainda é possível perceber traços de um modelo manicomial, marcado por uma acentuada estrutura normativa institucional.

Foram sujeitos de estudo, pessoas com transtornos mentais internados em hospital psiquiátrico e que foram reinternados num período inferior a seis meses, também foram entrevistados os familiares destes pacientes. A partir de 269 prontuários, foi realizada uma primeira seleção totalizando 27 pacientes. Alguns deles receberam alta e outros se recusaram a participar da pesquisa. No total foram consideradas 22 entrevistas, 13 com os pacientes e 9 de seus familiares, que foram consultados sobre o interesse em participar ou não da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram elaborados dois roteiros: um para orientar as entrevistas com os pacientes, com quatro questões, e outro para orientar as entrevistas com os familiares, com cinco questões. Estes instrumentos investigam o cotidiano dessa população com um olhar voltado às possibilidades de *estar no mundo* desses pacientes, a possibilidade de exercer sua cidadania e os locais em que são acolhidos, construindo sua existência. As entrevistas semi-estruturadas, que criam espaço para a associação livre dos entrevistados, foram realizadas pela própria pesquisadora.

A análise do discurso foi usada como forma de interpretação e apreensão da realidade apoiada no material coletado. *Ela visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido*<sup>(11)</sup>. O discurso é produzido no interior de instituições, de grupos, de um determinado contexto social e a partir de uma construção histórica.

Discurso é uma unidade do plano de conteúdo, é o nível do percurso gerativo de sentido, em que formas narrativas abstratas são revestidas por elementos concretos. Quando um discurso é manifestado por um plano de expressão qualquer, temos um texto<sup>(12)</sup>.

O homem é produto das relações sociais e aprende a ver o mundo pelos discursos que assimila<sup>(13)</sup>.

O discurso é o lugar onde se pode observar a relação entre língua e ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos por/para os sujeitos.

A análise do discurso inclui o exame das palavras do texto, da construção de frases, a constituição da rede

semântica e da produção social do texto como constitutivo de seu sentido.

Após a transcrição, leitura e releitura das entrevistas, o texto foi organizado em *frases temáticas imbuídas de afinidades em cada entrevista*<sup>(14)</sup>. Após esta etapa, os fragmentos foram agrupados pelos temas a que se referiam, reunindo os trechos temáticos similares de todos os depoimentos.

A partir desses agrupamentos, relendo os diversos temas emergentes, se procurou as afinidades entre os temas, tentando identificar as categorias empíricas inerentes ao discurso. Uma destas categorias empíricas foi o Processo Saúde-Doença Mental, que apresentou como sub-itens relevantes o tratamento e os serviços substitutivos.

## RESULTADOS

### Processo Saúde-Doença Mental

Os conceitos de saúde e doença são definidos a partir de um contexto histórico e cultural. A saúde está relacionada à conservação da vida, a salvação; e a doença, ao sofrimento, à dor<sup>(15)</sup>.

A saúde é um fenômeno que vai além da medicina, inter-vém na forma como o homem vive num determinado espaço e tempo; como cada pessoa constrói um significado para a vida.

O comportamento humano é modelado e configurado pelo contexto sócio-cultural, o critério de normal varia de uma sociedade para outra ou mesmo dentro de uma determinada sociedade conforme sua evolução histórica. Na vida cotidiana um comportamento é considerado normal na medida em que é um fato socialmente aceito<sup>(16)</sup>.

O normal e o patológico são categorias normativas, que propõem ou impõem regras às pessoas. A racionalidade médica elege regras que se constituem como socialmente necessárias<sup>(17)</sup>.

O fenômeno saúde/doença revela concepções de mundo, expressa representações sociais<sup>(14)</sup>.

Também explica as anomias, os desequilíbrios e os preconceitos da sociedade, servindo como instrumento coercitivo ou libertador para a legitimação do poder político ou para sua execução.

Os pacientes entrevistados nesta pesquisa questionaram quais são os critérios da sociedade para determinar que eles são loucos, que possuem um padrão de comportamento desviante. Relataram abuso de poder da família e, implicitamente, solicitaram maior flexibilidade em relação às normas que determinam que a diferença é doença mental.

P 3 – Só que discuti com a minha mãe e briguei na rua. Foi por isso que eu vim parar aqui. Agora estou sem entender nada... Isso é doente mental? Então eram para ser vários

internados aqui. Acho que ela me internou aqui, porque ela viu que eu sou malcriado mesmo. Aí, ela vai e aproveita da situação.

Nos depoimentos expressos, alguns dos sintomas dos transtornos mentais são mencionados como fonte para comportamentos que impedem o indivíduo de participar do mundo compartilhado, como as alucinações e os delírios persecutórios que dificultam o paciente de sair de casa.

P 13 – Não dá (para sair de casa). O prédio fica tudo me xingando lá baixinho mesmo. Não tô escutando vozes. É verdade mesmo.

P 9 – (Sobre não conseguir sair na rua) Eu tava com medo das pessoas na rua.

Para os familiares, os sintomas da doença são facilmente reconhecíveis e fora do que é considerado *normal*, pois incomodam, tornam impossível a vida compartilhada com o paciente, causam medo, aversão e preocupação.

Os comportamentos *diferentes* modificam a vida cotidiana de quem esta perto do paciente, tanto familiares, quanto vizinhos. Fazer barulho à noite, doar objetos e não cuidar da higiene são considerados fora da normalidade, e começam a construir, no dia a dia de quem vive com estes pacientes os limites das regras de convivência.

FP 13 – Então, ele começava a cantar alto e enquanto ele estava cantando e fazendo batucada tudo bem, mas e na hora que ele começava a xingar; aí os moradores do prédio começavam a reclamar.

FP 7 – Ele deu tudo, ele deu fogão, ele deu lustre, ele já deu tambor de gás, né.

FP 4 – Toda hora vai lavar as mãos, quase não sai do banheiro... Ele fica muito agitado, no banheiro ele pegou mania da água. Eu preciso tomar banho e lavar roupa e ele não sai do banheiro.

Emerge a questão de como conviver com o paciente que apresenta comportamentos fora da normalidade, que interferem na sua rotina e vida social. São estes comportamentos que aos poucos significam para quem convive com estas pessoas o que se considera a loucura.

Conviver cotidianamente com uma pessoa portadora de um quadro psicótico grave é uma experiência,

em geral, difícil, tormentosa, principalmente quando persistem sintomas, tais como: idéias delirantes, alucinações, retraimento social, dificuldades em estabelecer relações afetivas, comprometimentos cognitivos etc<sup>(16)</sup>.

Os relatos mostraram alguns comportamentos que são considerados estranhos, característicos da doença mental. O paciente é visto como aquele que foge as regras e ameaça a ordem social estabelecida.

O psiquiatra ouvindo as histórias de comportamentos diferentes enquadra-o num diagnóstico. A sociedade estabelece com o doente mental relações de medo, descrença, vergonha e tutela. O indivíduo acaba sendo reduzido à condição de pessoa estranha, sem direitos e identidade; sem prognóstico, sem esperança de saída<sup>(18)</sup>.

A ruptura com a normalidade e o sentimento de deixar de fazer parte do mundo dos sãos e passar a integrar o outro lado da fronteira – o lado dos loucos – é sentida, geralmente de forma abrupta pelo pacientes, levando a sensação de um corte repentino na sua vida cotidiana<sup>(17)</sup>.

Se a doença já traz dificuldades de comunicação e de socialização, a psiquiatria e a sociedade terminam por afastar e excluir os loucos com seus estigmas e rótulos, ao invés de proporcionar um ambiente acolhedor e flexível; capaz de ser mais permeável aos comportamentos *diferentes*.

### Tratamento

O tratamento é um elemento fundamental na vida dos pacientes. Para eles que vivem este processo de internação e reinternação, as demais atividades da vida cotidiana organizam-se em torno das possibilidades de tratamento, afinal, o fato de estar internado ou não, muda completamente o cotidiano desta população.

Foi possível identificar no discurso dos entrevistados uma aproximação com a lógica manicomial, em que o tratamento significa internação em hospital psiquiátrico. Se a concepção sobre a loucura e suas formas de tratamento é algo construído historicamente, isto não significa, que ao surgir uma nova estratégia de atenção à saúde mental, como a Reabilitação Psicossocial, que o antigo modelo centrado na internação irá desaparecer.

Para muitos pacientes e familiares a internação é a melhor forma de tratamento, explicitando quanto a ideologia manicomial persiste na sociedade, co-existindo com outras formas de pensar e buscar tratamento, por esta mesma população.

O macro hospital desenvolve característica de passividade, submissão e dependência, tornando remota a possibilidade do doente pensar no futuro contando consigo mesmo, sendo sujeito de sua história<sup>(19)</sup>.

P 12 – No hospital a gente tem maior contato com os remédios do que em casa. Aqui não. Aqui você conversa com o médico, ele está pertinho, e o remédio vem mais fácil.

P 11 – (Sobre melhor forma de tratamento) É ser internado. Internado você toma os remédios certinhos, você dorme na hora certa, você tem hora de comer na hora certa.

Frente às dificuldades em construir um cotidiano na sociedade e a falta de perspectivas, aparecem às contradições nas falas, ao mesmo tempo em que os pacientes não desejam permanecer no hospital, a internação se apresenta como uma alternativa de vida.

A internação não representa apenas uma forma de tratamento para o paciente, pois os familiares relatam a dificuldade em conviver com a desordem da loucura e consideram a internação um momento em que podem descansar e viver com tranquilidade. Segundo o relatório sobre Saúde no mundo<sup>(20)</sup>, para quase dois terços da população mundial,

mais da metade dos leitos ainda estão em instituições psiquiátricas, que muitas vezes oferecem serviços de tipo carcerário mais do que de atenção em saúde mental.

Porém, entre os entrevistados, a internação como melhor forma de tratamento não foi uma unanimidade, havendo críticas a essa situação. O hospital é apontado como iatrogênico, que rompe com as ocupações do cotidiano e causa ansiedade.

P 3 – Preciso (de tratamento), preciso sim, mas só que não preciso ficar trancado. Isso aqui está me deixando mais louco ainda. Eu sou agitado, eu gosto de andar, sair, e aqui dentro eu nem sai muito para não arrumar briga aí.

P 9 - Que aqui eles não entendem, fico nervoso, só fico deitado babando, sei lá, eu não faço nada direito, só comer, comer e dormir, comer comida horrível. Não tem atividade nenhuma aqui.

Para muitos pacientes, o momento da internação intercala com o momento de estar em casa, a internação não é considerada como algo definitivo, mas apresenta um caráter intermitente.

Nesta situação, o tratamento em casa consiste em tomar a medicação, conforme o receitado. Como se o paciente e família não tivessem uma posição ativa no tratamento, o êxito e a cura dependem da medicação. Percebe-se aí uma visão organicista em relação a doença, já que o tratamento passa apenas pela atuação química da medicação, cujo saber é o médico que detém. O tratamento se resume a ir buscar o remédio no posto de saúde.

Para a permanência do paciente em casa, os familiares adotam como condição o uso de medicação, que evitaria comportamentos inadequados, já a reinternação costuma ocorrer devido à suspensão do uso dos medicamentos prescritos<sup>(21)</sup>.

P 13 – (Sobre o tratamento em casa) Ah, tomo remédio só. Eu durmo, tudo...

P 10 – (Sobre o que é tratamento) Tomar remédio direitinho, né?

P 3 – Eu preciso do remédio, e já era.

FP 9 – É só com remédio, assim tratamento de outros tipos não.

Por outro lado, alguns pacientes se recusam a tomar a medicação, quando estão em casa. Isso demonstra que não existe uma crença consistente nesta visão organicista, de

que a medicação irá trazer a solução para a doença mental. Os paciente não comparecem nas consultas de ambulatório e não tomam a medicação do jeito prescrito.

P 7 – (Sobre recusa em tomar remédio) Agora eu estou tomando cinco comprimidos. Você acha que eu preciso tomar cinco comprimidos? Ridículo.

P 7 – Eu faço uma miscelânea minha, lá. Eu tomo o que eu acho que tem tomar.

P 6 – Tem horas que eu não quero bebe os remédios, tem hora que bebo.

FP 9 – Ele não toma o remédio. Ele não vai, jamais ele vai no médico sozinho.

Um dos aspectos mais relevantes manifestados como entrave para a manutenção do paciente em casa

traduziu-se pelo fato destes pacientes, freqüentemente não seguirem as recomendações médicas deixando de tomar as medicações prescritas e, em consequência, desencadeando sucessivos surtos de doença<sup>(21)</sup>.

Se a medicação é colocada como elemento central para o tratamento, mas ao mesmo tempo, alguns deles não tomam os remédios, existe aqui uma contradição entre o que os pacientes relatam ser a melhor forma de tratamento e o que realmente fazem para se tratar.

A medicação trata e previne a fase aguda da doença, e é difícil promover a inserção social enquanto o paciente está em crise – nesse sentido, o uso da medicação é incontestável, como parte do processo de tratamento. Ao reduzir os sintomas, a medicação possibilita a introdução de outras formas de tratamento, organiza o mundo interno do paciente, o que facilita a reintegração na realidade externa.

Se esta população parece compreender a necessidade do uso regular da medicação, por outro lado, não seguem as prescrições médicas. Associado a este fato, encontramos um relacionamento dos pacientes com os serviços ambulatoriais sem consistência, com pouca aderência.

Uma boa relação médico-paciente e médico-família é importante para o seguimento da prescrição medicamentosa; a equipe de saúde mental deve tomar providências para que as condutas terapêuticas sejam mantidas ao longo do tempo<sup>(6)</sup>.

Mas a medicação e a internação não foram às únicas formas de tratamentos relatadas por essa população, eles também falaram sobre as pequenas atitudes do dia a dia relacionadas à assistência a saúde.

Quando falavam sobre tratamento, também apareceu nas falas dos pacientes aspectos que se relacionavam a construção da vida cotidiana como saúde, ou seja, a escolha de como viver a vida é uma maneira de se tratar.

Nesse sentido os paciente relatam que morar bem, se alimentar adequadamente, cuidar da higiene, cuidar dos seus objetos, fazer exercícios, cultivar os amigos, se divertir e trabalhar, ou seja, cuidar das diferentes esferas da vida cotidiana é se tratar, é cuidar da saúde.

P 13 – (Sobre melhor forma de tratamento) Se eu mudasse pra um apartamento bom, né, um prédio bom, de gente mesmo.

P 11 – (Sobre cuidados com a saúde) Tomando um suco de laranja, comendo uma fruta, minha saúde é assim.

P 11 – (Sobre tratamento) Me divertir, fazer exercícios, eu gosto mesmo de trabalhar.

P 9 – (Sobre cuidados com saúde em casa) Eu tomava banho, comia, me alimentava direito, tomava o remédio.

P 8 – (Sobre a melhor forma de tratamento) Eu acho que o que vai me curar mesmo é a rua, meu. É me aposentar, ficar com meus amigos e comprar uma bicicleta.

P 7 – (Sobre como se trata) Eu faço minha comida, fico no meu quarto. Tenho minha lavanderia...

Quando os pacientes relatam a construção da vida cotidiana como uma forma de tratamento, estão expressando que se tratar é cuidar da sua forma de existir no mundo. Esta concepção não é algo dado, ou formulado pelo discurso médico, é algo vivenciado pelos pacientes, no seu dia a dia.

### *Os serviços substitutivos*

É importante lembrar que a população entrevistada viveu uma ou, na maioria das vezes, mais de uma reinserção. Pressupondo que a população atendida nos serviços substitutivos consegue romper esta cadeia de reinserções e construir uma vida e um tratamento na sociedade, a população estudada não foi atingida por este tipo de tratamento, ou este tratamento não funcionou.

Afinal, os casos de sucesso do tratamento em serviços substitutivos não se encontraram internados em hospital psiquiátrico. Assim, para essa população algo ocorreu no tratamento nesses serviços para que o paciente e sua família não conseguissem efetivamente romper com o ciclo de reinserções.

Um dos aspectos relatados pelos pacientes foi o fato de alguns deles não conhecerem os serviços substitutivos, ou seja, nunca foram orientados ou encaminhados para um CAPS ou HD. Isso demonstra uma falta de articulação entre os hospitais psiquiátricos e os serviços substitutivos. Assim, é preciso averiguar com a equipe de saúde dos hospitais, como são realizados os encaminhamentos para os serviços substitutivos.

P 12 – (Sobre tratamento em Caps ou HD) Não conheço. Nunca ouvi falar.

P 10 – (Sobre tratamento em Caps ou HD) Não, não. Não sei o que é.

FP 11 – Mas ele nunca foi encaminhado (para HD ou Caps).

Muitas famílias que conhecem esta forma de tratamento, aprovam e recomendam o Hospital Dia, pois além de garantir a medicação, vai contra a apatia e inércia do paciente, oferecendo a possibilidade de atividades e convivência com outras pessoas. As famílias confiam no hospital dia e ficam tranquilas quando o paciente passa o dia em tratamento e não em casa ou na rua.

FP 9 – É bom, bom para ele essa forma dele ir pra casa, essa forma dele tomar o remédio e ir pro hospital passar o dia e volta à noite, seria ótimo pra mim.

FP 11 – (Sobre a melhor forma de tratamento) Sabe, por exemplo, esses lugares que a tarde retorna. Esses lugares ajudariam muito, pra ele ver outras pessoas, pra conversar, ele gosta muito de conversar. Então, ele precisa de uma atividade, alguma coisa que o L fizesse, pra ocupar a cabeça. Então, eu ficava tranquila, sabendo que ele tá lá. Ele ia chegar em casa tarde, cansado e ia dormir. Ia ser muito bom. Mas é difícil conseguir, né.

Também foi relatado que alguns familiares gostariam que o paciente fosse atendido em Hospital Dia, mas isto não ocorreu devido à ausência de serviços na região. Assim, fica expressa a necessidade de aumentar o número de serviços substitutivos, de forma a abranger toda a população, pois nem todos têm acesso a este tipo de serviço.

FP 13 – Eu acho que a melhor forma de tratamento seria o Hospital Dia, que ele fosse de manhã e voltava à noite. Só que uns dois três médicos do posto de saúde, que quando ele sai daqui ele se trata, já deu carta e já fui e eles falam que não, que ele não pertence; porque eu moro em Campos Elíseos, “Ah, se fosse na Santa Cecília poderia vir aqui”, eles não aceitam, já fui duas vezes lá.

Segundo o relatório sobre a Saúde no mundo <sup>(20)</sup> há certos aspectos comuns nos diferentes países relacionados a *falta absoluta de serviços de saúde mental, a má qualidade do tratamento e dos serviços e problemas de acesso e equidade*.

Os pacientes fizeram críticas ao tratamento em serviços substitutivos, ficou implícito que em alguns locais o tratamento oferecido se resume ao entretenimento, ao *fazer uma pintura*. Nesse sentido, ainda não foi totalmente possível romper com a lógica psiquiátrica do *manter dentro*.

P 13– (Sobre tratamento em HD) Parece que era pintura de quadros, essas coisas.

P 4 – Nenhum (interesse em freqüentar HD). Preciso estu-

dar, preciso tomar um banho sossegado. Nenhum. Eu estou estudando, eu estou querendo melhorar, não atrasar a minha vida. O hospital cansa a pessoa... Toda hora ir para o hospital dia cansa a pessoa... A pessoa não vive nada, só vai para lá.

Pesquisador italiano<sup>(22)</sup> levanta a questão sobre a armadilha do entretenimento, tomado, por um lado, como ‘diversão’, e por outro, como *manter dentro*.

Entreter para manter dentro pode ser manter dentro da hospitalização, dentro da cultura psiquiátrica, que no lugar de produzir saúde reproduz enfermidade.

Isto constitui um paradoxo que

não é gratuito, mas nasce da constatação de que a terapêutica e a clínica por si só não geraram transformações significativas das vidas dos pacientes<sup>(23)</sup>.

A ruptura do entretenimento é uma pesquisa que opera micro rupturas, que possibilita a construção afetiva, relacional, material, habitacional e produtiva, reconstruindo a cidadania plena do paciente psiquiátrico<sup>(22)</sup>.

É importante lembrar, que apesar destes pacientes estarem vivenciando um ciclo de reinternações, foram relatados casos e momentos em que o tratamento em serviços substitutivos auxiliaram o paciente nesta reconstrução de uma vida permeada por relações conversas, efetividade, atividades, na conquista de espaço no mercado de trabalho.

A partir do discurso dos entrevistados foi possível perceber que a implementação dos serviços substitutivos está em processo; há casos de sucesso, outros com menos êxito, outros ainda não conhecem este tipo de serviço e outros que, apesar de ter interesse, não estão incluídos nas regiões que prestam este tipo de atendimento.

A integração do paciente na família após uma internação não é fácil e quanto maior o número de internações a rejeição familiar tende a aumentar<sup>(6)</sup>. O paciente tem dificuldade em conviver em seu meio e com a família.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contradições que emergiram nos discursos indicam a coexistência de modelos de assistência à saúde mental, que estão relacionados à forma de compreender o processo de adoecimento psíquico e seu lugar social.

Hoje, coexistem os tratamentos nos diferentes modelos. Por um lado, existe o modelo manicomial, pautado na lógica da segregação, em que o atendimento ao paciente ocorre dentro do hospital psiquiátrico. As possibilidades de o paciente construir uma vida na comunidade são pequenas, já que o doente mental é considerado perigoso, um risco para a sociedade, ou simplesmente incapaz de cuidar de si.



Por outro, a Reabilitação Psicossocial, pautada na lógica da inclusão, propõe que o tratamento ocorra nos serviços substitutivos, que o paciente possa conviver com a família e a comunidade. O processo de *cura* é entendido enquanto construção de vida, possibilidades de escolha.

Por outro lado, também aparecem no discurso dos entrevistados, formas diferentes de compreender a doença mental e a disponibilidade para a mudança; para muitos dos pacientes e familiares o tratamento em serviços substitutivos se apresenta como novidade. Eles mostram interesse pelo assunto, estão abertos para novas maneiras de lidar com o adoecimento psíquico.

Ao estudar o cotidiano dos entrevistados, se percebe a reprodução da lógica dominante, do louco incapaz isolado e confinado seja em casa ou no manicômio. Ao se utilizar uma lupa, na visão sobre o micro, se percebe um cotidiano que pulsa para construir uma vida neste mundo compartilhado, procurando a produção de alternativas.

A condição humana reside na vida cotidiana, a repetição e regularidade ordenam as coisas vivas<sup>(10)</sup>. Na vida cotidiana absorvemos valores, normas e visões de mundo, e adquirimos conhecimento.

Portanto, transformar a vida cotidiana se associa a mudar as visões de mundo, caminham juntas, entrelaçados. Da mesma forma que é no cotidiano que se absorvem valores e uma visão de mundo, se a visão de mundo muda, o cotidiano se transforma; o inverso também pode acontecer, quando o cotidiano muda, a visão de mundo se transforma.

Nesse sentido, os discursos dos entrevistados revelam essa reinvenção da sociedade, que passa a ter novas ferramentas e possibilidades para compreender a loucura e a assistência ao doente mental, refletindo e procurando formas para enfrentar este desafio.

## REFERÊNCIAS

1. Souza RC, Scatena MCM. Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: caso de Ilhéus – BA. *Saúde Deb.* 2001;25(58):88-97.
2. Pitta-Hoisel A. Sobre uma política de saúde mental [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1984.
3. Silva ATMC, Barros S. O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(3):310-6.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002. 3ªed. rev. Brasília; 2002.
5. Amaral M. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(3):288-95.
6. Alonso SG. Falando sobre reinternação psiquiátrica: a voz das pacientes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
7. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2003.
8. Valentini W. Nenhum ser humano será bonsai. In: Harari A, Valentini W. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2001.
9. Rotelli F. A Instituição inventada. In: Rotelli F, Leonardi O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.
10. Heller A. La revolución de la vida cotidiana. Barcelona: Península; 1994.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
12. Fiorin JL. Elementos de análise de discurso. São Paulo: Contexto/EDUSP; 1989.
13. Vianna PCM, Barros S. Análise do discurso: uma revisão teórica. *REME Rev Min Enferm.* 2003;7(1):56-60.
14. Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 2001.
15. Osinaga VLM. Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
16. Romero E. Essas inquietantes ervas do jardim: o normal e o sintomático. São Paulo: Lemos; 1996.
17. Melman J. Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1998.
18. Brunello MIB. Loucura: um processo de desconstrução da existência. *Rev Ter Ocup.* 1998;9(1):14-9.
19. Scatena MCM. O mundo do hospital psiquiátrico sob a perspectiva do doente que o habita [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1991.
20. Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

- 
21. Sadigursky D. Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
  22. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 13-8.
  23. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá; 2001.
  24. Reis SLC. Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental: município de Santos - São Paulo, no período entre 1989 à 1996 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1998.
  25. Heller A. Historia y futuro: ¿Sobrevivirá la modernidad? Barcelona: Península; 1991.