



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Babinski, Tatiane; Hirdes, Alice

Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do rio grande do sul

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 13, núm. 4, outubro-dezembro, 2004, pp. 568-576

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413409>

- ▶ 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: A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO RIO GRANDE DO SUL

PSYCHOSOCIAL REABILITATION: THE PERSPECTIVE OF PROFESSIONALS INSIDE

PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTERS IN RIO GRANDE DO SUL

REHABILITACIÓN PSICO-SOCIAL: LA PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE CENTROS DE

ATENCIÓN PSICO-SOCIAL DE RIO GRANDE DEL SUR

Tatiane Babinski¹, Alice Hirdes²

¹ Enfermeira do PSF Cruzeiro de São Lourenço do Oeste. Monografia apresentada com requisito à obtenção do título de enfermeiro.

² Professora de Enfermagem Psiquiátrica da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Erechim. Orientadora do estudo. Mestre em Enfermagem pela UFSC.

PALAVRAS-CHAVE:

Apoio social.
Estresse emocional.
Saúde mental.

RESUMO: Esta pesquisa teve como objetivo descrever a perspectiva dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial sobre a reabilitação psicossocial. A metodologia é de natureza qualitativa, realizada através de 11 entrevistas semi-estruturadas com profissionais de nível superior vinculados a 6 Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Rio Grande do Sul. O resultados apontam que a reabilitação psicossocial é visualizada como um processo, a superação da dicotomia saúde/doença, a inclusão da família, a interdisciplinaridade, a contratualidade, os valores profissionais como a responsabilidade, a ética, e o respeito à dignidade do ser humano. Concluímos que a reabilitação psicossocial é um processo em permanente construção de novas e sempre plurais possibilidades de cuidado, assim como a existência de um hiato entre o novo referencial teórico, ainda incipiente, e uma multiplicidade de práticas em curso que superam a produção de um referencial brasileiro de reabilitação.

KEYWORDS:

Social support. Stress
psychological. Mental health.

ABSTRACT: This research aims to describe the perspective of professionals inside Psychosocial Attention Centers in RS about psychosocial rehabilitation. Eleven semi-structured interviews were performed with professionals at a university level linked to 6 CAPS from the south region of RS. The results show that psychosocial rehabilitation is seen as a process; the importance of family, participation; interdisciplinarity; the aims of the service; an integrality of actions and the quality of the service; and professional values such as responsibility, ethics, flexibility, dignity, respect for the human being. We concluded that psychosocial rehabilitation is a process in permanent construction-overcoming new and always multiple possibilities of care, as well as the existence of a lack between the new theoretical referential, still incipient, and a multiplicity of actions/practices in course, which overcome the production of a Brazilian referential of rehabilitation.

PALABRAS CLAVE:

Apoyo social.
Estrés psicológico.
Salud mental.

RESUMEN: Esta investigación tuvo como objetivo describir la perspectiva de los profesionales de los Centros de Atención Psicosocial sobre la rehabilitación psicosocial. La metodología es de naturaleza cualitativa, realizada a través de 11 entrevistas semi-estructuradas con profesionales de nivel superior vinculados a 6 Centros de Atención Psicosocial de la región Sur del Rio Grande del Sur. Los resultados señalan que la rehabilitación psicosocial es visualizada como un proceso, la superación de la dicotomía salud/enfermedad, la inclusión de la familia, la interdisciplinariedad, la contratualidad, los valores profesionales como la responsabilidad, la ética, y el respeto a la dignidad del ser humano. Concluimos que la rehabilitación psicosocial es un proceso en permanente construcción de nuevas y permanentes plurales posibilidades de cuidado, así como, la existencia de un nexo entre el nuevo referencial teórico, aún incipiente, y una multiplicidad de prácticas en curso que superan la producción de un referencial brasileño de rehabilitación.

Endereço:

Alice Hirdes
Rua Maranhão 653/21,
99700 000 - Erechim, RS
E-mail: aliceh@uri.com.br

Artigo original: Pesquisa

Recebido em: 15 de maio de 2004

Aprovação final: 23 de setembro de 2004

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica introduziu no campo da saúde mental novas abordagens ao sofrimento psíquico no cuidado ao portador de transtorno mental. Dentro as novas tecnologias de cuidado aparece o conceito de reabilitação psicossocial. Os serviços que trabalham sob a égide da reforma psiquiátrica comumente intitulam-se reabilitadores. No Brasil, apesar de estas práticas serem realizadas no cotidiano dos serviços, não existe um referencial brasileiro de reabilitação psicossocial que subsidie as práticas nos serviços.

Desde a década de 80, a centralização ocorreu em torno das discussões sobre o fim dos manicômios, começando a se articular o paradigma da desinstitucionalização em saúde mental. Desinstitucionalizar compreende não somente desmontar o manicômio, mas sobretudo, as práticas que secularmente foram exercidas sobre o louco. Aos novos serviços, deverão corresponder novas tecnologias de intervenção ao sofrimento humano. Reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial não podem ser tomadas como sinônimos: a primeira trata da reorganização estrutural dos serviços, enquanto que a reabilitação está focada em como as pessoas funcionam e na busca de suporte pessoal.

Existem muitos conceitos de reabilitação e estas diferenças refletem os modelos filosóficos e técnicos adotados. Na definição da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* seria o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potencialidades do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustadas às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado¹.

O novo paradigma em saúde mental necessita de profissionais comprometidos com uma nova abordagem à doença mental. Em torno deste paradigma estruturam-se conceitos como interdisciplinaridade/transdisciplinaridade, projetos terapêuticos individualizados, ruptura do paradigma clínico, noção de território, práticas de Clínica Ampliada, o cuidado como elemento-chave e a prática pautada na responsabilidade para com o portador de sofrimento psíquico. O cuidado oferecido no campo da reforma, apesar da existência de princípios para a organização de serviços e valores profissionais, não é homogêneo. Exis-

tem várias clínicas atuando neste campo, assim como contradições entre a teoria e a prática.

Enquanto os profissionais do primeiro mundo construíram um referencial teórico importante em relação à reabilitação psicossocial, as práticas implementadas no sul do mundo “são, na maior parte das vezes, obtidas da pobreza de recursos institucionais e da capacidade de identificar e ativar os recursos escondidos da comunidade”^{2,104}. Entendemos que não podemos simplesmente importar um modelo, necessitamos construir um referencial balizador próprio, em razão das características de nosso povo.

OBJETIVO

Esta pesquisa tem como objetivo descrever a perspectiva dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial sobre a reabilitação psicossocial.

METODOLOGIA

Este estudo insere-se nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação. A abordagem qualitativa foi escolhida pelo fato de propiciar uma maior visualização dos sentimentos, das ações, dos valores e por facilitar a interação com os sujeitos. Em virtude também da realidade social se manifestar de formas mais qualitativas do que quantitativas³. Para isto foi utilizada entrevista semi-estruturada, na qual os protagonistas puderam discorrer sobre o problema da investigação.

A pesquisa foi realizada em 6 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região sul do Rio Grande do Sul. Os CAPS são serviços municipais mantidos pela Secretaria da Saúde da Prefeitura. Prestam atendimento a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Em todos os serviços há uma equipe interdisciplinar que conta com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem, sendo que existem voluntários das mais variadas áreas.

Os sujeitos deste estudo foram 11 profissionais, dentre eles: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e arteterapeutas. O trabalho de campo foi realizado entre os meses de janeiro e fevereiro de 2003. Como critérios de delimitação dos sujeitos foram selecionados dois profissionais de nível superior de cada CAPS, com no mínimo um ano de trabalho na instituição.

Quanto à análise, foi percorrido o método proposto por Minayo⁴: ordenação de dados, classificação

de dados e análise final. A ordenação dos dados consiste na transcrição de fitas-cassete; releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica. A classificação dos dados foi operacionalizada através da leitura exaustiva e repetida dos textos. Através deste exercício fez-se a apreensão das “estruturas de relevância” a partir das falas dos sujeitos do estudo.

A análise final permitiu fazer uma reflexão sobre o material empírico e o analítico, num movimento incessante que se elevou do empírico para o teórico e vice-versa. Esta “dança” que promove relações entre o teórico e o empírico, o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado. Entende-se que o produto final é sempre provisório e condicionado pelo momento histórico, pelo desenvolvimento científico, por sua pertinência a uma classe social e pela capacidade de objetivação⁴.

Os entrevistados encontram-se identificados no texto pela letra “A” e o número da entrevista (exemplo: A1, A 2....). Foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos⁵ e obteve-se parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A principal área temática que emergiu das estruturas de relevância extraídas das falas dos participantes desta pesquisa foi: 1) Reabilitação psicossocial como processo. Esta, por sua vez, deu origem às seguintes subáreas: A.1) Revendo saberes: superação da dicotomia saúde/doença; A.2) Contratualidade no processo de reabilitação psicossocial; A.3) Autonomia e participação; A.4) O trabalho como forma de reabilitar; 2) Objetivos e princípios norteadores das práticas em curso; 3) Participação familiar e comunitária no processo de reabilitação psicossocial; 4) Trabalho interdisciplinar: uma necessidade concreta na efetivação dos serviços.

Reabilitação psicossocial como processo

Os sujeitos trazem em suas narrativas a idéia de Reabilitação Psicossocial como um processo amplo e complexo que busca transformar a concepção e a assistência em saúde mental.

Reabilitação Psicossocial é um processo terapêutico, de tratamento que exige uma série de cuidados, especialmente um tipo de relação muito próxima, muito íntima em certo aspecto com as pessoas que estão isoladas, que estão sofrendo

as consequências dos transtornos mentais, consequência da própria dificuldade da família de compreendê-los, da própria dificuldade da sociedade de aceitá-los, tanto no convívio, como para empregos, quanto na imagem que eles tem à sociedade (A1).

A reabilitação é um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e também de plena contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social².

[...] é um processo muitas vezes permanente, e de construção, de construção de coisas que a pessoa precisa reconquistar, ir reconquistando a cada dia [...] (A2).

O autor preconiza as variáveis que influenciam nos resultados da reabilitação, ressaltando de um lado o vínculo, a afetividade, o compromisso, a relação entre usuário e profissional e de outro lado o método, como estão disponibilizados e estruturados os serviços de saúde mental.

Enfatizamos a necessidade e a disponibilidade de os profissionais estarem atentos e abertos ao florescimento de um outro saber. Este deve ser caracterizado pela valorização do sujeito e sua singularidade, sua história, sua vida cotidiana. Há desta forma, um deslocamento da doença para a pessoa doente, o resgate de aspectos positivos, dos pontos fortes, ou seja, o modelo deixa de ser o do dano, da doença e passa a ser o da reconstrução de vida.

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 estabelece⁶. A reabilitação psicossocial pode ser entendida como um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para buscarmos alcançar a utopia de uma sociedade justa e sem manicômios⁷.

Entendemos que a reabilitação psicossocial é um processo de transformação, de reconstrução, de reinserção, de mudança, no sentido de criar alternativas que venham transformar a forma de atenção e de cuidado destinada ao portador de sofrimento psíquico e que visem à devolução de identidade e cidadania. No entanto, para este processo tornar-se concreto e efetivo, faz-se necessária uma contínua avaliação, a fim de não incorrermos no erro de reproduzir as mesmas práticas do modelo hospitalocêntrico.

Ressaltamos que a reabilitação psicossocial traz em sua essência o dinamismo que dá significado a este processo e que, portanto, deve ser construído e reconstruído quantas vezes forem necessárias, até que possa encontrar-se com o objetivo maior, que é a par-

ticipação do sujeito no seu tratamento e na sua reabilitação, tornando-se desta maneira protagonista da sua própria história.

Revendo saberes: superação da dicotomia saúde/doença

A reabilitação psicossocial é mencionada ainda como um processo que vem modificar a dicotomia saúde/doença.

A reabilitação psicossocial teoricamente é um processo, dá para te dizer que é novo, onde a gente inverte a forma de atenção à saúde mental [...] a Reabilitação Psicossocial vem transformar a perspectiva de saúde/doença onde a gente busca resgatar a saúde mental ao invés de simplesmente tratar a doença mental. Muda a questão da relação saúde/doença, a gente vai trabalhar com a saúde mental deles, resgatar o que tem de saudável nesta pessoa, buscando reabrir os laços comunitários, familiares, sociais desta pessoa (A5).

No passado a reabilitação era considerada somente após o término do tratamento⁸, ou ainda considerada como uma alternativa quando o tratamento falhava. Hoje muitos programas de reabilitação se utilizam de técnicas de tratamento ao invés da tecnologia da reabilitação, que em muitos locais a principal modalidade de ajuda é a combinação de farmacoterapia e terapia individual ou em grupos, também que os profissionais dos serviços são selecionados para o treinamento de técnicas terapêuticas e não para a habilidade da tecnologia da reabilitação psicossocial. Entre as diferenças estabelecidas, a principal missão da reabilitação é promover o funcionamento e satisfação em ambientes específicos, enquanto que o tratamento está focado na redução de sintomas, na “cura”.

Para um paciente com diminuição da capacidade decorrente de sua doença é bastante delicado e difícil estabelecer laços com pessoas diferentes e lugares desconhecidos, muitas vezes é assim que se apresentam os locais e profissionais responsáveis pelo tratamento. Neste sentido, uma vez que se consiga um vínculo em uma instituição, este deve ser mantido e os procedimentos de tratamento/reabilitação devem ocorrer no mesmo lugar e com a mesma equipe. “Tratar e reabilitar são perspectivas indissociáveis, para se reabilitar um paciente é preciso oferecer continuamente tratamento”^{6,45}.

De nada adiantariam as intervenções extramuros, se estas apenas transpussem as práticas tão condenadas das instituições asilares. Os profissionais devem caminhar e guiar-se pelo que a reforma psiquiá-

trica traz em seu bojo, mantendo o senso crítico e buscando a constante superação, visando sempre à qualidade do serviço e ao atendimento centralizado na saúde do indivíduo.

Contratualidade no processo de reabilitação Psicossocial

O processo de reabilitação psicossocial implica variáveis a serem trabalhadas, como casa (habitar); trabalho e relações sociais. Estas variáveis envolvem contextos micro e macros sociais, como retrata a seguinte fala:

[...]reabilitação psicossocial é um conjunto de medidas e ações que são instituídas, que são compartilhadas dentro de um Centro de Atenção Psicossocial que visa uma melhoria das condições de vida, de relação entre as pessoas portadoras de sofrimento psíquico sua família e também dentro da comunidade, é um resgate, mais que um resgate das questões referentes aos portadores de sofrimento psíquico, é um resgate da cidadania, é o momento de efetuar trocas, entre outras coisas (A10).

A reabilitação é entendida como um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente; a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes².

Entendemos que fortalecer o poder contratual do usuário seja uma das maiores e mais difíceis tarefas dos reabilitadores. Sustentamos que se o serviço não conseguir criar possibilidades para efetuação de trocas, estará fadado ao insucesso, pois criou uma concepção errônea do que é reabilitar. Estará apenas fazendo o que o hospital psiquiátrico faz com o portador de sofrimento psíquico, institucionalizando a pessoa, cronificando-a e mantendo-a dentro, pois as portas abertas de um CAPS são sinônimo de liberdade, de autonomia e de participação comunitária. Faz-se necessária a informação para ampliar a oferta de escolhas, o incentivo a caminhar com as próprias pernas, a ruptura do institucionalismo.

A convivência como cidadão na sociedade não é o único atributo desejável, mas a convivência desprovida de preconceitos que residem nos portadores de sofrimento psíquico, ainda nos dias de hoje, aparece como um ideal a ser conquistado. A conquista deste ideal passa por várias instâncias, legislativas, políticas, de organização dos serviços. Entretanto, a

desmitificação da loucura deve ser pensada não só em termos macros, mas a partir de movimentos, de ações que são desenvolvidas no plano micro, é aí que se instalaram as mudanças mais significativas na vida dos portadores de sofrimento psíquico⁹.

Visualizamos a preocupação dos profissionais em relação ao empobrecimento da contratualidade dos sujeitos, seja ele em termos individuais, familiares ou comunitários, por isso faz-se necessária a criação de mecanismos que possibilitem a emancipação e superação de preconceitos, que muitas vezes encontram-se impregnados no próprio usuário, no familiar e até mesmo nos profissionais. São estes os muros ou barreiras que devem ser rompidos para que possa acontecer a reabilitação.

Autonomia e participação

A reabilitação também está associada a um processo que visa devolver habilidades perdidas, devolver a autonomia do sujeito.

Acredito que Reabilitação Psicosocial é um conjunto, é um processo que visa reinserir o usuário de saúde mental tanto na família como na sociedade, buscando a sua autonomia, a sua cidadania e o seu respeito (A7).

Reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia¹⁰. A contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida com os próprios profissionais que o atendem, se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de elaborar projetos, isto é, práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo a que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como, para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se.

A autonomia passa a ser entendida como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrete.

Vejo assim que é um resgate, é restituir as condições internas e externas das potencialidades do indivíduo, para ele ocupar o espaço que lhe compete como sujeito na busca da autonomia perdida pela dependência e limitação imposta da forma que nós vimos, pela exclusão (A4).

Entretanto, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos nós, a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: depende excessivamente apenas de poucas relações/coisas. Esta situa-

ção de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. “Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas formas, novos ordenamentos para a vida”^{10,57}.

Só não podemos cair no mito da autonomia, que é o maior responsável pela hipersetelação dos pacientes nos programas de reabilitação e do complementar abandono dos pacientes não selecionados. De fato, e uma vez mais, a psiquiatria é um autocosmo onde se auto reproduz a cultura dominante, “os mais dotados conseguem, e então se selecionam aqueles que provavelmente são os mais bem dotados a fim de que consigam; por outro lado, os menos dotados não conseguem então é anti-econômico selecioná-los”^{2,113}.

Temos observado em nossa experiência profissional, uma certa tendência dos profissionais a explorarem as habilidades dos ditos “mais fortes”, por simbolizar ser menos frustrante e trazer resultados mais visíveis, mais palpáveis, o que faz com que os “ditos mais fracos”, que já têm grandes problemas em efetuar trocas, estabelecer vínculos, entrem em uma escala abaixo. Assim, projetamos que de uma maneira uniforme, porém singular, devemos definir eixos a serem trabalhados junto com os usuários visando à construção da capacidade contratual de cada pessoa.

O trabalho como forma de reabilitar

A fala seguinte traz à tona a questão do trabalho como forma de valorização do ser humano:

[...] fazer com que a pessoa saia daqui e tenha uma maneira de investir, de produzir trabalhos, assim que eu acredito que ele vá se reabilitar também, esta é só uma parte do trabalho, fazer com que ele retorne a sociedade, podendo ser produtivo (A6).

Apostar no usuário significa acreditar nas suas potencialidades para mudanças, tanto de padrões como de comportamento, adquirindo ou readquirindo habilidades que lhe permitam conviver e interagir em sociedade. Este conviver e interagir pode se dar de várias formas, como a inserção real no mercado de trabalho, mas também pelo mínimo gerenciamento dos cuidados pessoais, do tratamento, do ambiente e das suas relações interpessoais⁹.

Entendemos que a inserção do portador de sofrimento psíquico no meio laborativo é uma alternativa extremamente importante no processo de reabilitação, desde que o desejo do usuário seja trabalhar ou voltar a trabalhar. Neste contexto, vale ressaltar a ca-

pacidade do profissional de discernir e construir coletivamente com o usuário um plano terapêutico, no qual o trabalho possa estar incluso ou não. Estas ações individualizam o cuidado e propiciam a criação de um espaço terapêutico, onde são respeitadas as escolhas e decisões dos usuários, remetendo-os à condição de protagonistas de suas vidas.

O trabalho para os pacientes gravemente desabilitados, se entendido como simples desenvolver de determinadas tarefas, pode ser na realidade uma forma ulterior de norma e contenção, de restrição do campo existencial. O trabalho, entendido como inserção laborativa, pode, ao invés disso, promover um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos⁴.

Reabilitar é buscar proporcionar a independência deles, que eles passem só um tempo aqui, que isto realmente seja uma casa de passagem, que quem trabalha que continue trabalhando que consegue trabalhar, desde que esteja medicado, que tenha acompanhamento da família e que tenham acompanhamento da equipe do CAPS, dá para trabalhar, dá para produzir (A3).

A questão é o quanto o trabalho pode ser um meio de sustento e o quanto é um meio de auto-realização. E isto está relacionado com o sentido e com o valor que uma sociedade atribui ao trabalho e de quanto o trabalho é componente de um projeto para o indivíduo. O trabalho é visto como um instrumento de reabilitação diretamente relacionado à cura e posteriormente como um indicador do êxito da cura, portanto, algo que é tido como padrão de normalidade ou de volta à normalidade².

O grande desafio imposto para a desmitificação e aceitação dos portadores de sofrimento psíquico serem aceitos no mercado de trabalho deverá ser travado com a sociedade. Fazer perceber que além da doença existe uma pessoa que é cidadã e que tem possibilidades e direitos que lhe foram negados ao longo da história institucional. Fazê-los tornarem-se empreendedores e sujeitos da própria história deverá se constituir, por excelência, num compromisso primordial assumido pelos reabilitadores⁹.

Pensamos que o trabalho possa ser uma alternativa no processo de reabilitação quando este supere o simples fato de manter o paciente entretido, ocupado, e o faça sentir-se capaz, útil, importante e lhe proporcione auto-realização e produção de vida. O estabelecimento do diferencial entre vida produtiva e produção de vida deve ser considerado. O primeiro remete ao fazer algo, enquanto o segundo confere valor à vida.

Objetivos e princípios norteadores das práticas em curso

Os profissionais colocam que existem determinados métodos que devem estar inclusos nos objetivos e princípios da reabilitação. No entanto, não existem modelos criados ou, ainda, protocolos para serem seguidos. Portanto, há a concreta necessidade de fornecer um tipo individualizado de cuidado e atendimento, que vise trabalhar e desenvolver as potencialidades junto com o usuário, mas que também vise restaurar o melhor nível possível de autonomia e participação comunitária às pessoas que têm uma desabilidade.

Estas ações fazem com que o serviço se torne efetivo e resoluto por criar alternativas conjuntas com os maiores interessados neste processo, que são os usuários.

[...]então os objetivos são proporcionar um cuidado mais integral, não é só o atendimento tradicional individual, distante, onde você olha para a pessoa você vê sintomas de doença e se procura combater aqueles sintomas, então se avalia muito mais completamente, se avalia a família da pessoa, o local, a comunidade onde vive, as coisas que ela traz da sua história, as suas aptidões, as suas limitações, aí de uma maneira específica para cada pessoa, então se busca valorizar as coisas boas e estimular para que as dificuldades possam ser transcendidas em certo nível, a reabilitação é para que se possa proporcionar um atendimento mais integral (A1).

Os objetivos da reabilitação psicossocial devem coincidir com os objetivos dos serviços que executam a reabilitação. Objetivos são diretrizes para os serviços andarem de mãos dadas com os valores da reabilitação psicossocial. A combinação de objetivos e valores de ajuda determinam os princípios orientadores dos serviços¹. Os objetivos da reabilitação psicossocial correspondem aos objetivos dos serviços, e estes são designados para ajudar pessoas com doença mental severa a alcançar recuperação, atingir a máxima integração comunitária e a mais alta possibilidade de qualidade de vida.

Os valores estipulados para os profissionais são os seguintes e estão associados com os objetivos da reabilitação psicossocial: o profissional de reabilitação psiquiátrica acredita que todas as pessoas têm o direito de autodeterminação, incluindo a participação em todas as decisões que afetam as suas vidas; acredita na dignidade e valor de todos os seres humanos, independente do grau de *impairment, disability ou handicap*; é otimista em relação ao melhoramento e eventual recuperação de pessoas com doença mental severa que

estão sob os seus cuidados; assume que todas as pessoas têm capacidade de aprender e crescer; é sensível no respeito individual, cultural e diferenças étnicas de cada consumidor¹.

[...] eu acho que em termos de valores são estes, o respeito é que vai puxar todos os outros, solidariedade, integralidade das ações, justiça que a gente consiga ser o mais justo possível nos casos que estamos atendendo, e que tudo isto junto com as técnicas de cada uma das profissões e o próprio trabalho que a família e o usuário vão estar fazendo é o que acaba construindo a reabilitação (A3). Responsabilidade, seriedade, lealdade aos princípios éticos e de respeito à dignidade e integridade de todos que nos são confiados (A4).

Substituir um olhar pessimista por um olhar aberto possibilita a inclusão de um universo de alternativas e possibilidades, abrindo um novo campo de visão para a diversidade de necessidades e métodos de resolução e a inclusão da participação da família, desinstitucionaliza a equipe, aumenta o grau de participação comunitária, passando a comunidade de mera doadora à interlocutora e cooperadora¹¹.

A perspectiva de tratamento/reabilitação tem como objetivo proporcionar que atinjam índices cada vez mais altos de gerenciamento de suas vidas, possibilidades sempre maiores de autonomia, aumentar-lhes a capacidade de escolha. Um paciente com autonomia baixa vai necessitar muito investimento institucional, pode exigir quase todos os dispositivos do serviço, pode precisar ir todos os dias à instituição, participar de grupos, receber visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico individual e outros. Já um paciente com autonomia alta, mas com problemática intermitente, pode manter-se com medicação e terapia grupal. Não faria sentido ele freqüentar diariamente a instituição, pois consegue ter um grande desempenho na rede social⁶.

Participação familiar e comunitária no processo de reabilitação psicossocial.

Os profissionais entendem como imprescindível a participação da família no processo de reabilitação. No paradigma antigo, centrado no hospital psiquiátrico, a família era alijada e culpabilizada pela doença. A restrição às visitas nas primeiras semanas vem corroborar a culpa da família. Atualmente, visualiza-se concretamente a necessidade de inserção familiar no processo de reabilitação e tratamento e é nesta perspectiva que os novos serviços devem funcionar.

[...] a participação da família é imprescindível neste trabalho de reabilitação psicossocial, ou seja, ele vai aprender um

novo ofício, ele vai ter a socialização com os iguais, ele vai tentar dentro de suas possibilidades aprender um novo ofício e a família sempre ao lado, e sendo trabalhada a família, porque é muito complicado para família, então o CAPS tem que estender o seu trabalho do indivíduo até a sua família, o seu meio” (A2).

A doença não reside isolada e culpabilizante dentro do sujeito, mas na interação existente entre ela e os membros da família. Portanto, a família também é objeto da terapia e o propósito da terapia é restabelecer os laços comunicativos que estão prejudicados ou inexistentes. A família pode ser protagonista das estratégias de cuidado e reabilitação, e a comunidade não se separa deste contexto, e é considerada recurso potencial de um serviço, no sentido de produção de contratualidade e bem-estar².

Os proponentes de serviços de saúde mental comunitária têm alertado para a expansão dos serviços à família como uma prioridade essencial. As abordagens às famílias, consistentes com a reabilitação, provêem informações e aumentam a capacidade para resolver situações problemáticas⁸.

[...] então a família tem que ser incluída neste tratamento e uma das formas de se incluir a família são as assembleias periódicas dos familiares dos pacientes para ele ter um acompanhamento do que está sendo feito, porque de repente tu faz uma arte-terapia aqui, ela pode ser promovida na própria família, pois não é estimulada, é excluída da participação da família, então ela tem que ser integrada também na família (A5).

Pensamos que o envolvimento familiar é essencial no processo de reabilitação, pelo prolongamento e continuidade que este processo significa, isto é, a reabilitação deve acontecer dentro e fora dos serviços. Para que isto ocorra, a família precisa dar suporte a esta pessoa, fazendo a ponte entre o meio social e o serviço, subsidiando as intervenções num ambiente de afetividade e credibilidade. Assim, a família torna-se também protagonista nesta busca de caminhos interrompidos pela doença e passa a construir junto com o seu ente, novas perspectivas de vida.

Trabalho interdisciplinar: uma necessidade concreta na efetivação dos serviços

Os profissionais entrevistados enfatizam a relevância da interdisciplinaridade na efetuação dos trabalhos desenvolvidos dentro dos CAPS.

[...] e ter a noção de equipe, mais que multidisciplinar, ir além, buscar a interdisciplinaridade, porque do contrário o trabalho não terá resultados favoráveis (A8).

A integração da equipe é uma das muitas variá-

veis responsáveis pela enfermidade ou eficácia de um serviço. Estas variáveis estão ligadas à organização e ao método de trabalho da equipe e, portanto, podem ser favoráveis ou desfavoráveis às intervenções realizadas. Dentre as variáveis favoráveis para uma equipe estão as seguintes características: distribuição do poder, importância do conhecimento, comunicação clara e não contraditória, discussão e planificação do trabalho, socialização dos conhecimentos, autocrítica e avaliação periódica dos resultados².

Serviços autoritários operam relações autoritárias em todos os níveis hierárquicos de relações, ninguém escapa à relação de obediência que o autoritarismo impõe, sendo que a maior quota de obediência cabe à parte mais fraca desta pirâmide de poder, enquanto serviços democráticos e respeitadores valem-se do significado da palavra direito e trabalham bem não só com os usuários, mas com todas as instâncias associadas a este processo¹¹.

Não é a redefinição da instituição em termos estruturais, através de novos esquemas, que garantirá que as ações serão terapêuticas, mas sim as relações que se estabelecerão dentro das novas organizações assistenciais¹².

Característica fundamental, a interdisciplinaridade, nós achamos que para que um trabalho destes tenha frutos é necessário que os profissionais gostem de trabalhar com pessoas e se respeitem mutuamente, então há um desejo de todos em prol de um trabalho maior e se hoje nós temos resultados satisfatórios no trabalho é devido a todo um trabalho de equipe onde nenhum ou outro profissional é mais importante e sim, todos (A10).

O primado da interdisciplinaridade constitui campo complexo e difuso, saturado de história, por definição atravessado pelas ambigüidades da subjetividade, onde é impossível seu manejo por um saber aplicado ou por uma série de saberes aplicados, compartimentando uma totalidade. Saúde mental denomina campo de práticas e um processo vital caracterizado por estados do ser e que apresenta hierarquias externas e internas de determinação, mas não se reduz a qualquer dos seus elementos, o biológico, o social e o psicológico, os quais não podem ser fragmentados, mas entendidos como um todo¹³.

Entre as características de um bom serviço estão a flexibilidade e a diversificação, a partir da crítica ao serviço como produtor de uma oferta fechada à qual o paciente deve se adaptar sob pena de expulsão. Aquilo que deve interessar, quando se avalia um serviço, não é tanto o numerador, ou seja, o número de pacientes, mas sim o denominador, constituído dos

pacientes que se pode servir².

O bom serviço é, portanto, aquele que possui uma alta integração interna e externa, ou seja, onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece à separação dos mesmos, o que se reflete em saltos qualitativos na assistência².

É preciso capacidade de diálogo, porque se trabalha em equipe, é preciso flexibilidade, não adianta saber muitas técnicas e não saber individualizar, não saber improvisar, não saber conviver com as pessoas [...] então esta flexibilidade é fundamental, acho que uma boa capacitação técnica também é importante (A1).

A integração interna do serviço significa a adoção de um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual, e organizativo no qual os recursos se encontram permanentemente disponíveis, as competências flexíveis e a organização orientada às necessidades do paciente e não às do serviço. A integração externa refere-se à forte permeabilização do serviço a saberes e recursos circundantes a estes existentes e não vistos, tampouco utilizados. O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça ver e usar outros saberes e outros recursos².

Relações são pedagogicamente importantes e promovem mudanças quanto a qualificação dos métodos de se relacionar. Ser cuidadoso em cada momento de interação, não discriminando nem excluindo, mas sim, respeitando cada encontro que aconteça, pode significar renovação do compromisso de cuidado mútuo e prenunciar um futuro melhor do que o presente¹¹.

Propõem-se a sistematização do cuidado em saúde mental fundamentada conceitualmente no referencial da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial e metodologicamente no Processo de Enfermagem de Irving¹⁴. Esta proposta de trabalho é apropriada a equipes interdisciplinares e/ou transdisciplinares e guarda correlação com o processo de trabalho desenvolvido pelo Centro de Reabilitação da cidade de Boston.

Neste contexto, percebemos na equipe, demonstrações de busca de interações mais efetivas como, por exemplo, a tomada de decisões em conjunto através de reuniões e a pronta disponibilidade dos participantes de contribuírem para avaliação e intervenção nas diferentes situações que se apresentam no cotidiano de um serviço de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse desta pesquisa, verificar se as práticas dos profissionais que atuam nos novos dispositi-

vos de cuidado são condizentes com o paradigma da reabilitação psicossocial, mostrou-nos uma ampliação do campo que transcende a construção de um referencial “brasileiro” na área. O trabalho evidenciou que este é um processo construído cotidiana e coletivamente – profissionais, usuários e familiares. A reabilitação é visualizada como um processo de construção de possibilidades de vida aos portadores de sofrimento psíquico.

Os resultados mostram a ruptura do paradigma clínico, biomédico, problema/solução (doença/saúde), assim como a centralização das ações na saúde aparece como um diferencial importante. Outro fator importante no discurso dos entrevistados é a inclusão da família na reabilitação e tratamento dos sujeitos, tornando-a protagonista deste processo, o que é uma característica positiva que qualifica e dá vida ao serviço. A não-dissociação tratamento/reabilitação proporciona abordagens terapêuticas que possibilitam ao usuário atingir patamares cada vez mais altos de gerenciamento de suas vidas.

A interdisciplinaridade emerge como ponto-chave para a efetivação e resolutividade dos serviços, os profissionais destacam a importância de jamais perder de vista a noção de conjunto, pois esta facilita o trabalho e possibilita ao longo do processo aumentar o grau de autonomia dos sujeitos. Podemos visualizar que os profissionais têm como valores o respeito à dignidade de cada pessoa, a ética e a integralidade das ações. Além destes, foram identificados a liberdade e a determinação como valores maiores, articulados nos princípios dos profissionais. Estes valores levam-os a assumir a identidade de verdadeiros reabilitadores, na construção de pontes que possibilitem saltos qualitativos na assistência prestada. Importante se faz salientar que os valores devem transcender as categorias profissionais, ou seja, o escopo destes valores deverá estar imbutido nos princípios da organização dos serviços.

REFERÊNCIAS

- 1 Pratt W, Gil KJ, Barret NM. *Psychiatric rehabilitation*. London: Academic Express; 1999.
- 2 Saraceno B. *Liberando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te Cora; 1999.
- 3 Demo P. *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas; 1998.
- 4 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2000.
- 5 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
- 6 Goldberg J. *Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial - CAPS*. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.33-47.
- 7 Pitta A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001.
- 8 Anthony W, Cohen M, Farkas M. *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Arcata Graphics; 1992.
- 9 Hirdes A. *Reabilitação psicossocial: dimensões teórico práticas do processo*. Erechim/RS: EdiFAPES; 2001.
- 10 Kinoshita RT. *Contratualidade e reabilitação psicossocial*. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-59.
- 11 Harari A, Valentini W, organizadores. *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2001.
- 12 Basaglia F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
- 13 Sampaio JJC, Barroso CMC. *Centros de Atenção Psicossocial e equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará*. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura*, 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p 199-220.
- 14 Hirdes A, Kantorski LP. *Sistematização do cuidado em enfermagem psiquiátrica*. Texto Contexto Enferm 2000 Maio-Ago; 9 (2):94-105.