Com a palavra, os profissionais:

estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da “Casa Azul”.

Jaqueline Queiroz de Macedo
Maria de Fátima de Araújo Silveira
Maria do Carmo Eulálio

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVEIRA, MFA., and SANTOS JUNIOR, HPOS., orgs. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320 p. ISBN 978-85-7879-063-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Com a palavra, os profissionais: estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da “Casa Azul”.

*Jaqueline Queiroz de Macedo
Maria de Fátima de Araújo Silveira
Maria do Carmo Eulálio*

Introdução

A Constituição Federal de 1988 origina o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado dois anos depois pelas Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90, dedicando uma seção do capítulo II para tratar exclusivamente da saúde, o qual fundamenta os princípios e diretrizes norteadores dos serviços de saúde, quais sejam a universalidade e hierarquização ao acesso dos serviços, equidade e integralidade da atenção, com o objetivo de modificar a situação de desigualdade assistencial à saúde da população, pautado na descentralização e na municipalização da atenção (BRASIL, 2003).

Em uma breve retrospectiva da situação político-administrativa do Brasil para poder se entender o contexto no qual ocorreram essas modificações, nas décadas de 1970 e 1980 surgiram vários movimentos sociais bastante relacionados à luta pela transição democrática da pós-ditadura. Tal processo, dentre outros avanços, ocasionou a

redemocratização do país com ampliação das liberdades individuais e introdução dos direitos de cidadania que, anteriormente, não existiam no sistema jurídico brasileiro (GUIMARÃES, et. al., 2001).

Desse modo, adentra-se a década de 1980 com uma sociedade efervescente, após 21 anos de dominação pelas elites ditatoriais, buscando construir uma sociedade justa e cidadã, vindo à tona inúmeras denúncias acerca da psiquiatria, na questão da saúde.

Tal como o SUS, a Reforma Psiquiátrica brasileira apresentou-se como um processo de intensos movimentos político-sociais que modificaram tanto os significados de saúde, como as práticas em saúde mental (ANTUNES, QUEIROZ, 2007).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil aparece, de modo mais ativo, no final da década de 70, no contexto da redemocratização, inspirado pelo processo de desinstitucionalização que ocorreu na Itália, através de Franco Basaglia. Nesse período, surge o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) à procura do significado da função social da psiquiatria e o que lhe envolve, ampliando o foco para além do seu papel médico-terapêutico, e assim visualiza a mudança desse modelo a partir do significado de desinstitucionalização. Na busca de transformações na saúde mental, o MTSM envolve familiares, usuários e a sociedade na discussão relacionada à assistência psiquiátrica e, em 1987, realiza a I Conferência Nacional de Saúde Mental, com o lema “Por uma Sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002).

Nesse contexto, em 1989, o Deputado Federal Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei 3.657/89, baseado na experiência italiana, que propunha a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos clássicos, substituindo-os por outras alternativas de assistência e tecnologia de cuidados, o qual, juntamente com a Luta Manicomial, culmina na Reforma Psiquiátrica. Contudo, apenas 11 anos depois, é aprovado com a Lei nº 10.216, redirecionando o tratamento psiquiátrico para os programas substitutivos e normatizando a internação compulsória (GUIMARÃES, et. al., 2001).

O modelo do processo brasileiro de reforma psiquiátrica está fundamentado na desinstitucionalização, processo, não meramente restrito ao campo técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político, mas, e principalmente, ético, de admissão e compreensão de nova práxis, responsável pela apresentação de “novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1995).

A partir desse significado, pode-se inferir o objetivo fundamental dos serviços substitutivos que vieram a se constituir como alternativa para a hospitalização de sujeitos sofredores psíquicos, marginalizados e isolados historicamente da sociedade, como sujeitos destituídos de razão, e envoltos por um misticismo de medo e exclusão (FOUCAULT, 2005).

Trata-se de uma nova construção de conceitos, de locais alternativos de sociabilidade e possibilidades reais, de inclusão, de cidadania urgente através da presença ativa no trabalho, na família, na vida social, entre amigos, por terem, por tanto tempo, sido retirados os direitos desses personagens em desvantagem social (GUIMARÃES, et. al., 2001).

Desse modo, os serviços substitutivos devem estar fundamentados em uma cidadania e ética diferentes, que ultrapassem o pensamento liberal da cidadania social e ética política, restritas aos direitos e deveres e aliadas à emancipação individual e foquem os variados modos de exclusão social atual (GUIMARÃES, et. al., 2001).

O município de Campina Grande-PB possui uma experiência exitosa no âmbito da Reforma Psiquiátrica, uma vez que conseguiu realizar a desinstitucionalização e reorientação da rede de serviços em saúde mental (BRASIL, 2007). Esse processo teve início em 2005, com o descredenciamento da rede SUS, do Hospital João Ribeiro, responsável, na época, pela internação de grande quantitativo dos usuários psiquiátricos da região, devido à identificação de uma calamitosa situação administrativa, assistencial, financeira e institucional daquele manicômio.

Com base em um processo de desinstitucionalização e não de desospitalização, os 176 usuários internos foram acompanhados, reencaminhados as suas famílias ou serviços de saúde de suas localidades de origem, havia internos residentes no hospital com longa permanência atingindo até 30 anos de internação (BRASIL, 2007). Tais sofrendores psíquicos, algumas vezes, já haviam perdido o elo de ligação familiar e laços sociais e se tornado verdadeiros moradores do hospital psiquiátrico, sendo, nesses casos, encaminhados para as residências terapêuticas.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) compõe a rede de serviços substitutivos à instituição asilar, previsto na Reforma Psiquiátrica. Encontra-se regulamentado pela Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde, a qual o define como casas inseridas na comunidade, destinadas a egressos de longas internações psiquiátricas que não tenham suporte familiar e social que lhes possibilite a inserção social (BRASIL, 2000).

Tal como a reforma não é um movimento estanque, as residências terapêuticas também não o são. Assim, a depender da condição do usuário e da sua adaptação, ele pode ir morar em outra casa, ou ser criada uma moradia específica para aqueles que apresentam determinada característica, como ocorreu com a 'Casa Azul'. Essa residência foi criada através da observação e do remanejamento dos usuários que faziam parte das outras seis moradias, cujos moradores, segundo discursos dos profissionais do CAPS, desenvolveram uma singularidade, a autonomia (MACEDO, SILVEIRA, 2008).

Inúmeros são os ex-internos desinstitucionalizados em cujos prontuários existiam anotações de que eram alheados, não apresentavam interesse social, com ausência de iniciativa, que foram participantes ativos de uma transformação fundamental. O necessário para que isso ocorra é dá-lhes a oportunidade de participar da desinstitucionalização (AMARANTE, 2007).

O projeto de desconstrução do hospital psiquiátrico possibilitou a implantação de uma rede de cuidados substitutiva, cuja discussão foi norteadada por três princípios, a saber: do confinamento à liberdade; da tutela à *autonomia* e do trabalho protegido à produção da vida. Princípios esses que nortearam a desinstituição do asilo manicomial, em 2005, na cidade de Campina Grande (CAMPOS, 2005).

Mas, como tratar de Autonomia quando se pensa sobre sujeitos ‘sem razão’, destituídos de cidadania em sua totalidade, ainda rodeados de (pré)conceitos?

Através do modelo de Reabilitação Psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica, fornece-se crédito aos sofredores psíquicos, o que lhes possibilita o próprio desenvolvimento.

Devido à importância desse conceito na Reforma Psiquiátrica, questiona-se qual o caráter da autonomia desses moradores? Qual a representação dos profissionais a esse respeito? Qual a dinâmica da casa, bem como, a quem compete a sua administração? Como os moradores estão participando da vida social? Afinal, como os profissionais veem os moradores ex-institucionalizados administrando sua Autonomia? Como eles representam a Autonomia dos moradores da ‘Casa Azul’?

O referencial teórico-metodológico utilizado nesta pesquisa baseia-se na perspectiva teórica da Representação Social. A opção por esta vertente deveu-se principalmente à sua capacidade de relacionar o social e o psicológico como ação dinâmica. Essa teoria é bastante utilizada em trabalhos que buscam analisar a compreensão do senso comum sobre a doença mental (JODELET, 1998).

Em sua teoria, Moscovici caracteriza os processos formadores da estrutura das representações em: objetivação, materialização do objeto abstrato; e ancoragem, interpretação do objeto. Assim, as Representações Sociais atuam interpretando a realidade, como um sistema que orienta as relações dos indivíduos com o meio, determinando suas atitudes e prática, sendo um roteiro para as ações e relações na sociedade (SOUZA, 1999).

Compreensão dos significados dos discursos

Os profissionais constroem as representações sociais da autonomia dos moradores da ‘Casa Azul’ em torno dos seguintes núcleos de significado: Capacidade de transitar sozinho; Presença de responsabilidade; Relação com a família; Administração do dinheiro; e Significado da ‘Casa Azul’.

Capacidade de transitar sozinho: A Reforma Psiquiátrica apresenta como pressuposto fundamental a reinserção social do sofredor psíquico, através do seu retorno à comunidade, prioriza a atenção de base comunitária nos Centros de Atenção Psicossocial, nos Programas de Saúde da Família com grupos de Saúde Mental, nos Serviços de Residência Terapêutica, nas Emergências psiquiátricas para que os indivíduos não sejam excluídos e internados em asilos psiquiátricos.

A possibilidade de estarem morando na cidade em si, já é uma alternativa terapêutica para aqueles sujeitos provenientes de longas internações psiquiátricas como é o caso dos moradores da ‘Casa Azul’.

Quando da criação dessa Residência Terapêutica, um dos critérios utilizados para escolha dos moradores foi, exatamente, a possibilidade de transitar sozinho pela comunidade sem a necessidade de alguém lhe trazer de volta, o que significa a não necessidade dos profissionais vigiarem exaustivamente esses sujeitos.

Sendo visível a importância da possibilidade de fazer as atividades por si só, é relevante a conquista do ‘ir e vir’, no plano material, como se verifica a seguir:

(...) (Os moradores da Casa Azul) **podem** muito bem pegar um ônibus só, ir ao comércio só, fazer compras só, vir para o CAPS só. (P1)

(..)eles sabem que eles podem abrir a porta, e sair mesmo numa boa. (P2)

*(...) **eles já caminham só**, já pegam transporte, fazem cursos (...) fazem curso de computação, fazem pintura. (P3)*

A história da loucura é marcada pelo controle e pela vigilância como método de “tratamento”. Das classes profissionais, à enfermagem foi dado o poder de controlar, disciplinar e educar o doente mental como forma de disciplina, segundo o estabelecimento do vigiar e confinar como instrumentos fundamentais de assistência (BARROS, EGRY, 1994).

Com o novo paradigma de atenção, o da reabilitação psicossocial, a ideia de um louco perigoso que precisa de controle torna-se ultrapassada, e surge a confiança, um “acreditar” nas possibilidades do sofredor.

Devido às conquistas no plano material, possibilitam-se avanços no plano simbólico. A partir da percepção da consciência que os moradores demonstram, surge a possibilidade do ‘ir e vir’ no plano simbólico, como apresentam os discursos abaixo:

(...) tem o desejo e a gente próprio vai em busca da realização dessa atividade e da realização desse desejo (P1)

São pessoas mais livres. (P2)

*Então a gente tem que deixar correr as coisas, ousar, que é possível sim **fazer as coisas**. (P2)*

*Então assim, eles podem **escolher**: “eu não quero isso”. (P2)*

*(...) mas, nessa (residência) a gente **permite mais**. (P2)*

*Ele ta podendo fazer o que normalmente todo mundo faz, sem precisar de ninguém **vigiar**. (P3)*

Para um sujeito que sempre viu cerceados seus desejos, o que significa a possibilidade de fazer o que quiser? Ou quase tudo, já que estamos inseridos em uma sociedade, temos que obedecer a sua imposição de regras. Afinal, nossas escolhas dependem do estado natural, psíquico, cultural e histórico atual, uma vez que não se trata apenas de desejar algo, mas de fazer algo, pois se é livre para realizar algo, só quando se tem o poder de fazê-lo (CHAUÍ, 2006).

Presença de responsabilidade: A noção psiquiátrica do louco como alguém incapaz, foi o que justificou o surgimento da tutela, no campo jurídico, na qual a família se torna responsável civil e materialmente pelo indivíduo que se entende não ter como cuidar e gerir sua vida (AMARANTE, 2003).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica traz um novo olhar sobre esse sujeito que, embasado na Lei nº. 10.216 de 2001, passa a ser tratado com humanidade (o que é contraditório, afinal, somos todos humanos!), ser livre, protegido, ter direitos, características de um ser cidadão. Todavia, passar da dimensão jurídico-política para a sociocultural, envolve um processo social complexo, pois se faz necessário modificar ações, pensamentos e relações sociais (AMARANTE, 2007).

A possibilidade de ter que desenvolver a noção de responsabilidade reflete o avanço da Saúde Mental. Como foi negado durante o tempo de internamento, com a exclusão social, a estigmatização, o direito a ter direitos e deveres, a fazer escolhas, a pensar, trabalhar, a responsabilizar-se por si, hoje os sofredores psíquicos estão em processo de (re)construção da noção de responsabilidade, por isso dentro dessa categoria surge a subcategoria intitulada “*Necessidade de desenvolver a responsabilidade*”, pois, se os moradores não necessitam de uma vigilância constante, precisam desenvolver a responsabilidade sobre si mesmos e exercitá-la.

*(...) a gente ainda precisa **fazer** alguma **intervenção**, mas a gente tem que ver que eles têm transtorno mental e uma vez por outra um ainda continua tendo **crise**. (P1)*

(...) é necessário que a coordenação de cuidadores tenha, ainda, uma intervenção. (P1)

(...) dependendo também de terceiros. (P1)

(...) e a gente vai tentando colocar isso em prática com eles. (P2)

*(...) a gente tem que trabalhar isso com muita força, para poder eles sair daquele **marasmo**. (P2)*

Responsabilidade de quê? De cuidar de si, de olhar para si mesmo, de querer escolher, de desenvolver alguma atividade. Os loucos foram envolvidos pelo exílio da ociosidade, como se a “preguiça” tivesse sido uma forma de revolta ao trabalho obrigatório das casas de internamento. Com a abertura das grades dos manicômios, reaparece o trabalho propulsor da liberdade (FOUCAULT, 2005).

A Necessidade de desenvolver a responsabilidade apresenta-se também, no discurso dos profissionais, na dependência que os usuários ainda têm da intervenção de um cuidador quando surge uma crise aguda, pois esse sujeito deve receber, segundo o modelo da reabilitação psicossocial, cuidado e uma atenção que seja integral segundo as suas necessidades (AMARANTE, 2003).

A subcategoria “*Exercício da prática da responsabilidade*” reafirma essa realidade em construção, de sujeito em sofrimento, mas com direitos e responsabilidades que lhe facultam a possibilidade de conquistar níveis de autonomia e emancipação para direcionar sua vida e é ilustrada pelos discursos a seguir:

*(...) eles **podem** dividir tudo por igual, ter responsabilidade, como a questão das despesas. (P1)*

*(...) eles **têm** aquela responsabilidade de fazer alguma coisa por eles. (P3)*

(...)saber da responsabilidade do que eles têm que fazer com aquele salário que eles têm. (P3)

(...) ter a responsabilidade de ficar com o cartão dele do benefício. (P3)

*(...) **sabem** toda a responsabilidade da Casa Azul, do que eles gastam, que tem o dinheiro da medicação (...), tem o pão, o gás, a doméstica, eles sabem da responsabilidade deles. (P3)*

Essa subcategoria reafirma essa realidade em construção, como pode ser observado nas palavras *podem, sabem/saber, têm*.

Surge o louco, o “doente mental” e agora o sujeito de direitos vê-se com a possibilidade de administrar sua vida, através da colaboração das técnicas da residência terapêutica. A atenção psicossocial, paradigma da Reforma Psiquiátrica brasileira, fundamenta-se na participação e construção social, que nesta realidade aparece como o saber e o poder agir na sociedade, a partir da vivência, das necessidades e do exercício da responsabilidade de administrar uma casa, o benefício, sua vida.

Relação com a família: Cada sujeito apresenta uma representação de família que está relacionada às próprias experiências, concepções, sentimentos, expectativas vivenciadas, devido à inconcretude deste conceito. No senso comum, a palavra família refere-se àqueles indivíduos ligados por relações consanguíneas que repartem um mesmo lar, contudo, a depender da cultura e da época, tal estrutura sofre variações.

Para definir família é necessário observar as características culturais, econômicas e geográficas da sociedade em questão, além da complexidade humana, por isso não há uma única definição que esgote as inúmeras possibilidades da estrutura em questão. Assim, ao considerarem-na como “um grupo social composto de indivíduos que se relacionam cotidianamente gerando uma complexa trama de

emoções” (GOMES; PEREIRA, 2005). Tal definição enquadra-se com a realidade presente na residência terapêutica e possibilita a percepção dos sujeitos lá moradores como constituintes de uma família.

Nesse núcleo de sentido fica evidente a necessidade que os moradores têm de se sentirem integrantes de uma família, vivenciando o conflito de sentirem saudade, mas serem desprezados. Aparece nessa categoria, portanto, duas sub-categorias: *Saudade da família e Desprezo por parte da família*.

Contudo, a representação que os moradores trazem sobre esse núcleo, na visão dos profissionais, está relacionada com seus familiares consanguíneos, com o afeto construído quando conviviam com estes, ocasionando a saudade da família.

(...) a gente vê aquele que sente muita saudade da família, que chora de **saudade da família**. (P2)

(...) eles **sentem muita saudade** e muita falta deles (da família) (...) eles choram, assim, tem uns que pioram. (P2)

(...) ele perguntou assim ‘Eu tô me tratando com a psicóloga pra quê? Pra eu ficar bom de tudo? Pra eu **voltar pra minha família**? (P2)

(...) por que eles queriam **tá com família**. (P2)

Os familiares, muitas vezes, não aceitam seus filhos, irmãos, pais sofrendores psíquicos de volta ao lar, por medo da possível periculosidade, do cuidado que terão que dispender, por sentimentos negativos provenientes das experiências passadas, sendo inúmeras as causas que podem ser fornecidas, motivo pelo qual surge a subcategoria “Desprezo por parte da família”.

*Pessoas (...) que **perderam o vínculo** com a família. (P1)*

*A família poderia ser muito importante nisso (evolução dos usuários), ela **não participa**, porque ela não quer nem contato com eles, queria o dinheiro, mas não quer muito contato. (P2)*

*A família quer o benefício, mas não quer **nenhum contato** com o usuário, ao contrário, o mais longe possível. (P2)*

*(...) principalmente a família **não acreditava** neles. (P3)*

Em estudo etnográfico (DALMOLIN, 2006) foram coletados discursos de familiares de sofrendores psíquicos que mostram como o conceito psiquiátrico está intrínseco à vida social, quando alguns parentes afirmam não aceitarem que o sujeito seja “solto” do hospital psiquiátrico, devido ao medo, à insegurança que sentem ao tê-lo por perto. O internamento, nesta visão, funciona para fornecer certa ordem na célula familiar, apresentando o valor de regra social e norma de razão (FOUCAULT, 2005).

Na realidade da residência terapêutica, os indivíduos que têm contato com a família não são aceitos por esta, contudo fazem parte de outra família, uma vez que participam do cotidiano e da convivência de outro lar, a Casa Azul. Nesse aspecto, o que precisa ser trabalhado é a convivência familiar e conceitos de família enquanto “viver juntos sob o mesmo teto” (GOMES, PEREIRA, 2005).

Administração do próprio dinheiro: Ao louco, foi negada a cidadania, ao lhe ser proibida a capacidade de escolha, anulando-lhe o direito e a responsabilidade, internando esses sujeitos em hospícios, devido à patologia que apresentavam, mas, principalmente, por não poderem participar da vida econômica e social, através do trabalho e do consumo (MACHADO, 2008).

O internamento ocorrido a partir do século XVII teve como motivo a crise financeira do Ocidente(6). Após o Renascimento, com o mercantilismo, aqueles que não contribuísssem com o comércio e consumo seriam encarcerados. Assim, como os loucos distinguiam-se pela incapacidade ao trabalho, não tinham como participar da vida econômica, do movimento de produção, foram marginalizados da sociedade (SILVA FILHO, 1990).

No movimento atual, pelo menos na perspectiva jurídico-política, os sofrendores psíquicos já têm a possibilidade de envolverem-se nas relações sociais, participando da vida econômica e administrando o próprio dinheiro, pois têm direito ao Benefício de Prestação Continuada garantido pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, a qual, no Artigo 20, garante um salário mínimo por mês ao portador de deficiência que não pode se manter e cuja manutenção não pode ser fornecida pela família, e ao Programa de Volta para Casa (PVC), um auxílio no valor de R\$ 240,00 para egressos de longas internações psiquiátricas.

(...) eles mesmos fazem feira, fazem pagamentos, vão ao comércio, contratam doméstica para cuidar deles. (P1)

Tem um que tem até cartão de crédito, ele mesmo foi comprar seus próprios objetos pessoais. (P1)

(...) ter cartão de crédito, ter celular, tão muito consumista também, televisor novo, programa de jogos, (...) microondas. (P2)

(...) eles vão pra feira e fazem a feira deles, vão pra panificadora, compram o pão deles. (P2)

(...) poder ir no banco com o cartão dele, tirar o dinheiro dele. (P3)

(...) (Os moradores da Casa Azul) vai no banco tirar o dinheiro dele, pagar as coisas que ele tem que pagar. (P3)

*Eles (...) sentam com a cuidadora e **adminis-**
tram o próprio dinheiro. (P3)*

Cidadania e economia são peças fundamentais para o desenvolvimento social, pois enquanto aquela é a finalidade para a obtenção da qualidade de vida, acesso segundo as necessidades e justiça social, esta é o meio necessário para obtê-la.

A necessidade de ações concretas para o surgimento de possibilidades verdadeiras para o sofredor psíquico, no sentido de sua inclusão no mercado de trabalho, aponta que é necessário reorganizar as regras sociais para que aqueles em desvantagem social possam compartilhar esse cenário, pois a real inserção social humana só ocorre através do trabalho. Todavia, o grande desafio para esta prática encontra-se no estigma social (HIRDES, 2009).

Significado da ‘Casa Azul’: A representação que os profissionais fazem do significado dos moradores da ‘Casa Azul’ revela ainda a presença do paradigma biomédico arraigado à percepção a respeito da obtenção de autonomia pelos moradores. A ideia de doença mental, medicação e crise referem-se ao monopólio psiquiátrico sobre a loucura.

Para os entrevistados, a autonomia dos moradores significa uma redução dos sintomas da “doença mental” que é comparada àquela obtida pelos moradores das demais residências terapêuticas. Todavia, já se visualiza, pelos profissionais, a noção do desejo, da singularidade dos moradores, da vontade em querer mudar, como apresenta os discursos dos sujeitos:

*(...) **não** são tão **crônicos** enquanto os que residem nas outras residências, eles não tem tanta **crise** como aqueles outros. (P1)*

*(...) (Os moradores da Casa Azul) foram aqueles usuários que **conseguiram mais autonomia** do que os demais. (P1)*

*Eles **são doentes mentais** como os outros são, tomam **medicação** tudo direitinho. (P2)*

Eu acho que eles estavam na outra casa perdidos. (P3)

Por isso, a reforma psiquiátrica é um “processo social complexo”, pois articula diversas dimensões que se complementam: a teórico-conceitual, (re)construção dos conceitos sobre a loucura; técnico-assistencial, referente às estruturas de atenção, tratamento, tipo de atendimento fornecido; jurídica-política, quanto a modificações políticas e legislativas sobre a saúde mental; e, finalmente, a sociocultural, que aparece como resultado das demais dimensões, por envolver a transformação do imaginário social (AMARANTE, 2003).

Trata-se de um processo complexo que envolve as diferentes camadas sociais. Modificar o conceito psiquiátrico que envolve a sociedade, há séculos, não é tarefa fácil, mas é atual. Nesse sentido, fazem-se necessárias práticas dinâmicas para que se busque superar a visão psiquiátrica e assumir o paradigma da reabilitação psicossocial como modelo para condução da Saúde Mental.

Para não concluir...

A construção dos significados da Representação Social da Autonomia dos moradores da ‘Casa Azul’, segundo os profissionais encarregados da administração do SRT, surgiu através dos núcleos de sentidos contidos nas categorias de análise Capacidade de transitar sozinho; Presença de responsabilidade; Relação com a família; Administração do dinheiro; e Significado da ‘Casa Azul’.

As considerações levantadas expõem que a autonomia no sentido pragmático não foi obtida em sua totalidade. Contudo, a reinserção social dos usuários da Casa Azul é uma realidade. Desse modo, nos discursos dos participantes da pesquisa, a reinserção social aparece como uma unidade de significação estruturante, tendo o papel de criar e modificar o significado dos demais elementos da representação social.

A inserção desses sujeitos no mercado da troca real, monetária, propicia a integração social, e a constatação das possibilidades dos sofredores psíquicos enquanto cidadãos.

Detentores de uma Cidadania em construção, cidadania esta que não remete apenas a posse de direitos, apresentam a liberdade individual de transitar, no plano material e simbólico. Conquista de grande valor frente à realidade psiquiátrica dos manicômios, única alternativa dos “seres enlouquecidos”.

Como possuidores de Cidadania, os moradores, agora, podem usufruir da responsabilidade perante si mesmo e à sociedade, necessitando trabalhá-la, devido ao tempo de internamento e à noção de tutela, que lhes retiravam o direito de escolhas.

É visível o sofrimento dos profissionais ocasionado pela ausência de relações dos moradores com as famílias. Esse sentido negativo decorre de duas vertentes que se articulam: um adoecimento dos moradores devido ao desprezo existente por sua família; não compreensão dos familiares da reabilitação psicossocial propiciada pelos serviços substitutivos.

Os sujeitos entrevistados, em suas experiências com as residências terapêuticas, reconhecem peculiaridades nos moradores da ‘Casa Azul’, as quais atingem várias dimensões das existências destes, contudo, o foco primordial é a evolução nos aspectos relativos ao adoecimento físico, a doença mental, o que revela uma visão cujo paradigma biomédico ainda é preponderante.

Muitas são as conquistas que estão sendo efetivadas para a mudança na atenção em Saúde Mental, mas por ser um campo recente, o trabalho para sua efetivação está ainda em construção.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. Conceitos e dimensões da Reforma Psiquiátrica. In: **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 57-71.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. C. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000100022&script=sci_abstract&tlng=pt> Acessado em: 11 mai 2007

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, S.; EGRY, E. Y. A enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde Soc.**, v. 3, n. 1, p. 79-94, 1994.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Portaria 106/2000 GM, de 11 fev. 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília (DF), 21 fev. 2000.

_____. Resolução 196/1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília (DF), 16 out. 1996.

CAMPOS, F. C. B. **Relatório sobre o desenvolvimento e gestão de sistemas de serviços de saúde**. Campina Grande: Ministério da Saúde, 2005.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 13º ed. São Paulo: Ática, 2006.

DALMOLIN, B. M. **Esperança Equilibrista**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. 8º ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 2, p. 337-363, 2005.

GUIMARÃES, J. *et. al.* Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde Debate**, v. 25, n. 28, p. 5-11, 2001.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 165-171, 2009.

JODELET, D. Representações do Contágio e a Aids. In: **AIDS e Representações Sociais**: à busca de sentidos. Natal: EDUFERN, 1998. p. 17-46.

MACEDO, J. Q.; SILVEIRA, M. F. A. The introductive experience of Half-Way Houses - Quantitative and qualitative analysis . **Online Braz J Nurs.**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2009.2375>> Acessado em: 26 out. 2009.

MACEDO, J. Q.; SILVEIRA, M. F. A. **Uma casa, outro tratamento**: Análise do Projeto Terapêutico dos moradores dos Serviços de Residência Terapêutica do município. Relatório Final. Campina Grande: PIBIC/CNPq/UEPB, 2008.

MACHADO, J. S. A. Loucura e cidadania: um lugar possível? **CSOnline**, v. 3, n. 2, p. 108-121, 2008.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde mental no Brasil. 2º ed. Petrópolis: Vozes, 1990. p. 75-102.

SOUZA, S. R. E. As representações Sociais no campo do conhecimento. **Cad. Psicol.**, v. 6, n. 8, p. 112-120, 1999.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde** – Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HANSSEN, M. N. A. **A pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Tomo Editorial, 2001.