

O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social*

*Mariana Moraes Salles***

*Sonia Barros****

Introdução

Este estudo procurou conhecer as possibilidades de vida cotidiana do doente mental após sair de uma internação em hospital psiquiátrico, percebendo-se a diferença entre o cotidiano institucional e o cotidiano construído quando o paciente procura retornar a vida na comunidade. Procurou-se reconhecer o caminho percorrido pelo doente mental no período entre internações, os apoios que encontrou para estabelecer sua vida na sociedade e as dificuldades desse percurso, levando-se em consideração a construção conjunta da sociedade e do sujeito que constitui o seu cotidiano.

Ao entrar na instituição, o interno traz consigo uma cultura doméstica, derivada de suas vivências em família, uma concepção de si mesmo que é barrada por uma cultura institucional. O interno vive uma “carreira moral” que propicia progressivas mudanças em suas crenças a respeito de si e a respeito dos outros que são significativos para ele (GOFFMAN, 2003).

Uma série de mudanças pode ocorrer no cotidiano da pessoa que está internada numa instituição total, como não poder se alimentar com garfo e faca, não utilizar roupas próprias ou ter que pedir fogo

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

** Terapeuta Ocupacional. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Terapeuta Ocupacional do Hospital do Servidor Público Estadual e do CAPS Aricanduva.

*** Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

para acender seu cigarro. Além disso, muitas vezes o interno não tem poder sobre seu corpo, estando sujeito a situações de agressividade física, contenção mecânica, medicações que desconhece, uma alimentação imposta, e menor possibilidade de manter sua aparência conforme queira.

Muitas vezes, o interno cria uma fantasia de libertação, imaginando o que fará, como será sua vida, que liberdade terá quando for desligado da instituição. Isto evidencia a cisão que ocorre entre a internação e o mundo externo (GOFFMAN, 2003).

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, afinal, terá que assumir uma série de responsabilidades que não possuía na instituição. Pode ocorrer também que o interno tenha um *status* desfavorável ao sair da instituição, relacionado a um estigma social (GOFFMAN, 2003).

Ao atravessar os muros do manicômio e entrar na cidade, o tratamento se envolve com questões como inserção na família, no mundo do trabalho, moradia, lazer, transporte, alimentação, enfim, com um problema social (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Neste contexto, Rotelli (2001) afirma que a instituição colocada em questão não é o manicômio, mas a loucura e seu lugar na sociedade. Assim como o problema não é a cura, mas a emancipação, o processo de singularização do paciente.

A questão de como os pacientes se organizam em seu dia-a-dia, onde estão, o que fazem e como gerem o seu cotidiano é algo relevante para o tratamento. Além disso, é um fator importante para propiciar a inserção social.

Para abordar este tema, optou-se por estudar pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, em um momento de reinternação. Após sair de uma internação, o paciente terá que enfrentar o desafio de viver na comunidade, de construir seu cotidiano, sua história de vida na sociedade à qual pertence. Além disso, é colocada para a sociedade a questão de como conviver com estas pessoas.

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 análise 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, que podem ou não estar relacionadas ao tratamento.

Certeau (1982, p. 6) relata que os indivíduos apropriam-se dos objetos e do espaço conforme as suas necessidades e criatividade:

Mas trata-se de uma antropofagia não ritualizada, não visível, e que obriga a que se perceba que o essencial não é aquilo que o praticante come, atravessa ou vê, mas o que ele faz com o que come, vê ou atravessa. Ou seja, a questão essencial é aquilo que ele fabrica com a imagem de TV, com os utensílios eletrodomésticos, com a rua que cruza etc. Deste ponto de vista, a questão das práticas cotidianas é uma valorização, é uma tentativa de interpretação dessa antropofagia praticada pelo consumidor que no próprio ato do consumo utiliza para fins próprios uma norma que lhe é objetivamente imposta.

Além da importância dada às possibilidades de tratamento e à forma como a sociedade recebe um egresso de um hospital psiquiátrico, também é relevante analisar como o paciente apropria-se do mundo concreto onde vive.

Pensando num exemplo que se origina na área da Arquitetura: existe uma teoria que define uma diretriz para o planejamento urbano (no nível da idéia), que irá direcionar a forma concreta em que se constitui a rua (no nível real), mas que poderá ter distintos usos no dia-a-dia, conforme a necessidade do sujeito (no nível da cotidianidade), e que pode influenciar e dar um “feedback” para a teoria, o planejamento urbano (CERTEAU, 1982).

Nesta mesma linha de raciocínio, fazendo uma analogia, é possível afirmar que existe uma concepção em saúde mental denominada Reabilitação Psicossocial, que influencia as práticas, os serviços de saúde e a comunidade. Mas o paciente poderá utilizar em seu cotidiano os serviços de saúde e se inserir na comunidade conforme suas necessidades, possibilidades e criatividade.

A partir do estudo desta cotidianidade, é possível dar um “feedback” para a teoria e as práticas em Reabilitação Psicossocial que, por sua vez, irão influenciar o dia-a-dia do paciente psiquiátrico.

Assim, desenvolvemos esse estudo com a finalidade de contribuir para a assistência ao paciente internado em hospital psiquiátrico, auxiliando no processo de sua alta e inserção social.

Para atingir esta finalidade, os objetivos específicos foram identificar o cotidiano do doente mental no período entre internações e analisar as possibilidades de inserção social encontradas pelos sujeitos da pesquisa.

O percurso metodológico

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

Segundo Minayo (2004), o importante não é quantificar, mas explicar as relações sociais que são apreendidas através do cotidiano, da experiência vivida, tendo como cerne do trabalho a atividade humana. Os conceitos de saúde são permeados por dimensões políticas e históricas, que consideram a abrangência das classes dominantes, a especificidade do sistema cultural, o modo de produção e as origens de costumes como a família, a vizinhança, grupos etários, grupos de lazer e outros.

De acordo com esta orientação sobre saúde e metodologia qualitativa, optou-se por fundamentar esta investigação no conceito de cotidiano de Heller (2000), que realiza uma análise crítica do real, oferecendo um alicerce para o conhecimento da atividade prática social dos sujeitos históricos concretos.

Para Heller (2000), é 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 exis-

tentes. 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.

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.

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.

Conforme cita Heller (2000), na cotidianidade o homem apreende valores, realiza escolhas, comunica-se com os outros e torna-se apto a participar do grupo humano comunitário, movendo-se no ambiente social. Na vida cotidiana, o homem torna-se consciente do “eu” e consciente do “nós”, percebe-se como ser particular e genérico, simultaneamente.

Como categoria analítica, nesta investigação, foi utilizado o conceito de Reabilitação Psicossocial, que procura estabelecer melhores negociações entre as necessidades dos pacientes e as oportunidades do contexto (PITTA, 2001).

Segundo Saraceno (2001b), a vida cotidiana se desenvolve em vários cenários, que são espaços de troca onde se define o valor contratual estabelecido nas relações. De forma esquemática, atuamos em três cenários, que o autor denomina de “cenário hábitat”, “cenário mercado” e “cenário trabalho”.

É dentro destes cenários que temos o desenrolar das cenas, das histórias, dos efeitos de todos os elementos: dinheiro, afetos, poderes, símbolos, etc. Cada um com seu poder de aquisição neste mundo onde, às vezes, somos mais hábeis ou menos hábeis, mais habilitados ou menos habilitados. E há, também, a “desabilidade” por falta de poder contratual. E é aí que precisamos ser reabilitados, porém não todos. Este é o modelo de referência da reabilitação (SARACENO, 2001b, p. 15).

Segundo o autor (p. 17), existem variáveis que determinam resultados para a Reabilitação Psicossocial que se distribuem em um eixo

micro e em outro macro. O micro está “no nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-terapeuta”, ou seja, está na relação. “Por outro lado, há o macro, isto é, a maneira como o serviço está organizado, se está aberto 24 ou 12 horas, se está aberto à comunidade, se ele tem aprovação de seus usuários, se satisfaz minimamente as pessoas que atende (...)”.

O decurso da psicose também está relacionado a condições ambientais, muitas vezes ligados a contextos micro-sociais, como a família e a comunidade, que são variáveis que podem ser modificadas e orientadas no processo de intervenção, que pressupõem um manejo ambiental. (SARACENO, 2001a)

Em síntese, pode-se entender que os pressupostos da Reabilitação Psicossocial são: a construção de uma nova forma de vida autônoma, inserida na sociedade; o processo de restituição do poder contratual do usuário, que se desenvolve nos cenários hábitat, mercado e trabalho, considerados espaços de troca; e a referência a micro e macro variáveis do contexto social que determinam resultados para a Reabilitação Psicossocial.

O fundamento de cotidiano relaciona-se com os pressupostos de Reabilitação Psicossocial, quando este afirma que o portador de transtorno mental pode construir uma vida na sociedade, articulada com as diferentes esferas sociais, sem perder sua particularidade.

Todo homem tem uma vida cotidiana, mas a questão é como se constrói esse modo de viver dentro das características da estrutura da doença mental, sem ocorrer uma cisão com o mundo compartilhado.

A pesquisa foi realizada com pacientes de um hospital especializado em psiquiatria desde a sua fundação em 1958, prestando atendimento a pacientes em regime de internação. O referido hospital situa-se na cidade de São Paulo, no Estado de São Paulo. É um hospital particular que atua em convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), onde a internação consiste em um momento do tratamento, entendido como de controle da crise, e procura propiciar uma compreensão e elaboração tanto dela como da própria doença.

O hospital estabelece uma rotina para os pacientes com horários pré-estabelecidos, que devem ser cumpridos. Faz parte da rotina do hospital acordar, tomar banho, tomar a medicação da manhã, almoçar, ficar no pátio ou assistir TV, jantar e tomar a medicação da noite.

A equipe de enfermagem é responsável pela higiene dos pacientes, e verificam se tomaram banho, se têm as unhas e os cabelos cortados. Os pacientes dispõem de uma pequena gaveta com chave para guardar seus objetos pessoais; as roupas e outros objetos podem ser guardados no posto de enfermagem. Mas a maioria deles usa as roupas do hospital, que são roupas coletivas que freqüentemente necessitam de reparos, além de nem sempre serem do tamanho adequado para o paciente.

A família do interno pode trazer objetos como livros, fotos, pente ou comida que passam por revista e autorização antes de serem entregues ao paciente. Eles não têm acesso a isqueiros, fósforos ou objetos cortantes. Formam-se filas antes do horário das refeições e os pacientes se alimentam utilizando colher, em travessas de plástico.

Apesar das melhorias e das tentativas de humanização do hospital, ainda é possível perceber traços de um modelo manicomial, marcado por uma acentuada estrutura normativa institucional.

É importante ressaltar que a maioria dos pacientes atendida pelo SUS possui uma condição socioeconômica desprivilegiada, já que não tem possibilidade financeira para pagar os convênios de saúde ou os tratamentos particulares.

Foram sujeitos desta investigação pessoas com transtornos mentais internadas no hospital psiquiátrico descrito e seus familiares, pacientes que obtiveram alta hospitalar e enfrentaram o desafio de viver na comunidade, tendo que construir um cotidiano fora da instituição e continuar seu tratamento em outro modelo assistencial que não o hospital.

Estas pessoas percorreram o caminho entre a vida hospitalizada e a vida na comunidade, entre o cotidiano regido por normas e regras

estabelecidas e o cotidiano construído de forma particular, articulada no contexto social.

Além disso, o paciente passa do lugar de doente, incapaz sem poder contratual para constituir-se enquanto sujeito de direitos e deveres, enquanto cidadão. É o trânsito percorrido do lugar de troca zero, caracterizado pela instituição manicomial, para a possibilidade de inserção na comunidade, nos diferentes cenários onde se desenvolve a vida.

No total foram consideradas 13 entrevistas com os pacientes, e nove com os familiares destes pacientes.

Entre os pacientes entrevistados apenas um era mulher, devido aos critérios de seleção dos pacientes e porque a maior parte dos leitos do hospital era destinado a pacientes do sexo masculino. As nove entrevistas com os familiares, foram realizadas com mulheres, em geral as mães que se responsabilizaram pelos cuidados com os filhos doentes. A idade dos pacientes variou entre 20 e 51 anos e dos familiares (cuidadores) entre 45 e 73 anos.

Em relação à escolaridade, dois pacientes e três familiares eram apenas alfabetizados, quatro pacientes e quatro familiares possuíam ensino fundamental incompleto, dois pacientes e um familiar o ensino fundamental completo e quatro pacientes o ensino médio incompleto e um paciente e um familiar o ensino superior incompleto. Demonstrando que tanto pacientes como familiares tiveram pouco acesso a educação escolar.

Entre os pacientes entrevistados um é procedente de Pernambuco e outro de Mato Grosso do Sul, o restante sempre viveu em São Paulo, não se configurando uma população imigrante.

Em relação à renda, sete pacientes não possuíam nenhum tipo de renda, e seis recebiam um salário mínimo por serem aposentados, ou receberem benefício devido à doença. Entre os familiares dois não possuíam renda, um recebia um salário mínimo, dois recebiam dois salários mínimos, três familiares recebiam três salários mínimos e um familiar recebia um salário mínimo. Nesta configuração o fato do paciente receber um salário mínimo ou não, pode ca-

racterizar ele ser um peso para a família que deve sustentá-lo, ou uma pessoa que auxilia na renda familiar.

A análise do discurso foi usada como forma de interpretação e apreensão da realidade apoiada no material coletado. Segundo Minayo (2004, p. 211), “ela visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido”. O discurso é produzido no interior de instituições, de grupos, de um determinado contexto social e a partir de uma construção histórica.

Segundo Vianna e Barros (2003, p. 57), o homem é produto das relações sociais e aprende a ver o mundo pelos discursos que assimila. “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”.

Após a transcrição, leitura e releitura das entrevistas, o texto foi organizado em “frases temáticas imbuídas de afinidades em cada entrevista” (BARROS, 2001, p. 105). 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.

Foram identificadas as seguintes categorias empíricas: cotidiano, situação econômica e produção material, percurso de saúde-doença, violência e relações pessoais. No presente artigo será abordada a categoria cotidiano, em que é possível perceber o trânsito do doente mental na cidade e no social, havendo uma relação entre o espaço físico e o espaço social.

Cotidiano

Para Heller (2002), existe um saber cotidiano que é necessário para que o indivíduo possa se mover no mundo à sua volta, um saber que envolve o conhecimento da língua, o uso dos objetos e outros.

Existe uma obrigatoriedade no que se deve saber que é distinta nos diferentes grupos sociais, as mulheres de uma determinada época, por exemplo, deviam saber cozinhar e cuidar dos afazeres domésticos, para se adequar ao contexto social em que viviam (HELLER, 2002).

Segundo Goldberg (1998, p. 133), é possível abordar o cotidiano como uma instância construtiva, “cuja estrutura de repetição não cessa de organizar modos de vida, ou de permitir a eles a superação contínua de estados drásticos de dilaceração do aparelho psíquico”.

No cotidiano dessa população, estar em casa aparece como uma referência para o dia-a-dia, um local associado a significados de inclusão e liberdade e contraditoriamente, de isolamento e solidão.

Segundo Certeau (2003), a casa é o território onde se desdobram acontecimentos elementares que se repetem no dia-a-dia. O espaço doméstico é um lugar próprio, particular, protegido dos olhares indiscretos.

A morada é o espaço onde se repetem indefinidas vezes em minuciosas variações as seqüências de gestos indispensáveis aos ritmos do agir cotidiano.

A residência é um lugar protegido, “onde a pressão do corpo social sobre o corpo individual é descartada, onde o plural dos estímulos é filtrado ou, em todo caso, devia sê-lo teoricamente” (CERTEAU, 2003, p. 205).

A casa aparece como um lugar de refúgio, que ao mesmo tempo em que acolhe é o lugar do “nada para fazer”, que se relaciona à inatividade do cotidiano. É o espaço que caracteriza o isolamento, o não ter aonde ir, com quem falar, a falta da rede social.

Segundo Certeau (2003), os costumes permitem que na casa se passe o tempo “sem fazer nada”, mesmo que sempre haja nela alguma coisa para fazer. Mas, para os pacientes, esta permissão atinge o extremo, chegando ao vazio, ao incômodo.

É possível fazer uma relação entre o “não fazer nada” em casa e no hospital, apesar da mudança de espaço físico, o doente mental

permanece sem possibilidades, sem escolhas, sem poder contractual. Nesse sentido encontra semelhanças entre o cotidiano vivido em casa e o cotidiano vivido no hospital psiquiátrico.

¹P 13 – Parece que eu estou jogado lá em casa mesmo.

P 11 – Fico em casa, só em casa. Assistindo televisão. Estudando. Cuidando da casa.

P 1 – Não saio, não vou a lugar nenhum, fico em casa, não gosto de sair de a pé...

FP 13 – Ele não quer sair daquele quarto. De vez em quando ele dá uma voltinha no quarteirão e vem pra dentro de casa.

FP 9 – Ele não sai de casa, pra começar ele não sai de casa.

¹ A letra "P" significa paciente e "P1" se refere a paciente entrevistado número um, até paciente entrevistado número 13. A sigla "FP" significa familiar do paciente.

No exemplo a seguir, a casa foi adaptada para manter o paciente isolado e sob controle, o portão que mantém o paciente dentro do quarto é o registro de uma forma de exclusão dentro da própria casa, de uma exclusão na família.

Este fato explicita a dificuldade da família em lidar com o paciente, a dificuldade de inserção social, que transporta para a casa a lógica manicomial de que o doente mental deve permanecer trancado. Apesar da mudança no espaço físico do hospital para casa, não existe uma transformação na vivência social do paciente, que continua na situação de excluído sem conquistar minimamente a liberdade de locomoção.

P 13 – Meu padrasto colocou um portão no canto da porta, não dá nem para ir na casa, só quarto. Fico o dia inteiro, são 12 horas, acordar e ficar dentro do quarto.

Os familiares relatam como é custoso permanecer e conviver com o parente doente mental. É importante lembrar que todos os entrevistados moram com a família, que caracteriza uma situação de dependência e suporte familiar.

A convivência com alguém que apresenta dificuldade com a higiene, uma rotina pouco estruturada, que não sai para a rua, que sente medo, é encarada com cansaço, como um trabalho de cuidar e em nome do familiar.

Ao mesmo tempo em que a família recebe o paciente e oferece suporte para que ele construa sua vida fora do hospital, os familiares se queixam e relatam desagrado com a demanda dos pacientes.

FP 9 – Quando ele está em casa? Nossa! Eu só vivo é só pra ele mesmo! Só vivo pra ele, porque ele não sai de casa pra lugar nenhum, ele só fica ali, levanta de manhã e fica ali, ele tem muito medo de sair na rua...

FP 8 – Tem vezes que quando ele fica em casa, ele não come, não dorme; que nem eu te falei, lá, não toma banho, fica só em casa, aquilo me perturba demais, eu não posso fazer as minhas coisas.

Segundo Certeau (2003, p. 205), é na casa que “o corpo doente encontra refúgio e cuidados, provisoriamente dispensado de suas obrigações de trabalho e de representação no cenário social”.

Mas para aqueles que possuem uma doença crônica, a casa pode se tornar uma prisão, um lugar de confinamento. O refúgio pode se configurar em um lugar de enclausuramento e segregação social.

Quando a esfera pública não oferece lugar de investimento político, os homens se fazem ‘eremitas’ na gruta do hábitat privado. Hibernam em seu domicílio, buscam satisfazer-se com pequenos momentos de felicidade. Talvez até já sonhem em silêncio outros espaços de ação, de invenção e de movimento (CERTEAU, 2003, p. 206).

Os pacientes também se referiram a “estar em casa” enquanto oposição à internação, enquanto significado de liberdade. A internação é representante da opressão da vida coletiva e confinada, onde não é possível compor a vida privada.

“Estar em casa” representa o direito de ir e vir, de escolher os seus horários, o que comer, o que vestir. Constitui a construção de se apropriar do seu cotidiano, das minúcias sobre o que, quando e como fazer.

A liberdade de “estar em casa” é essencial para a construção de uma vida individual, é um espaço que delimita uma frágil barreira entre o privado e o público, é um espaço pessoal onde se inventa um modo de fazer.

- P 12 – Prefiro estar em casa. Porque a gente fica em contato com a família, a gente é mais livre. Aqui (hospital, em internação) é uma prisão.*
- P 12 – A liberdade que a gente tem em casa é mil vezes mais forte do que a gente ficar aqui, fechado.*
- P 9 – Ah! Lá tem a televisão, tem os moleque jogando bola, brincando de alguma coisa assim, distraindo a mente. Aqui não tem nada pra distrair a mente! Fica aí jogado que nem um doido!*
- P 10 – É porque lá fora (do hospital) a vida tem graça, né? A vida é a gente que tem liberdade, tem que fazer muita coisa, né?*
- P 3 – Costumo (sair de casa), tem que sair, né. Ficar trancado entre quatro paredes não dá.*
- P 3 – Eu ainda estou inteiro, não estou? Se eu estivesse se do lado de fora, eu estaria mais inteiro ainda, aqui dentro não tem como você passar um gel, não tem como você mesmo fazer por conta própria a barba, não dá para pôr um sapato, não tem como, “cê taca” seus panos. Agora, do lado de fora, eu já faço isso, né, passo gel, não quero saber o que falam, coisa boa, coisa ruim, não estou nem aí, visto meus panos e dou um “rolê”.*

Uma família aponta o “estar em casa” como um ambiente acolhedor, onde o paciente conhece as pessoas e se sente à vontade para interagir. Neste caso, estar em casa é estar com a família, é a possibilidade de inserção num núcleo social.

FP 9 – Mas em casa ele conversa, ele dá risada, ela brinca o tempo todo, o dia inteiro, ele só dá risada em casa quando ele está bem.

FP 9 – Ah, comigo, em casa ele é bom, só com a gente em casa, o negócio dele é só com a gente em casa.

A casa, ao mesmo tempo em que é um espaço privado, é território de circulação de pessoas, objetos e idéias. É um espaço de encontro, de comunicação, que abre possibilidades para fazeres, onde a vida ganha sabor.

Segundo Heller (1982, p. 155) “a liberdade é sempre liberdade *para* algo, e não apenas liberdade *de* algo. Se interpretarmos liberdade apenas como o fato de sermos livres de alguma coisa, encontramos no estado de arbítrio, definimo-nos de modo negativo”.

Nesse sentido, a liberdade não é apenas se libertar do hospital psiquiátrico, é estar livre para a construção de uma vida na sociedade. Estar em casa também representa sair de casa e estar no mundo compartilhado. É se apropriando do particular que se criam as possibilidades de inserção no coletivo.

Também foi relatado o “estar na rua” como uma das questões relativas à vida cotidiana após a internação, como uma apropriação dos espaços da cidade.

A rua é o espaço público, de convivência com o outro, onde se encaram desafios; lugar de passagem, onde a vida pulsa, a cidade imprime seu ritmo. Onde os transeuntes circulam, acontecem trocas de olhares, onde as pessoas se reconhecem e nem sempre se conhecem. Local de comércio, onde acontece o cenário mercado, a troca de objetos, onde se instala uma cultura sobre como andar, como se vestir, como se portar.

Para quem constitui a vida tendo a casa como local de moradia e conta com o suporte familiar, a rua se apresenta com atrativos, com movimento, local de encontro com as pessoas, de cultura, de procurar emprego, de observar o mundo.

P 8 – Fico andando na rua, é meu divertimento. Fico andando, filo um cigarro dos outros, vou para lá e para cá. Fico andando assim, vendo os carros, vendo as bicicletas, olho para a mulherada também, normal.

P 3 – Aí, quando dá para sair, eu saio, vou na Paulista, vou ao centro. Vou procurar emprego, assim.

P 3 – No centro você acha emprego rapidinho, depois passando do centro já não encontra nadinha de nada. Eu sei me si virá, é no centro que eu sei mi si virá. Agora eu estou morando na vila, agora.

FP 4 – Eu vou para casa de um parente... Ou vou para rua e já me sinto... Para mim é uma terapia, eu me sinto bem. Eu não preciso passear com ninguém, outro dia eu peguei um ônibus e fui parar na vila madalena.

Tanto para os pacientes como para os familiares, a rua se mostra como espaço público que permite uma apropriação particular, lugar de trocas, de diversão, de paquera, de passear, de procurar trabalho. A rua representa busca por uma inclusão num mundo de possibilidades, num mundo compartilhado.

Outro aspecto presente nos relatos dos pacientes foi a rede social formada no bairro pelos encontros diários com vizinhos, e utilização da rua, do mercado, da padaria como uma forma de participação social.

O bairro é um local de encenação da vida cotidiana, onde ocorre o vínculo que une o espaço privado e o espaço público. A sociabilidade do bairro implica numa série de normas, como os códigos de cortesia, por exemplo, o cumprimento. No trânsito pelo bairro, as

pessoas se expressam pelo ritmo de andar, ou o modo como se evita ou se valoriza determinado espaço público (CERTEAU, 2003).

É neste espaço que ocorre a arte de conviver com parceiros, começando por vizinhos e comerciantes, com os quais, pelo fato concreto da proximidade e da repetição, se relacionar é obrigatório.

Pode-se apreender o bairro como uma porção do espaço público anônimo, que aos poucos, pelo uso diário, se torna espaço particularizado. Ocorre um processo de reconhecimento, de identificação dos usuários, dos costumes da vizinhança (CERTEAU, 2003).

A noção de bairro é dinâmica e necessita de uma progressiva aprendizagem, uma repetição que vai levando ao engajamento do corpo do usuário no espaço público até exercer aí uma apropriação. O bairro constitui um termo médio entre o espaço privado e o espaço público, entre o dentro e o fora (CERTEAU, 2003).

Os relacionamentos construídos no bairro não são nem íntimos, nem anônimos, é o relacionamento de vizinhos. Relacionamentos marcados pela tensão, pelo conflito, ou pelo sentimento de pertencimento, pela possibilidade de se constituir uma amizade.

P 9 – Amigos também eu tenho poucos, mas tenho. Eu tenho muito amigo lá onde eu moro, todos são meus amigos, aperta minha mão.

P 8 – Quando eu estou com os amigos assim eu me sinto bem. Só de estar na rua eu me sinto muito bem. Só não me sinto bem aqui, aqui eu me sinto muito preso.

P 7 – (Os vizinhos) São pessoas do bairro, que moram no bairro. Tem o pessoal da mercearia, do armazém. Eu vou lá à noite, converso com o pessoal. Mas eu sou muito solitário, minha vida é muito solitária.

P 5 – Já fui (em festas). É com os amigos da rua.

P 5 – Não gosto dos vizinhos. Não sei. Acho que eu não suporto mais, porque brigam demais. Eu também brigo com os vizinhos.

Muitos destes relacionamentos de vizinhos parecem ser superficiais, apenas um cumprimento, um aperto de mão, mas este pode ser um vínculo com o mundo externo de grande importância para o paciente, este vínculo pode representar o trânsito entre o mundo interno com o mundo externo.

O fato de sair na rua, conversar com as pessoas, ver a vida em movimento é uma forma de inserção na comunidade, representa participar do mundo compartilhado. O “estar na rua” e conviver com os outros no bairro é participar de um espaço de troca, é atuar nos cenários hábitat e mercado.

Um aspecto importante relatado pelos pacientes e familiares foi o estigma em relação à doença, que aparece nos relacionamentos sociais. Ficou explícito o preconceito em relação ao doente mental, que leva as pessoas a se afastarem, excluírem e tratar mal os pacientes.

Estes relatos evidenciam a existência na comunidade da lógica manicomial de exclusão e segregação. Apesar da mudança no espaço físico, nem sempre o paciente psiquiátrico que não está internado consegue se deslocar do espaço de exclusão social para o espaço de inclusão, havendo uma obstrução na constituição da cidadania destas pessoas.

P 11 – Eu estou andando sozinho, não tenho amigo. Ah, meus amigos não me tratam bem, eu sou doente. Eles me ignora, pensa que eu sou louco. São amigos do meu bairro.

FP1 – Porque lá no prédio ela não tem amizade com ninguém, entendeu? E os pessoal tem medo dela também lá, sabe? Sabe que ela é doente. Que ela é louca. Então, eles têm medo dela, nem chega perto dela, nem conversa com ela.

FP 11 – Não, ele não tem amigos.

FP 9 – Lá fora com os amigos ele não tem um amigo dele não, só um, só uma pessoa que ele se dá bem, um vizinho. Ele acha que as pessoas da rua são

muito chatas; ele não entende, ele só faz um “oi” ali rapidinho, ele não quer saber de conversa com ninguém.

Por outro lado, em alguns ambientes, mesmo reconhecendo o paciente como alguém diferente, não ocorre preconceito, o sujeito pode ser aceito como ele é e participar do ambiente social. Neste caso, a doença não é marcada pela exclusão.

De acordo com Goldberg (1998, p. 304), “os pacientes costumam exigir muito pouco de uma amizade: basicamente que não os recusem, que os aceitem como são, que apenas os ouçam”. As amizades simbolizam a aceitação do paciente como integrado na paisagem comunitária.

P 8 – Eu tenho uns amigos skatistas, sabe. Aí a gente fica lá conversando. A gente conversa de tudo. (Encontro com eles) Todo dia, todo dia. Eu vou lá para pista, lá na minha rua. Aí, os caras falam “Certo, e aí, mano maluquinho?”.

Ficou evidente no relato dos entrevistados as contradições existentes no cotidiano do doente mental após sair do hospital psiquiátrico, ao mesmo tempo em que a família o recebe e se mostra acolhedora, se queixa e segrega o paciente.

Quando está em casa, o paciente freqüentemente tem poucas atividades, conversas escassas com a família, passa muito tempo sozinho, isolado. O doente mental é estigmatizado pelas pessoas com quem convive, sendo considerado incapaz.

Assim, muitas vezes, mesmo quando o paciente não está internado, ele continua a ser excluído. Se a ideologia manicomial está instaurada na sociedade, ela ultrapassa os muros do manicômio, e passa a ser concretizada nas relações do paciente mesmo quando ele está fora da internação, na comunidade.

Porém, simultaneamente ao fato de que a casa se apresenta enquanto espaço de clausura, outros pacientes relataram a casa enquanto espaço que promove a liberdade individual e possibilidade de construção de um ritmo cotidiano próprio, demonstrando uma

transformação social pelo deslocamento do paciente do hospital para vivência em família.

Outra oposição aparente é o fato da rua e do bairro aparecerem ora como local de exclusão, ora como espaço multiplicador e de inserção social. Assim como a convivência com os vizinhos, que se apresenta em um momento como uma relação estigmatizante e segregativa e em outro, como possibilidade de aceitação e integração na comunidade.

Estas ambigüidades e conflitos que aparecem nos relatos dos entrevistados indicam um caminho tortuoso e incerto para o paciente egresso de hospital psiquiátrico, que terá que enfrentar a lógica manicomial que procura se estabelecer na comunidade e também contar com o apoio e construir suas relações nesta mesma comunidade.

No discurso dos pacientes foi possível perceber que, observando o cotidiano desta população com uma visão macro, sob os aspectos gerais, há a impressão da inatividade, apatia, falta do que fazer, do tempo preenchido pela televisão. É a construção de uma vida em que mesmo não estando internado em hospital psiquiátrico o paciente continua isolado e excluído.

Por outro lado, observando o cotidiano com uma lupa, nas pequenas coisas da vida, é possível perceber ocupações que são produção de sentido. Quando dizer “Não tenho nada para fazer, mas hoje eu lavei a louça” significa que o paciente é capaz de cuidar de si e da casa, esta é uma atividade que gera produção de sentido e poder contratual.

Também foi possível perceber que devido ao ritmo lento, às poucas atividades praticadas por dia, a impressão que se tem é de inatividade. Este ritmo é contrário ao do mundo contemporâneo, de aceleração e produtividade. Para que seja possível a inserção social, é preciso construir caminhos que respeitem este ritmo do paciente tanto na comunidade como nos locais de tratamento.

É a partir da construção cotidiana que o indivíduo se apropria da realidade. As “maneiras de fazer” constituem práticas pelas quais é possível se apoderar do espaço organizado pelas técnicas de produção sociocultural (CERTEAU, 1996).

O mundo, enquanto lugar habitado pelo sujeito, é como um apartamento alugado, que o proprietário transforma, se apropriando da realidade a seu modo (CERTEAU, 1996).

O deslocamento do doente mental do lugar de incapaz, desacreditado e excluído para o lugar de inclusão social não ocorre pela simples mudança de espaço físico. É na articulação dos detalhes do cotidiano, na maneira de agir e lidar com os objetos, espaço e tempo que se imprime a particularidade no mundo compartilhado. É esta apropriação que irá ordenar para o sujeito a realidade compartilhada, possibilitando a inclusão na sociedade.

Resumo: O presente artigo refere-se ao caminho percorrido pelo doente mental no período entre internações em hospital psiquiátrico, na procura de construir uma vida inserida na comunidade. O doente mental sai do hospital psiquiátrico para estar na comunidade, mas o foco neste artigo é o deslocamento do lugar de desvalorização e exclusão social para um lugar de construção do poder contratual e participação social. 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 revelaram que nem sempre o deslocamento social está relacionado ao deslocamento espacial.

Palavras-chave: saúde mental, hospitais psiquiátricos, serviços de saúde mental.

Abstract: The following paper is related to the path followed by the mental patient during confinements in psychiatric hospital, looking for building your life in the community. The mental patient leaves the psychiatric hospital to live in community, but this paper's purpose is the displacement from the depreciated and social exclusion place to the contractual power building and social involvement. The methodology ap-

plied was based on Agnes Heller's quotidian concept of qualitative approach. The patients' and relatives' interviews were submitted to a speech analysis that not always reveals the social displacement related to space.

Key words: mental health, psychiatric hospitals, mental health services.

Resumen: Este artículo trata del camino recorrido por el enfermo mental en el período de internaciones en hospital psiquiátrico, en busca de construir una vida inserida en la comunidad. El enfermo mental sale del hospital psiquiátrico para estar en la comunidad, sin embargo el foco de este artículo es el desplazamiento del lugar de desvalorización y exclusión social para un lugar de construcción del poder contractual y participación social. Como 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 del discurso que revela que no siempre el desplazamiento social está relacionado al desplazamiento espacial.

Palabras clave: salud mental, hospitales psiquiátricos, servicios de salud mental.

Bibliografia

- BARROS, S.; EGRY, E. Y. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice*. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.
- CERTEAU, M. de. Teoria e método no estudo das práticas cotidianas. In: *Anais do Encontro Cotidiano, Cultura Popular e Planejamento Urbano*. São Paulo: FAU - USP, 1982. p. 3-19.

- _____. *A invenção do cotidiano 1: artes do fazer*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- _____. *A invenção do cotidiano 2: morar, cozinhar*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- GOFFMAM, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- GOLDBERG, J. I. *Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas*. (tese) - São Paulo, Faculdade de Medicina da USP, 1998.
- HELLER, Á. *Para mudar a vida: felicidade, liberdade e democracia*. (Entrevista a Ferdinando Adornato). São Paulo: Brasiliense, 1982.
- _____. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- _____. *Sociologia de la vida cotidiana*. Barcelona: Península, 2002.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-28.
- ROTELLI, Franco. A Instituição inventada. In: NICÁCIO F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.
- _____; LEONARDIS O. de; MAURI, D. Prevenir a prevenção. In: NICÁCIO F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 61-88.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001a.
- _____. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 13-8.
- VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. *Análise do discurso: uma revisão teórica*. Minas Gerais: Reme, 2003. 7(1), p. 56-60.

e-mail: marianasalles@uol.com.br
sobarros@usp.br

Recebido em 24/07/2006.

Aceito em 13/09/2006.