

O SERVIÇO SOCIAL E O PROCESSO DE EMANCIPAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA DE BAURU

THE SERVICE AND THE SOCIAL PROCESS OF EMANCIPATION OF USERS OF RESIDENCE SERVICE THERAPY BAURU

FABÍOLA CAROLINE SILVA*

JULIANA FERNANDES LOZIGIA**

MICHELE BARONI***

MARIA DVANIL D'AVILLA CALOBRIZI****

JOSIANE LOZIGIA CARRAPATO*****

*Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da Professora Mestre Maria Dvanil D'Ávila Calobrizi e Josiane Lozigia Carrapato.

**Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da Professora Mestre Maria Dvanil D'Ávila Calobrizi e Josiane Lozigia Carrapato.

**Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da Professora Mestre Maria Dvanil D'Ávila Calobrizi e Josiane Lozigia Carrapato.

***Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da Professora Mestre Maria Dvanil D'Ávila Calobrizi e Josiane Lozigia Carrapato.

**** Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2001), graduada em Serviço Social – pela Instituição Toledo de Ensino (1989). Atualmente é assistente social - Escritório Jurídico- ITE/FUNDATO e professor titular - Instituição Toledo de Ensino.

***** Professora do Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Com Graduação em Serviço Social pela ITE (1994), é Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Terapia de Casais e Famílias, Especialista em Administração dos Serviços de Saúde Pública e Administração Hospitalar. Atualmente é doutoranda em Saúde Coletiva pela UNESP/Faculdade de Medicina de Botucatu. . Tem experiência na área de Serviço Social e Saúde Pública com ênfase em Serviço Social Aplicado Terapia de Casal e Família e Administração de Serviços de Saúde Pública e Hospitalar.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo identificar o papel do serviço social no processo de emancipação dos usuários do Serviço de Residência Terapêutica de Bauru e foi realizado no período de fevereiro a novembro de 2009, numa abordagem quali- quantitativa, alcançando nível exploratório. O universo da pesquisa é composto por trinta e quatro pacientes e cinco profissionais, ou seja, trinta e nove sujeitos, sendo que a pesquisa quantitativa com os pacientes e a qualitativa com os profissionais foi realizada de forma censitária e a pesquisa qualitativa com os pacientes foi realizada com 10 sujeitos válidos, escolhidos por possuírem maior capacidade de interpretação e comunicação, através de amostra não probabilística intencional, perfazendo 25,64% do universo. Os instrumentais utilizados foram: a observação sistemática, a pesquisa documental, a entrevista, o questionário e o formulário, sendo que os dois últimos continham apenas perguntas abertas. A hipótese foi confirmada, já que constatamos que o serviço social exerce papel de extrema importância no processo de emancipação dos usuários do S.R.T. de Bauru através de suas ações individuais e coletivas, além do reconhecimento de seu trabalho pelos pacientes e por toda equipe técnica.

Palavras – chave: Saúde Mental. Interdisciplinaridade. Assistente Social.

ABSTRACT

The present study has the objective to identify social service rule in the emancipation process of the Service of Therapeutical Residence of Bauru users and it was realized between February and November of 2009, with a quali-quantitative approach, reaching exploratory level. The research universe is composed for thirty four patients and five professionals, namely, thirty nine individuals, being that the quantitative research with the patients and the qualitative one with the professionals was realized following the census-paying form and the qualitative research with the patients was realized with 10 valid individuals, chosen by have greater capacity of interpretation and communication, through intentional not probabilistic sample, average out 25.64% of the universe. The used instruments were: the systematic observation, the documentary research, the interview, the questionnaire and the form, being that the two last ones contained only open questions. The hypothesis was confirmed, since we evidence that the social service exerts extreme importance rule in emancipation process of the S.R.T users of Bauru through its individual and collective actions, beyond the recognition of its work by patients and all technical team.

Keywords: Mental Health. Interdisciplinarity. Social Assistant.

1 INTRODUÇÃO

O estudo em questão, intitulado “O serviço social e o processo de emancipação dos usuários do Serviço de Residência Terapêutica de Bauru”, é resultado da pesquisa realizada com os usuários e profissionais que compõe este serviço implantado no município no ano de 2005, e consiste basicamente em moradias inseridas na comunidade com a finalidade de reintegrar ao convívio com a sociedade os doentes mentais que viveram por décadas em hospitais psiquiátricos, que fortaleceram o processo de cronificação da doença mental, o que consequentemente resultou em maiores dificuldades para o exercício da cidadania e para o processo de emancipação dos mesmos, que por conta disto, acontece gradativamente e em longo prazo. Este cenário apresenta características de diversos segmentos que envolvem o indivíduo e a relação deste na sociedade, o que exige um trabalho de acompanhamento por uma equipe multiprofissional que apresente necessariamente em seu quadro profissional um assistente social.

O objeto do estudo consiste em conhecer o papel do assistente social dentro do processo de emancipação dos pacientes. Este trabalho contribui para o enriquecimento do acervo bibliográfico acerca do S.R.T. e da atuação do assistente social dentro deste serviço, que por ter sido implantado recentemente ainda apresenta *déficit* de suporte teórico. Além disso, podemos citar que o estudo traz grande contribuição para o planejamento e manutenção das atividades desenvolvidas pela equipe técnica junto aos pacientes, no que diz respeito às ações que são realizadas diariamente na unidade e como estas são recebidas pelos usuários, contextualizando sua importância dentro do processo de emancipação dos mesmos. Em especial para o profissional de serviço social, observamos a presença de um posicionamento geral da equipe de profissionais e de uma amostra representativa dos usuários acerca da relevância do trabalho realizado pelo mesmo, possibilitando assim, uma visão ampla dos resultados alcançados após anos de dedicação e até mesmo oportunizando a possibilidade de observar se há necessidade de alterar algum tipo de intervenção junto aos pacientes e/ou à equipe.

O estudo foi norteado por objetivos que foram de extrema importância para o desenvolvimento de todas as etapas necessárias ao percurso da pesquisa, desta forma ficou definido como objetivo geral, “Identificar o papel do serviço social no processo de emancipação dos usuários do Serviço da Residência Terapêutica de Bauru” e como objetivos específicos: identificar o perfil dos sujeitos, conhecer a trajetória histórica da saúde mental, conhecer o Serviço de Residência Terapêutica, desvelar a história de vida dos usuários do

SRT e desvendar a importância do trabalho realizado pelo serviço social na equipe interdisciplinar dentro do processo de emancipação dos pacientes.

Em sequência, a hipótese foi constituída em resposta ao problema, com base em suposições e conhecimentos empíricos, desta forma defendeu que o serviço social exerce papel de extrema importância no processo de emancipação dos usuários do Serviço de Residência Terapêutica, pois através de trabalhos coletivos e individuais, que buscam estimular a participação em eventos sociais, culturais e esportivos, o profissional proporciona a viabilização da autonomia de vida prática e diária desses pacientes que lutam para superar a cronificação da doença mental e o estigma social da loucura que recai sobre eles através das manifestações sociais de preconceito e exclusão. A importância do trabalho realizado pelo assistente social é reconhecida pelos pacientes e pela equipe, já que este trabalha de forma interdisciplinar e conhece as ações realizadas por cada profissional e a influência destas sobre a realidade.

O estudo aconteceu no período de fevereiro a novembro de 2009 e a tipologia evidenciada neste trabalho foi quali-quantitativa, pois a realidade pesquisada apresentou mais dados subjetivos que dados objetivos, já que este último refere-se apenas ao levantamento do perfil dos pacientes.

O universo da pesquisa foi composto por trinta e quatro pacientes e cinco profissionais de nível técnico do Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, sendo estes, um terapeuta ocupacional, um enfermeiro, um psicólogo, um médico psiquiatra e um assistente social.

A amostragem utilizada para a realização do conteúdo qualitativo da pesquisa foi constituída pelos profissionais de nível técnico de maneira censitária e pelos pacientes através de amostra não probabilística intencional, onde foram entrevistados dez pacientes, perfazendo 29,41% do universo, sendo que estes foram escolhidos por possuírem maior capacidade de interpretação e comunicação. Já para o conteúdo quantitativo, que se refere ao levantamento do perfil dos usuários, realizamos uma abordagem censitária, ou seja, coletamos dados dos 34 residentes que compõem o universo.

A aplicação do pré-teste aconteceu durante o mês de junho de 2009, com o propósito de avaliarmos os instrumentais de coletas de dados de forma a identificar sua coerência para o alcance dos objetivos propostos, considerando a fidedignidade, validade e operatividade de cada instrumental utilizado.

As teorias abordadas no desenvolvimento da fundamentação teórica consistiram na explanação sobre a trajetória da saúde mental, as atribuições de uma unidade de Serviço de Residência Terapêutica com enfoque no município de Bauru, a interdisciplinaridade na saúde mental, o serviço social na saúde mental e o processo de emancipação dos usuários.

Após a elaboração da fundamentação teórica, realizamos a pesquisa com os profissionais e os pacientes, seguindo com a tabulação, o tratamento, a análise e a interpretação dos dados, que foram possíveis somente pelo conhecimento adquirido durante todo o período de pesquisa bibliográfica e vivência no serviço.

A finalização do estudo é identificada pela exposição da conclusão de todo o conteúdo pesquisado, com as devidas considerações acerca do material obtido com entrevistas, que vão em resposta aos objetivos propostos, consta também algumas sugestões de temas relevantes tanto para o campo quanto para a profissão de serviço social.

2 O SERVIÇO SOCIAL E O PROCESSO DE EMANCIPAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA DE BAURU

2.1 A trajetória da saúde mental

Para a compreensão de qualquer tema que envolva a saúde mental na contemporaneidade é necessário conhecer, mesmo que de maneira breve e simplificada, a história de transformações que perpassou o tema, com isso é dado início a trajetória de desafios enfrentada pelo doente mental, bem como a maneira como a sociedade enfrentou e enfrenta a presença deste seguimento da população que sofre até hoje com estigmas e exclusões.

Antes do surgimento de um tratamento específico para a população de portadores de transtornos mentais, estes eram considerados na Grécia Antiga como divinos, não havia segregação e recebiam tratamento por sono e incubação nos templos esculapianos, os gregos imaginavam que se os “loucos” sonhassem com deuses os sintomas seriam amenizados. Este segmento da população, na Idade Média, foi alvo de perseguição da igreja católica, já que a loucura era vista como a manifestação do demônio no corpo das pessoas, esta instituição perseguia todos aqueles que poderiam oferecer riscos a sua supremacia e hegemonia, assim Stockinger (2007, p.25), defende que:

Portanto, não sendo concebida como doença, a Igreja propunha o salvamento de tais almas numa estreita relação com o aquietamento de tais perturbações. Tidos então como demonizados ou feiticeiros,

eram exorcizados com rituais que iam ao encontro do demônio em seus corpos e mentes. Com relação à Santa Inquisição da Igreja Católica, vários doentes, junto aos judeus ou quaisquer considerados como ameaçadores frente o poder institucional, eram vistos como hereges, martirizados em tribunais religiosos, quase sempre queimados nas fogueiras.

Já no século XVII, a repressão da Igreja Católica cedeu espaço a uma segregação de cunho econômico, na qual foram criados abrigos para internar os sujeitos que não tinham condições de atender às exigências mercantis, ou seja, não eram considerados sujeitos produtivos. E assim, por longos anos os “loucos” permaneceram nesta situação de exclusão, numa realidade subumana, imposta pelos estigmas sociais da loucura.

O modelo psiquiátrico clássico é abordado por vários autores, dentre eles Michel Foucault, que se destaca com uma abordagem que promove uma reviravolta nas histórias, da psiquiatria e da loucura. Assim, Foucault (1978, apud AMARANTE, 1995, p.23):

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escoraçavam-nos de seus muros, deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupo de mercadores peregrinos. Esse costume era freqüente, particularmente na Alemanha [...]

No final do século XVIII, Philippe Pinel, o introdutor do enfoque clínico na psiquiatria, começou a sistematizar a primeira classificação de alienação mental, ele acreditava que a insanidade era provocada por paixões descontroladas, propôs então a intervenção terapêutica através do “tratamento moral”, ou seja, a reeducação moral dos alienados, cuidando das causas físicas do enlouquecimento, a partir daí a loucura ganhou *status* médico de doença.

A associação da loucura com um personagem que representa risco e periculosidade social, proporcionou uma sobreposição e quase identidade entre a punição e o tratamento, assim o hospital caracterizou-se segundo Amarante (1995,p.25), como: “[...] um misto de casa de correção, caridade e hospedaria, espaço de populações heterogêneas.”

No século XIX, o fenômeno da loucura passou a ser visto pelo olhar científico e se transformou em objeto de conhecimento, neste período houve uma passagem, onde se começa a apresentar uma prática médica baseada no dispositivo de medicalização e terapeutização.

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a fundar um manicômio baseado no alienismo francês, isto ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro, sendo que a instituição

denominava-se Hospício Pedro II e era regida por uma congregação religiosa que mantinha a tradição asilar de abrigar os desviantes. Somente em 1887 a instituição passou a ser administrada por auspícios e tutela médica, divididos entre adeptos do alienismo francês, que defendia a causalidade moral ou psicológica, e da escola alemã que supunha uma causalidade biológica, cerebral para a loucura.

As primeiras instituições psiquiátricas surgiram para atender as reivindicações burguesas, que exigiam providências para controlar o crescente número de “baderneiros” que se aglomeravam nas ruas dos grandes centros, isto se dava devido ao contexto encontrado após o evento da abolição da escravidão, com a constante chegada de imigrantes e o crescente aumento de negros desempregados e marginalizados. Desta forma, as instituições agiam de maneira eminentemente positivista, um modelo centrado na medicina biológica, que previa a observação e descrição dos distúrbios nervosos, de maneira assistencial a tutelada. Estes hospitais tinham o consentimento social para intervir de maneira opressiva e violenta, podemos encontrar este fato evidenciado nas palavras de Stockinger (2007, p. 28):

Tais instituições assistenciais psiquiátricas tornavam-se na época um centro ajustador de “desajustados” frente ao sistema, de forma discriminatória e punitiva. Um dos fiéis retratos desta realidade era o fato dos doentes não receberem diagnósticos diferenciados, pois a 90% deles, no início do séc. XX, era atribuído o mesmo diagnóstico: degenerados atípicos. Este chavão abria, na realidade da época, possibilidades a qualquer forma indigna e violenta de trato.

Desde o início do modelo pineliano, ao serem construídos espaços específicos para a internação de doentes mentais, criou-se um ambiente que dividiu os críticos em dois grupos, onde o primeiro louvava Pinel e o segundo o criticava. As críticas se dirigiam a contestar a efetividade deste tratamento com o caráter fechado e autoritário da instituição, assim iniciou-se o primeiro modelo de reforma psiquiátrica, que sugeriu a implantação do sistema de colônias de alienados, ou seja, criavam-se condições para estimular o doente a trabalhar no campo, com a intenção de curá-lo e reintegrá-lo, reformulando o caráter asilar pineliano, com o objetivo de proporcionar ao doente mental um ambiente com maior liberdade. Juliano Moreira propunha a criação da assistência heterofamiliar, onde alguns pacientes poderiam ser inseridos nas residências familiares próximas das colônias. Porém este sistema não teve sucesso, pois foi implantado para neutralizar parte das críticas feitas ao sistema de internação tradicional, no entanto, após alguns anos foi possível observar que as colônias não se diferenciavam dos asilos pinelianos, não proporcionavam aos pacientes condições para a superação de suas dificuldades, além disso, aqueles que pudessem obter alta, não encontravam

suporte externo de atendimento.

Consequentemente, após ser confirmado o insucesso desse sistema, fez-se necessário um novo movimento de reforma psiquiátrica, que se estende até os dias atuais, tendo início oficialmente em 1956, na Inglaterra, quando Maxwell Jones, posteriormente considerado o mais importante autor e operador do tema, com base em experiências em um hospital psiquiátrico e em estudos que já introduziam o assunto, consagrou e delimitou o termo comunidade terapêutica, que refere-se à reformas que transformariam a estrutura dos hospitais psiquiátricos. Assim, encontramos no texto de Amarante (1995, p.28), a confirmação desta proposta reformista:

Com isso, o termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar.

Esta experiência desperta a sociedade para a conscientização acerca das condições subumanas as quais eram submetidos os doentes mentais dentro das instituições psiquiátricas, sendo assim a sociedade admite que não era mais possível pactuar com aquela situação, que comprovadamente não proporcionava condições de tratamento digno aos pacientes e não conseguia atingir o objetivo de propiciar alternativas para a superação das limitações dos doentes, pelo contrário afirmou-se neste período que o hospital trazia para os pacientes prejuízos irreversíveis que agravavam os sintomas, caracterizando a cronificação da doença mental.

Dentre as propostas para a reformulação asilar está o surgimento da terapia ocupacional, fundada por Simon, na década de 1920, após observar os benefícios que o trabalho manual trouxe a alguns pacientes que contribuíram na construção de um hospital. Além disso, houve a importante ampliação no âmbito de ação do profissional da saúde mental, que deixou de ser apenas individual e passou a abranger o coletivo, com ênfase ao inter-relacionamento entre grupos.

Na década de 40 começaram a perceber que os resultados eram mais significativos quando se trabalhava com grupos pequenos, já que havia maior possibilidade de debater os problemas e as soluções, contribuindo para a facilitação do processo de ressocialização. Passou a ficar cada vez mais evidente e indiscutível a idéia de que a co-responsabilidade dos pacientes no tratamento era a maneira mais efetiva de se alcançar resultados positivos, ou seja, era necessário trabalhar a horizontalidade entre profissionais e pacientes, onde os pacientes

pudessem expressar sua opinião e participar do processo de decisão de assuntos pertinentes à eles, sendo sempre estimulada a reflexão dos mesmos, através de grupos operativos, de atividades e de discussões, fazendo com que o paciente se envolva com sua própria terapia.

Na reforma sanitária inglesa surgiu, através do notável trabalho de Jones, uma nova e importante tendência que se caracterizou por buscar uma maior aproximação entre a instituição e a comunidade na qual está inserida, fortalecendo as relações entre a equipe, os pacientes, a família e a comunidade. Sendo assim, Jones (1972, apud AMARANTE, 1995, p.30), defende que:

Toda a comunidade constituída de uma equipe, pacientes e seus parentes está envolvida em diferentes graus no tratamento e na administração. Até que ponto isto é praticável ou desejável depende, naturalmente, de muitas coisas como, por exemplo, da atitude do líder ou de outro membro da equipe, dos tipos de pacientes e das sanções estabelecidas pela autoridade superior. A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos, implica numa organização social democrática, igualitária e não numa organização social de tipo hierárquico tradicional.

Contudo, apesar do grande avanço que significou a proposta da comunidade terapêutica, algum tempo depois, foi necessário admitir que ela não tinha possibilidade de atender ao problema da exclusão causado pela institucionalização, já que a proposta se limitava a ações operantes dentro dos hospitais e o contato com a comunidade externa era realizado apenas como complemento das ações.

A próxima tentativa de aperfeiçoar o tratamento da doença mental veio da idéia de tratar primeiramente as próprias instituições, ou seja, a partir do momento em que o hospital se desviou de sua finalidade de curar e tratar doenças mentais para agir de maneira violenta e repressiva, este se encontra em estado doentio e, portanto incapacitado de cuidar dos pacientes. Tosquelles, na França, acreditava que o hospital reformado poderia curar o doente mental e o devolver à sociedade, para tanto era necessária a psicoterapia institucional, que se consistia não só no questionamento da instituição no seu papel de segregação social, como também da crítica ao poder do médico e da verticalidade nas relações intra-institucionais. Porém novamente surgiu o questionamento da incapacidade de se tratar a exclusão através de sistemas asilares, definitivamente foi entendido que não havia alternativas para a recuperação dos hospitais, a história caminhava para uma humanização e uma crescente necessidade de reinserção dos doentes mentais na sociedade.

Surgiu então, a psiquiatria de setor que se consistiu em uma contestação da psiquiatria asilar, com o intuito de dividir o hospital, de maneira que cada paciente fosse tratado de acordo com sua origem geográfica e cultural, o que possibilitaria uma aproximação entre aqueles que estão na mesma região, facilitando um tratamento posterior destes pacientes já inseridos na comunidade, pela mesma equipe que os tratavam no hospital, as instituições passariam a possuir caráter transitório, ou seja, a internação seria apenas uma etapa do tratamento, que prosseguiria na comunidade. Algumas estruturas foram organizadas para atender o paciente e alcançar o objetivo proposto pela psiquiatria de setor, bem como elucidada Amarante (1995, p.35):

Com a oficialização desta política, os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando, cada um deles, com uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que têm a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a “pós-cura” das doenças mentais. Desta forma, são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica.

Devido ao fato de se gastar menos tratando um paciente na comunidade do que nos asilos, o governo logo aderiu ao novo procedimento, ampliando significativamente esta nova estrutura, porém a implantação da proposta em sua íntegra propunha a prevenção e o tratamento pós-cura, contudo estes eram financeiramente inviáveis para o Estado, este fato acumulado à resistência de alguns grupos intelectuais que interpretaram essa prática como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria e à resistência demonstrada pelos setores contra a possível invasão dos loucos nas ruas, provocou o insucesso da proposta.

Surgiu então a psiquiatria preventiva nos Estados Unidos, com a proposta de ser a terceira revolução psiquiátrica, pois descobriu estratégias para intervir nas causas da doença mental, buscando a prevenção e principalmente a promoção da saúde mental. Este tipo de psiquiatria se espalhou pelo mundo todo e, fez com que uma ilusão se espalhasse entre a sociedade, definida por Amarante (1995, p. 37): “[...] instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser preventivas, senão detectados precocemente, e que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade.”

A psiquiatria absorveu neste contexto, conceitos da sociologia e da psicologia, passando a ver o indivíduo sob seu aspecto biopsicossocial, enquanto sujeito inserido num

todo indivisível.

Todas estas propostas com base na prevenção contribuíram na preparação do ambiente para receber a idéia de novos programas assistenciais e a tão esperada proposta de desinstitucionalização, duas características que passaram a fazer parte de todas as possibilidades de intervenção da época, desde então muitas medidas de tentativa de desospitalização vem sendo operadas. Assim, passou-se a buscar medidas alternativas à hospitalização, tempo de permanência mais curto nos hospitais, maior número de altas, criação de centros de saúde mental, hospitais dia/noite, setor de atendimento psiquiátrico em hospitais gerais, entre outros. Além disso, o paciente passou a ser atendido por uma equipe interdisciplinar, já que foi sugerida a revisão de algumas funções, antes absolutamente de responsabilidade dos médicos e agora dividida entre uma equipe multidisciplinar com profissionais que tiveram a necessidade de rever e ampliar suas ações junto ao paciente de maneira a articular todas as especialidades em função de atender o indivíduo em sua totalidade.

Seguindo este processo de transformações surgiu o movimento da antipsiquiatria que buscou romper com o valor do saber médico na maneira como tratava das doenças mentais, assim, revelou-se um novo projeto de comunidade terapêutica, onde o saber psiquiátrico pôde ser questionado.

Um movimento marcante na trajetória da saúde mental é a Psiquiatria Democrática Italiana que trouxe consigo uma maior participação da sociedade, assim como afirma Amarante(1995, p. 48):

O grande mérito do movimento Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), fundado em Bolonha, em 1973 (Psichiatria Democrática, 1974), pode ser referenciado à possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e, acima de tudo, à não restrição destas denúncias a um problema dos “técnicos de saúde mental”.

Prosseguindo ainda com Amarante (1995, p.49):

Neste sentido desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se

com os fenômenos sociais e históricos.

Esclarecemos que todo este processo histórico é evidenciado em três períodos de redimensionamento teórico e prático, sendo que o primeiro período faz uma crítica à estrutura asilar, pois a mesma é patológica e cronificadora. Há necessidade de humanização, democratização e resgate de objetivos e funções sociais. Neste período se inicia a reforma psiquiátrica com o surgimento da Comunidade Terapêutica Inglesa e a Psicoterapia Institucional Francesa.

Já o segundo período, explicita a expansão da psiquiatria para o espaço público, sendo a terapêutica centrada na coletividade e tornando-se preventiva. Há superação das reformas limitadas ao âmbito asilar, no entanto, mantém o asilo como dispositivo. Neste período surge a psiquiatria de setor francesa, evidenciando que o paciente deveria ser tratado dentro do seu próprio meio, sendo a passagem pelo hospital transitória e para tratamento. Há também a psiquiatria comunitária- preventiva norte-americana, na qual o indivíduo é visto enquanto unidade biopsicossocial e indivisível, além da psiquiatria de setor, na qual o hospital era dividido em vários setores, e em equipes que acompanharia os pacientes internados ou na comunidade e por fim a psiquiatria preventiva, com programas para encurtar a duração dos transtornos mentais, identificando-os e tratando-os precocemente.

O terceiro período se inicia com a retirada do hospital psiquiátrico como dispositivo de tratamento, neste momento há um movimento denominado a antipsiquiatria, com uma crítica radical ao saber médico psiquiátrico e a psiquiatria democrática italiana, na qual Franco Basaglia, após participar de um trabalho de transformações propõe um modelo de atenção territorial e a demolição dos Hospitais Psiquiátricos.

Assim, ainda hoje lutamos por melhorias no tratamento de doentes mentais, reforçando o posicionamento contemporâneo em favor de práticas que visem à reabilitação biopsicossocial, proporcionando aos pacientes novas possibilidades de tratamento, com acesso ao vínculo familiar e social, articulado através de um trabalho interdisciplinar com ações comprometidas com a luta em favor da consolidação dos princípios de direitos humanos, democracia, cidadania, autonomia, emancipação e liberdade, promovendo a ampliação dos direitos dos usuários, e fazendo com que esses se reconheçam como sujeitos de sua própria história.

2.2 Apresentando as Residências Terapêuticas

Morar. V. t. c. 1. Ter residência: habitar,
residir. [...]

2. Encontrar-se, achar-se; permanecer; existir
[...] Dicionário Aurélio

A partir da crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica, iniciou-se na Itália em 1978 a luta pelo fim dos manicômios, que chegou ao Brasil em 1987 com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, visando acabar com o sistema de internação, oferecendo alternativas para que os portadores de distúrbios mentais tivessem direito a tratamentos, sem que fossem retirados do seio da família e do convívio com a sociedade, assim deu-se início a criação de novos dispositivos de cuidado psicossocial.

Em hospitais psiquiátricos era comum não existir documentação dos internos de longa data ou de referências familiares, tal situação inviabilizou tentativas de retorno do paciente à família ou ao seu local de origem. Além disto, existiam dificuldades quanto ao acolhimento dos pacientes por seus familiares quando estes eram localizados. Neste contexto, a urgência em prover respostas às necessidades de residência aos milhares de internos tornou-se iminente.

Nesse movimento, além do objetivo de oferecer uma rede de atenção que fosse gradativamente substitutiva dos hospitais psiquiátricos, havia uma necessidade premente quanto à questão de como atender o grande contingente de pessoas que por anos ou décadas foram abandonadas em hospitais psiquiátricos e se tornaram moradores destas instituições, perdendo os vínculos familiares e sociais.

Diante desta problemática, no Brasil, após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, ressaltou-se a importância estratégica da implementação dos então chamados “lares abrigos” para a reestruturação da assistência em saúde mental do país.

Baseando-se nas experiências de sucesso nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS), que demonstraram a efetividade da iniciativa de reinserção dos pacientes na comunidade, foi formulada a base legal com a elaboração da Portaria Nº 106 de 14 de fevereiro de 2000 do Ministério da Saúde, estabelecendo a criação dos Serviços de Residências Terapêuticas em Saúde Mental, para o atendimento do portador de transtorno mental egresso de longo período de internação, no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo este serviço caracterizado por ser um espaço destinado à reabilitação do paciente na sociedade, à inserção social, à cidadania e à emancipação.

Além da Portaria nº106, veremos a seguir outras portarias e leis que se articulam a fim de direcionar recursos e atenção para as ações no território, estimulando a inserção e a realização de cuidados aos portadores de transtorno mental na comunidade.

Portaria nº 1.220/2000, que regulamenta a portaria 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no SAI/SUS. Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionamento o modelo assistencial em saúde mental (especialmente artigo 5º). Lei nº 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa de Volta Para Casa). Diretrizes de redução de leitos constantes nas Portarias GM nº 52 e 53/2004, do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução progressiva de leitos psiquiátricos no país. Portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos como política de saúde mental, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município, configuram-se com equipamentos de saúde importantes para garantir o direito à moradia de pessoas com transtornos mentais, egressas de hospitais psiquiátricos ou não, e também como apoio à usuários de outros serviços de saúde mental que não possuam suporte familiar e social, no entanto é válido ressaltar a importância da compreensão do S.R.T. não unicamente como um serviço de saúde, pois apesar de contemplar este segmento, os profissionais precisam compreender que ali se encontram as moradias dos pacientes, que começam então a constituírem sua identidade familiar.

Segundo o Ministério da Saúde:

A Residência Terapêutica deve ser capaz, em primeiro lugar, de reconstruir o direito de moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos ou não, e de auxiliá-los em seu processo de resgate da autonomia e reintegração social. Circular livremente pelos espaços da comunidade se constitui como um dos direitos mais fundamentais do ser humano (BRASIL, 2005).

As residências localizam-se em espaço urbano onde o número de usuários de cada residência pode variar de um indivíduo até no máximo oito pessoas, que deverão contar com profissionais atentos às demandas e às necessidades individuais de cada morador, assim como defende a cartilha do Ministério da Saúde:

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe de atenção básica, sejam outros profissionais) devesse

considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas ações e projetos baseados no coletivo dos moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. (BRASIL, 2004).

A inserção em um SRT é o início de um longo processo de reintegração social e da “superação” do antigo modelo de atenção centrado no isolamento e na exclusão social, assim o processo de reabilitação psicossocial deve buscar a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais com a comunidade, o que exige uma equipe de profissionais capacitados em buscar a progressiva inclusão social dos residentes através de um acompanhamento contínuo.

A implantação de uma residência terapêutica exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança e rede social de apoio. É importante ressaltar que todo o trabalho realizado com os moradores deve ser realizado de maneira singular respeitando as individualidades de cada sujeito. De acordo com Bichara (2005, p.236):

O problema da dependência institucional é multifacetado, pode ser atribuído à falta de suporte familiar, à escassez de oportunidades no mercado de trabalho, a idade avançada de alguns pacientes e algumas características próprias de algumas patologias. De qualquer maneira, esta é uma questão fonte de muita insegurança referida por alguns usuários e requer um enfrentamento técnico, clínico e político.

Poderão ter acesso aos Serviços de Residências Terapêuticas, portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal), pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para qual o problema de moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico e moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados no CAPS.

Cada residência que compõe uma unidade de Serviço de Residência Terapêutica é organizada segundo as necessidades e gastos de seus moradores, respeitando as singularidades, o que conseqüentemente resulta nas diferenças existentes entre as residências, ou mesmo entre as diversas unidades de SRT existentes.

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde (2004, p.10), “Residências Terapêuticas: Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade”, em termos gerais existem dois tipos de SRT's:

S.R.T. I – O suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, quando houver. Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para a obtenção de moradias definitivas na comunidade. Este é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas ajuda de um cuidador (pessoa que recebe capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhador do CAPS, do PSF, de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico ou até os SRTs que já pagam um trabalhador doméstico de carteira assinada com recursos do programa De Volta Para Casa).

S.R.T. II – Em geral cuidamos de nossos velhos, doentes e/ou dependentes físicos, inclusive com ajuda de profissionais: o SRT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para a clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência. Este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatíveis com recursos humanos presentes 24/dia.

Existem atualmente quinhentos e dezenove Serviços de Residências Terapêuticas distribuídos por todo o Brasil, onde moram duas mil setecentas e quatorze pessoas, no entanto ainda existe um número significativo de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos que deveriam ter acesso aos S.R.T.'s, o que evidencia a necessidade significativa de expansão do número de residências de modo a reduzir a segregação e aumentar a reinserção social dos pacientes.

Quando falamos em SRT, não podemos deixar de evidenciar a importância do cuidado, pois cuidar é mais que um ato, é uma atitude, ou mais especificamente uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Cuidar de alguém significa pensar em liberdade em negação ao isolamento, integração em detrimento à seleção, enfrentamento do problema de risco social em contraposição ao modelo do diagnóstico, considerar o conceito de direito sobre a noção de reparo, enfim, é necessário o

respeito à singularidade do sujeito, buscando sempre a qualidade deste cuidado. O SRT é um dispositivo de assistência que prioriza o cuidado integral aos seus moradores.

Toda legislação existente na Política Nacional de Saúde Mental, especialmente no que se refere ao Serviço Residencial Terapêutico, explicita a importância do rompimento do modelo centralizado no diagnóstico, pois o diagnóstico por si só não é um instrumento de grande utilidade, para estabelecer a estratégia de intervenção mais articulada, é necessário considerar os sintomas, os dados a respeito do contexto familiar e sua própria história de vida.

Diante do exposto, pudemos compreender a realidade dos Serviços de Residências Terapêuticas de forma geral, porém partindo do pressuposto de que apesar de todos atenderem a uma mesma legislação, cada território possui suas particularidades, diante disto se faz necessário a compreensão do Serviço de Residência Terapêutica do município de Bauru, uma vez que esta é a fonte de nossa pesquisa.

2.2.1 Serviço de Residência Terapêutica em Bauru

Em Bauru no ano 1987, nove anos após o início da luta antimanicomial, houve a implantação do N.A.P.S. (Núcleo de Apoio Psicossocial), sendo dividido em duas seções para atendimento: criança/adolescente e adulto, e em 2002, de acordo com a portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro, iniciou-se a reestruturação da Rede Municipal de Saúde Mental.

A partir do ano 2005 foi incluído o Serviço de Residência Terapêutica no município, que é uma instituição de cunho público, pertencente à área da saúde, e tem por finalidade reintegrar ao convívio com a sociedade os doentes mentais que passaram por um longo período de internação em hospitais psiquiátricos e perderam seus vínculos familiares, assim o SRT de Bauru faz parte do modelo II entre os dois modelos existentes, citados acima, onde este se diferencia por dispor de monitoramento técnico diário e equipe de profissionais que permanece no posto de atendimento 24 horas por dia. Todos estes cuidados e acima de tudo, a liberdade garantida aos pacientes, garantem a preferência que predomina entre os usuários deste serviço em relação à hospitalização, a respeito deste fato, podemos citar Ramon (1997, apud VASCONCELOS, 2000, P.110 e101):

Serviços residenciais constituem assim a modalidade de serviço psiquiátrico associada com um maior nível de satisfação pelos usuários, do ponto de vista comparativo aos serviços fechados.

Atualmente o serviço conta com um posto de atendimento, localizado próximo às residências dos pacientes, que funciona como ponto de referência para eles, pois nele estão centralizados todos os serviços oferecidos, como atendimento médico semanal, atendimento de enfermagem para medicamentos diários e distribuição das refeições, além disso, os pacientes tem acesso às atividades culturais e de lazer, como escola, teatro, oficinas, grupos terapêuticos, aulas de hidroginástica e passeios.

Além do posto de atendimento, existem sete casas localizadas no Jardim Bela Vista que tem por objetivo garantir o direito à moradia dos trinta e sete usuários do Serviço de Residência Terapêutica. Dentre esses moradores é comum a comorbidade, ou seja, a manifestação de outras doenças como diabetes, colesterol e hipertensão além da já diagnosticada doença mental, isto unido ao fato de que esses pacientes estiveram internados em alguns casos por trinta anos ou mais, torna a reinserção dos mesmos na sociedade ainda mais complexa, portanto, torna-se indispensável uma equipe multidisciplinar para trabalhar todas as questões que envolvem o cotidiano dos usuários, sendo esta equipe composta por um médico, uma assistente social, uma psicóloga, que trabalha como gestora, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma auxiliar de enfermagem e uma auxiliar de limpeza.

Como parte dessa equipe multidisciplinar, destaca-se o profissional de serviço social que trabalha junto às expressões da questão social, tais como, exclusão social, preconceito, *déficit* de afetividade, acúmulo de problemas clínicos, pobreza e rompimento ou fragilização de vínculos familiares. Estas expressões são trabalhadas através de acompanhamento clínico e educacional e principalmente através de ações que proporcionem possibilidades de autonomia nas atividades de vida diária e de vida prática (AVD e AVP) dos usuários.

Segundo a profissional da área da saúde, Camargo (1991, p.52), as atividades de vida prática e as atividades de vida diária consistem em:

[...] estar com o cliente em diferentes situações e contextos para, com um ego auxiliar, ajudá-lo a receber, identificar e responder os vários estímulos que se lhe apresentam, num clima de segurança e incentivo para a abertura a novas vivências. Proceder como um ego auxiliar significa funcionar como ponte entre mundo interno e mundo externo e vice-versa.

O acompanhamento de AVD's e AVP's e outras ações desenvolvidas pela equipe de profissionais viabilizam a ampliação da qualidade de vida, rompendo com o estigma da loucura, motivando a participação social dos pacientes dentro de um conselho gestor,

estimulando o sentimento de pertencimento junto à sociedade, garantindo os direitos e buscando a emancipação dos mesmos.

2.3 A interdisciplinaridade na saúde mental

Para a introdução do tema que envolve a interdisciplinaridade, serão apresentadas breves definições de termos que permeiam o assunto, com o objetivo de facilitar a compreensão do mesmo. Destaca-se então o termo disciplinaridade, que representa o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos do ensino, da formação, dos métodos e das matérias. Outro termo envolvido é a multidisciplinaridade, ou seja, o trabalho entre um conjunto de profissionais, onde ocorre uma sobreposição de várias disciplinas, não necessariamente havendo uma coordenação entre os mesmos. Uma disciplina empresta para outra os seus conhecimentos, sendo assim não ocorre um real enriquecimento nesta relação. Dando continuidade, oportuniza-se o conhecimento da pluridisciplinaridade, que se constitui num sistema que possui um único nível e com objetivos múltiplos, há a presença de diversas disciplinas e cooperação entre elas, mas não há coordenação. Por fim, apresenta-se a transdisciplinaridade, que compreende níveis e objetivos múltiplos, onde ocorre a coordenação entre todas as disciplinas e interdisciplinas do campo envolvido, sobre uma base evidente e compartilhada.

Não existem regras ou metodologias prontas para possibilitar a um profissional alcançar a interdisciplinaridade, assim, este é um tema complexo, que para alcançar a efetivação exige dos profissionais um trabalho diário, permeado por reflexões acerca de suas ações e seu papel diante de uma equipe, buscando atingir a qualidade do serviço prestado ao usuário, de maneira que garanta o atendimento deste em sua totalidade. Desta forma, Rodrigues (2001,p.156) afirma que:

Penso a interdisciplinaridade não como um método de investigação, uma técnica didática, um instrumento utilitário, um princípio de homogeneização, ou um modelo metodológico capaz de produzir idéias generalizadoras ou universalizantes. Penso-a, inicialmente, como postura profissional que permite se pôr a transitar o “espaço da diferença” com sentido de busca, de desvelamento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer.

A interdisciplinaridade é muito importante para viabilizar qualidade nos serviços de saúde. Ressaltamos que o atendimento nesta área não fica apenas na cura de doenças, pois como define a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou invalidez”.

A complexidade atual do campo da saúde permeia tanto suas práticas como seus saberes. Desta forma, entre as disciplinas que compõe o campo pode-se encontrar um conjunto de mediações de natureza teórica, social e cultural, sabendo-se que o aspecto social considera a disposição sócio hierárquica dos atores, que intervêm nas práticas e na produção dos discursos e saberes, já o aspecto cultural, considera as diferenças de formação e inserção na cultura de agentes institucionais, populações, emissores de discursos e normas, etc.

O serviço social utiliza a interdisciplinaridade em suas intervenções visando alcançar condições para trabalhar o contexto de mediações entre usuários e instituição; usuários e profissionais e entre a realidade das políticas de saúde existentes e as condições estruturais das instituições. Além disso, também é evidente a busca de novas possibilidades de ação, através do princípio da interdisciplinaridade, com o intuito de alcançar todos os aspectos envolvidos na nova perspectiva de intervenção desta área, a promoção de saúde.

Para a realização de uma intervenção competente junto a um usuário deve-se ter clareza de que este indivíduo deve ser visto e atendido em sua totalidade, não há mais espaço para atuações que visem o atendimento do sujeito em partes, já que o ser humano é um ser biopsicossocial, ou seja, seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais estão interligados, numa relação de complementaridade e dependência, por isso mais uma vez pode-se voltar a enfatizar a importância da interdisciplinaridade, pois só ela é capaz de fazer com que vários profissionais com especificidades diversas, possam realizar um atendimento articulado, alcançando a satisfação das necessidades do usuário. Para confirmar esta idéia é possível observar o posicionamento de Carrijo, Porto e Bertani (2003, p.4):

Verifica-se então, a importância da atuação profissional voltada a descobrir todas as possibilidades de ação, já que a doença envolve além dos fatores físicos, toda amplitude de questões de âmbito pessoal, familiar e de relacionamento com o meio social. Percebe-se, assim, que o assistente social, bem como os outros profissionais, deve preparar-se para atuar em todas as fases terapêuticas, desde a eventual dificuldade de se anunciar o diagnóstico da doença, o acompanhar de todo o tratamento com suas melhorias e recaídas chegando-se à cura, mas também o enfrentamento da doença em sua fase terminal, com situações entre a vida e a morte.

Ao observar toda a trajetória de um paciente que passa por uma internação, desde a entrada até a alta, é possível compreender a importância de uma equipe multidisciplinar, já que este paciente apresenta necessidades que vão além do biológico, atingindo aspectos sociais e psicológicos, que podem ser trabalhados mais facilmente por profissionais que tem o domínio desta área e podem contribuir com o tratamento através de sua especificidade.

No princípio da interdisciplinaridade há um movimento constante que inclui a integração entre as disciplinas, ultrapassando os limites de cada uma quando consideradas isoladamente, assim conclui-se que o conjunto vai além da simples soma de seus membros, diante disto se encontra a troca de experiências e a reciprocidade entre disciplinas e áreas do conhecimento. Este tema se perfaz na perspectiva de articulação interativa entre as diversas disciplinas no sentido de enriquecê-las através de relações dialógicas entre os métodos e conteúdos que as constituem.

O processo interdisciplinar é de extrema complexidade e envolve uma intensa relação entre a equipe, vai além da simples presença de vários profissionais de diferentes áreas e o alcance de objetivos comuns. A busca pela efetivação deste processo é gradativa e pode ser visualizada no cotidiano das ações profissionais. É necessário ter clareza que mesmo admitindo as várias dificuldades que o tema sugere, sua presença é imprescindível para a realização de um atendimento de qualidade.

A partir do século XIX os conhecimentos foram se fragmentando, a ciência passou a olhar o homem em partes, diante disto a interdisciplinaridade veio proporcionar uma reformulação dessa fragmentação, buscando uma visão de totalidade, como ressaltam Carrijo, Porto, Bertani (2003, p.44):

A interdisciplinaridade pode ser definida como uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que possa pressupor uma atitude diferente de ser assumida; seria substituir a concepção fragmentária pela concepção unitária do ser humano. Caracteriza-se como de natureza não preconceituosa, não desmerecendo assim, diferentes áreas do conhecimento. O saber universal sobrepõe-se ao conhecimento individual.

A ligação de diversas ciências enriquece cada vez mais conceitos, metodologias, posturas ideológicas e práticas profissionais, porém dentro do mesmo contexto encontramos uma vertente que se coloca como um dos maiores obstáculos para a interdisciplinaridade na contemporaneidade, o positivismo, que se apresenta como um dos responsáveis pela fragmentação do saber, propõe a ampliação das especialidades, esquecendo da importância da

interligação dessas disciplinas, ampliando a desarticulação, entre as mesmas. É importante esclarecer que a proposta interdisciplinar não é eliminar as especialidades, nem mesmo o saber individual, ela busca a unidade, a interação e a troca de idéias e práticas. Cabe aqui, citar o pensamento de Albiero (2005, p.3):

Para se construir, a perspectiva interdisciplinar não opera a eliminação das diferenças: tanto na vida em geral, reconhece as diferenças e as especificidades, convive com elas, sabendo, contudo que elas se reencontram e se complementam de forma até mesmo contraditória.

Para que o trabalho seja executado de uma maneira interdisciplinar é necessário o diálogo entre profissionais de uma equipe para trocas de idéias comuns e divergentes. Também é imprescindível que os profissionais envolvidos tenham o objetivo de aprender e ensinar conhecimentos, pensar e agir sobre a problemática do trabalho em questão. Não se esquecendo da práxis na relação interdisciplinar, já que ela é fundamental, pois é a partir da teoria que se estrutura a formação profissional, aliada às trocas de conhecimentos com outros profissionais, proporcionando uma melhor atuação para resolução dos problemas encontrados na realidade de intervenção.

Não se pode esperar que todos os tipos de grupos, formados por profissionais de diferentes áreas, trabalhem como uma equipe interdisciplinar. Para ser uma equipe interdisciplinar deve haver a participação de todos os profissionais de disciplinas diversificadas, sendo importante a integração e interação entre os mesmos. Além disso, é necessário que os profissionais saibam sobre o trabalho a ser desenvolvido e estejam abertos a novos conhecimentos, respeitando o saber dos outros integrantes da equipe, como colocam Carrijo, Porto e Bertani (2003, p.49):

Para haver a verdadeira relação de troca interdisciplinar, é necessário que os profissionais tenham conhecimento do trabalho, de sua especificidade, e que estejam abertos a um processo de interação de seus conhecimentos profissionais de outras áreas. Não se pode dizer que esta relação seja fácil, pois necessita de total desprendimento de todos os envolvidos, e que os mesmos exteriorizem o que sabem, e interiorizem as informações que recebem, para que em conjunto, consigam a visão de totalidade da situação, dos sujeitos e dos objetos em questão. Para o início do trabalho em equipe interdisciplinar, importa que cada disciplina tenha seu espaço particular de atuação, mas é necessário o respeito pelo saber do outro, para que se alcance um consenso de opiniões.

Uma das dificuldades enfrentadas para haver essa interação é a formação educacional, que estimula a individualidade e a competição, porém esta pode ser superada através de ações que possibilitem mostrar à equipe que cada profissional tem o seu lugar.

Nos dias atuais verificamos o surgimento de novas expressões da questão social com uma velocidade e complexidade cada vez maior, assim para o enfrentamento de tais expressões que atingem toda sociedade, pode-se utilizar a perspectiva interdisciplinar, que é capaz de proporcionar práticas profissionais diferenciadas e eficazes para a intervenção junto a essas novas demandas.

O serviço social utiliza-se da interdisciplinaridade para conhecer seu usuário na totalidade, desta forma o profissional é capaz de garantir os direitos sociais, proporcionando condições para o exercício da cidadania, o desenvolvimento da autonomia e o alcance da emancipação do sujeito, por isso a equipe interdisciplinar é indispensável no Serviço de Residência Terapêutica que trabalha o processo de reabilitação biopsicossocial do portador de transtorno mental, que devido aos estigmas da loucura e preconceitos, vivencia a exclusão social, e necessita de uma visão de totalidade por parte da equipe de profissionais, enfatizando não somente a doença, como também os aspectos psicológicos e sociais.

2.4 O serviço social na saúde mental

O serviço social foi inserido na política de saúde mental brasileira na década de 40, com movimento de reforma psiquiátrica que representou um avanço nas práticas de saúde mental. Tal movimento possibilitou a contratação de assistentes sociais para auxiliar os médicos no desenvolvimento das ações do movimento higienista, para garantir o atendimento das expressões da questão social, configuradas pelas providências de auxílios financeiros e acesso a recursos sociais disponíveis no momento, e para trabalhar a reinserção familiar, num cenário de instituição da ordem inerente à moral burguesa. As determinações históricas, econômicas e políticas desse período demandavam um tipo de atuação de caráter moralizador e estruturador da ordem.

No Brasil, após o golpe de Estado de 1964, no período conjuntural da ditadura militar, o cenário mudou e a realidade impôs novas determinações, gerando outras demandas ao serviço social, levando-o a atuar diretamente junto aos trabalhadores e suas famílias na manutenção de uma força de trabalho que atendia aos interesses do capital. O espaço de atuação junto às políticas sociais tornou-se legítimo ao serviço social e este foi chamado para

executá-las na saúde mental, pois é nesse cenário que as políticas sociais tornaram-se fundamentais num contexto de amenização das expressões da questão social, num palco de luta política entre trabalhadores e capitalistas.

Segundo Amarante (1994 apud BISNETO, 2007, p.23):

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, Estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar.

Dentro do cenário contemporâneo, marcado pelas iniciativas da reforma psiquiátrica, o novo reconhecimento direcionado ao portador de transtorno mental o coloca na condição de sujeito de direitos, assim o assistente social se encontra num novo contexto que o aproxima das lutas resguardadas pelo Projeto Ético-Político da profissão, expresso no Código de Ética do Assistente Social em seus onze princípios fundamentais:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central e as demandas políticas a ela inerentes autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; Defesa e aprofundamento da democracia enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; Posicionamento em favor de equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como a sua gestão democrática; Empenho na eliminação de todas as formas de preconceitos, incentivando o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças; Garantia do pluralismo através do respeito às correntes democráticas e compromisso com constante aprimoramento intelectual; Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação - exploração de classe, etnia e gênero; Articulação com o movimento com outras categorias

profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva de competência profissional; e Exercício do serviço social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. (Resolução CFESS n. 273, de 13 de março de 1993)

Para avaliar melhor a importância de o assistente social assumir o desafio contemporâneo da materialização dos princípios do código de ética no cotidiano de suas ações, bem como para compreender as singularidades que vão de encontro à garantia dos direitos dos usuários, possibilitando a estes assumirem seu papel de cidadãos de direitos dentro da sociedade atual, podemos observar a defesa intransigente de Bravo (2006, p. 54) em relação a este complexo tema que envolve a categoria profissional:

Este código se destaca dos demais pelo compromisso de contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais, reafirmando um dos dois grandes avanços da Constituição Federal: a universalização dos direitos sociais e a possibilidade de controle social, por parte dos segmentos populares, por meio de Conselhos de direito e de política.

Nesse novo contexto, perpassado pelas lutas sociais no campo político, com presença da Reforma Sanitária e da Luta Antimanicomial, surgiram novos espaços para a atuação dos profissionais de serviço social, e conseqüentemente surgiram novas demandas sociais, não somente para os assistentes sociais, como também para os outros profissionais que atuam na área da saúde mental, como médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, agentes sociais, fisioterapeutas, entre outros, tendo como base novas perspectivas de atendimento e respostas no lidar com os portadores de transtornos mentais, assim como afirma Bisneto (2007, p.40):

[...] o movimento de Luta Antimanicomial propiciou uma concepção e prática em Saúde Mental mais politizada, bem como a contratação de mais assistentes sociais. O movimento de Reforma Psiquiátrica veio propor novos encaminhamentos metodológicos, com a possibilidade de o assistente social intervir de forma efetiva nas refrações da “questão social” na área da Saúde Mental.

É notório que algumas demandas postas ao serviço social ao longo de sua trajetória histórica na saúde mental o acompanham desde a sua origem, pois elas são inerentes à atuação deste profissional independentemente da área em que atue, pois são históricas e fazem parte de sua natureza reguladora das relações sociais, como o trabalho com a família e articulação com demais serviços, acesso a recursos sociais, entre outros. Entretanto, cada processo histórico-social coloca novas demandas ao serviço social, já que as relações sociais que constituem a base da atuação desta profissão são constantemente mutáveis e dinâmicas, pois vivemos numa realidade social perpassada por diferentes determinações sociais, políticas, econômicas e culturais, num contexto de interesses contraditórios que interferem nas relações sociais e colocam novas requisições que precisam ser apreendidas.

Os novos serviços de saúde mental, como os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), possuem características que expressam através das demandas, as necessidades de atuação do assistente social nos aspectos sociais e políticos relacionados aos usuários, dentre os quais podemos destacar a articulação com a família, a comunidade e as instituições, como escola e trabalho. Referente a esse assunto destaca-se a colocação de Bisneto (2007, p.158):

Com frequência, em Saúde Mental, o paciente tem interesses divergentes de seus familiares e de outras pessoas com quem mantém relações sociais diversas. Essas pessoas muitas vezes se tornam objeto da intervenção do Serviço Social. O assistente social necessita contemplar posições que representem uma negociação entre as diferentes posições dos vários usuários, expressando a total extensão do problema.

O serviço social através do acolhimento, observação, entrevista, visita domiciliar, diagnóstico social, reuniões e demais instrumentais de suporte social, consolidam ações diárias de articulação com a rede de saúde e as demais políticas sociais, de desenvolvimento de projetos de inserção no mercado de trabalho, de avaliação para verificar possibilidade de concessão de benefícios, sejam eles previdenciários, assistenciais e/ou de saúde e de encaminhamentos para a obtenção de documentos pessoais. Assim, exaltamos que todas essas ações tornam-se de extrema importância para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais e seus familiares. Ainda com Bisneto (2007.p.61):

No movimento de reforma psiquiátrica o assistente social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mais o técnico que pode desenvolver a crítica a sociedade burguesa e à loucura na

sua correlação com o capitalismo. O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mais sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico.

No atual contexto da política de saúde mental no Brasil, o portador de transtornos mentais é reconhecido como sujeito de direitos, num processo de reinserção social e de exercício da cidadania, como dispõe o artigo 4º da lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001:

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

O reconhecimento dos portadores de transtornos mentais como sujeitos de direitos, faz parte da consolidação da reforma psiquiátrica no cotidiano das ações dos profissionais da saúde mental, que por sua vez assumiram uma nova compreensão e concepção da loucura, perpassada pelo comprometimento com a reinserção dos pacientes na sociedade, respeitando sua história de vida, bem como o conjunto de processos históricos, sociais, políticos, econômicos e culturais que fazem parte de seu passado e são responsáveis pelo atual contexto biopsicossocial vivenciado pelo doente mental. A construção de novos canais que possibilitem incluir os pacientes em novos espaços, através do estímulo e da participação nos movimentos sociais que lutam pela ampliação e reconhecimento dos portadores de transtornos mentais na sociedade, é de fundamental importância dentro do trabalho da equipe de profissionais que atua na área da saúde mental.

A saúde mental constitui um espaço legítimo de atuação do serviço social, aonde as demandas postas à profissão ao longo desta política de saúde vêm evidenciando cada vez mais a importância deste no atendimento às necessidades sociais explicitadas pelos usuários. Devido à abertura de novos espaços de atuação nessa área, cada vez mais é exigido do assistente social o conhecimento acerca da construção da política de saúde mental e dos diferentes elementos que à perpassam, como a concepção de loucura, a concepção das diferentes abordagens em saúde mental, o conhecimento sobre os transtornos, bases da reforma psiquiátrica e os diferentes movimentos de luta em prol da reforma psiquiátrica, a legislação em saúde mental entre outros, o que possibilita a efetiva contribuição na construção e ampliação de novos espaços de reconhecimento e garantia dos direitos dos usuários dos

serviços oferecidos pela política de saúde mental.

Sabemos que um longo caminho ainda precisa ser percorrido, porém se olharmos para trás veremos que um grande passo já foi dado em prol da cidadania e emancipação dos doentes mentais, uma vez que não podemos negar que houve grandes avanços nas formas de concepção e tratamento destes. O reconhecimento de hoje do portador de transtorno mental como sujeito de direitos, em substituição a um modelo excludente e isolador que destitui o indivíduo de sua liberdade física e mental, é sem dúvida um grande progresso. Mas este reconhecimento não nos impede de vislumbrar novos horizontes, muito pelo contrário, ele alimenta nossos anseios pela busca e construção de novos espaços que atendam às necessidades de todos os indivíduos em sua totalidade.

2.5 O processo de emancipação dos usuários do Serviço de Residência Terapêutica de Bauru

É possível visualizar que, atualmente, a maior parte da população mundial necessita passar por um processo de emancipação, já que não existem muitos posicionamentos críticos frente ao sistema vigente e grande parte das pessoas são facilmente absorvidas pelos ideais capitalistas, não sendo capazes de assumir o rumo de suas próprias vidas. Assim, segundo Kinoshita, (s/d.; p 80):

A luta pela emancipação do doente mental se acomuna com a luta pela emancipação de uma sociedade inteira. Dentro deste percurso, devemos passar necessariamente pelo processo de emancipação do próprio trabalhador de saúde mental.

Quando se faz referência ao processo de emancipação dos pacientes com doença mental inseridos no Serviço de Residência Terapêutica, não se pode esquecer que os mesmos apresentam vários anos de institucionalização e conseqüentemente, cronificação da patologia, dificultando ou até mesmo impedindo o alcance da emancipação. Analisando o perfil desta população usuária é possível entender que alguns destes indivíduos, devido às limitações físicas e mentais, não conseguirão ser sujeitos políticos, livres, pois a emancipação humana se realiza no processo que extrapola o círculo do indivíduo independentemente da sociedade burguesa, para converter suas relações individuais numa dimensão social, como força organizada na construção democrática de outro tipo de sociedade.

O indivíduo que foi muito tempo institucionalizado tem que reaprender a viver no meio social, pois muitas vezes ele não sabe enfrentar as dificuldades para exercer sua cidadania, por conta disto o trabalho que busca possibilitar aos mesmos a consciência política sobre a necessidade de construir uma nova e diferente sociedade, é uma intervenção que se encontra num processo muito complexo.

O serviço social em suas intervenções busca primeiramente desenvolver a construção da identidade do paciente enquanto cidadão e sujeito de direitos, este é o primeiro passo na luta pela emancipação. Assim, é necessário afirmar a importância da reflexão sobre a própria identidade profissional e sobre a consciência social, pois somente a partir destas reflexões será possível dar início a este árduo trabalho a ser realizado junto aos pacientes, a respeito deste tema, Martinelli (2001, p.19) pontua:

Identidade e consciência social não podem ser pensadas, portanto, a distância da totalidade social, como abstrações ou generalidades ou como categorias isoladas; é preciso pensá-las dialeticamente, como categorias plenas de movimento e de historicidade.

Através do acompanhamento das atividades de vida diária (AVD's) e atividades de vida prática (AVP's) dos pacientes, percebe-se a emancipação parcial na manifestação de pequenas conquistas, bem como na importância destes usuários adquirirem autonomia suficiente para realizar a sua própria higiene pessoal, escolher e comprar seus alimentos, reivindicar melhorias em suas residências, administrar seus recursos financeiros vindos do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou do Programa Casa e participar de cultos religiosos, festas, entre outros.

A intervenção profissional na busca pela efetivação deste processo, ocorre através da consolidação da democracia e consequentemente da liberdade, desta maneira percebe-se a evolução dos pacientes com a transferência do Hospital Psiquiátrico para o SRT, pois enquanto institucionalizados não tinham liberdade para fazer escolhas em relação a questões pertinentes ao cotidiano dos mesmos, já que a roupa era padronizada, as atividades eram impostas, a documentação pessoal era incompleta ou inexistente e o mesmo tipo de comida era distribuída à todos, não havendo distinção quanto a preferências no cardápio ou nos temperos. Já em sistema de tratamento aberto, os pacientes estão adquirindo liberdade para escolher o que é melhor para sua vida e alguns já puderam regularizar sua documentação pessoal.

O doente mental normalmente não faz parte do mercado de trabalho, pois não foi

inserido devido ao transtorno mental adquirido durante determinada fase da vida, com isso, não podemos deixar de articular o tema em questão com o capitalismo, já que este é responsável por várias manifestações de expressões da questão social, o que dificulta significativamente o processo de emancipação. Esta dificuldade é agravada pelo fato de que os pacientes com doença mental não são produtivos, ou seja, não atendem à lógica de acumulação de capital, assim não recebem o respeito que merecem enquanto seres humanos por conviverem numa sociedade que valoriza mais o “ter” do que o “ser”, tendo como objeto de desejo o dinheiro e conseqüentemente banalizando a vida humana e com ela praticando toda forma de violência imaginável, até mesmo, a violência de roubar a identidade dos sujeitos pertencentes a este segmento tão discriminado e marginalizado. Analisando este tema podemos observar Iamamoto (2007, p.142), “Ampliam-se as desigualdades distribuídas territorialmente, as distâncias entre as rendas de trabalho e do capital e entre os rendimentos dos trabalhadores qualificados e não qualificados”.

Na área da saúde mental há muitos preconceitos e estigmas, lembrando que estes estão diretamente ligados com o contexto social no qual o ser humano está inserido. O estigma geralmente é responsável pela perda de posição na hierarquia social, além disso, ele permite a certos indivíduos sentir-se superior aos outros. Aqui podemos relacionar a inferioridade com a superioridade, pois as mesmas estão intimamente ligadas, já que para muitas pessoas se sentirem bem consigo, é necessária a existência de pessoas estigmatizadas.

A dificuldade encontrada no processo de emancipação também recebe influência da marca da loucura instaurada ao paciente, pois a sociedade não respeita a diversidade entre as pessoas, e conseqüentemente as rotulam a fim de torná-las diferentes e marginalizadas. Esta realidade não é admissível porque os seres humanos devem ser considerados iguais, bem como afirma a Declaração Universal dos Direitos Humanos, além disso, a normalidade é passível de discussão, e é um conceito socialmente determinado, podendo sofrer variações sobre sua determinação ou sobre a maneira de lidar com ela.

Parece que este rótulo é um tipo especial e insidioso de categorização social, um processo de generalização a partir de uma única experiência. Quando a pessoa é rotulada todos os outros aspectos do indivíduo são ignorados, exceto aqueles que se ajustam ao estereótipo associado ao estigma. Aquele considerado “louco” pela sociedade parece não possuir qualidades, só é enfatizado os aspectos negativos reforçando a “loucura” e dificultando mais ainda o processo de emancipação.

O estereótipo é uma representação associada a todos os sujeitos de um grupo, desconsiderando as subjetividades do indivíduo e o colocando numa massa geralmente vista por alguma característica que faz parte de sua realidade, representada na maior parte das vezes

de forma exagerada, fazendo com que as outras características se tornem secundárias e destruindo a imagem de um ser humano completo, com suas características positivas e negativas. Assim essa representação se torna uma marca muito forte no indivíduo e para romper com o estereótipo gerado e o preconceito é necessário reconstruir a história do mesmo enfatizando os aspectos positivos, pois os negativos já são afirmados cotidianamente.

No que diz respeito à prática do assistente social, pode-se afirmar que este deve se comprometer com a qualidade do serviço prestado firmando seu compromisso com o desafio contemporâneo da materialização dos princípios do projeto ético-político da profissão. Assim, Martinelli (2006, p.12) afirma que:

A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como é que chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana.

Ainda nos voltando às práticas profissionais do assistente social, é imprescindível que este profissional tenha clareza de sua intencionalidade na execução de todas as ações em meio a realidade encontrada, esta análise da situação do paciente em relação à responsabilidade do sistema vigente é extremamente necessária, assim como já foi explicitada a relação do capitalismo com as dificuldades encontradas pelos usuários, desta forma afirma-se este posicionamento através das palavras de Martinelli (2006, p.14):

Somos profissionais cuja prática está direcionada para fazer enfrentamentos críticos da realidade, portanto precisamos de uma sólida base de conhecimentos, aliada a uma direção política consciente que nos possibilite desvendar adequadamente as tramas conjunturais a as forças sociais em presença. É neste espaço de interação entre estrutura, conjuntura e cotidiano em nossa prática se realiza. É na vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos que as determinações conjunturais se expressam. Portanto, assim como precisamos saber ler conjunturas, precisamos saber ler também o cotidiano, pois é aí que a história se faz, aí que nossa prática se realiza.

O processo de emancipação dos portadores de transtornos mentais é possível, no entanto, é construído gradual e parcialmente quando se trata de pacientes com histórico de institucionalização, assim o trabalho do assistente social é realizado na vida cotidiana destes sujeitos, sendo que este contato é primordial para o alcance da qualidade do serviço

prestado. Em relação a este assunto podemos analisar o privilégio da atuação direta do assistente social com o usuário, assim como defende Martinelli (2006, p.15):

A Possibilidade de trabalhar no cotidiano a partir desta perspectiva é de uma riqueza impar, e aí se instituem uma particularidade de nossa profissão, pois esta é uma profissão de natureza interventiva, com um profundo significado social.

Com a Política de Saúde Mental vigente, na qual estão sendo valorizados e estimulados os serviços que possibilitam a reabilitação psicossocial, e a diminuição de leitos em Hospitais Psiquiátricos, há novas possibilidades, pois estas pessoas não serão institucionalizadas por longo período e isto contribuirá para a diminuição das cronificações da doença mental e, conseqüentemente, oportunizará maiores facilidades para o alcance da emancipação.

3 CAMINHOS DA PESQUISA

3.1 Metodologia do estudo

Nos mês de Fevereiro do ano de 2009, iniciamos a escolha de uma temática a ser pesquisada e fundamentada para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, uma vez que este proporciona a aproximação do aluno com a pesquisa que é essencialmente necessária para o conhecimento de uma dada realidade e conseqüentemente para a construção de saberes que possibilita a formação de um profissional crítico e propositivo.

Segundo Demo (1993, p. 128):

A pesquisa é vista como um diálogo crítico e criativo com a realidade, culminado com a elaboração própria e na capacidade de intervenção. Em tese, pesquisa é a atitude de “aprender a aprender”, e, como tal, faz parte de todo processo educativo e emancipatório.

Antecipadamente ao início da elaboração do projeto de pesquisa, com o objetivo de adquirir subsídios para a elaboração da fundamentação teórica e maior conhecimento acerca

do tema proposto realizamos o levantamento bibliográfico de obras literárias, artigos atuais de revistas, jornais e internet.

A partir do interesse em se conhecer o papel do serviço social frente ao processo de emancipação dos usuários, ou seja, nosso objeto de estudo, surgiu a elaboração do tema intitulado como “O serviço social e o processo de emancipação dos usuários do Serviço da Residência Terapêutica de Bauru”, onde trabalhamos como problema central a importância do trabalho deste profissional na instituição.

Em sequência, a hipótese foi constituída em resposta ao problema, com bases em suposições e conhecimentos empíricos, desta forma defendeu que o serviço social exerce papel de extrema importância no processo de emancipação dos usuários do Serviço de Residência Terapêutica, pois através de trabalhos coletivos e individuais, que buscam estimular a participação em eventos sociais, culturais e esportivos, o profissional proporciona a viabilização da autonomia de vida prática e diária desses pacientes que lutam para superar a cronificação da doença mental e o estigma social da loucura que recai sobre eles através das manifestações sociais de preconceito e exclusão. A importância do trabalho realizado pelo assistente social é reconhecida pelos pacientes e pela equipe, já que este trabalha de forma interdisciplinar e conhece as ações realizadas por cada profissional e a influência destas sobre a realidade.

Os objetivos do estudo acompanharam todas as etapas necessárias ao percurso da pesquisa, sendo que o objetivo geral foi construído de maneira a possibilitar a explanação sobre o tema acima citado e diante disto ficou definido da seguinte maneira: “Identificar a importância do papel do serviço social no processo de emancipação dos usuários do Serviço da Residência Terapêutica de Bauru”, porém, para o alcance do mesmo fez-se necessária a elaboração de seis objetivos específicos capazes de nortear os caminhos para se alcançar os resultados pretendidos, que se constituem em: desvelar a trajetória histórica da saúde mental, levantar o perfil dos usuários do SRT, identificar quais são as ações desenvolvidas pelo serviço social no SRT de Bauru, desvendar a opinião dos profissionais do Serviço Residência Terapêutica acerca do trabalho realizado pelo serviço social, revelar a trajetória de vida dos usuários do SRT e identificar a concepção dos usuários do SRT acerca do trabalho realizado pelo serviço social.

A tipologia da pesquisa se fundamentou em aspectos objetivos e subjetivos, o que a torna quali-quantitativa, visto que os dados qualitativos têm maior abrangência e relevância ao analisarmos a pesquisa como um todo e os dados quantitativos se referem apenas ao perfil da população usuária. Podemos dizer também que a pesquisa alcançou nível exploratório devido ao fato de que esta foi a primeira aproximação que tivemos com a temática, onde levantados

determinantes acerca do objeto de estudo com o único propósito de conhecê-lo.

Os dados objetivos foram coletados através de análise documental, com acesso aos prontuários dos 34 residentes para levantamento de indicadores, como, sexo, idade, escolaridade, renda, estado civil, tempo de institucionalização e tipo de doença mental. Já os dados subjetivos foram coletados através de um formulário contendo oito perguntas, aplicado com o intuito de conhecer o posicionamento da assistente social, um formulário para os usuários entrevistados, contendo sete perguntas e um questionário direcionado aos demais profissionais que compõem a equipe técnica, contendo cinco perguntas. Todos os instrumentais de coleta de dados subjetivos continham apenas perguntas abertas com o intuito de colher o máximo de informações para a análise da pesquisa. É válido ressaltar que ainda dentro da técnica de coleta de dados consta a utilização da observação sistemática, que possibilitou a descrição precisa dos fenômenos investigados.

Os instrumentais de coleta de dados foram construídos de maneira a possibilitar a aproximação com a realidade do cotidiano dos residentes e da equipe técnica almejando alcançar o objetivo proposto, assim, a importância do posicionamento destes sujeitos se faz mais importante que qualquer outro fato histórico que permeiem o tema, mesmo sendo indispensável associar a realidade contemporânea com a história que perpassa os assuntos analisados. Desta maneira podemos observar este assunto pelas palavras de Martinelli (1999, p. 22):

Trabalhamos com os fatos de forma a poder aprofundar tanto quanto possível a análise, e não para conhecê-lo apenas de uma forma sumária, a partir de uma primeira apresentação. Nesse sentido, priorizamos não os fatos épicos, os fatos de grande dimensão, mais aqueles que estão mais próximos do sujeito e que repercutem diretamente na sua vida.

O universo da pesquisa é composto por 34 usuários do SRT de Bauru, sendo que quatro destes advém de um ambiente familiar e os demais de um longo período de hospitalização. Caracterizam também o universo da pesquisa cinco profissionais que compõem a equipe, sendo um terapeuta ocupacional, um enfermeiro, um psicólogo, um médico psiquiatra e um assistente social.

A amostragem utilizada para a realização do conteúdo qualitativo da pesquisa foi constituída pelos profissionais de nível técnico de maneira censitária e pelos pacientes através de amostra não probabilística intencional, onde foram entrevistados dez pacientes, perfazendo 25,64% do universo, sendo que estes foram escolhidos por possuírem maior capacidade de

interpretação e comunicação. Já para o conteúdo quantitativo, que se refere ao levantamento do perfil dos usuários, realizamos uma abordagem censitária, ou seja, coletamos dados dos 34 residentes que compõem o universo.

A aplicação do pré-teste aconteceu durante o mês de junho de 2009 com o propósito de avaliar os instrumentais de coletas de dados de forma a identificar sua coerência e validade para o alcance dos objetivos propostos, sendo realizado com cinco usuários do serviço e dois profissionais que compõem a equipe de trabalho. Diante dos resultados que obtivemos com a aplicação do mesmo, concluímos que dentre os instrumentais utilizados com os profissionais não haveria necessidade de modificações, porém quanto ao instrumental utilizado com os pacientes houve a necessidade de excluir uma questão, já que verificamos a impossibilidade dos mesmos de compreender a pergunta e/ou formular a resposta. Em sequência efetivamos a coleta, a transcrição, o tratamento e a análise dos dados, correlacionados com o projeto e a teoria que fundamentou o presente estudo.

Os dados obtidos com a pesquisa foram categorizados em quatro eixos que facilitaram a análise, possibilitando uma melhor compreensão dos resultados alcançados. Para tanto, estes eixos foram definidos da seguinte maneira: identificação do perfil dos sujeitos, história de vida dos usuários e a inserção no Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, contextualizando o Serviço de Residência Terapêutica dentro da história da saúde mental de Bauru e a importância do trabalho interdisciplinar desenvolvido pela equipe técnica no processo de emancipação dos pacientes, com ênfase nas ações do profissional de serviço social. Através da exposição da metodologia ficam evidenciadas as técnicas e métodos empregados na pesquisa científica que proporcionam um caminhar sistemático no processo investigativo da realidade em estudo, assim é indispensável que esta etapa esteja coerente com os resultados que se quer atingir com a pesquisa para que as ações realmente caminhem de maneira a efetivá-los, bem como ocorreu no presente estudo.

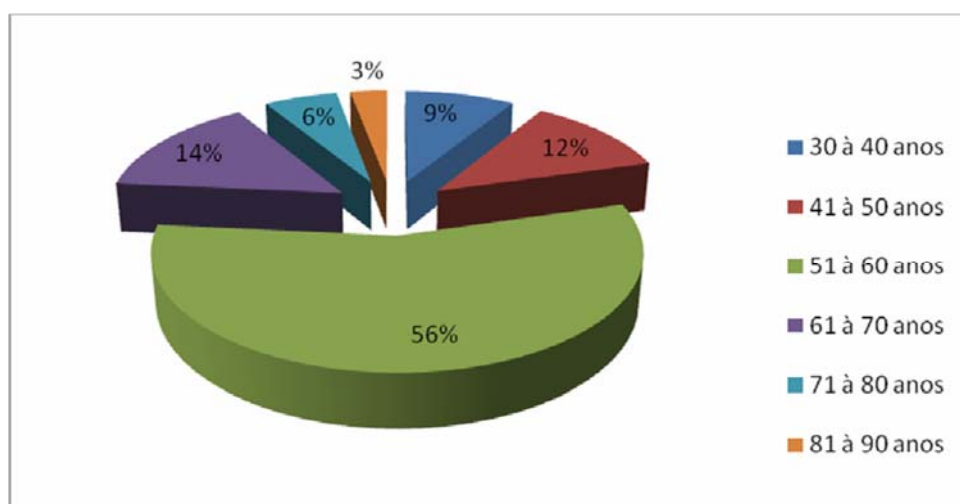
3.2 Apresentação e análise dos resultados

3.2.1 Identificação do perfil dos sujeitos

Os resultados apresentados a seguir revelam o perfil dos trinta e quatro usuários do

Serviço de Residência Terapêutica de Bauru. Estes dados foram coletados através de pesquisa documental e censitária aplicada no próprio local, com acesso aos prontuários de todos os pacientes.

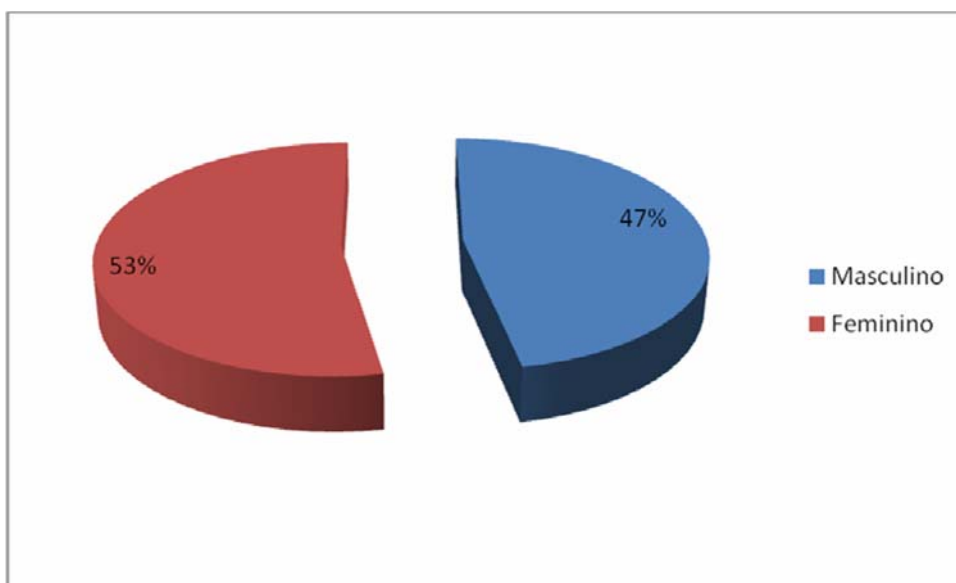
Figura 1: Faixa Etária dos Sujeitos



Fonte: Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, julho de 2009.

Podemos verificar que 56% dos sujeitos possuem idade entre 51 e 60 anos, o que se apresenta coerentemente ao fato destes pacientes, em quase sua totalidade, possuírem longo histórico de internação em hospitais psiquiátricos. Encontramos também um caso singular ao analisarmos o grupo de usuários que possuem entre 30 e 40 anos, representando 9% do total e sendo composto por três irmãos, que começaram a ser atendidos há menos de um ano pelo Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, por motivo de ausência de condições dignas de higiene e de sobrevivência no local onde moravam, portanto estes três sujeitos não possuem histórico de internação em hospitais psiquiátricos. Para concluir a análise da figura 1, podemos identificar como se dividem o restante dos usuários: 12% possuem entre 41 e 50 anos, 14% encontram-se entre a faixa de 61 e 70 anos, 6% apresentam idade entre 71 e 80 anos e os últimos 3% representam os pacientes mais idosos que possuem entre 81 e 90 anos. Enfim, podemos dizer que cada usuário do SRT de Bauru possui sua própria subjetividade e história de vida, sendo que a idade destes sujeitos é um dado de extrema representatividade da identidade pessoal e social dos mesmos, com isso se torna um aspecto indispensável para qualquer pesquisa que tenha como um de seus objetivos, conhecer e analisar o perfil da população usuária deste serviço.

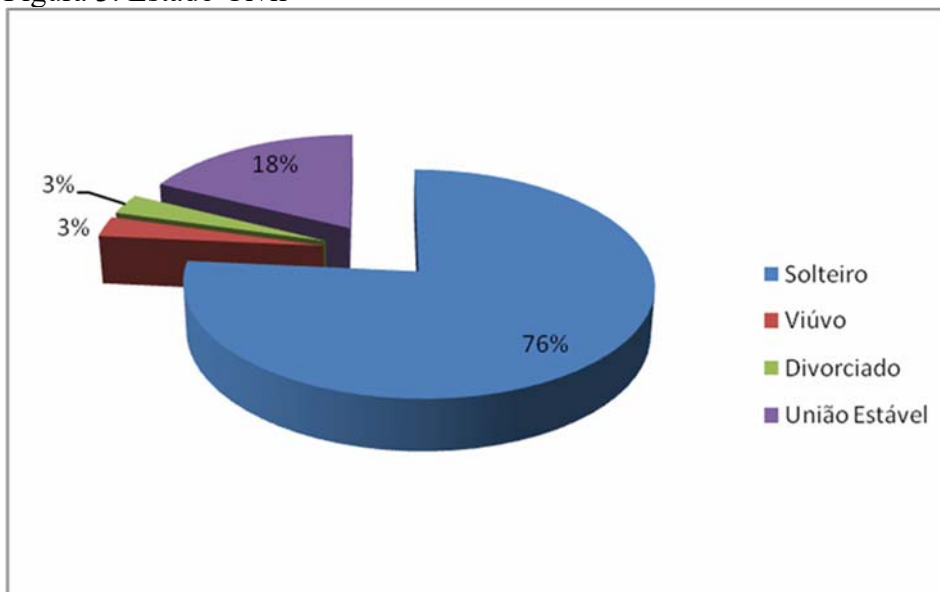
Figura 2: Gênero



Fonte: Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, julho de 2009.

Ao analisarmos a Figura 2, verificamos que 53% dos usuários são do sexo feminino e 47% são do sexo masculino. Não existe relação entre doença mental e gênero, este dado é importante apenas para uma melhor adequação do ambiente das residências, para atender da melhor maneira possível os respectivos usuários.

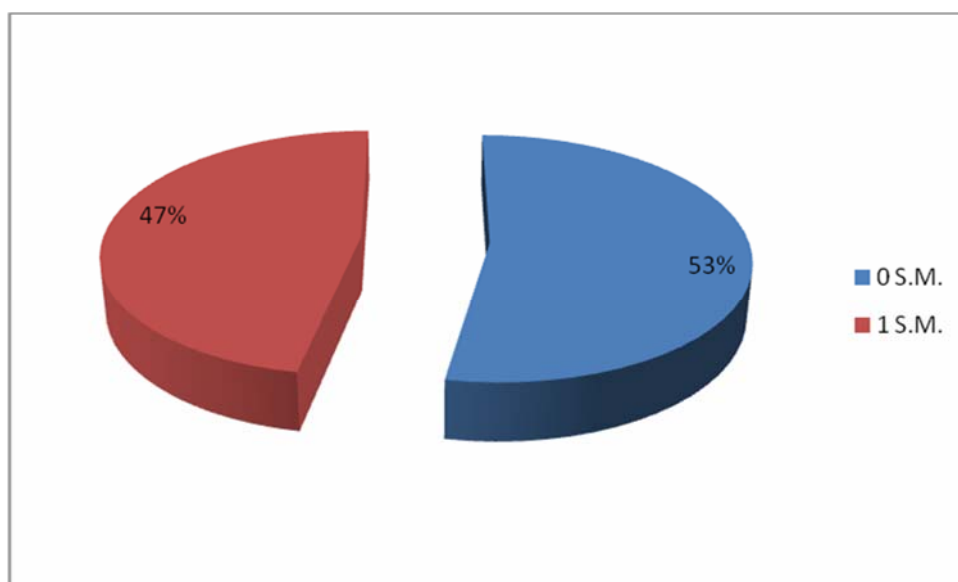
Figura 3: Estado Civil



Fonte: Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, julho de 2009.

De acordo com a figura 3 observamos que a maioria dos usuários é composta por solteiros atingindo 76%, característica esta que se mostra coerente com a realidade que estes sujeitos vivenciam, ou seja, uma vida permeada por estigmas, preconceitos, isolamento social e cronificação da doença mental. Ainda assim existem aqueles que conseguem encontrar a felicidade conjugal em um relacionamento estável, como demonstra os 18% indicados no gráfico. Existem também, 3% de divorciados e 3% de viúvos entre os pacientes.

Figura 4: Renda Mensal

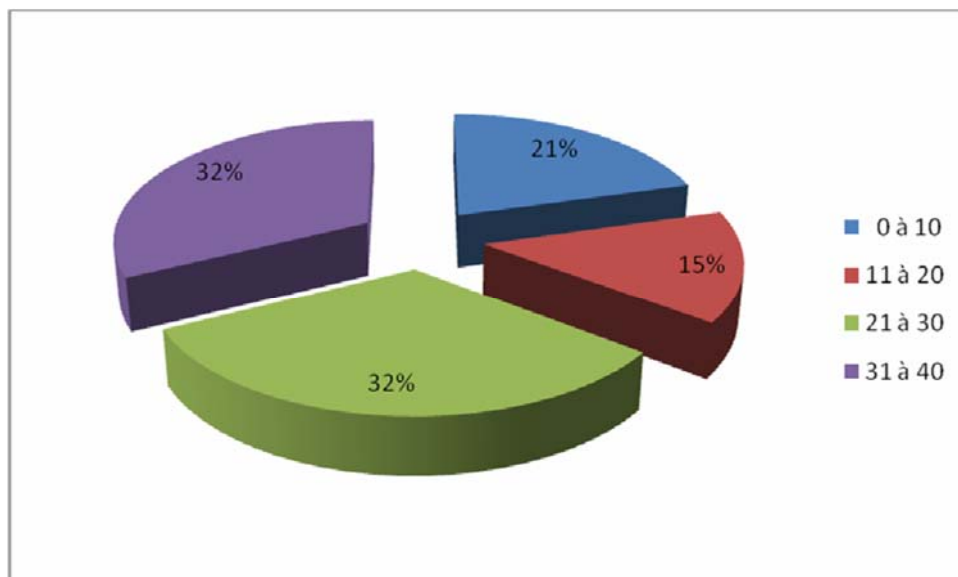


Fonte: Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, julho de 2009.

Não existem muitos valores diferenciados de renda dentre os usuários, existem aqueles que não possuem renda que totalizam 53%, por não possuírem documentos pessoais, sendo que estes estão em processo de viabilização, o que impede a concessão de benefícios sócio-assistenciais, e aqueles que já foram inseridos e recebem o Benefício de Prestação Continuada ou o programa de transferência de renda De Volta Para Casa, estes são representados pelos 47% indicados na figura 4. Desta forma, ficou acordado entre os usuários e a equipe técnica que aqueles que recebem irão dispor de aproximadamente 57% de seu salário que será distribuído entre aqueles que não possuem benefício, para que então, todos possam usufruir do processo de ressocialização que envolve além de muitas outras questões, a questão

monetária.

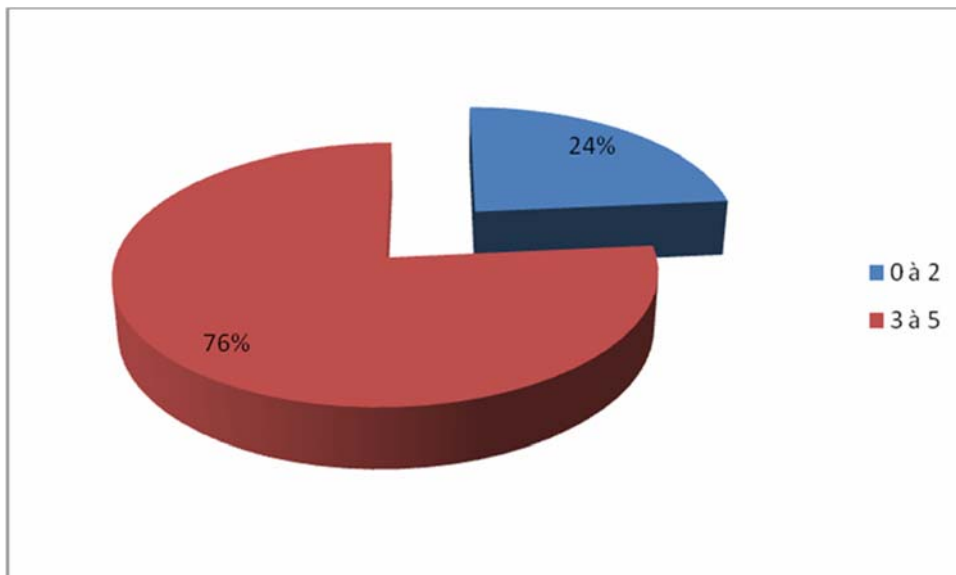
Figura 5: Tempo de Internação em Hospitais Psiquiátricos



Fonte: Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, julho de 2009.

Diante dos dados apresentados na figura 5 é possível observar que a maior parte dos usuários do Serviço de Residência Terapêutica possui histórico de mais de 20 anos de internação, sendo que 32% se encontram entre 21 e 30 anos e 32% se encontram entre 31 e 40 anos, fato este que revela os motivos que os levaram à cronificação da doença mental e consequentemente comprometeram a coordenação motora e ocasionaram graves *déficits* de afetividade e de relacionamento. Desta forma o processo de evolução do paciente ocorre num tratamento em longo prazo, visando à emancipação total ou parcial, dependendo das possibilidades de cada um. Existem ainda, 21% dos usuários que se encontram entre 0 e 10 anos de internação em hospitais psiquiátricos, ou seja, são pacientes que tiveram momentos de internação apenas quando estavam em surto, ou permaneceram por um período menor no hospital, assim estes sujeitos possuem menos comprometimento físico e mental no que tange aos sintomas decorrentes da cronificação. Além disso, existem 15% dos pacientes que permaneceram no hospital psiquiátrico entre 11 e 20 anos, período bastante significativo, que também foi responsável por incorporar no comportamento destes, alguns dos malefícios da institucionalização com privação de liberdade e excesso de medicamentos.

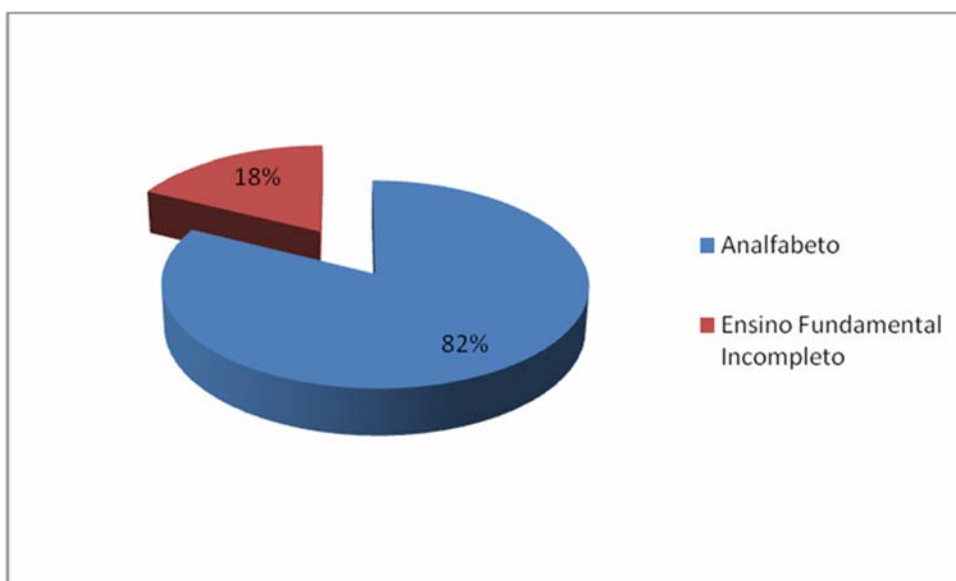
Figura 6: Tempo de Tratamento nos Serviços de Residências Terapêuticas



Fonte: Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, julho de 2009.

Podemos observar que 76% dos usuários, fazem tratamento no SRT há mais de quatro anos, ou seja, desde sua implantação, quando houve a transferência de alguns pacientes do hospital, que não tinham possibilidade de retornar à família e apresentavam-se em condições propícias para a iniciação no trabalho de reinserção social que se firmava na cidade. Os outros 24% dos pacientes, vieram transferidos de outras instituições ou de suas famílias após constatar o rompimento dos vínculos e/ou a inviabilidade de convivência e sobrevivência dentro do ambiente familiar.

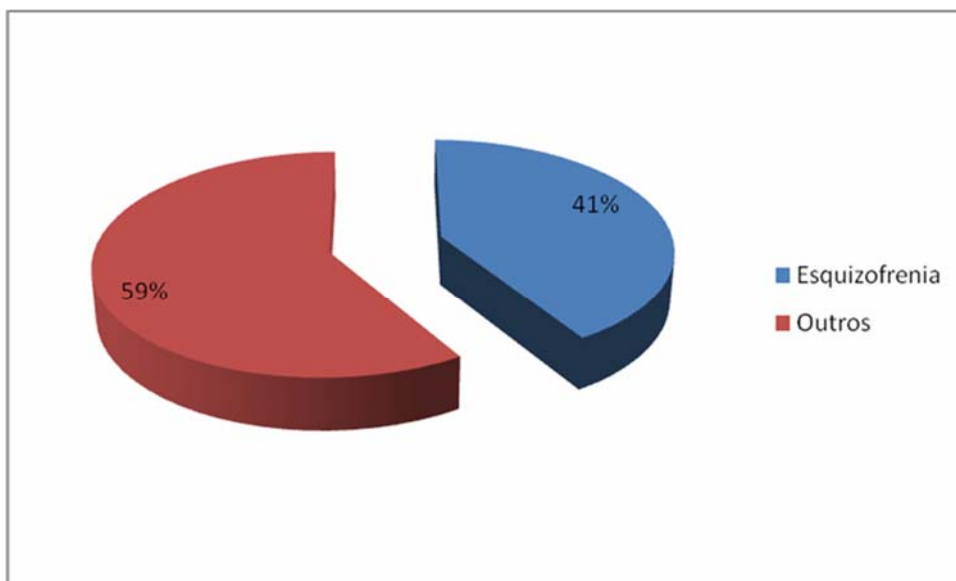
Figura 7: Escolaridade



Fonte: Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, julho de 2009.

Todos os usuários do SRT apresentam baixo nível de escolaridade, sendo que 82% são analfabetos e 18% possuem ensino fundamental incompleto, isto ocorre devido às limitações intelectuais dos mesmos, unidas a um histórico de falta de oportunidade de inserção em escolas especiais de ensino, porém atualmente os pacientes que apresentam condições físicas e mentais, freqüentam um ensino especial oferecido pelo município, que disponibiliza também o transporte para os mesmos. Desta forma, a questão da escolaridade está sendo trabalhada diariamente e já apresenta melhorias nos índices, porém devemos observar que o desenvolvimento dos mesmos deve respeitar suas limitações e cada pequena evolução representa uma conquista neste processo que trabalha com os pacientes de maneira gradativa e em longo prazo.

Figura 8: Tipo de Doença Mental



Fonte: Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, julho de 2009.

De acordo com o gráfico acima, podemos observar que 41% dos pacientes são diagnosticados com esquizofrenia (F. 20). Os outros usuários tem diagnóstico bastante diversificado, por isso representado por “outros”, visto que muitos acumulam mais de um transtorno ou deficiência mental, ocasionando maiores debilidades e favorecendo a necessidade de maior número de medicamentos.

No quadro abaixo constam todos os tipos de doença mental encontradas nos diagnósticos dos pacientes do SRT de Bauru:

Figura 9: Códigos e Doenças;

Código	Doença
F.71	Deficiência Mental Moderada
F.06	Transtornos Mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física
G.40	Epilepsia
F.31	Transtorno Afetivo Bipolar
F.72	Retardo Mental Grave
F.07	Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais.
F.20	Esquizofrenia
F.22	Transtornos Delirantes Persistentes
F.70	Retardo Mental Leve
F.29	Psicose não-orgânica não especificada
F.60	Transtornos Específicos de Personalidade

Fonte: Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, julho de 2009.

Através do levantamento do perfil da população usuária do Serviço de Residência Terapêutica, é possível identificar as singularidades deste grupo que se encontra em situação de extrema vulnerabilidade, visto que possuem histórico de longo período de internação, baixa escolaridade, baixa renda e grandes debilidades físicas e psíquicas. Assim, o trabalho a ser realizado com esta população exige várias habilidades por parte dos profissionais, bem como, flexibilidade, sensibilidade, humanização, interdisciplinaridade, atuação livre de preconceitos, entre outras.

3.2.2 A história de vida dos usuários e a inserção no Serviço de Residência Terapêutica de Bauru.

A instituição família sofreu várias transformações ao longo dos anos, desta maneira a percepção contemporânea nos remete à idéia de pessoas que se unem através de laços afetivos, porém ainda nos deparamos dentro do meio social com visões mais conservadoras a respeito desse assunto que faz referência ao antigo conceito de família que nos remetia à idéia de que esta instituição só era possível a partir do relacionamento conjugal e de parentescos consangüíneos, assim como afirma Ariès (1975, apud TAMAROZZI, 2009, p.1):

Família era uma realidade moral e social, mais do que sentimental...
A família quase não existia sentimentalmente entre os pobres, e,
quando havia riqueza e ambição, o sentimento se inspirava no mesmo
sentimento provocado pelas antigas relações de linhagem.

Os seguintes acontecimentos mostraram que esta idéia já não contemplava a realidade que se desenhava com o decorrer das transformações societárias. Podemos citar alguns fatores históricos que contribuíram para tal transformação, como, o surgimento e a popularização de pílulas anticoncepcionais, a revolução industrial, as novas tecnologias, a mulher no mercado de trabalho dentre outros. Vários autores contemporâneos abordam este tema, que apresenta importância inegável dentro das relações sociais, desta maneira podemos citar Sarti (2005, p.21):

Falar em família neste começo do século XXI, no Brasil, como
alhores, implica referência a mudanças e a padrões difusos de
relacionamentos. Com seus laços esgarçados, torna-se cada vez mais

difícil definir os contornos que a delimitam. Vivemos uma época como nenhuma outra, em que a mais naturalizada de todas as esferas sociais, a família, além de sofrer importantes abalos internos, tem sido alvo de marcantes interferências externas. Estas dificultam sustentar a ideologia que associa a família à idéia de natureza, ao evidenciarem que os acontecimentos a ela ligados vão além de respostas biológicas universais às necessidades humanas, mas configuram diferentes respostas sociais e culturais, disponíveis a homens e mulheres em contextos históricos específicos.

Quando se foca a família, vista com todas as suas complexidades e singularidades, pode-se entender como esta situação se torna ainda mais delicada quando existe como parte de seus membros um portador de transtornos mentais. Assim como cada sujeito possui sua subjetividade, cada grupo social apresenta características próprias, portanto, apesar de estar claro que qualquer família que possui como um de seus membros um portador de necessidades especiais terá que enfrentar as dificuldades que tal realidade carrega consigo, é imprescindível ressaltar que existem inúmeras posturas que podem ser adotadas por tais famílias. Isto ocorre devido à situação de sobrecarga à qual estas são submetidas, assim, segundo Melman (2001, p.79 e 80):

Em geral, os pacientes psiquiátricos apresentam grandes obstáculos para produzir economicamente, o que implica uma situação de dependência da família. São altos os custos com medicação, tratamento, alimentação, vestuário, transporte, mesmo quando fazem uso do serviço público de saúde. Frequentemente, um familiar precisa ficar cuidando da pessoa adoecida, o que impossibilita seu acesso ao trabalho, obrigando-o a ampliar sua jornada produtiva para fazer frente às novas necessidades financeiras geradas pela situação.

Do ponto de vista emocional, o stress, as vivências de instabilidade e insegurança, os conflitos frequentes nas relações fazem parte do cotidiano dessas pessoas.

Nas relações sociais, motivados pela vergonha, cansaço ou frustração, é comum observar os familiares se distanciarem das atividades sociais [...]

A institucionalização e o abandono representam uma postura que a família pode assumir quando submetidas ao stress gerado pelas situações cotidianas, porém também existem posicionamentos extremos em favor do doente mental, quando a família abre mão de suas próprias vidas em função deste membro. Tanto uma, quanto outra postura acarreta grandes prejuízos à vida das pessoas, diante disto é importante citar que existem famílias que conseguem promover a inclusão deste membro de maneira natural, tanto quanto possível, pois

conseguem conciliar as funções essenciais da identidade do grupo com as necessidades inerentes à doença mental.

A população alvo do SRT é composta por pacientes que possuem longo histórico de internação, porém existem algumas exceções, pessoas que saíram recentemente do ambiente familiar, pelas diversas dificuldades de relacionamento familiar já citadas, isto ocorreu com o nono sujeito pesquisado, que ao ser indagado sobre o contato que mantém com a família se posicionou da seguinte maneira:

Eu tenho contato com a minha família, só que eles não vêm aqui, faz tempo, faz dias que eles não vem, mas eu não sei por que que eles não tão vindo.

A minha irmã mora ali perto da pechincha.

Eu sou mãe de oito filhos, eles moram aqui em Bauru, eu não tenho marido, eu sou separada do meu marido e ele mora com outra mulher e ele foi preso também. É muito longe onde eles moram tem que pegar dois ônibus, mais eu falei por telefone com a minha filha esses dias. (Suj. 9, 45 anos, Sexo Fem.).

Observa-se por esta colocação, que apesar da fragilidade dos vínculos e da pouca frequência com que este sujeito se encontra com a família, ele se refere a algo que faz parte de sua vida de maneira muito intensa, já os outros pacientes entrevistados não possuem este contato, desta forma, existem aqueles que assumem diretamente a ausência e outros que disfarçam através dos pensamentos e delírios.

Não. Eu conheci minha tia, meu tio, meu irmão. Faz tempo que não falo com eles, eu to aqui. Eu não ligo, eu não ligo. (Suj. 3, 74 anos, Sexo Fem.).

Não. Eu só sonhei que minha mãe tinha morrido, mas eu não falo com ninguém. (Suj. 10, 78 anos, Sexo Fem.).

Eu mantenho (em pensamento), tenho muita saudade deles, eu converso (em pensamento) com meus familiares, só que eu não sei se meu pai e minha mãe tão vivos. Se um dia eu chegar a encontrar com eles eu vou conversar. Eu converso com meu pai em pensamento, esses dias eu sonhei com ele. (Suj. 1, 52 anos, Sexo Masc.).

Estes pacientes não mantêm mais contato com a família há muitos anos, este fato teve início com a primeira institucionalização, que provocou dentre outras coisas o forte sentimento de rejeição e abandono entre eles.

As primeiras instituições psiquiátricas surgiram para atender as reivindicações burguesas, que exigiam providências para controlar o crescente número de “baderneiros” que se aglomerava nas ruas dos grandes centros, isto se dava devido ao contexto encontrado após o evento da abolição da escravidão, com a constante chegada de imigrantes e o crescente aumento de negros desempregados e marginalizados. Desta forma, as instituições agiam de maneira eminentemente positivista, um modelo centrado na medicina biológica, que previa a observação e descrição dos distúrbios nervosos, de maneira assistencial e tutelada. Estes hospitais tinham o consentimento social para intervir de maneira opressiva e violenta, podemos encontrar este fato evidenciado nas palavras de Stockinger (2007, p. 28):

Tais instituições assistenciais psiquiátricas tornavam-se na época um centro ajustador de “desajustados” frente ao sistema, de forma discriminatória e punitiva. Um dos fiéis retratos desta realidade era o fato dos doentes não receberem diagnósticos diferenciados, pois a 90% deles, no início do séc. XX, era atribuído o mesmo diagnóstico: degenerados atípicos. Este chavão abria, na realidade da época, possibilidades a qualquer forma indigna e violenta de trato.

Essa realidade foi vivenciada, anos mais tarde, por alguns dos atuais residentes do Serviço de Residência Terapêutica durante o regime de hospitalização empregado aos mesmos. Submetidos diariamente a várias situações de opressão, alguns pacientes começaram a incorporar aquele tratamento ao seu cotidiano, ou seja, dentro do possível se conformavam com a condição que lhes era imposta e aquelas situações extremamente prejudiciais acabavam se tornando comuns e rotineiras pela perspectiva dos mesmos. Para comprovar esta afirmativa, podemos observar o posicionamento de alguns pacientes quando indagados sobre a maneira como eram tratados no hospital:

Tudo bem. É, tratava igual aqui. Só que aqui tem açúcar, lá o chá não tinha açúcar, a comida era ruim. Não pode reclamar, fica bravo. O suco não tem açúcar. Os enfermeiros eram bonzinho e os guardas eram bom.(Suj. 3, 74 anos, Sexo Fem).

No Paiva dava comida, café. Nós carregava roupa suja. Eles te

tratavam bem, mais eu gosto mais daqui.(Suj. 7, 67 anos, Sexo Fem.).

Porém outros residentes quando colocados diante do mesmo questionamento se posicionaram contra o ambiente hospitalar e justificaram sua postura:

[...] quando era a noite eu ia dormir na cama, fazia faxina no escritório, levava pagamento, depois no Paiva eu fiquei na portaria, eu fui indo, fui indo, que eu acostumei. No Paiva, as primeira vez, eu fiquei no pátio, andando pra cá, pra lá e os guarda ficava olhando. Os guarda bate, tinha guarda ruim lá, qualquer coisa que agente respondesse ele batia. Em mim nunca bateram, a única coisa é que eles queriam que agente ficasse quietinho não falasse nada. Sabe como é que chamavam os guardas ruim? (fala os nomes dos guardas) eles eram fortão. Mais tinha o Sr. N. que era bonzinho. As enfermeiras eram boas, mais só se obedecessem elas, se respondesse, batiam também. (suj. 2, 41 anos, Sexo Masc.).

Mal tratada, eles judiava da gente. Tinha hora que eles até entortavam o braço da gente, batiam e prendia no cubículo. Eles não gostavam da gente. O chefe era bom, mais o resto não gostava da gente não, remendava a gente. As enfermeiras era ruim. Os guarda ajudava da gente. Tinha um médico que chamava Dr.O, ele tratava da gente, ele era bom, tratava a gente na palma da mão. (Suj. 5, 59 anos, Sexo Fem.).

Lá não era bom não, porque eu tomava o Aldol (remédio) e o Aldol derrubava eu, e eu ficava largada no chão, tão tonta que eu não conseguia parar em pé, eles só receitavam o Aldol pra mim, era o Aldol que fazia mal pra mim.

Eu tinha uma amiga que veio e falou pra mim levantar e depois arrumou um lugar pra mim ficar com armário e cama.

As enfermeiras tratavam bem, mais lá era cada um no seu lugar. (Suj. 8, 70 anos, Sexo Fem.).

As transformações que perpassaram o modelo psiquiátrico o fizeram caminhar em direção a novas práticas profissionais, com posicionamentos mais humanizados, que possibilitaram a elaboração da Portaria Nº 106 de 14 de fevereiro de 2000 do Ministério da Saúde, estabelecendo a criação dos Serviços de Residências Terapêuticas em Saúde Mental, para o atendimento do portador de transtorno mental egresso de longas internações, no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo este serviço caracterizado por ser um espaço destinado à

reabilitação do paciente na sociedade, promovendo a reinserção social, estimulando o exercício da cidadania e buscando sua emancipação, portanto as Residências oferecem um tratamento bastante diferenciado daquele que os pacientes recebiam no hospital:

Eu acho aqui melhor que o hospital, porque aqui vocês chamam mais bem a atenção de mim, conversa comigo, prosea comigo. Lá quase não tinha ninguém que vinha conversar comigo, não perguntava o que é que você tem? Aqui eu vejo que o pessoal da mais atenção pra mim do que lá. Eu gosto de conversar com vocês. (Suj. 1, 52 anos, Sexo Masc.).

Em Bauru, o Serviço de Residência Terapêutica foi implantado em 2005, sendo que a maior parte dos pacientes permanece no local desde sua implantação, consequentemente são aptos a opinar sobre este serviço do qual fazem uso há quatro anos. Portanto é indispensável observar o posicionamento dos residentes para analisar as transformações em seu modo de vida e a importância da liberdade que lhe é concedida atualmente dentro do processo de emancipação dos mesmos:

Eu não acho nada de mais, eu acho que aqui é um lugarzinho distraído pra mim, pra minha cabeça ser desenvolvida, e ainda eu recebo livre. É poder receber uma graninha livre, é poder sair sozinho e comprar o que eu quero. Com os colegas é tudo bem, eu me dou bem com eles, o Senhor H. fez suco pra mim ontem, fez duas canecas de suco pra mim toma. O que eu faço de bom pra ele, ele faz de bom pra mim. (Suj. 1, 52 anos, Sexo Masc.).

Aqui é bom, eu prefiro aqui, porque aqui eu to em casa, e aqui é mais quieto um pouco. Aqui eu tenho o meu dinheiro, eu compro guaraná e o que eu tenho vontade. (Suj. 6, 37 anos, Sexo Masc.).

Eu gosto daqui, porque aqui é mais sossegado, não tem barulho nenhum, não tem muita gente. Aqui eu tenho minha casinha, ontem mesmo eu lavei umas pecinhas de roupa mais eu coloquei no varal e molhou tudo. Aqui eu tenho o meu dinheiro, pra mim compra o que eu quero, compra minhas coisinhas. Eu compro refrigerante, queijo, doce, mortadela. No mercado tem de tudo pra vender. (Suj. 8, 70 anos, Sexo Fem.).

Em qualquer lugar que os indivíduos estejam compartilhando de relacionamentos sociais e sujeitos a todas as situações cotidianas, existirão fatores positivos e negativos

atrelados a esta realidade, porém o grupo de pessoas entrevistadas possui as suas particularidades e seu perfil é resultado de um passado repleto de injustiças e coerções, portanto, ao serem analisadas as respostas, fica evidente a dificuldade dos mesmos em expressar os problemas existentes dentro de seu cotidiano, mesmo que estes quando expostos a determinadas situações consigam assumir um posicionamento e defender seus próprios interesses. Com isso, apenas um dos sujeitos entrevistados alegou existir uma dificuldade dentro de sua residência, sendo que esta se trata de um problema de relacionamento que foi exposto de maneira exemplificada por situações cotidianas:

A mudona fica brava, não quer café pouquinho, quer café bem cheio. A muda não sabe falar, é muda. É que ela fica brava. Ela fica. Quer bastante café, não quer pouquinho, é mandona. E outra, toda hora ela quer água, água, água e café. Ela toda hora quer café e não pode dar toda hora café. (Suj. 3, 74 anos, Sexo Fem.)

O posto de referência para os usuários conta com uma equipe multidisciplinar, que busca atendê-los numa perspectiva de totalidade. Para avaliar como as ações dos profissionais são recebidas pelos pacientes e consequentemente observar se a maneira como são tratados os agrada e surte resultados positivos, foram questionados a respeito do tratamento que recebem diariamente desta equipe e como resposta obtivemos unanimidade, já que todos se manifestaram favoráveis às intervenções dos técnicos:

Lá eu sou bem atendido, quando tenho que toma remédio, ir no médico, é o mais importante e mais melhor pra mim. (Suj. 1, 52 anos, Sexo Masc.).

Eu gosto da TO, da enfermeira, da minha casa... eu gosto de tudo aqui. (Suj. 8, 70 anos, Sexo Fem.).

Eu sou tratada legal, todo mundo gosta de mim. (Suj. 9, 45 anos, Sexo Fem.).

A assistente social faz parte da equipe do Serviço de Residência Terapêutica e possui uma função muito importante dentro do processo de emancipação dos pacientes. Todas as suas ações são realizadas cotidianamente com respeito e comprometimento para com os pacientes, como prova disso existe o reconhecimento por parte dos usuários que se

posicionaram favoráveis ao tratamento dispensado a eles:

Eu acho que o mais trabalhar, trabalhar e trabalhou, um serviço mais assim, a tendência, que passou a atender eu, que deixou eu mais melhor, foi ela. (Suj. 1, 52 anos, Sexo Masc.).

Acho bom! Ela vem aqui toda segunda, sexta, dia de semana. Ela da atividade, a gente ensaia teatro, dia 26 agora vai ter festa junina. (Suj. 2, 41 anos, Sexo Masc.).

Faz festinha, faz grupo. Gosto do grupo, faz pergunta. Eu nunca faltei do grupo. Ela vai na casa, ela vai ver se a casa ta limpa, ensina. (Suj. 4, 48 anos, Sexo Fem.).

É bom, depois que ela entrou, melhorou. Faz grupo, é bom. Ela também é outra que trata a gente na palma da mão. (Suj. 5, 59 anos, Sexo Fem.).

É bonito o trabalho dela, ela faz grupo, ensina as pessoas. (Suj. 9, 45 anos, Sexo Fem.).

É extremamente importante ressaltar que esses pacientes, apesar dos estigmas e exclusões sociais aos quais foram submetidos, possuem sonhos e perspectivas para o futuro. Mesmo por muitos anos, tendo estado centrados apenas em necessidades fisiológicas, como alimentação, hoje eles conseguem criar expectativas em relação às próprias limitações da doença, à possibilidade de adquirir mais conhecimentos e de satisfazer seus sentimentos. Assim, como citado anteriormente, esses pacientes surpreendem a cada momento e suas capacidades vão muito além das barreiras do preconceito. Como prova disso, quando indagados a respeito de seus sonhos, observamos em meio à simplicidade das palavras, uma extraordinária manifestação de identidade e autonomia:

É de desenvolver o mentalismo, porque o mentalismo meu não ta muito bom, a minha cabeça tá assim. Eu não sei porque. Um treco que deu em mim, aqui na cabeça, ela é meio atordoada, mas eu melhorei, quando vim prá cá eu melhorei. ... Eu não gosto de passear sozinho, não! Porque eu tenho medo de cai, ai sempre vai um companheiro. Mas tem ajuda. O que eu faço de bom pra eles, eles fazem de bom pra mim. (Suj. 1, 52 anos, Sexo Masc.).

Eu queria ter muito dinheiro no banco. Pra compra uma casa para morar com minha filha. (Suj. 4, 48 anos, Sexo Fem.).

Não, eu já fiz tudo. Só tenho, vontade de passear, de ir pra praia com a T.O. e a assistente social. (Suj. 5, 59 anos, Sexo Fem.).

De ver o meu pai e minha mãe. (Suj. 7, 60 anos, Sexo Masc.).

Eu já estou aprendendo a escrever, mais eu quero apreender pra mim poder assinar o meu nome. (Suj. 9, 45 anos, Sexo Fem.).

A complexidade do ser humano vai além de sua própria compreensão, por isso é impossível conhecer o outro completamente, por mais próximo que se esteja dele. As surpresas e superações fazem parte do cotidiano de qualquer profissional que trabalha com pessoas, basta ter a sensibilidade de observar nos pequenos gestos e palavras a imensidão de significados que se esconde por trás das situações repetitivas de um cotidiano exaustivo. Todos os posicionamentos destes usuários expostos anteriormente comprovam que a equipe foi capaz de respeitá-los enquanto seres humanos e que a retribuição chega a ela através do reconhecimento e da superação diária desses residentes.

3.2.3 Contextualizando o Serviço de Residência Terapêutica de Bauru

Por mais de um século os manicômios representaram a principal política de saúde mental em âmbito mundial, o que do ponto de vista lucrativo se tornava um forte atrativo pelo seu baixo custo. No Brasil não foi diferente, o primeiro Manicômio foi implantado já em 1852 e logo após, houve muitas outras implantações subseqüentes por todo o país.

Por volta da década 60 foi implantado na cidade de Bauru o único manicômio da história do município, pertencente à Associação Beneficente Cristã Sebastião Paiva, que comportava até 500 pacientes em seu espaço físico e atendia a população de Bauru e região.

Enquanto isso, internacionalmente, psiquiatras como Jung, Freud e Basaglia já caracterizavam a loucura como um fator também social, onde deveriam existir espaços de reinserção social para os pacientes, porém, a prática psiquiátrica brasileira ainda estava em

caminho contrário, ampliando cada vez mais a rede manicomial.

Somente após nove anos do início da luta antimanicomial com Basaglia na Itália, onde este criticava o caráter capitalista dos manicômios dizendo que “eliminava” os “improdutivos” e favorecia a grande indústria farmacêutica (VASSALO; MARTHE, 1990, p.7), é que no Brasil em 1987 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que reunia diversos profissionais da área em favor da Luta Antimanicomial, ou seja, a luta pelo fim dos manicômios, visando acabar com o sistema de internação e oferecendo alternativas para que os portadores de distúrbios mentais tivessem direito a tratamentos, sem que fossem retirados do seio da família e do convívio com a sociedade, porém para a efetividade da proposta houve a necessidade da criação de novos dispositivos de cuidado psicossocial.

Neste mesmo ano em Bauru foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, fomentada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental:

No Congresso foi aprovado em plenária a Carta de Bauru, um documento que representava a nova posição política dos trabalhadores de saúde mental. Ela estabeleceu os princípios da Luta Antimanicomial e determinou o dia 18 de maio como o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”. Desde então, concretizou-se uma articulação dos trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares, profissionais da saúde e a sociedade civil, organizando-se em vários pontos do país, a fim de consolidar os princípios da Luta Antimanicomial. (REVISTA PSI, nº87, 2007, p. 8).

Logo após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, houve em Bauru a implantação do Núcleo de Apoio Psicossocial - NAPS, dividido em duas seções para atendimento: criança/adolescente e adulto. Em 2002, iniciou-se a reestruturação da Rede Municipal de Saúde Mental de acordo com a portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, ficando constituída da seguinte maneira:

- C.A.P.S. I – adulto com transtornos mentais severos;
- C.A.P.S. I e II – criança e adolescente com transtornos mentais graves;
- C.A.P.S. ad – adolescente e adulto dependente de substância psicoativa;
- A.M.S.M. (Ambulatório Municipal de Saúde Mental) – criança, adolescente e adulto estabilizados oriundos dos C.A.P.S., A.R.S.M. e interconsultas provenientes das equipes de Saúde Mental na atenção básica.
- Equipe mínima de Saúde Mental na Unidade Integrada de Atendimento Ambulatorial e Urgência do Bela Vista, Ipiranga e Mary

Dota.

No dia 13 de março de 2005, o Jornal da Cidade de Bauru anunciou que por falta de recursos financeiros haveria o fechamento do Centro de Tratamento e Reabilitação em Saúde Mental Sebastião Paiva, que existia no município há mais de 40 anos. Fato que na época, mesmo com os princípios da luta antimanicomial, gerou muitas críticas. Este fechamento também ocorreu em função de uma série de exigências vindas do Ministério da Saúde que agravava cada vez mais a situação da instituição que não estava adaptada às normas da saúde mental, com isso foram encerradas as atividades ligadas ao Lar dos Abridados, no qual os pacientes desinstitucionalizados que residiam em casas localizadas no Jardim Bela Vista, ainda realizavam suas refeições e oficinas no hospital próximo às residências, o que certamente dificultava o processo de autonomia e emancipação porque ainda mantinha vínculo hospitalar.

Com o fechamento do PAIVA, os usuários do Lar dos Abridados passaram a viver de forma diferente da habitual, uma vez que não existia mais nenhum contato com o hospital. Com amparo na Portaria nº 106/2000 que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde, o que antes era o Lar dos Abridados passou a ser nomeado como Serviço de Residência Terapêutica, ou seja, um serviço voltado às novas exigências do Ministério da Saúde, que contava com uma equipe multidisciplinar adepta aos novos princípios da psiquiatria, com isso é possível citar a assistente social que foi responsável pela implantação deste serviço atuando inicialmente como gestora, e atualmente faz parte da equipe, porém não mais como gestora, assim como podemos observar num breve histórico de sua trajetória relatado pela própria profissional:

Eu trabalho na Residência Terapêutica desde 2005 no momento que foi implantado, em 2005 eu trabalhava na gestão, eu era diretora da divisão de saúde mental e implantei o Serviço de Residência Terapêutica, depois em 2007 eu comecei a vir diretamente na assistência, e vinha uma vez na semana e neste ano de 2009 é que eu fui transferida definitivamente com a maior carga horária. Trabalho 34 horas na residência e 6 horas no CAPS infantil. (Assistente Social, Sexo Fem.)

Desta forma a assistente social se manifesta relatando os acontecimentos gerados com o término do Lar dos Abridados e o início do Serviço de Residência Terapêutica:

O primeiro contato que eu tive com a residência, estavam sendo encerradas as atividades do Lar dos Abridados que era ligado com o hospital psiquiátrico Paiva, os pacientes estavam ainda totalmente

institucionalizados, porque tinham ligação com o hospital, à alimentação e as oficinas eram realizadas no hospital. Eles moravam nas casas, mas tinham vínculo diretamente com o hospital, por isso que se fala Lar dos Abrigados. Quando nós assumimos e o hospital fechou de repente, por opção deles, eles estranharam, tiveram dificuldade, porque eles ficavam lá onde eles pegavam alimentação, ficavam dentro do hospital, não queriam sair dali, estavam acostumados naquele momento com o hospital, tinham limitação em entenderem que agora não ia mais ter hospital, que eles iriam ficar mais livres, que eles teriam uma casa onde poderiam ter autonomia em suas ações e escolhas. (Assistente Social, Sexo Fem.)

O Serviço de Residência Terapêutica de Bauru conta atualmente com um posto de atendimento 24 horas, onde estão centralizados todos os serviços oferecidos, como atendimento médico semanal, atendimento de enfermagem para medicamentos diários e distribuição das refeições, além de exercer a função de ponto de referência para os residentes. O serviço também conta com outros instrumentos de reinserção e reabilitação, onde todos têm acesso a atividades culturais, como escola e teatro e atividades de lazer como aulas de hidroginástica e passeios.

Esses moradores manifestam vários tipos de doença mental, agravadas pela comorbidade, o seja, o acúmulo da doença mental com outras doenças como diabetes, colesterol e hipertensão, isto unido ao fato de que esses pacientes estiveram internados em alguns casos por trinta anos ou mais, revela a grande dificuldade de reinserção dos mesmos na sociedade, portanto, torna-se indispensável uma equipe multidisciplinar para trabalhar todas as questões que envolvem o cotidiano dos usuários do Serviço de Residência Terapêutica, sendo esta equipe composta por um médico, uma assistente social, uma psicóloga que trabalha como gestora, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional e uma auxiliar de enfermagem. Estes profissionais são capacitados para trabalhar a ressocialização dos pacientes de maneira dinâmica dentro de um processo de cuidados e tratamentos em longo prazo, assim, para que estes profissionais entendam a importância do trabalho que realizam é necessário primeiramente que os mesmos tenham conhecimento da importância do Serviço de Residência Terapêutica dentro da história da saúde mental do Brasil, e ainda com mais propriedade, dentro da trajetória do município de Bauru, principalmente no que tange ao movimento da luta antimanicomial e à defesa dos princípios da Reforma Sanitária, desta maneira pode-se observar através das afirmações dos profissionais que esta equipe tem propriedade deste assunto e reconhece a importância desta nova maneira de tratar os pacientes com transtornos mentais:

O SRT é importante na história da Saúde Mental de Bauru ao resgatar a cidadania de 37 pacientes internados no hospital psiquiátrico há mais de 30 anos. Devolve a esses seres humanos a liberdade, o direito a resgatar sua cidadania, rever seu processo de autonomia, respeito e principalmente desenvolver vínculos afetivos.(Profissional 1, Terapeuta Ocupacional, Sexo Fem.)

Sim, muito importante, pois o SRT proporciona aos usuários que na maioria não possui vínculos familiares e que só conhecia o mundo dentro de um hospital psiquiátrico e com o serviço tiveram a oportunidade de serem reinseridos na sociedade, além disso temos um referencial em proporcionar apoio aos mesmos 24 horas, diferente do mesmo serviço em outros municípios. (Profissional 2, Enfermeiro, Sexo Fem.)

Sim, é o que tem de mais novo na história da saúde mental de Bauru e do Brasil pois ela afirma que o doente mental deve fazer parte da sociedade e cabe a nos técnicos fazer isso acontecer.(Profissional 3, Psicólogo, Sexo Fem.)

Certamente, o SRT faz parte de uma rede de assistência à saúde mental, preconizada em grande parte na atual política pública de assistência à saúde mental. Nós temos, por exemplo, o sistema NAPS e CAPS, que acolhem os pacientes em surto, em primeira crise, porém nem sempre esses pacientes apresentam um suporte familiar adequado, ou muitas vezes esses pacientes não apresentam nenhum familiar conhecido e que em outro momento eles ficariam institucionalizados e normalmente em hospitais psiquiátricos, com essa política de desospitalização e da diminuição dos leitos hospitalares e o uso dos hospitais gerais aliados aos hospitais psiquiátricos. Esses pacientes muitas vezes ficavam marginalizados, ou deixados à própria sorte pela cidade e pelos bicos, então eu acredito que a Residência Terapêutica tem um apoio tanto no aspecto social, quanto no aspecto de acolhimento, com uma promoção e na mudança especificamente das funções sócio-econômicas e até da dignidade humana. É claro que não é um serviço que tem por objetivo albergar pessoas desabrigadas, ele se dá especificamente para dar suporte e recondicionar essas pessoas que estão acometidas por uma nosologia, uma patologia especificamente psiquiátrica e dar suporte para que esta pessoa volte a ter uma vida autônoma, é claro que dependendo da patologia isto se dá em parcialidade, mas eu acho que além desse trabalho que é específico de saúde, existe também um aspecto social no trabalho da Residência Terapêutica. (Profissional 4, Médico Psiquiatra, Sexo Masc.)

Diante de tudo o que foi exposto fica evidente a importância deste Serviço nesta fase de transformações dentro da Saúde Mental, porém é válido lembrar que este é apenas o início da implantação de ações mais humanizadas voltadas ao atendimento de pacientes com transtornos mentais, mesmo porque existe grande possibilidade desse serviço permanecer por muito tempo atendendo a um novo perfil de demanda, formado por doentes mentais que não possuem histórico de internação, devido ao fim das longas internações psiquiátricas, como garante os princípios da luta antimanicomial, consequentemente existiria a diminuição de cronificações características da institucionalização e maiores possibilidades de tratamento e evolução clínica. Haveria também, maiores possibilidades de se alcançar a emancipação plena, quando o serviço estivesse atendendo pacientes que nunca foram isolados da sociedade e que ainda possuem vínculos familiares, mesmo que estes estejam tão fragilizados a ponto de não ser possível a convivência cotidiana num mesmo ambiente.

O Serviço de Residência Terapêutica foi uma das alternativas que possibilitaram a consolidação de ações mais humanizadas dentro da saúde mental, desta forma, é responsável por grandes expectativas de um futuro diferente para uma população que foi por tanto tempo marginalizada e alvo de injustiças extremas, vivendo a maior parte de seus dias sem as mínimas condições de dignidade. Desta forma a assistente social demonstra suas expectativas em relação a esse serviço:

Eu tenho várias aspirações para a Residência Terapêutica, pois ela assumiu os pacientes já institucionalizados do hospital psiquiátrico, esses pacientes tem uma deficiência, estão cronificados, então há muitas as limitações para a gente trabalhar a emancipação, a cidadania plena, a autonomia da vida diária e autonomia da vida prática, então a gente quer que esse paciente busque essa autonomia parcial que a gente consiga essa emancipação, mesmo que seja parcial ela é importante, é válida, mas temos que ampliar a residência, isso já é uma política, como a gente viu é necessário a implantação de mais umas dez residências, implantar a longo prazo, tem que ter mais residências, pensando nesses pacientes numa residência com cuidados intensivos, que vão envelhecendo, vão tendo limitações, mais dificuldades e a cronificação vai piorando. E uma outra residência para pessoas que ainda não foram cronificados, um paciente que teve dois anos de internação e que dá pra você resgatar a identidade dele e os vínculos afetivos com muito mais facilidade e alcançar a cidadania plena com a autonomia plena. Eu sonho muito alto com a residência, esses pacientes a gente vai assumindo com limitações, mais existem muitas possibilidades e potencialidades. Na política da saúde mental a RT é a saída pro paciente que esta sem o vínculo familiar, que está institucionalizado, e também fortalecer a atenção básica, eu acho que a residência vai ampliar muito, porque é um serviço digno e humano, resgate realmente o biopsicossocial,

reabilita na questão do biopsicossocial. Eu tenho muita aspiração pro futuro, que vai ampliar muito, melhorar muito, porque a política da saúde mental olha com carinho pra residência, todo mundo que faz estagio, que passa por aqui vê que é um serviço que é digno e que vale a pena. (Profissional 4, Médico Psiquiatra, Sexo Masc.)

É através deste tipo de posicionamento, que as transformações se efetivam no cotidiano das relações entre equipe e usuários, favorecendo ações que contribuem com a efetivação dos direitos e com o exercício da cidadania, criando maiores possibilidades de autonomia e emancipação para os pacientes.

3.2.4 A importância do trabalho interdisciplinar desenvolvido pela equipe técnica no processo de emancipação dos pacientes, com ênfase nas ações do profissional de serviço social.

O trabalho na área da saúde não pode se restringir apenas à cura, pois a doença além da manifestação física, também envolve as questões de âmbito pessoal, familiar e de relacionamento com o meio. Por isso, quando se trata de saúde existe a necessidade de uma equipe multiprofissional, que deve ser composta não apenas por profissionais da área biológica, como também da área de humanas, para que seja possível tratar o indivíduo na sua totalidade.

Para alcançar maior qualidade no atendimento é necessário um trabalho interdisciplinar desta equipe, como relata Carrijo, Porto e Bertani (2003, p.41):

[...] a abordagem interdisciplinar simultânea contribuirá de forma especial, pois é uma prática que favorece a qualidade do atendimento, buscando-se a integração de conhecimentos entre áreas diversificadas do saber. Através dessa perspectiva, torna-se mais clara a posição de que não há área detentora do conhecimento completo, pois todas possuem limitações.

A interdisciplinaridade é imprescindível para alcançar eficiência, eficácia e efetividade nas ações. Também é através dela que há troca de saberes com um confronto dialético, para poder comparar e ajudar a encontrar a melhor maneira de intervir na realidade do sujeito.

No Serviço de Residência Terapêutica os pacientes têm um histórico de doença mental e de longo período de institucionalização, por isso não basta trabalhar apenas o biológico do indivíduo, é necessário alcançar o ser biopsicossocial, que só é possível através de uma equipe multiprofissional buscando objetivos comuns, como nos relata alguns dos profissionais do SRT:

O Serviço de Residência Terapêutica faz parte da Política Nacional de Saúde Mental e é composto por uma equipe multiprofissional, formada por um psicólogo, um médico psiquiatra, um médico clínico geral, uma assistente social e a equipe de enfermagem com as auxiliares. A interação entre esta equipe é certamente importante e se dá de forma articulada, [...] (Profissional 4, Médico Psiquiatra, Sexo Masc)

O trabalho da equipe é articulado na reunião de equipe onde é discutido e traçados as propostas do programa. É trabalhado individualmente o projeto terapêutico de cada paciente sendo proposto metas a serem desenvolvidas a meio prazo, longo prazo e curto prazo. Toda equipe envolvida no mesmo objetivo, rediscutido periodicamente, colocando suas dificuldades e seus avanços a longo de seu trabalho. (Profissional 1, Terapeuta Ocupacional, Sexo Fem.)

Para conseguir melhores resultados com os usuários do serviço, não basta apenas uma equipe com diversos profissionais, é preciso atitude interdisciplinar. Mas para conseguir esse tipo de atitude é necessário que a equipe busque uma atuação cooperativa, de respeito mútuo e também que esteja aberta a novos conhecimentos, como trazem Carrijo, Porto e Bertani (2003, p.41):

Para haver a verdadeira relação de troca interdisciplinar, é necessário que os profissionais tenham conhecimento do trabalho, de sua especificidade, e que estejam abertos a um processo de interação de seus conhecimentos com profissionais de outras áreas.

A interdisciplinaridade só é alcançada através da construção diária dos profissionais no que se refere às ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação, e se tratando de saúde mental é imprescindível atitudes visando à totalidade do sujeito. Com o intuito de alcançar melhores resultados para seus usuários, a equipe do Serviço de Residência Terapêutica de Bauru está sempre buscando trabalhar de forma interdisciplinar, como nos relata um dos profissionais:

Em saúde mental é necessário que exista o trabalho interdisciplinar. Os profissionais, além das especificidades da área, tem o trabalho global de cada paciente. (Profissional 3, Psicólogo, Sexo Fem.)

A interdisciplinaridade é um processo complexo, intenso, construído diariamente e gradualmente, sendo repleto de obstáculos para sua efetivação, pois na sociedade contemporânea são incentivadas as especializações e conseqüentemente a luta pelo “poder” e valorização do “ter”, provocando uma análise parcial, fragmentando o conhecimento e dificultando o trabalho interdisciplinar. Também existe receio de alguns profissionais em partilhar o conhecimento e a preocupação de perder o seu lugar, como nos relata a Assistente Social:

[...] existe a dificuldade de cada profissão, de cada pessoa, de dividir o conhecimento, porque dividir o conhecimento significa, muitas vezes, dividir o poder, e nem todo mundo está disposto a dividir o poder, fica com preocupação de alguém pegar o lugar do outro, mas a gente trabalha desta forma interdisciplinar, só que alguns profissionais tem uma dificuldade maior, isso é importante, tem uma forma mais biológica, tem alguns que não conseguem ainda dividir, mas a gente trabalha na medida do possível, a gente está construindo, vamos dizer que a gente está construindo um trabalho interdisciplinar, [...] (Assistente Social, Sexo Fem.)

Apesar desses obstáculos os profissionais da área de saúde devem buscar desenvolver seu trabalho de forma interdisciplinar para intervir em todos os aspectos da vida do indivíduo, por isso o SRT de Bauru busca incessantemente a interdisciplinaridade, como se posicionou a Assistente Social:

[...] a gente é profissional da saúde mental, lógico que existem as especificidades, mas eu sou uma profissional da saúde mental, então eu tenho que conhecer o que é psicopatologia, saber o que o paciente tem, muitas vezes, eu tenho que saber também que remédio ele está tomando pra eu saber se ele está bem ou se não está, se ele está entrando em surto ou não está, se está em crise, então isto é interdisciplinaridade, eu não vou fazer o papel do médico nem da enfermeira, e nem da psicóloga conhecendo o comportamento do paciente, isto é a interdisciplinaridade, tem que conhecer um pouco de cada coisa e isto na saúde mental existe há muito tempo. (Assistente Social, Sexo Fem.)

O Assistente Social tem importante papel na busca pela interdisciplinaridade, pois é um profissional que já em sua formação consegue compreender o indivíduo em sua totalidade e reconhecer neste trabalho articulado o melhor caminho para atender as diversas dificuldades do usuário. Além deste importante papel, existem outras ações que são imprescindíveis para os usuários, por isso é de extrema importância a participação deste profissional na equipe. Esta profissão, com sua visão de totalidade dos pacientes, está conquistando cada vez mais espaço na Saúde Mental e reconhecimento de sua importância legalmente e institucionalmente. Profissionais de diversas áreas visualizam o trabalho do Assistente Social como imprescindível dentro da saúde mental, mais especificamente na Residência Terapêutica, é possível observar que a equipe também partilha deste posicionamento, fato este que fica bastante evidente através do relato dos profissionais:

A assistente Social é a J., que está diretamente ligada aos pacientes no intermédio, até de uma maneira mais ativa que habitualmente na sociedade, na defesa de direitos desses pacientes, na busca de alguns benefícios, especialmente na área social que o governo promove, [...] (Profissional 4, Médico Psiquiatra, Sexo Masc.)

O Assistente Social é de fundamental importância, quando não tem esse profissional faz falta e quem trabalha com Assistente Social conhece suas atividades específicas bem como sua capacidade de trabalhar em equipe. (Profissional 3, Psicólogo, Sexo Fem.)

Na saúde mental sempre houve necessidade da presença do Assistente Social e com a Reforma Psiquiátrica ficou evidenciado ainda mais a importância deste profissional, pois surgiu uma nova maneira de se trabalhar com os pacientes, buscando a reinserção na sociedade e possibilitando a formação de um novo olhar voltado à atenção biopsicossocial, ou seja, é necessário promover a cidadania, a autonomia e a emancipação destes pacientes institucionalizados que muitas vezes tiveram a própria identidade roubada. A Reforma possibilitou o rompimento do modelo biomédico hegemônico, a partir dela a principal preocupação é o paciente, com suas dimensões físicas, psicológicas e sociais e não mais a doença, assim como podemos evidenciar nas palavras de Duarte (2006, p.159):

Assim, a nosso ver, essa complexidade e heterogeneidade da Reforma Psiquiátrica, no confronto saudável dos diversos saberes e a análise das práticas que efetivamente se desenvolvem nestes tempos de transição e renovação na área da saúde mental, levam-nos a pensar que

os novos paradigmas trazidos pela Reforma Psiquiátrica estão hoje, em um patamar, que tende a colocar a centralidade do procedimento no usuário, tentando emergir o sujeito, em suas diversas concepções no campo e colocando a doença entre parênteses, sem negá-la, mas potencializando o sujeito, acolhendo-o, escutando-o, interagindo-o com a clínica, a política e o social.

Com o domínio da capacidade de articular as questões individuais com a atual conjuntura e estrutura do país, o assistente social busca transformar os limites institucionais em possibilidades técnicas, implantando juntamente com a equipe projetos para atender as novas demandas, como é possível observar no seguinte relato:

A questão dos serviços implantados, a gente vai vendo de acordo com as necessidades do paciente e de acordo com as possibilidades institucionais, porque às vezes você não tem possibilidade, tem a necessidade, mas não tem possibilidade [...] essa necessidade você vai constatando com a observação, com o diálogo e com a experiência que se tem na saúde mental, vão surgindo necessidades. [...]
(Assistente Social, Sexo Fem.)

Este profissional consegue trabalhar de diferentes maneiras, alcançando todos os sujeitos em suas singularidades e particularidades. Como os residentes ficaram anos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, onde existiam horários pré-estabelecidos para todas as atividades, é necessário um acompanhamento de suas atividades diárias para alcançar a reabilitação biopsicossocial, para tanto toda a equipe trabalha em função do mesmo objetivo. Todas as ações promovidas buscam sempre garantir os direitos dos usuários e resgatar sua identidade, para que estes conquistem sua cidadania. Fato este que é defendido através das palavras da Assistente Social:

As ações que o Serviço Social desenvolve, eu enquanto assistente social, a gente faz ações individuais, quando tem que fazer uma entrevista, com diálogo, com observação, no que é específico da nossa área, como diagnóstico social, uma avaliação para possibilitar acesso a benefícios, sejam eles previdenciários, assistenciais ou de saúde, qualquer direito, e também faz ações coletivas, que são importantes no sentido de grupo, onde a gente possibilita as relações entre eles e até mesmo estar ouvindo, o acolhimento, eles poderem ter espaço para falar dos problemas deles enquanto pessoa, enquanto cidadão, esta é uma questão importante. A gente desenvolve junto, em parceria, de forma interdisciplinar, oficinas, oficina de pintura, oficina de costura, de fazer tapetes, coisas que a gente faz de forma

interdisciplinar. E também fazemos aquilo que é chamado de equipe de referência, onde cada profissional, eu enquanto assistente social tenho três casas que sou equipe de referência, então nessas casas a gente é responsável por ver todo o relacionamento, atividades que eles fazem no cotidiano, [...] (Assistente Social, Sexo Fem.)

Como os residentes apresentam limitações decorrentes da doença e agravadas pela cronificação adquirida durante a hospitalização psiquiátrica, a busca pela emancipação se torna um dos objetivos mais complexos dentro do Serviço de Residência Terapêutica de Bauru. Assim podemos afirmar que este processo acontece em longo prazo e envolve toda a equipe, que por sua vez, entende que em muitos casos a emancipação do sujeito será parcial, ou seja, nunca se desenvolverá de maneira a ser atingida de forma plena. O respeito dos limites dos pacientes por parte dos profissionais existe e é esclarecido através dos seguintes posicionamentos:

Os usuários do SRT, eu vejo que eles tiveram um ganho muito grande, pois muitos deles não tem perfil para o SRT e com o esforço da equipe conseguiu que eles tiveram certa autonomia. (Profissional 2, Enfermeiro, Sexo Fem.)

Na residência há uma característica bastante específica, que é a institucionalização, então nem todos tem um prognóstico, que podemos considerar absolutamente favorável, mas apesar de muitas limitações que encontramos aqui, nós percebemos que muitos deles embora em diferentes proporções, tiveram ganhos substanciais, considerando o nível em que eles se encontravam no começo deste tratamento, então eu vejo de uma maneira otimista e muito positiva, o trabalho que é feito pela equipe do Serviço de Residência Terapêutica de Bauru. (Profissional 4, Médico Psiquiatra, Sexo Masc.)

O serviço social tem como valor ético central a liberdade e para conquistá-la é necessário primeiramente buscar o reconhecimento da autonomia, da emancipação e a garantia dos direitos do indivíduo. É reconhecendo esses valores que o Assistente Social deve agir e consolidar o projeto ético-político profissional, buscando todas as estratégias necessárias para conseguir que seus usuários sejam vistos como sujeitos, como ressalta Iamamoto (2005, p.141):

A consolidação do projeto ético-político profissional que vem sendo construído requer remar na contracorrente, andar no contravento,

alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos e das marés na vida em sociedade.

Teimamos em reconhecer a liberdade como valor ético central, o que implica desenvolver o trabalho profissional para reconhecer a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, reforçando princípios e práticas democráticas. Aquele reconhecimento desdobra-se na defesa intransigente dos direitos humanos, o que tem como contrapartida a recusa do arbítrio e de todos os tipos de autoritarismos.

Apesar das dificuldades enfrentadas decorrentes de todo o período de hospitalização dos pacientes, podemos dizer que houve muitos avanços no que tange à autonomia e ao processo de emancipação dos usuários, o que fica claro com as palavras da assistente social do serviço:

Eles tinham muito mais dificuldades em ser cidadão, em se conhecer enquanto pessoa, com direitos, com deveres e com possibilidades, eles tinham medo muitas vezes, a gente queria fazer passeios com eles e eles achavam que a gente ia pegar eles e levar para outro hospital, então ficaram muitos mitos na cabeça do paciente com medo de ser institucionalizado novamente. Eu posso afirmar que os pacientes vem melhorando muito, a questão do comportamento, da atitude, das possibilidades que aumentaram, é uma coisa gradual, é um processo, mas a gente percebe que eles vem evoluindo nessa possibilidade de escolher as coisas que eles querem, de poder falar o que eles pensam, então questionarem o nome, questionar quem sou eu, questionar que eu quero ir ao médico trocar o meu óculos, então tudo isso eu percebo como possibilidades que antes eles não tinham, então lá eles estavam acostumados com tudo que era instituído, a comida era assim, a roupa era assim, você vai ter que fazer dessa forma, aqui não, aqui eles questionam:

“Mas hoje eu não quero ir pra escola!”, e eles não vão pra escola, então mudou isso: “Mas hoje eu não to com vontade de ir na oficina”, “ Tem piscina, mas ta muito frio”, lá tinha que ser daquele jeito, tinha algumas coisas, oficinas e tudo, mas tinha que ir e acabou, aqui não, aqui eles podem e devem questionar.(Assistente Social, Sexo Fem.)

Através do reconhecimento da importância da emancipação e por possuir uma formação que lhe proporciona habilidades para possibilitar aos usuários alcançá-la, o assistente social é visto como um profissional de fundamental importância na vida dos

pacientes do Serviço de Residência Terapêutica de Bauru pelos próprios pacientes e também pela equipe multiprofissional, assim como podemos observar nos relatos de alguns profissionais utilizados como referência nesta questão:

O profissional Assistente Social dentro da saúde mental é de extrema importância principalmente pela especificidade de sua área. O Assistente Social ajuda principalmente na emancipação e inclusão social. (Profissional 3, Psicólogo, Sexo Fem.)

Eu acredito que é de fundamental importância, uma vez que, na sociedade em que vivemos é preciso que cada pessoa defenda os seus interesses, do ponto de vista econômico e social, porém os pacientes apresentam comprometimentos muito sérios na defesa desses direitos pessoais, então eu vejo que o assistente social trabalha como um defensor público ou um defensor individual dos pacientes para entender como funciona esse resgate das funções sociais dos desejos pessoais, de maneira que nesse trabalho específico do assistente social eu diria que ele tem a função tanto social como de promotor público e aí um trabalho muito bonito e de grande valia para que nós tenhamos êxito em nosso caminhar terapêutico e especialmente na reinserção social. (Profissional 4, Médico Psiquiatra, Sexo Masc.)

Apesar de um trabalho contínuo no Serviço de Residência Terapêutica de Bauru para alcançar a emancipação, fica claro que muitos pacientes não conseguirão alcançá-la plenamente, porém o trabalho não perde sua importância por causa deste fato, pelo contrário, a equipe de profissionais se dedica em todas as suas ações cotidianamente e toda conquista junto aos pacientes, por menor que seja, possui um grande valor dentro deste processo que busca devolver as mínimas condições de dignidade que foram negadas a estes sujeitos por tantos anos. Desta maneira a assistente social se posiciona em relação a este processo complexo:

O processo de emancipação é um processo gradual, lento e à longo prazo, alguns pacientes não vão se emancipar no sentido de ser cidadão pleno de direitos e deveres porque eles tem cronificação da doença mental, eles ficaram mais de trinta anos, alguns mais de quarenta anos institucionalizados, então quando você fica institucionalizado muitos anos é difícil resgatar aquilo que se perdeu, a identidade, a questão do auto- conhecimento, tudo aquilo que eles perderam, então a gente busca ter isso claramente, que muitas vezes a gente vai ter uma emancipação parcial, porque para eles, por exemplo, escolher o que querem comprar é um processo de

emancipação, é um processo, uma parte, emancipação plena, alguns pacientes que chegam jovens, os que não foram tanto tempo institucionalizados tem mais possibilidades. Estes pacientes têm uma doença mental com uma deficiência mental, mas eu vejo a emancipação no processo de ele pegar o dinheiro e ir ao mercado escolher o que ele quer, é um processo, mas ele também é enganado facilmente por algumas pessoas da comunidade. É necessário deixar claro que quando o paciente é muito tempo institucionalizado a doença crônica e uma vez crônica o processo de emancipação é muito mais complexo e difícil de ser atingido na sua plenitude. (Assistente Social, Sexo Fem.)

Diariamente a equipe do SRT enfrenta diversas dificuldades impostas pelas limitações dos usuários e da instituição, além da significativa interferência do preconceito social, desta forma, cada sinal de evolução no que tange à autonomia e emancipação representa uma conquista para aqueles que se encontram engajados neste processo, o que muitas vezes para alguém distante desta realidade pode não ter relevância alguma. Assim, para a assistente social, não há satisfação maior do que ver um usuário fazer suas próprias escolhas, exigir seus direitos e expressar seus sentimentos, deste modo ela se posiciona:

Todos nós, seres humanos, temos limites e possibilidades e o paciente com transtorno mental também tem limites e possibilidades, mas eles nos surpreendem cotidianamente com a observação, pois o paciente tem a sensibilidade que muitas vezes o outro considerado “normal” não tem [...] É uma construção, aqui nunca tem um dia igual ao outro e não dá para contar um caso, dá para contar vários casos, e a questão de ser surpreendida por eles é constante, no grupo eles perguntam, eles questionam coisas que você não espera, colocando em questão coisas que eles gostam e que eles não gostam [...] É uma construção, o tempo todo, eu fico admirada, porque eu gosto muito do que faço, é uma área pela qual sou apaixonada. (Assistente social, Sexo Fem.)

Portanto, podemos afirmar que esses pacientes jamais podem ser subestimados, pois isso consequentemente criaria barreiras maiores que as próprias limitações da doença, assim observamos como é importante a presença de uma equipe de profissionais bem preparados para lidar com a saúde mental e todas as complexidades que permeiam a área.

4 CONCLUSÃO

O objetivo central do estudo em questão baseou-se em conhecer a importância do papel do serviço social no processo de emancipação dos usuários do Serviço da Residência Terapêutica de Bauru, para tanto iniciamos a pesquisa com a análise de prontuários que representou o conteúdo quantitativo do trabalho, oferecendo o suporte necessário para traçar o perfil da população usuária, que se apresentou com mais da metade dos usuários com idade entre 51 e 60 anos, o que se concebe coerentemente pelo fato destes pacientes, em quase sua totalidade, possuírem longo histórico de internação psiquiátrica. Encontramos também um caso singular ao analisar o grupo de usuários entre 30 e 40 anos, que representa 9% do total e é composto por três irmãos, que começaram a ser atendidos há menos de um ano, por motivo de ausência de condições dignas de higiene e de sobrevivência no local onde moravam, portanto não possuem histórico de internação. Enfim, cada usuário possui sua própria subjetividade e história de vida, sendo que a idade representa um aspecto muito importante quando se tem por objetivo analisar o perfil desta população.

Dentre os pacientes existem mais mulheres que homens, 40% apresentam diagnóstico de esquizofrenia e a maioria é composta por solteiros, porém 18% desta população vivem em relacionamento estável.

Não existem muitos valores diferenciados de renda dentre os usuários, existem 53% que não possuem renda, por não possuírem documentos pessoais, sendo que estes estão em processo de viabilização, o que impede a concessão de benefícios sócio-assistenciais, e 47% que já foram inseridos e recebem o Benefício de Prestação Continuada ou o renda do Programa De Volta Para Casa. Desta forma, ficou acordado entre os usuários e a equipe técnica que aqueles que recebem irão dispor de aproximadamente 57% de seu salário que será distribuído entre aqueles que não possuem benefício, para que então, todos possam usufruir do processo de ressocialização e emancipação que envolve além de muitas outras questões, a questão financeira.

A maior parte, ou seja, 64% dos usuários do SRT possuem histórico de mais de 20 anos de internação, fato este que revela os motivos que os levaram à cronificação da doença mental e consequentemente comprometeram a coordenação motora e ocasionaram graves *déficits* de afetividade e de relacionamento. Desta forma, o processo de evolução do paciente ocorre num tratamento em longo prazo, visando à emancipação total ou parcial, dependendo das possibilidades de cada um.

A grande maioria, representada por 76% dos usuários, faz tratamento no SRT há mais de 4 anos, ou seja, desde a implantação do serviço no município no ano de 2005, quando houve a transferência de alguns pacientes do Hospital Psiquiátrico, que não tinham possibilidade de retornar à família e apresentavam-se em condições propícias para a iniciação no trabalho de reinserção social que se firmava na cidade, seguindo o novo modelo psiquiátrico adotado pelos profissionais da área.

Todos os usuários do SRT apresentam baixo nível de escolaridade, sendo que 82% são analfabetos e 18% possuem ensino fundamental incompleto, isto ocorre devido às limitações intelectuais dos mesmos, unidas a um histórico de falta de oportunidade de inserção em escolas especiais de ensino, porém, atualmente os pacientes que apresentam condições físicas e mentais, freqüentam um ensino especial oferecido pelo município, que disponibiliza também o transporte para os mesmos. Desta forma, a questão da escolaridade está sendo trabalhada diariamente e já apresenta melhorias nos índices, porém devemos observar que o desenvolvimento dos mesmos deve respeitar suas limitações e cada pequena evolução representa uma conquista neste processo que trabalha com os pacientes de maneira gradativa e em longo prazo.

Dos trinta e quatro pacientes que fazem tratamento no S.R.T. de Bauru, trinta apresentam longo histórico de internação e perderam todo o vínculo familiar, porém existem quatro exceções de usuários que saíram recentemente do ambiente familiar e ainda mantem contato com a família, mesmo que os vínculos já estejam bastante fragilizados. Cabe ressaltar que a longa hospitalização gera no indivíduo a cronificação da doença mental, o que dificulta significativamente a evolução do mesmo no processo de emancipação. Assim devido ao tratamento que os pacientes recebiam no hospital, com exposições aos vários tipos de violência, estes apresentavam muita dificuldade em se reconhecer enquanto cidadãos dotados de direitos e deveres, e mesmo de identificar suas próprias possibilidades, o sentimento que aflorava neles era o medo de serem institucionalizados novamente.

O Serviço de Residência Terapêutica foi uma importante alternativa de tratamento mais digno e humanizado dentro da saúde mental, já que com ele os pacientes puderam usufruir da liberdade garantida nos princípios básicos dos direitos humanos, voltando ao convívio com a sociedade e exercitando sua própria cidadania, através da efetivação dos direitos sociais inerentes a este sujeito que por tantos anos foi privado dos mínimos para a manutenção de sua identidade.

Este serviço em sua complexidade de ações para atender o usuário em sua totalidade, exige uma equipe multiprofissional agindo de maneira articulada através de um trabalho interdisciplinar, que envolve empenho diário de todos os técnicos para que os resultados

sejam alcançados da melhor maneira possível, contribuindo para o processo de emancipação dos pacientes. Um profissional que se destaca em meio a esta equipe no que tange a interdisciplinaridade é o assistente social, pois este já possui em sua formação a preparação necessária para realizar ações articuladas, favorecendo assim um ambiente livre de preconceitos e que oportunize a troca de conhecimentos.

As ações do assistente social, além do trabalho com a equipe, envolvem diretamente os usuários através de ações no âmbito individual e coletivo, desta forma fica sob responsabilidade deste profissional o acolhimento, a realização do diagnóstico social, as avaliações para possibilitar acesso a benefícios, sejam eles previdenciários, assistenciais ou de saúde, a efetivação de direitos sociais, as reuniões para trabalhar questões pertinentes ao cotidiano dos pacientes e o acompanhamento de atividades de vida prática e atividades de vida diária.

Apesar de todas as ações e o empenho da equipe técnica, não podemos desconsiderar os limites dos próprios pacientes devido todas as suas debilidades físicas e intelectuais, assim, o processo de emancipação dos mesmos acontece de maneira gradual e em longo prazo e dependendo das possibilidades de cada indivíduo, essa emancipação será total ou parcialmente alcançada, porém é necessário deixar claro que esta realidade não interfere no empenho com o qual os profissionais exercem sua intervenção, já que para eles, com experiência na área da saúde mental, qualquer avanço no quadro da reabilitação biopsicossocial deve ser considerado.

Analisando o posicionamento de todos os sujeitos pesquisados, é possível concluir que os profissionais do Serviço de Residência Terapêutica de Bauru possuem características indispensáveis para a garantia da efetividade do trabalho realizado junto aos pacientes, bem como, a humanização, a interdisciplinaridade, a atuação livre de preconceitos dentre outras. Esta postura é essencial porque a partir do momento em que se criam barreiras dentro da perspectiva que a equipe técnica tem sobre as possibilidades e limitações dos pacientes, consequentemente criam-se dificuldades e obstáculos dentro do processo de emancipação dos usuários, portanto é indispensável a eliminação de qualquer forma de preconceito e estigmas que possam recair sobre os residentes, que por sua vez necessitam de amplitude de possibilidades, alternativas e estímulos para que eles próprios caminhem, explorem suas capacidades e delimitem seu espaço, onde existirão limites advindos de suas próprias dificuldades e não de imposições alheias.

Diante dos resultados obtidos com a pesquisa podemos considerar que a hipótese foi totalmente confirmada, já que o serviço social exerce papel de extrema importância no processo de emancipação dos usuários do Serviço de Residência Terapêutica, pois através de

trabalhos coletivos e individuais, que buscam estimular a participação em eventos sociais, culturais e esportivos, o profissional proporciona a viabilização da autonomia de vida prática e diária desses pacientes que lutam para superar a cronificação da doença mental e o estigma social da loucura que recai sobre eles através das manifestações sociais de preconceito e exclusão. A importância do trabalho realizado pelo assistente social é reconhecida pelos pacientes e pela equipe, já que esta trabalha de forma interdisciplinar e conhece as ações realizadas por cada profissional e a influência destas sobre a realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A RUA como espaço clínico: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.

ACOSTA Iana Rojas e VITALE, Maria Amália Faller (org). Família – Redes, Laços e Políticas Públicas. São Paulo: Cortez, 2005.

ALBIERO, C. M. G. **O SERVIÇO SOCIAL E A INTERDISCIPLINARIDADE**
SERVIÇO SOCIAL PROCESSO DE TRABALHO II – ITE F.S.S.B.: SP 2005 (TRABALHO
NÃO PÚBLICADO)

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 20ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental:** uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa**, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Pessoas Portadoras de Transtorno Mental).

BRASIL. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, **Código de Ética do Assistente Social**.

BRASILIA, Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas:** Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade. 2004.

BICHARA, P. F.; PALMIERI, T. C. O acompanhamento de residências terapêuticas pela equipe de um hospital-dia. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II.** São Paulo: HUCITEC, 2007.

BRAVO, M. I. S., et al., (orgs.). **Saúde e Serviço Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ; 2006.

CAMARGO, E. M. C. de. O acompanhante terapêutico e a clínica. In: **A rua como espaço clínico:** acompanhante terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.

CARRIJO, D.; PORTO, E. L.; BERTANI, I. F. **Ensaio sobre o tema da Prática do Serviço Social na área da saúde:** a interdisciplinaridade, Serviço Social & Saúde. Campinas: UNICAMP. , u.2, n.2, p.39-54. Jun.2003.

D'INCÃO, M. A. (org.).et al. **Doença mental e sociedade.** Rio de Janeiro: Graal, 1992.

DEMO, Pedro. **Os desafios modernos da educação.** Petrópolis: Vozes, 1993.

DUARTE, M. J. de O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e Serviço Social** 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da Língua Portuguesa.** 2 ed., São Paulo: Nova Fronteira, 1996.

GHERPELLI, M. H. B. **Diferente, mas não desigual:** a sexualidade no deficiente mental. 2ed. São Paulo: Gente, 1995.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2007.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica na Itália**. In: VARIOS AUTORES. **Saúde Mental e cidadania**. 2 ed., São Paulo, Mandacaru, s/d.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUZ, M. T. **A produção científica em Ciências Sociais e Saúde: notas preliminares**; Saúde em Debate, Rio de Janeiro, p.1-19, 2000.

MARSIGLIA, R.G. et al. **Saúde mental e cidadania**. 2ed. São Paulo: A Tribuna, 1987.

MARTINELLI, M.L (org.) et al. **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINELLI, M.L. **Serviço Social: Identidade e alienação**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MARTINELLI, M. L. Reflexões sobre o serviço social e o projeto ético-político profissional. **Revista Emancipação**, v.6, n.1, p.9-23, 2006.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MERHY, E. E.; AMARAL, H. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007.

RODRIGUES, M. L. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M. L.; RODRIGUES, M. L.; MUCHAIL, S. T. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org).

Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2005.

STOCKINGER, R. C. **Reforma Psiquiátrica Brasileira:** perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis: Vozes, 2007.

TAMAROZZI, G. A. **CONCEITUAÇÃO E HISTÓRICO DE FAMÍLIA - SEMINÁRIOS**
TEMATICOS DO TRABALHO PROFISSIONAL – FAMÍLIA – ITE F.S.S.B.:SP 2009
(TRABALHO NÃO PUBLICADO)

VASCONCELOS, E.M (org.).et al. **Saúde Mental e Serviço Social:**o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.