

# **CORPO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: CONSTRUINDO PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Maria Dias  
Allana Araújo  
Ana Amorim  
Denize Salgado  
Mackson Costa  
Deyse Ferreira

## **RESUMO**

A reforma psiquiátrica brasileira visa à desconstrução de saberes, discursos e práticas que sustentam a loucura reduzida à doença mental e o hospital psiquiátrico como a principal referência assistencial em saúde mental. Dentre os desafios que tal processo encontra, destacamos a necessidade de avançar na dimensão sócio-cultural da desinstitucionalização, sobretudo nas estratégias e práticas de reabilitação psicossocial e reinserção social. Essas são construídas a partir do convívio cotidiano dos usuários de serviços de saúde mental na circulação pelas cidades e reapropriação do seu corpo enquanto sujeito. Assim, as práticas corporais podem constituir ferramentas de cuidado no processo de desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos. Essas pessoas possuem na sua história um empobrecimento no exercício de sua motricidade em detrimento de uma experiência controladora sobre seu corpo. Apostamos em práticas corporais que possam colocar o sujeito em contato consigo mesmo através da descoberta de seu corpo e motricidade, para a apropriação do espaço e do tempo que pertencem a ele e ao seu entorno. Portanto, pretendemos investigar as práticas de desinstitucionalização que vem sendo efetivadas junto a esses usuários em hospital psiquiátrico da cidade de Natal-RN e propor oficinas corporais aliadas as mesmas como forma de potencializar esse processo. Para tanto, adotamos a pesquisa-intervenção, realizando observação participante no cotidiano do grupo de moradores e no trabalho dos profissionais. Trabalhamos com entrevistas semi-estruturadas com usuários e técnicos, bem como com a construção de oficinas corporais e grupos focais com os pacientes e equipe multiprofissional. Já encontramos condições díspares entre os grupos de moradores do sexo masculino e feminino, bem como nas equipes responsáveis por cada um, no tocante à abertura ao processo de desinstitucionalização e a práticas nesse rumo. Constatamos a existência de poucas e não sistemáticas atividades extra-muros. Verificamos a ausência de projetos que envolvam a expressão corporal dentro do hospital.

Palavras-Chaves: corpo; desinstitucionalização; saúde mental.

## **INTRODUÇÃO**

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo social que visa à desconstrução de saberes, discursos e práticas que sustentam a loucura reduzida à doença mental e o hospital psiquiátrico como a principal referência da atenção em saúde mental. Tal processo vem sendo construído no Brasil há vários anos e tem como um dos seus pilares principais a desinstitucionalização (Amarante, 1996).

Percebemos a necessidade de avançar na dimensão sócio-cultural do processo de desinstitucionalização, sobretudo nas estratégias e práticas de reabilitação psicossocial

e reinserção social, construídas a partir do convívio cotidiano dos usuários de serviços de saúde mental na circulação pelas cidades e reapropriação do seu corpo enquanto sujeito.

Nesse sentido, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira constituiu-se como um movimento social que busca a desconstrução da realidade manicomial - para além da “queda dos muros manicomiais” em sentido físico - e a construção de novas realidades, segundo novas bases epistemológicas, políticas e sociais, operando transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura. Para tanto, Rotelli et al (2001) aponta para a necessidade de desmontar toda a cultura e a estrutura psiquiátrica que separou a doença, como objeto científico, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Para este autor, a ênfase não deve ser mais colocada no processo de cura, mas no projeto de “invenção da saúde” e de “reprodução social” do usuário, ou seja, na produção de vida, de sentido e de sociabilidade possível através da utilização das formas e dos espaços coletivos de convivência dispersa.

## **A DESISTITUCIONALIZAÇÃO E O CORPO**

No processo de reforma psiquiátrica no Brasil, observamos avanços na conquista de direitos no plano jurídico e de construção de conhecimentos no campo teórico-conceitual. No entanto, o campo sócio-cultural seria aquele em que parecem existir menos avanços e sua importância é enorme, sobretudo quando consideramos que o problema da loucura diz respeito essencialmente à questão da desigualdade social, da opressão, da violência e da exclusão social que, historicamente, têm justificado o encarceramento da loucura nos asilos psiquiátricos (Basaglia, 1979). Além disso, na realidade da saúde mental brasileira há uma série de impossibilidades na concretização desse projeto de desinstitucionalização. Dentre tais impossibilidades está a redução da reforma a um processo de desospitalização sem a real desmontagem do hospital psiquiátrico enquanto estrutura assistencial.

Outra questão diz respeito ao entendimento de que os impasses ao processo de desinstitucionalização como desconstrução podem ser compreendidos a partir da “lógica manicomial” que se revela entranhada na cultura, nas cidades, no cotidiano, nos diferentes espaços micropolíticos de vida, de modo invisível e sustentado, entre outros dispositivos, por saberes, poderes e práticas de toda ordem que despotencializam a vida, enfraquecem as formas de criação da vida de todos nós (Alverga & Dimenstein, 2005). Neste sentido, atualmente um dos grandes desafios está na concretização de políticas e iniciativas voltadas para a reabilitação psicossocial e a inserção social no sentido da construção de alternativas e espaços concretos que viabilizem a circulação dos usuários na vida social, viabilizem projetos de vida, garantam o exercício da cidadania e a desconstrução desta lógica manicomial dentro e fora da rede de serviços substitutivos saúde mental.

Os desafios tornam-se ainda maiores quando consideramos a realidade dos chamados “crônico-residentes” dos hospitais psiquiátricos, ou seja, pessoas que literalmente moram nos hospitais, seja por abandono, seja por falta de condições de cuidado por parte dos familiares e amigos. Segundo Delgado (2006), correspondem a 30% do total de internos nos hospitais psiquiátricos brasileiros, num total de aproximadamente 12.000 pessoas. Dessa forma, o hospital psiquiátrico e seus leitos figuram ainda na realidade brasileira como principal locus da assistência aos portadores de transtornos mentais, aos pobres perturbados de toda ordem, respondendo a demandas que vão muito além de clínicas, mas são sociais, culturais e econômicas. Como atender a estas demandas? No processo de reforma psiquiátrica brasileira, a questão da construção da cidadania pela via de políticas de inclusão e reabilitação psicossocial tem importantes conquistas, tais como a criação dos serviços residenciais terapêuticos ou residências terapêuticas no país

definidas como “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.” (MS, 2004, p. 85). Tais “serviços” são os mais novos dispositivos substitutivos de atenção implantados, sendo reconhecidos como uma conquista importante nos processos de desinstitucionalização e de desospitalização propostos no movimento de reforma psiquiátrica no país.

A redução programada de leitos em hospitais de grande porte (através do programa de reestruturação hospitalar – PRH – do Ministério da Saúde), a ampliação do número de residências terapêuticas e o Programa De Volta para Casa constituem, segundo Delgado (2006), os três pilares da estratégia atual de gestão para a desinstitucionalização em âmbito nacional.

No Rio Grande do Norte a redução de leitos vem acontecendo de maneira gradual. O Estado possui leitos psiquiátricos em três grandes regiões (Natal, Mossoró e Caicó) e possui atualmente 783 leitos psiquiátricos financiados pelo SUS até julho do presente ano, o que equivale a uma redução de aproximadamente 5,3% do total de leitos psiquiátricos SUS em dezembro de 2005, conforme dados do CNES e dados fornecidos pela Coordenação Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Norte. Outro dado que merece atenção, diz respeito ao tempo médio de permanência/de internação em hospitais psiquiátricos.

Em Natal a média de permanência supera os 40 dias e no Rio Grande do Norte essa média cai para pouco mais de 36 dias no município de Natal, sendo a especialidade médica com maior média, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do DATASUS. Assim, observamos que o número de internos de longa permanência no Estado é significativo. Dentre estes, o número dos considerados crônico-residentes é impreciso, segundo a própria coordenação estadual de saúde mental. O que sabemos é que existem, até o momento, após a inauguração de dois SRTs na cidade de Natal, aproximadamente 20 (vinte) “crônico-residentes” no maior hospital público do Estado.

Dessa forma, considerando esses dados, é possível afirmar que o movimento de reforma psiquiátrica em Natal, tomando a lei Hermano Moraes como parâmetro, tem caminhado no processo de desospitalização, mas a questão das internações de longa duração coloca-se na contramão desse processo e exige ações consistentes na esfera pública, tais como a criação de serviços residenciais terapêuticos, a ampliação da rede de atenção psicossocial e o desenvolvimento de práticas que reabilitação psicossocial para esses usuários. Segundo Amarante (1996), baseado nas reflexões de Basaglia, o louco, expropriado de seus direitos, de sua família, de sua comunidade de origem e do convívio com a sociedade, deve ter na cidade “o espaço real de sua reabilitação, ou melhor, de sua reabilitação social, ou, melhor ainda, dos processos de validação social dos sujeitos” (p. 97). A proposta basagliana passa então pela necessidade do encontro entre a loucura e a cidade, entendendo esta como território, ou seja, como uma “força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura e com as relações que se dinamizam e se transformam” (Amarante, 1994, p.145). E, nesta proposta, tal encontro deve ser permeado pela desinstitucionalização, não como mera desospitalização, tão pouco como desassistência no sentido do não cuidado.

Neste contexto, o encontro dos loucos com a cidade deve ser atravessado pelo cuidado promovido pelos serviços substitutivos que vão desde hospitais-dia, leitos em hospitais-gerais até residências terapêuticas, mas também por outras estratégias e redes de cuidado que possam vir a ser desenvolvidas na cidade, nos espaços micropolíticos de vida. Assim sendo, o trabalho de cuidado e desospitalização dos “crônico-residentes” dos

hospitais psiquiátricos precisa considerar a circulação na cidade como uma das principais estratégias de desinstitucionalização.

No entanto, a viabilização de estratégias dessa ordem encontra uma série de obstáculos que ficaram evidentes no processo de desospitalização de crônico-residentes na transição para a moradia em residências terapêuticas. Dentre estes, destacamos as limitações dos corpos dessas pessoas por tantos anos institucionalizadas e medicalizadas na movimentação pela cidade em suas imprevisibilidades, obstáculos, barreiras físicas e simbólicas à diversidade, ritmos e intolerâncias.

Nesta direção o conhecimento sobre o corpo, principalmente, o corpo que apresenta padrões não compatíveis com o que a sociedade classifica de normal, sofre conseqüências graves. Ainda hoje, pensar o corpo na relação com a saúde é considerar aspectos de perfeição, como também, em uma perspectiva de cura. Desta forma, quando imaginamos o Corpo e as práticas corporais pensadas dentro da Saúde Mental, nos deparamos com procedimentos mecanicistas, repetitivos, onde na maioria das vezes, a atividade não provoca nestas pessoas a criatividade, a descoberta pessoal de suas possibilidades corporais que poderão, assim, produzir autonomia do mesmo em relação ao mundo que o cerca.

Nossa idéia de Corpo perpassa pela idéia de autonomia que o sujeito dentro da sua condição, seja ela qual for, possa exercer. Acreditamos que a motricidade coloca o sujeito no mundo, transforma seu olhar diante do vivido, possibilita descobertas infundáveis que fogem ao visível e provoca a apropriação de si mesmo diante do mundo.

Quando pensamos em práticas de reabilitação psicossocial de pessoas crônico-residentes, já afirmamos que acreditamos em práticas corporais que possam colocar este sujeito em contato consigo mesmo através da descoberta do seu corpo, da sua motricidade, não mais impregnada de medicação. Práticas que devolvam ao praticante sua anima (energia de vida), capturada, não só pela sua condição, como também, pelo o que o universo social ao qual pertence fez com ela. Portanto, práticas corporais que garantam sua autonomia de transitar no espaço e no tempo social reconhecendo-se nele.

Ressaltamos que os crônico-residentes possuem na sua história um constante empobrecimento no exercício de sua motricidade em detrimento de uma experiência controladora (medicamentosa em sua maioria) no que diz respeito ao seu corpo, um controle, muitas vezes, exercido em sua vida de forma precoce.

Para habitar o espaço e o tempo (MERLEAU-PONTY, 1999) a motricidade exercida no corpo e pelo corpo é fundamental para a apropriação por parte do sujeito, do espaço e do tempo que pertencem a ele e ao seu entorno. A experiência da motricidade, a ousadia do lúdico, o desafio do movimento, desencadeia o prazer de viver. Nesta perspectiva o corpo apresenta-se em sua completude, e a idéia de liberdade instala-se nas pessoas. Propor práticas corporais que possam levar os crônico-residentes a esta experiência nos estimula, pois compactuamos com Merleau-Ponty (1999, p. 273), quando afirma, que o “o corpo próprio está no mundo assim como o coração no organismo; ele mantém o espetáculo visível continuamente em vida”.

Entendemos, assim, que as práticas corporais podem constituir ferramentas importantes no processo de desinstitucionalização dos crônico-residentes quando contextualizadas no âmbito das práticas de reabilitação psicossocial que têm sido desenvolvidas.

## **METODOLOGIA**

Neste trabalho, a Análise Institucional é adotada como perspectiva teórica e metodológica, configurando-se como uma pesquisa-intervenção. Aguiar & Rocha (2003)

situam essa perspectiva na genealogia foucaultiana, onde a pesquisa-intervenção crítica e amplia a base teórica da pesquisa ação ou pesquisa participante.

Trabalhamos numa perspectiva teórico-metodológica, desenvolveremos um trabalho de pesquisa e de extensão (ação associada) a partir dos seguintes passos metodológicos e procedimentos:

1) Pesquisa bibliográfica em a) material bibliográfico secundário impresso na forma de livros, capítulos de livros, artigos científicos, teses e dissertações ou em forma digital na Internet; b) material bibliográfico primário, que inclui documentos, material de divulgação, relatórios, etc, colhidos com os diversos atores individuais, grupais e institucionais que encontrarmos no hospital psiquiátrico em estudo;

2) Pesquisa de campo através de: a) Observação participante do cotidiano do grupo de crônico-residentes e do trabalho dos profissionais responsáveis pela desospitalização, b) participação nas reuniões com a equipe e o grupo de crônico-residentes, de modo a acompanhar o andamento do processo e identificar as principais dificuldades no processo de desospitalização; c) entrevistas semi-estruturadas com os profissionais, com perguntas abertas e pré-codificadas sobre as características principais do grupo de crônico-residentes, o perfil dos mesmos e as atividades desenvolvidas junto aos mesmos; e de d) entrevistas semi-estruturadas com os crônico-residentes envolvidos no processo de desospitalização em andamento sobre o modo como estão vivendo esta experiência, as expectativas que ela produz e os efeitos das práticas corporais no processo na vida dos mesmos.

3) Realização de oficinas corporais:

A partir dos dados produzidos através dos procedimentos acima referidos, organizamos oficinas corporais que serão mediadas pelos bolsistas e supervisionadas pela coordenadora e pelas colaboradoras envolvidas.

A Metodologia das oficinas será configurada por encontros semanais, durante o período da pesquisa, com o grupo de crônico-residentes. A duração da oficina será de uma hora. As atividades que serão desenvolvidas durante todo o processo de nossa intervenção serão caracterizadas por técnicas de expressão corporal, jogos cooperativos, jogos teatrais, atividades lúdicas, dança, capoeira, atividades rítmicas que resgatem a cultura corporal do grupo e relaxamento.

Ao final de cada oficina realizaremos uma avaliação que terá como foco, verificar no discurso e ou na atividade gráfica, o que significou aquela experiência para os sujeitos que a viveram.

4) Grupos focais: para levantamento das demandas do grupo fornecendo subsídios para as oficinas e, posteriormente, para avaliação sistemática das práticas desenvolvidas antes e depois do processo de pesquisa-intervenção, nos quais ficarão explícitas as narrativas dos atores sobre os efeitos dessas práticas e dos encontros com os pesquisadores ao longo do processo.

## **RESULTADOS**

Os resultados, até aqui adquirido, são parciais. Nos concentramos neste primeiro momento nas entrevistas com os técnicos do Hospital João Machado. Estes técnicos estão divididos em duas enfermarias, uma feminina e uma masculina.

Os dois primeiros encontros foram pautados por observação e conhecimento do espaço hospitalar. A partir daí é que realizamos as entrevistas, com os profissionais das duas enfermarias. Estas entrevistas se caracterizaram pelas seguintes questões: 1) Qual o perfil dos crônico-residentes segundo os profissionais?; 2) O que pensa sobre a desinstitucionalização?; 3) Quais dificuldades/limites do processo de

desinstitucionalização? 4) Quais propostas que poderiam contribuir para a reinserção do morador do hospital na sociedade? 5) Quais são as atividades extra-muros já executadas por eles? 6) E o que pensa das atividades extra-muros?

Tivemos como respostas principais, respectivamente:

Enfermaria masculina:

1) É um grupo heterogêneo; os tempos de permanência no hospital são variados; a maioria é crônico, seja pela doença, seja pela instituição; são marcados pelo abandono familiar; são pacientes que precisam de mais cuidados, quando comparados aos outros usuários do hospital; *em alguns pacientes é evidente a seqüela da hospitalização, do processo de institucionalização, além de agravos clínicos*; de uma forma geral, apresentam limitações na autonomia e na independência, mas essa condição é distinta considerando-se cada residente em particular; No geral, o grupo vem demonstrando significativos avanços: gradual resgate da autonomia; da expressão de vontades/decisões. Alguns participam de atividades quando tem vontade; quando desejam algo ou querem dar sugestões, falam com a equipe; a maioria geralmente participa da programação proposta pela equipe; é difícil a participação deles nas reuniões semanais com a equipe; é fácil a interação com eles, principalmente quando comparado ao grupo feminino; interagem bem com os técnicos e com os outros internos.

2) Deve ser um processo gradual; deve levar em conta as especificidades das condições de cada um; a vida no meio social é essencial, hospital não é lugar para ninguém morar  $x$  a desinstitucionalização não deve ocorrer, pois não há garantia de boas condições para os pacientes lá fora; são bem tratados no hospital; deve-se considerar a vontade dos residentes, pois alguns não querem sair; deve-se contar com apoio e suporte de serviços e equipe na vida fora do hospital; é necessário começar a partir do trabalho com os residentes, questionando o que eles querem, o que eles anseiam; deve ser feito com respeito e com cuidado; retorno ao convívio familiar deve ser a primeira opção; permite que os pacientes sejam tratados como qualquer outra pessoa e que se sintam como elas; é um trabalho de base social: não adianta tratar o doente sem tratar a sociedade.

3) perda de vínculos com a sociedade; família despreparada para receber essas pessoas; há poucos serviços substitutivos para dar suporte e os que existem, não funcionam como deveriam; muitos residentes não têm documentação; cada um é diferente, nem todos têm como ter essa independência de se assumir sozinho em relação a muitas coisas; depende também da determinação do usuário, se ele quer ou não sair do hospital; cultura manicomial capilarizada e entranhada nas paredes e nas pessoas; pouca prioridade dada à saúde mental no estado e município; morosidade da máquina administrativa; sociedade rejeita a vida deles fora do hospital; não há pessoas adequadas para acompanhá-los fora do hospital; muitas vezes, após saírem do hospital, pacientes não conseguem ser atendidos em postos de saúde e têm que recorrer ao hospital psiquiátrico; difícil acesso à medicação; questões financeiras; pouca preparação dos profissionais para receber os pacientes; pouca aceitação dos pacientes em sair e aderir a atividades; perfil dos residentes (dificuldade de adaptação de alguns residentes para essa nova vida); interesses das cabeças pensantes desse processo – questões econômicas, políticas e filosóficas; ainda tem muitas pessoas que preferem o modelo mais antigo, pelo lucro que a loucura gera; a forma como se estabelecem as relações de poder nas instituições totais corroboram para o travancamento do processo; políticas de saúde insuficientes.

4) trabalho conjunto com toda a equipe; reuniões com residentes e equipe para discussão sobre assuntos cotidianos, para expressão de críticas, sugestões, desejos; deve-se levar em conta, em cada ato, as singularidades de cada pessoa; dar continuidade às atividades extra-muros que já ocorrem; aumento da frequência de atividades extra-muros;

atividades extra-muros que envolvam algo feito pelos próprios residentes (como na preparação de mudas para venda); mais recursos para atividades com os residentes (como para transporte); fazer viagens com os residentes; continuidade das atividades da Terapia Ocupacional; é necessária uma preparação em que se trabalhe com o desenvolvimento da independência em atividades básicas, cotidianas (higiene, alimentação); desenvolvimento de atividades voltadas para a sociedade, no intuito de quebrar os estigmas e prestar esclarecimentos sobre a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização; divulgação sobre questões voltadas para a Reforma Psiquiátrica; requer trabalho voltado para a família do residente; criação de mecanismos de geração de renda; maior abertura do hospício para a comunidade; maior envolvimento de atores sociais de outros campos; acompanhamento do residente pela equipe e pelos serviços substitutivos, que devem dar suporte e apoio a essas pessoas; no processo deve haver o envolvimento da família; a volta ao convívio familiar deve ser a primeira opção; Residências Terapêuticas; no caso da ida às Residências Terapêuticas: capacitação das pessoas que serão cuidadores, com intercâmbio de informações com os que já são cuidadores em outras RT ou com pessoas que trabalham no hospital psiquiátrico; conhecimento anterior da casa; contato anterior entre residentes e cuidadores; visita dos cuidadores ao hospital, para criação de vínculos com residentes; requer RT mais complexas; articulação com a rede básica para garantir que os residentes terão espaço nos serviços e na sociedade, para que não precisem retornar ao hospital psiquiátrico; presença de atores mais antigos dessa luta no processo atual; desenvolvimento de mais trabalhos voltados para o corpo; investimento em atividades dentro de instituições asilares, que contribuem para a desconstrução dos manicômios mentais.

5) Ida ao shopping, ao banco, ao Parque das Dunas, ao Forte dos Reis Magos, à praia, ao supermercado, a almoços, passeio para visita aos familiares; aplicação do dinheiro em consultas médicas, compras; participação em conferências; organização de mudas e saída do hospital para venda destas. São freqüentes, ocorrendo uma vez por semana, geralmente às sextas-feiras.

6) Contribuem para o processo de ressocialização, pela criação e fortalecimento de laços sociais, e para o retorno ao contato com o mundo fora do hospital; contribuem para que haja mais aceitação do louco por parte da sociedade, para que o preconceito existente perca a potência; contribuem para o resgate da autonomia; desperta a vontade de se reinserir na sociedade; são momentos de lazer e de saída da rotina; trazem felicidade momentânea pra eles, expressa por meio dos comentários sobre o passeio e pedido de uma próxima saída; são uma preparação para a saída do hospital, contribuem para o processo de desinstitucionalização; a longo prazo, não ajuda. Eles ficam na mesma condição, pois são assim mesmo; permite independência financeira.

#### Enfermaria Feminina:

1) Pacientes anti-sociais; grupo de pacientes que sofre o abandono institucional, o abandono da equipe ao longo dos anos, abandonadas primeiro pelas políticas de saúde, pelas famílias; isoladas, que não interagem com a equipe ou com as outras usuárias; apáticas; são pacientes que merecem uma atenção especial. Elas se diferenciam por serem moradoras, pelo tempo de internação, pela perda ou a ausência da referência familiar; participam pouco de atividades tanto fora quanto dentro do hospital. Não aceitam sair do ambiente em que vivem; não tem independência pra nada. São dependentes e isso corresponde a uma seqüela da institucionalização, o auto-cuidado é mais comprometido (a maioria toma banho e come com ajuda de outras pessoas); Interagem bem com as outras usuárias e com a equipe. Participam das atividades propostas no hospital.

2) O convívio extra-muros é ideal. Elas precisam da reintegração social. O hospital é pra ser um lugar de rotatividade e não de moradia. A estrutura, tudo interfere. Necessária para resgate da autonomia e exercício da cidadania dessas pessoas. Sou a favor da

desinstitucionalização; Eu acho importantíssimo, porém deve ser feito com respeito e com cuidado, passo a passo; É importante, mas precisa de um preparo grande com a paciente e também com os técnicos (que irão trabalhar nas Residências Terapêutica) ou a família; Não é uma boa idéia, por causa da desassistência. A equipe do hospital psiquiátrico era mais preparada para atender alguns quadros específicos; A saída do hospital é difícil porque elas não tem família, não tem vínculo com ninguém

(o hospital) é a casa delas. A RT é um processo demorado; é algo bom, pois muda o comportamento, passam a viver como pessoas normais, a exemplo das pessoas que já vivem nas RT; a vida fora do hospital é possível, mesmo diante de todas as dificuldades; É um trabalho de base social: não adianta tratar o doente sem tratar a sociedade. O estigma dificulta a reinserção na sociedade; Deve ser encarada como uma questão política que depende da militância dos técnicos.

3) Pouco trabalho extra-muros e a resistência delas; Quadros clínicos diversos; Espaço físico da enfermaria; Políticas de saúde / questão burocrática e estrutural, que cabe à gestão; Estigma existente na sociedade; Questões financeiras / interesses políticos envolvidos na liberação de verbas; Pouca preparação dos profissionais para receber os pacientes; Quantidade de Residências Terapêutica e outros serviços que dão suporte aos usuários fora do ambiente hospitalar é muito pequena, considerando a quantidade de pessoas.

4) As atividades que já vem sendo feitas, ir aprimorando-as; frequência e a regularidade das atividades extra-hospitalares: Participação em eventos comunitários, em escolas, em outras atividades junto a outras pessoas, caminhadas no parque, visitas às famílias, saídas para compras (observar o desejo, ouvi-los), buscar saber o que elas pensam, o que querem fazer e o que sentem diante das mudanças; O estudo do perfil de cada uma das residentes através de vários profissionais poderia contribuir para análise da situação de cada uma delas e a possibilidade ou não de sair do hospital; Equipe integrada em contato com as residentes, informando, perguntando, conversando, dando atenção a elas.

5) Ida ao shopping, ao banco, ao Parque das Dunas, ao Forte dos Reis Magos, à praia, ao supermercado, a almoços, passeio para visita aos familiares; aplicação do dinheiro em consultas médicas, compras; participação em conferências; organização de mudas e saída do hospital para venda destas. São freqüentes, ocorrendo uma vez por semana, geralmente às sextas-feiras.

6) Importantíssimas, mas precisam ser melhor trabalhadas, mais incentivadas até mesmo com a equipe; É importante pela quebra do preconceito, pela auto valorização deles, pela riqueza de conhecimento que eles tem, o contanto com a natureza, com as pessoas, com o carro que passa, com o novo; É muito bom pra eles. Muda a postura corporal, muda comportamento. Eles se sentem mais importantes; É muito gratificante, muito positivo; Deve ser mais freqüente e prestar mais assistência às residentes; Não conhece as atividades, mas acha interessante a iniciativa, porque possibilita conhecer o mundo lá fora; Não tem nenhum efeito, porque muitas vezes elas não sabem nem que estão vivendo aquilo, além de que elas pouco saem; No hospital, há pouco a oferecer para elas também; As atividades poderiam ser mais dinâmicas; São muito importantes para trazer de volta o contato com o mundo lá fora, resgatar autonomia, fazer suas próprias escolhas; acho que contribui para a ressocialização, para a aceitação social e entendimento, pela sociedade, de que eles são doentes, e não marginalizados; Ajuda na integração deles na vida fora do hospital.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Diante das respostas dos profissionais das duas enfermarias, neste primeiro momento, percebemos em seus discursos a descrença na desinstitucionalização. Efetivamente, os técnicos entrevistados a creditam que o lugar da loucura ainda é entre os muros institucionais especializados.

Acreditam que o trabalho executado fora dos muros do hospital são importantes, porém, merecem maior atenção e melhoria na sua ação. Estas não deveriam ser consideradas apenas um 'passa tempo' e sim uma proposta de reconstrução social para o usuário.

Percebemos, ainda, discursos diferentes entre os técnicos que trabalham na enfermaria feminina e a enfermaria masculina. Na fala dos técnicos identificamos uma experiência mais ampla, no que se refere às práticas extra-muros lá desenvolvidas, por parte dos moradores masculinos do que pelas moradoras que integram a enfermaria feminina. Por certo este dado nos chamou a atenção e deverá constar em estudos mais aprofundados no decorrer de nossa pesquisa.

Iniciaremos a segunda parte da nossa pesquisa no mês de outubro, que será caracterizada pela efetivação de práticas corporais com os técnicos que foram entrevistados, como também, com os moradores do hospital, que ocupam as duas enfermarias.

Entendemos que cumprimos este primeiro momento da pesquisa com resultados significativos para o andamento da mesma. Estes resultados já estão sendo referenciais para a produção de artigos científicos nesta área, como também, um suporte teórico fundamental para as nossas futuras ações metodológicas, no que se refere às práticas corporais que serão vivenciadas no hospital onde a pesquisa ocorre.

## REFERÊNCIAS

Amarante, P. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 23 (4), 64-73. (1995).

Aguiar, K. F. e Rocha, M. L. da R. (2003). **Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises**. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23 (4), 64-73.

Basaglia, F. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz. (1979).

Hucitec. **Desinstitucionalização**. (pp. 89-99). 2ª ed. São Paulo:

Merleau-Ponty, M. **Pensar o Corpo**. Tradução: Lúcia M. Endlich Orth. Petrópolis: Vozes. (1999)

Nicácio, F. **Desinstitucionalização, uma outra via**. (Org.).

Nóbrega, T. P. **Fenomenologia da Percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes. (2005).

**O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz. \_\_\_\_\_ (2007).

Rotelli, F., Leonardis, O. de & Mauri, D **Corporeidade e Educação Física: do corpo-objeto ao corpo-sujeito**. Natal: EDUFRN.. (2001).