



Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental*

The effect of mental illness on the activity of daily living: a challenge for mental health care

Vida cotidiana después de la enfermedad mental: desafío para la atención en salud mental

Mariana Moraes Salles¹, Sônia Barros²

RESUMO

Objetivos: Procurou-se investigar como a doença mental afetou a vida cotidiana do paciente que está convivendo na sociedade e analisar as possibilidades de inclusão social encontradas pelos sujeitos da pesquisa. **Métodos:** Utilizou-se a metodologia qualitativa para abordar este tema e o conceito de cotidiano de Agnes Heller como fundamento da pesquisa. Foram realizadas 13 entrevistas com pacientes de um hospital psiquiátrico e 9 com familiares, e o material coletado foi submetido à análise do discurso. **Resultados:** Após o adoecimento mental há menos opções sociais e o rompimento com as atividades que esta população costumava realizar; porém, os pacientes encontram outros afazeres e novas possibilidades sociais, apesar de ainda serem necessários investimentos para inclusão social desta população. **Conclusões:** Indica-se que os serviços substitutivos valorizem as pequenas atividades da vida cotidiana, que geram autonomia e iniciam um processo de construção de um lugar social, sem esquecer os grandes desafios como a inclusão no mercado de trabalho e os relacionamentos afetivos.

Descritores: Saúde mental; Hospitais psiquiátricos; Serviços de saúde mental; Pessoas mentalmente doentes

ABSTRACT

Objectives: To investigate the effect of mental illness on the activity of daily living among individuals living in the community and to examine the options of those individuals for social inclusion. **Methods:** This qualitative study was guided by Agnes Heller's conceptualization of daily life. The sample consisted of 13 individuals who received care in a psychiatric hospital and 9 of their family members. Data were analyzed through content analysis. **Results:** Mental illness affected an individual's social participation and his or her activities of daily living. Although there were less opportunities for social inclusion, individuals with mental illness continued to be able to find other social possibilities. **Conclusions:** Mental health services valued the importance of daily life activities, which can promote autonomy and a place in society. It is important to recognize the challenges of individuals with mental illness for inclusion in the job market and interpersonal relationships.

Keywords: Mental health; Hospitals, psychiatric; Mental health services; Mentally ill persons

RESUMEN

Objetivos: Se procuró investigar cómo la enfermedad mental afectó la vida cotidiana del paciente que está conviviendo en la sociedad y analizar las posibilidades de inclusión social encontradas por los sujetos de la investigación. **Métodos:** Se utilizó la metodología cualitativa para abordar este tema y el concepto de cotidiano de Agnes Heller como fundamento de la investigación. Se realizaron 13 entrevistas con pacientes de un hospital psiquiátrico y 9 con familiares, siendo sometido al análisis de discurso el material recolectado. **Resultados:** Después de la enfermedad mental hay menos opciones sociales y la ruptura con las actividades que esta población acostumbraba realizar; sin embargo, los pacientes encuentran otras ocupaciones y nuevas posibilidades sociales, a pesar de que aun sea necesario hacer inversiones para la inclusión social de esta población. **Conclusiones:** Se indica que los servicios sustitutivos deben valorizar las pequeñas actividades de la vida cotidiana que generan autonomía e inician un proceso de construcción de un lugar social, sin olvidar los grandes desafíos como la inclusión en el mercado de trabajo y las relaciones afectivas.

Descriptores: Salud mental; Hospitales psiquiátricos; Servicios de salud mental; Enfermos mentales

* Trabalho extraído da dissertação de mestrado "Internação em hospital psiquiátrico: o (des)caminho para vivência do cotidiano e da inserção social", apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

¹ Pós-graduanda em Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil; Terapeuta Ocupacional do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira - HSPE-FMO - São Paulo (SP), Brasil.

² Livre-docente, Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil

INTRODUÇÃO

Este trabalho se refere a um estudo do cotidiano do doente mental que passou um período de tempo fora da instituição manicomial, mas foi reinternado após fracasso em sua reinserção social e sendo focalizada a etapa da vida cotidiana do paciente entre as internações.

É importante reconhecer, que apesar desta realidade de sucessivas reinternações psiquiátricas do doente mental, o contexto atual e as diretrizes em saúde mental indicam uma forma de atenção em saúde mental que propicie o retorno do paciente à vida na comunidade, evitando as reinternações em hospitais psiquiátricos.

O processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica teve início no final da década de 1970, inserido em um quadro político social de redemocratização. Este movimento deu origem ao questionamento das condições de atendimento aos pacientes e à hegemonia dos hospitais privados, o que apontava para a necessidade de investimento no setor público.

Procurava-se superar a crença de que o hospital psiquiátrico era o único local para se tratar os transtornos mentais, e foram propostos serviços substitutivos que operassem em regime aberto, respeitando e ampliando os direitos do pacientes, buscando a reintegração social e familiar.

Nesse contexto, o foco do tratamento desloca-se do sintoma para a singularidade de cada paciente – sua história, sua cultura, sua vida cotidiana – apontando para um processo que facilita ao indivíduo o exercício de sua autonomia e funções na comunidade, otimizando suas possibilidades com uma estratégia personalizada⁽¹⁾.

Porém, hoje coexistem os hospitais psiquiátricos, mantendo resquícios do modelo manicomial, e os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial e os hospitais-dia.

Um grande diferencial entre o modelo hospitalocêntrico e a proposta contra hegemônica, que nega o modelo clássico, é a busca pela inclusão social do doente mental, propondo não apenas o tratamento em serviços substitutivos, mas também novas relações sociais e espaços de vida⁽²⁾.

A exclusão social está relacionada a um processo de expulsão do mercado de trabalho, fragilização social e impossibilidade de exercício da cidadania, sendo que, para construção da inclusão social, o sujeito deve ser capaz de conduzir a sua própria história⁽³⁾.

É possível identificar que as pessoas com transtornos mentais ainda estão entre as mais excluídas da sociedade. Na complexa relação entre exclusão social e doença mental, muitos dos elementos característicos da exclusão social (como desemprego, baixa renda e falta de rede social) são, ao mesmo tempo, causas e conseqüências da doença mental⁽⁴⁾.

Assim, este estudo foi desenvolvido com a finalidade de

contribuir para a assistência ao paciente psiquiátrico, auxiliando no processo de sua inserção social. Para atingir esta finalidade, os objetivos específicos foram investigar como a doença mental afetou a vida cotidiana do paciente que está convivendo na sociedade, e analisar as possibilidades de inserção social encontradas pelos sujeitos da pesquisa.

TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

A abordagem qualitativa foi utilizada no processo metodológico desta pesquisa, buscando esclarecimento sobre as relações sociais que informam sobre o campo da saúde. Alguns aspectos mostraram-se fundamentais, como “as relações entre indivíduo e sociedade; entre ação, estrutura e significados; entre sujeito e objeto; entre fato e valor; entre realidade e ideologia e a possibilidade do conhecimento, visto sob o prisma de algumas correntes sociológicas”⁽⁵⁾.

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

Estar inserido na sociedade é organizar uma vida cotidiana capaz de conduzir a uma continuidade, em interação com os outros a sua volta e com o modo de produção da sociedade⁽⁶⁾.

O indivíduo se insere na sociedade, assimilando e participando do cotidiano da comunidade. As atividades do dia a dia de cada pessoa estão relacionadas com as atividades cotidianas de sua família, amigos, colegas de trabalho, constituindo uma trama de relações sociais vinculadas a estas diferentes atividades. Nessa trama, o indivíduo pode apropriar-se, a seu modo, da realidade e colocar a marca de sua personalidade, mantendo sua particularidade e construindo uma vida inserida na sociedade⁽⁶⁾.

Como categoria analítica, nesta investigação, foi utilizado o conceito de Reabilitação Psicossocial, que procura estabelecer melhores negociações entre as necessidades dos pacientes e as oportunidades do contexto⁽¹⁾.

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

O fundamento do conceito de cotidiano relaciona-se com os pressupostos de Reabilitação Psicossocial, quando afirma que o portador de transtorno mental pode

construir uma vida, na sociedade, articulada com as diferentes esferas, sem perder sua particularidade, além de ambos discutirem a inserção social, modo de produção social e as redes de relação.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em 2004, em um hospital especializado em psiquiatria que desde a sua fundação em 1958, presta atendimento a pacientes em regime de internação. Este hospital situa-se na cidade de São Paulo - SP. É um hospital particular que atua em convênio com o Sistema Único de Saúde, na época da pesquisa operava com 440 leitos, distribuídos em diferentes espaços físicos, denominados "alas".

O hospital estabelece uma rotina para os pacientes com horários pré-estabelecidos, que devem ser cumpridos. Faz parte da rotina do hospital: acordar, arrumar a cama, tomar banho, tomar a medicação da manhã, tomar o café da manhã, aguardar no pátio ou corredores a limpeza da ala, almoçar, tomar novamente a medicação (caso seja indicado), ficar no pátio ou assistir TV, jantar e tomar a medicação da noite.

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

Participantes da pesquisa

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

Os pacientes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: pacientes internados no hospital há mais de um mês (que tiveram a possibilidade de sair da fase aguda da doença); que tenham sido reinternados no hospital no período inferior a seis meses (ou seja, que viveram na comunidade por algum tempo, mas cuja permanência foi inviável, tendo recorrido a reinternação); conscientes, orientados no tempo e espaço, capazes de manter um diálogo, sem déficit cognitivo moderado ou grave (em condições para responder às perguntas e participar da entrevista) e que estivessem de acordo em participar da pesquisa. O critério de seleção dos familiares dos pacientes entrevistados foi apenas concordar em participar da pesquisa.

Como a maioria dos leitos do hospital era destinada a pacientes do sexo masculino, foram entrevistados 12 homens e uma mulher, com idade entre 20 e 51 anos, totalizando 13 pacientes entrevistados. Foram realizadas nove entrevistas com os familiares destes pacientes, pois

quatro familiares não concordaram em participar da pesquisa; os familiares eram mulheres, em geral mães e cuidadoras dos pacientes, entre 45 e 73 anos. Estas entrevistas foram realizadas no próprio hospital.

A entrevista semi-estruturada foi direcionada para a história de vida tópica, que dá ênfase a determinada etapa ou setor da vida pessoal ou de uma organização. Nesta pesquisa foi analisada a etapa da vida pessoal do paciente no período entre internações⁽⁵⁾.

O hospital foi informado sobre os objetivos, finalidades e procedimentos metodológicos do estudo. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do hospital e a instituição autorizou o seu desenvolvimento. O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo também autorizou o desenvolvimento da pesquisa. Os pacientes e familiares foram informados sobre os motivos do estudo, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e lhes foi garantido o sigilo sobre a identidade dos entrevistados.

Análise dos dados

A análise do discurso foi usada como forma de interpretação e apreensão da realidade apoiada no material coletado, visando "compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido"⁽⁵⁾. O discurso é produzido no interior de instituições, de grupos, de um determinado contexto social e a partir de uma construção histórica.

A análise do discurso concebe "a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social" analisa a relação estabelecida pela língua, entre os sujeitos que falam e as situações em que se produz o dizer⁽⁷⁾.

O analista delimita, separa e põe em correspondência os fragmentos enunciados, organizando-os para submetê-los a análise. A partir da heterogeneidade do texto se cria um trajeto temático, baseado nos fragmentos enunciados⁽⁸⁾. No processo de análise delineiam-se limites, recortes e retomam-se conceitos e noções da teoria⁽⁷⁾.

Relendo os diversos temas emergentes, procurou-se as afinidades entre eles, tentando identificar as categorias empíricas inerentes ao discurso. Neste artigo será dado enfoque à categoria "cotidiano", com ênfase nas transformações ocorridas após o adoecimento mental e nas possibilidades dos pacientes para o futuro.

RESULTADOS

Na análise do discurso dos pacientes e familiares, a vida cotidiana foi um tema abordado, e percebeu-se a relevante separação realizada pelos sujeitos da pesquisa sobre a ruptura causada pela doença, que os levaram a falar de um cotidiano antes da doença e um cotidiano após a doença. Também emergiram como temas as

expectativas, os desejos, apesar da doença mental.

Nos depoimentos analisados, o passado é relacionado com maiores possibilidades de atividades e inclusão social. Aparece uma cisão com o “antes da doença”, quando havia maior probabilidade e opções de trabalho, lazer e amigos.

P 10 – Perdi o interesse de profissão, de namorada, da vida de casado.*

P 9 – Agora eu não fiz mais nada. Depois que fiquei doente.

P 3 – Já faz um ano que não trabalho. Desde que fiquei doente.

FP 8 – Teve amigos, mas isso aí faz um tempo, depois se retiraram. Então, agora não. Não tem um amigo.

Fica marcada uma interrupção da continuidade da vida, das atividades, relações e do lugar social do sujeito, determinada pelo adoecimento. Há uma comparação entre o cotidiano do “antes” do adoecimento e o cotidiano do presente. A internação é reconhecida como um marco desta ruptura na vida cotidiana.

Os pacientes relataram dificuldade em manter a sua rede social relacionada a amigos e trabalho, associando a doença a um abatimento e desesperança. A doença carrega consigo um vazio para a vida do paciente.

Porém, apesar de relatarem estes rompimentos na vida cotidiana, os pacientes revelaram diversas atividades que realizam durante o dia, que são apresentadas como afazeres úteis, que permitem o contato social e se opoem à apatia causada pelo adoecimento mental.

Um elemento que apareceu com frequência na fala dos pacientes foi a ocupação com limpeza e organização da casa, um cuidado com o ambiente em que vivem, o que demonstra responsabilidade e capacidade de independência.

P 11 – Eu lavo louça, eu passo pano no chão, eu lavo banheiro.

P 7 – Depois eu volto para casa, lavo a minha roupa, cuido da minha casa.

A família apontou os afazeres domésticos como uma forma de valorização das capacidades do paciente e associam esta capacidade a uma fase de estabilização da doença. Os cuidados com a casa emergem como uma forma de inclusão e aceitação na família.

FP 11 – Ele é tão prestativo. Às vezes a pessoa está descendo o lixo, ele ajuda. Às vezes está lavando a frente da portaria, ele pede pra ajudar. Muito prestativo.

FP 11 – Precisa ver que filho tranqüilo. Eu acho o apartamento

* As abreviações “P”, “FP” se referem, respectivamente, à fala do paciente e de seu familiar. Por exemplo, em “P 13” e “FP 13”, o paciente 13 e o familiar deste paciente são os entrevistados. Em apenas um caso há o depoimento de dois familiares, a mãe (“F1 P1”) e a irmã (“F2 P1”).

limpo, o banheiro lavado, a cozinha impecável. É caprichoso. Mas quando está em crise é irreconhecível.

Os afazeres domésticos promovem o ajustamento do homem ao social, transformam o cotidiano em ações, atos classificáveis, que orientam o fazer cotidiano prático do homem como legitimador da ordem social⁽⁹⁾.

Ser capaz de cuidar da casa é um dos primeiros passos para se conquistar independência e viver na sociedade sem precisar do auxílio diário de outras pessoas.

Além dos afazeres domésticos, aparecem outras atividades realizadas pelo paciente quando está em casa, que o colocam em conexão com o mundo compartilhado, como as atividades de lazer. O lazer é uma escolha pessoal, nasce de um interesse particular, de um desejo individual, pois as atividades de lazer estão em oposição às atividades obrigatórias.

Os pacientes elegeram uma série de atividades que lhes eram atrativas e prazerosas, como assistir à televisão, ouvir música, ler jornal. A maior parte destas atividades se realiza em casa, em geral podem ser atividades compartilhadas, mas aqui aparecem como uma ação solitária, individual. São atividades acessíveis, que se apresentam como um recurso para os pacientes inclinados ao retraimento, mas sem deixar de reportá-los ao mundo externo, já que a televisão e a música fazem parte do espaço social.

P 8 – Eu gosto de escutar música, gosto de escutar rock’n roll e reage.

P 4 – (Sobre atividade de lazer) Só ir na praia de vez em quando, olhar a praia, olhar o mar, passear de bermuda até o joelho e tudo bem.

P 3 – Gosto de jogar bola e de ler gibí.

As atividades de lazer se opõem à apatia, suprimindo os pacientes de assuntos que podem ser compartilhados. A escolha de uma atividade de lazer exprime iniciativa e uma busca pessoal. De uma forma geral, são importantes para se ter satisfação com a vida, para se sentir bem onde se está, com o que faz.

Os pacientes também relataram outras atividades que faziam parte do seu cotidiano, como a atividade religiosa, a prática de esporte, andar pelo bairro e o contato social. A tendência dos pacientes e familiares é desvalorizar estas atividades e desresponsabilizar os pacientes de outras tarefas que consideram mais importantes. Dessa forma, se reafirma as perdas relatadas pelo paciente devido ao acometimento da doença.

Nos discursos dos pacientes, também foram identificados seus desejos e projetos para o futuro. Em contraposição à apatia, paralisação e sensação de perda vivenciada pelos pacientes ao se referir ao passado, ao “antes da doença”, as expectativas para o futuro são

promissoras, apresentam vivacidade.

A principal perspectiva é de poder viver melhor, que inclui constituir família, expandir e intensificar os relacionamentos, trabalhar e não necessitar de internações como forma de tratamento.

O desejo de conseguir se relacionar com os outros se apresenta como algo relevante, sendo pontuada a expectativa de namorar e constituir sua própria família, construir um vínculo estável, ter alguém com quem contar, estabelecer um relacionamento afetivo. A carência relacional representa a exclusão social, a perda dos papéis e interações sociais desenvolvidas antes do processo de adoecer⁽¹⁰⁾.

P 11 – (Queria) Namorar, ir no cinema, levar a namorada pra minha casa, ter filhos.

P 10 – (Queria) Construir uma família, construir uma vida, porque eu sofri demais já.

P 8 – Eu queria ser feliz, arrumar um lugar para mim, casar e ter filhos.

Outro ponto de fundamental importância foi a expectativa de trabalhar. A entrada no mercado de trabalho representa um marco para a construção da vida adulta, para a constituição de uma rede social, para o reconhecimento de ser alguém capaz.

O trabalho é uma forma de conquistar um lugar de integração social, além de ser reconhecido como um meio que possibilita ao ser humano reproduzir a sua vida material (comer, beber, vestir) e social (lazer, convivência e liberdade)⁽¹¹⁾.

P 10 – Mas quem sabe eu posso melhorar, né? Quem sabe, eu posso arrumar um serviço, né? E... Que seja interessante, e que eu possa me levantar na vida, né? Que eu possa andar bem trajado, com dinheiro no bolso, comprar uma carteira, comprar uns aparelhos, alguma coisa em casa, né? E o que eu penso na vida é ajudar a minha mãe.

P 8 – Eu mudaria... Eu arrumava um emprego. Emprego registrado. Permanente pra vida toda, até ficar velhinho.

P 4 – (Queria) É trabalhar, é claro. Trabalhar, trabalhar por conta própria.

Também aparece o prazer com as pequenas coisas na vida, como passear, comer algo especial, sair com amigos, ir para a praia, seguir uma religião. Aparentemente são detalhes, mas é a partir da constituição dos pequenos fragmentos, momentos agradáveis e significativos, que se aproxima de um bem-estar, da construção da própria vida.

A intenção dos serviços substitutivos se dirige a favorecer a manifestação da pessoa doente, para poder apreender a doença como uma experiência singular. O olhar da equipe técnica passa a encontrar o doente, sua história, seus hábitos, seu ambiente social, seu jeito de viver a vida. A proposta é ajudá-los a lidar melhor com

suas dificuldades, criando condições e possibilidades para que eles possam participar do jogo social⁽¹²⁾.

P 10 – Quero domingo comer feijoada, tem cachoeira para ir.

P 8 – Eu tinha vontade de sair na sexta-feira e ir para um barzinho e tomar uma cervejinha. É disso que eu sinto falta.

P 4 – Eu pretendo ir morar na minha casa no litoral, só isso, e visitar a minha mãe na casa dela, na cidade, em São Paulo.

FP 4 – Eu acho que ele precisava fazer alguma coisa, uma habilidade seria bom, acho que a pessoa ficava melhor, não ficava tão agitado.

O que os pacientes querem para o futuro é participar das atividades socialmente aceitas, que são esferas da vida cotidiana para o senso comum: amor, trabalho, diversão, saúde e dinheiro.

DISCUSSÃO

Foi possível perceber, nos relatos dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico, que o adoecimento mental causa uma ruptura na vida cotidiana das pessoas, marcada por perdas materiais e afetivas. A doença é relacionada pelos sujeitos da pesquisa à falta de vontade, à inação, à restrição de possibilidades e capacidades. E os depoimentos confirmam esta falta de possibilidades, a situação de ausência de interesses, em um cotidiano monótono, em uma circunstância de isolamento.

Evidencia-se que os laços sociais tornam-se frouxos, revelando a dificuldade de inclusão na rede social primária de familiares, amigos e vizinhos. Além disso, a doença também marca a dificuldade de inclusão pela via do trabalho, diminuindo as possibilidades dos pacientes.

Corroborando com resultados de outras pesquisas^(10-11,13) este estudo reafirma as conseqüências devastadoras do adoecimento mental, que leva a pessoa com transtorno psíquico a ser desvalorizada e excluída em seu contexto social.

Mas, em contraposição ao abatimento causado pela comparação com o que podia fazer “antes da doença”, ao esmiuçar o cotidiano desta população, aparecem diversas ocupações que estão presentes no dia a dia dos pacientes e que lhes conferem um lugar social.

Dentro daquilo que aparentemente é considerado como “não há nada para fazer”, ao se investigar o cotidiano com uma lupa, emergem diversas micro-possibilidades de atividades e inclusão social. Estas ocupações costumam ser desvalorizadas, se comparadas às atividades de trabalho, por exemplo, o que aumenta a impressão de vazio e desconexão com o mundo compartilhado.

Entretanto, os pacientes não perdem o otimismo em relação às expectativas para o futuro, apresentam o desejo de mudança, de ruptura com a inércia, com a falta de trabalho e de relacionamentos.

Reafirmando resultados de pesquisa na área de inclusão social, a expectativa de uma vida melhor constitui uma âncora, que estabiliza a vida no presente, oferecendo significado, direção e otimismo à vida. Para a reabilitação do indivíduo, é preciso que ele tenha esperança e acredite em si mesmo ⁽¹³⁾.

O processo de Reabilitação Psicossocial refere-se à possibilidade do paciente de exercer a cidadania e adquirir autonomia, formação profissional, capacidade social, bens materiais. Constitui-se na capacidade das pessoas de exercer plenamente seus direitos, construir a própria habilidade de acesso ao valor, no caminho da emancipação.

É o próprio paciente, no interior do sistema de relações em que se encontra, que poderá desenvolver novas formas de autonomia mesmo que a doença mental não apresente remissão, é possível desenvolver potencialidades afetivas que diminuam a vulnerabilidade, e possibilitem a formação de vínculos sociais ⁽¹⁴⁾.

Na cotidianidade que não é alienada o indivíduo conduz a sua própria vida, em uma relação consciente com o particular e o coletivo, apropria-se da realidade e impõe a ela a marca da sua personalidade ⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apresentado pelos entrevistados, o que os

pacientes querem fazer, suas expectativas para o futuro, nada mais são do que a reabilitação. Há uma convergência entre o discurso dos pacientes e as propostas da Reabilitação Psicossocial. Os sujeitos do sofrimento psíquico referem que desejam se tratar, cuidar da saúde, constituir família, ter amigos, trabalhar; querem um cotidiano inserido na comunidade, querem um processo de reabilitação de sucesso. O desafio de vida do doente mental, seus planos para o futuro apresentam similaridades com as finalidades da Reabilitação Psicossocial.

Os pacientes, ao relatarem sua vida cotidiana, por um lado indicam alguns caminhos que possibilitam a construção de uma vida socialmente inserida, a partir da constituição e valorização das pequenas atividades da vida diária, como o lazer, esporte e atividades domésticas. Por outro lado, descrevem grandes barreiras que, em geral, não conseguem passar, como a inclusão no mercado de trabalho e os relacionamentos afetivos.

Assim, é necessário que esses aspectos sejam tratados pelos serviços de saúde mental que visam à inserção social do doente mental, incluindo nas práticas das equipes em saúde mental a atenção às pequenas atividades da vida cotidiana, que geram autonomia e iniciam um processo de construção de um lugar social, até os grandes desafios como a inclusão no mercado de trabalho e os relacionamentos afetivos.

REFERÊNCIAS

1. Pitta A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 19-28.
2. Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1):4-9.
3. Barros S, Aranha e Silva AL, Oliveira MAF. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes: um desafio pedagógico. *Cad IPUB*. 2000;6(19):171-80.
4. Sayce L. Social inclusion and mental health. *Psychiatr Bull*. 2001; 25:121-3.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
6. Heller A. La revolución de la vida cotidiana. 2a ed. Barcelona: Península; 1994.
7. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 2007.
8. Mazière F. A análise do discurso: história e práticas. São Paulo: Parábola; 2007.
9. Francisco BR. Terapia ocupacional. 2a ed. Campinas: Papyrus; 2001.
10. Souza RC. Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: o caso de Ilhéus-BA [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.
11. Aranha e Silva AL. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1997.
12. Melman J. Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998.
13. Perkins R, Repper J. Social inclusion and recovery: a model for mental health practice. London: Baillière Tindall; 2003.
14. Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira Júnior A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(3): 448-56.
15. Heller A. O cotidiano e a história. 6a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2000.