

RELAÇÕES ENTRE O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO/INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO ESPECIAL E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL: UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO POR MEIO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM LONGA HISTÓRIA DE INTERNAÇÃO

ARAÚJO, Alessandra de. (UFSCar)

Educação Especial (GT 15)

Agência Financiadora: FAPESP

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as várias áreas de conhecimento humano vêm sendo objeto de reflexão e questionamento quanto a seus paradigmas. Também a Educação Especial e a Saúde Mental passam por mudanças significativas nos campos teórico, prático, político e social. Com base nos novos princípios e diretrizes traçados pelos documentos oficiais, através do Movimento de Integração/Inclusão na Educação Especial e do Movimento de Desinstitucionalização na Saúde Mental, busca-se oferecer aos indivíduos portadores de deficiências e de transtornos mentais condições para a conquista e o exercício da cidadania. Em relação aos pacientes psiquiátricos com longa história de internação, trabalha-se em seus processos de reabilitação psicossocial com o objetivo de proporcionar-lhes o retorno à vida em sociedade. Isto exige, além do suporte social envolvendo várias áreas de atuação, uma assistência particularizada, a qual deverá respeitar a singularidade de cada caso e responder às necessidades especiais de novas aprendizagens.

O trabalho aqui apresentado tem como objetivo, ao estabelecer relações entre as duas áreas de conhecimentos, contribuir com as discussões acerca do processo de integração/inclusão na Educação Especial e de desinstitucionalização na Saúde Mental. Tais discussões têm como base uma pesquisa de intervenção, realizada com pacientes psiquiátricos com longa história de internação, por meio do acompanhamento terapêutico, o qual se apresentou como uma ferramenta útil na concretização de tais processos.

O MOVIMENTO DE INTEGRAÇÃO/INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO ESPECIAL

Da Antigüidade Clássica aos dias atuais, profundas mudanças aconteceram no modo de conceber o indivíduo excepcional. Isso porque a excepcionalidade não é algo *per se*, localizada no indivíduo, sendo este o responsável por ela, e sim, uma concepção resultante de

uma teia de significações dependente das relações entre os valores científicos, sociais, morais, filosóficos, éticos e religiosos.

Ao analisarmos nossa história, observamos que a forma como nos relacionamos com as pessoas portadoras de deficiências varia de acordo com os diversos valores instituídos em uma dada sociedade num determinado momento histórico, bem como de acordo com a nossa capacidade de lidar com as diferenças de outros seres humanos.

Assim, se na Antigüidade Clássica as crianças deficientes eram abandonadas e mesmo eliminadas por não serem consideradas aptas para a arte de guerrear, durante a Idade Média, com a difusão da doutrina cristã, instituições asilares foram criadas para recolher indiscriminadamente loucos, prostitutas, mendigos e excepcionais, uma vez tratarem-se de “filhos de Deus”, incapacitados para uma vida social e econômica aceitável. Por outro lado, com o fortalecimento da ciência moderna no século XIX, os portadores de deficiência passam então a ser objeto de estudo dos agora denominados médicos e psiquiatras, os quais passam a buscar a identificação das causas físicas e biológicas para as deficiências e, a partir das mesmas, estabelecem um modelo curativo para as mesmas (Pessotti, 1984).

Entretanto, constituindo-se a ciência como uma dentre inúmeras das atividades humanas, e sendo o homem um ser fundamentalmente histórico, não podemos compreender a ciência senão como historicamente determinada. Desta forma, se pela análise das produções científicas do final do século passado e até por volta da metade deste, assistimos à influência do modelo médico com uma visão reducionista (organicista e pragmática) dos portadores de deficiências, mais recentemente, temos claramente as influências de um movimento que vem ocorrendo no mundo (nos países desenvolvidos, sobretudo) nas últimas décadas, o qual aponta para a necessidade de garantia dos direitos humanos e civis de todos os homens, independentemente de suas deficiências ou, como preferimos, *diferenças*.

Canziani (1998) em uma breve retrospectiva histórica apresenta os documentos que têm contribuído para a elaboração das políticas e organização dos serviços na área da Educação Especial em vários países do mundo, dentre eles o Brasil. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) apresenta-se como guia para os novos documentos e normas internacionais que ainda vêm sendo construídas. A Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências especializadas como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS), foram as instâncias que mais contribuíram para as

mudanças nas concepções das deficiências.

Cada país, a partir dos princípios gerais traçados pelas organizações internacionais, tem se encarregado da elaboração de legislações específicas, normas e regulamentos que orientem a estruturação de serviços de acordo com sua realidade peculiar.

No Brasil, foi a partir da década de oitenta que tal movimento, baseado nos direitos humanos, passou a atingir os pesquisadores, profissionais e políticos de forma mais expressiva. Dentre os documentos mais importantes norteadores das práticas temos a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), a Política Nacional de Educação Especial (Brasil, 1994) e, mais recentemente, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Brasil, 1996). De modo geral, todos esses documentos procuram oferecer às pessoas portadoras de deficiências as condições necessárias para o exercício pleno da cidadania. Porém, sabemos que as conquistas legislativas, em si, não garantem o pleno exercício da cidadania. Fazem-se necessárias intervenções do Poder Público e da sociedade civil.

Segundo Canziani (1998), cabe ao governo formular políticas e administrar estratégias que garantam a igualdade de oportunidades para todos, e à sociedade civil, o importante papel de mobilização dos agentes públicos e privados para efetivação de ações que mudem a condição dos portadores de deficiências.

Em uma análise global das mudanças na forma de compreender e se relacionar com os portadores de deficiência, notamos, principalmente após a segunda Guerra Mundial, a escolha de um caminho que aponta para a necessidade de valorização, respeito e reconhecimento de que tais pessoas possuem os mesmos direitos e deveres que quaisquer outros cidadãos.

Tal proposta conhecida como de *normalização* e definida como o oferecimento de condições e modelos de vida mais próximas possíveis aos disponíveis às outras pessoas de uma dada sociedade, ganha repercussão nos EUA na década de setenta, expandindo-se na década de oitenta para outros países do mundo como, por exemplo, Canadá e países desenvolvidos do continente europeu (Mendes, 1994).

No desenrolar do processo, durante as décadas de oitenta e início da de noventa, estudos foram realizados com o objetivo de avaliar as estratégias de *integração* dos alunos portadores de deficiência na comunidade. Com as experiências acumuladas, várias críticas surgiram em relação a esse movimento, apontando que a prática da integração social não era suficiente para acabar

com a discriminação social nem para propiciar a verdadeira participação com igualdade de oportunidades.

Atualmente, uma das críticas mais acirradas à *integração social* é a de que através de suas práticas pouco ou nada exige-se da sociedade em termos de modificação de atitudes, de espaços físicos e de práticas sociais (Sasaki, 1997).

Com o intuito de avançar em relação ao movimento de integração, inaugura-se na América do Norte e em países europeus, no fim da década de oitenta, o movimento conhecido como de *inclusão*.

Segundo Sasaki (1998), encontrâmo-nos em um período de transição de um paradigma para outro, sendo compreensível a utilização dos termos *integração* e *inclusão* com diversos sentidos por diferentes pessoas. Há pessoas que utilizam os dois termos como sinônimos, outras usam apenas a palavra *integração*, tanto com o sentido de *integração* como de *inclusão* etc.

Mas, em verdade, o que observamos é que existem posições diversas ao se definir ou compreender o conceito. Como por exemplo, para Sasaki (1997) e Mantoan (1997) *inclusão* significa uma inovação em relação as práticas anteriores, o inaugurar de uma nova fase em que exigir-se-á a participação da sociedade; nas palavras de Sasaki (1997, p. 41) trata-se do

“... processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos”.

Por sua vez, para Amaral (1998) e Carvalho (1997), trata-se de um único movimento em momentos diferentes, uma vez que ao se discutir *integração* e propor formas alternativas de atendimentos, já se levava em conta a necessidade de participação da sociedade e dos próprios portadores de deficiência. Para essas autoras *integração* e *inclusão* têm o mesmo arcabouço teórico e ideológico.

Segundo a própria definição da Política Nacional de Educação Especial (1994), *integração* “é um processo dinâmico de participação das pessoas num contexto relacional (...) A *integração* implica reciprocidade”.

Em relação ao uso e definição do termo *inclusão* concordamos com Amaral (1998) e Carvalho (1997). Acreditamos que se trata de um movimento amplo, observado não só na área

da educação, como na área da saúde, do trabalho, do lazer etc., e que vem se organizando para a criação de um mundo mais justo e democrático, com o reconhecimento e luta pela garantia dos direitos humanos de todas as pessoas, independente de cor, religião, nacionalidade, gênero, tipo de necessidade especial ou qualquer outro atributo pessoal.

Porém, se o uso de um termo *novo*, no caso o de *inclusão*, vir a se constituir em uma forma de chamar a atenção da comunidade civil e científica, dos governantes, dos profissionais e dos próprios portadores de deficiência, para a necessidade de uma nova postura (postura esta que, tal como destaca Amaral (1998), se refere a uma *mudança de mentalidade*, o que implica na construção de uma sociedade solidária, capaz de conviver com a diferença, valorizar a diversidade humana e garantir a cidadania com qualidade de vida a todos) frente a questão da integração, que o novo termo seja incorporado.

Pelo que podemos compreender com base nas referências consultadas sobre o assunto, o movimento de inclusão apresenta-se de forma mais ampla do que até então vinha sendo considerado como concernente à área da Educação, abrangendo várias áreas da convivência humana e extrapolando a noção de integração escolar no ensino regular. O que vem ao encontro da definição de educação constante na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Brasil, 1996), a qual “abrange processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”.

Concebendo o movimento de inclusão como um processo de mudança na forma de compreender e se relacionar com as minorias, a qual exige participação de toda a sociedade, o atual trabalho aqui apresentado representa mais uma experiência com objetivo de contribuir para o processo de inclusão daqueles que foram durante muitos anos considerados valorativamente menores: os pacientes psiquiátricos com longa história de internação.

Os pacientes psiquiátricos com longa história de internação, por estarem há muitos anos privados de praticamente todas as oportunidades oferecidas ao cidadão comum (o oposto do que vimos discutindo sobre o princípio da normalização), são pessoas portadoras de necessidades especiais que precisam de ajuda, temporária ou permanente, para resgatar e desenvolver seus potenciais, o que se aproxima da definição do conceito de *reabilitação* da Política Nacional de Educação Especial: “(...) conjunto de medidas de natureza médica, social, educativa e

profissional, destinada a preparar ou reintegrar o indivíduo com o objetivo de fazê-lo alcançar o maior nível possível de sua capacidade ou potencialidade” (Brasil, 1994, p.9).

O MOVIMENTO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

Tal como na Educação Especial, mudanças nos valores sociais, políticos e econômicos pós Segunda Guerra Mundial levam a um questionamento do modelo psiquiátrico asilar, pautado em práticas de segregação e exclusão, baseadas em relações de poder.

Os estudos de vários autores [Cooper (1967), Goffman (1974), Basaglia (1985), Szasz (1978 e 1980), Laing (1981 e 1982), Foucault (1975, 1993) e Guatarri (1981)] ganham repercussão mundial nessa época. Apesar das diferenças entre suas idéias, todos criticavam a medicalização da loucura e a psiquiatrização do sofrimento, bem como o modo de funcionamento das instituições e as implicações de suas formas de tratamento sobre a vida dos internos. Procuravam em suas análises, levar em consideração a história, a cultura e a sociedade, o que a psiquiatria não conseguia, ficando presa a explicações biológicas.

Têm início as críticas à ideologia hospitalocêntrica com movimentos apontando para a necessidade de mudanças na terapêutica e nas políticas de Saúde Mental. Neste contexto aparece uma rica contestação, em diferentes instituições, às práticas psiquiátricas tradicionais caracterizadas pelo confinamento, exclusão, opressão e violação dos direitos. Um movimento de reforma psiquiátrica que põe em discussão a loucura em seus aspectos psíquicos, sociais e políticos.

Tanto na Europa como na América do Norte inicia-se o movimento conhecido como *desinstitucionalização*, que vem resultando no desenvolvimento de formas alternativas de atendimento e assistência em Saúde Mental. Porém, o termo assumiu características diferentes nos vários lugares em que as experiências foram realizadas, isso de acordo com as políticas públicas estabelecidas. É assim que observamos a Psiquiatria Democrática na Itália, a Análise Institucional na França e a Antipsiquiatria na Inglaterra. Nos Estados Unidos, por exemplo, encaminhou-se a desospitalização dos doentes como uma forma de reduzir custos.

O movimento de *desinstitucionalização* é normalmente caracterizado pelo oferecimento de cuidado e atenção ao doente mental e à sua família em serviços na comunidade local, dispensando, portanto, internações prolongadas nos denominados asilos e manicômios.

Atualmente, no Brasil, a assistência psiquiátrica baseia-se em um modelo de atenção voltado e identificado com os princípios e diretrizes resultantes de alguns encontros como, por exemplo, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a Conferência de Caracas (1990) e a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992). Os documentos oficiais de tais encontros enfatizam a necessidade de reestruturação da assistência psiquiátrica, a fim de garantir os direitos humanos e civis dos usuários.

Em verdade, trata-se de um longo processo democrático iniciado já na década de 70, mas que só pôde ser fortalecido na década de 80, momento de abertura política do país.

Ao se alterar a assistência ao portador de doença mental, uma questão complexa a ser enfrentada, segundo a literatura consultada (Bandeira, Lesage e Morissette, 1994, Delgado, 1990, Figueiredo, 1996), é a reabilitação psicossocial dos chamados pacientes “crônicos”, sujeitos da pesquisa em questão. A reabilitação psicossocial desta clientela é um dos grandes desafios para o processo de desinstitucionalização. Isso porque os chamados pacientes “crônicos” apresentam-se como pessoas com idade média por volta de cinquenta anos, muitas vezes com problemas clínicos, com tempo de internação superior a cinco anos, analfabetas ou semi-alfabetizadas, de classe econômica social baixa, com pouco ou nenhum contato com a família e que estão também há anos afastados do convívio social.

A maioria dos pacientes psiquiátricos com longa história de internação, por estarem há anos internados, perdeu certas habilidades fundamentais para a vida em comunidade. A vida em instituições psiquiátricas, com seus ritos de funcionamento no qual se valorizava a rotina, a dependência e a submissão, concorriam para que muitos deles não exercitassem suas capacidades e até mesmo deixassem de apresentar comportamentos aprendidos antes da internação. Os vários anos submetidos à esta situação fizeram-nos adaptar-se a um estilo de vida com pouco espaço para independência, autonomia, expressão de desejos e vontades, livre arbítrio para ir e vir etc. Agora, com as novas propostas para a saúde mental, espera-se desses indivíduos outras respostas e o que observamos, num primeiro momento, é a expressão de medo, ansiedade e insegurança frente ao desconhecido. São poucos os que se consideram capazes de sair sozinhos do hospital.

Figueiredo (1996) apresenta várias técnicas que vêm sendo utilizadas, principalmente na América do Norte, no processo de reabilitação psicossocial dos pacientes considerados crônicos. São alguns exemplos: intervenções familiares; psicoeducação familiar; modelos de

treinamento em habilidades sociais; clubes de auto-ajuda e treinamento assertivo comunitário; programa de treinamento assertivo comunitário; programas de reabilitação vocacional etc. O referido autor salienta que no Brasil as propostas em reabilitação psicossocial trazem como princípios e diretrizes um conteúdo ético-político, porém com notória ausência de pesquisas de avaliação das atividades em reabilitação psicossocial.

Em nosso trabalho, o Acompanhamento Terapêutico apresentou-se como mais uma ferramenta a ser utilizada nesse processo. O Acompanhamento Terapêutico surgiu no final da década de 60 na Argentina, em meio a esse movimento de questionamento do modelo tradicional psiquiátrico. Inicia-se a partir da necessidade de oferecer uma alternativa de atendimento às abordagens terapêuticas clássicas que, baseadas na ênfase ao fator orgânico da doença mental e na exclusão social, fracassavam (Mauer e Resnizky, 1987).

No Brasil, a atividade vem sendo realizada com base em diferentes campos teóricos (lacaniano, o winnicottiano, o bioniano), não havendo uma teoria específica. Independentemente da abordagem teórica, observa-se algumas características comuns nessa nova prática em saúde mental: o *setting* terapêutico ampliado, o diálogo com a família, o contato próximo do paciente e o vivenciar experiências em seu dia-a-dia, a exploração de espaços comunitários (logradouros, lojas comerciais, eventos culturais etc.), a exigência de certas características do profissional (como, por exemplo, tolerância à frustração e um bom controle de ansiedade), o compromisso com o desenvolvimento da capacidade psíquica do paciente.

Como vimos, os dois processos que vêm ocorrendo na área da Educação Especial (Movimento de Integração/Inclusão) e na área da Saúde Mental (Movimento de Desinstitucionalização), partilham dos mesmos princípios e diretrizes: garantia dos direitos, respeito às diferenças, oferecimento equitativo de oportunidades de ser e estar de forma participativa na sociedade etc. Como afirma Carvalho (1997, p. 21), “o debate deve ser generalizado, para nele incluir e considerar todas as minorias (das quais os portadores de necessidades especiais fazem parte)”.

PARTICIPANTES, MATERIAIS E PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Participaram deste estudo duas moradoras do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF), localizado no Distrito de Sousas – Município de Campinas/SP, com um tempo médio de internação de 25 anos, com os diagnósticos de psicose esquizofrênica residual.

As atividades de Acompanhamento Terapêutico, denominadas *saídas*, ocorreram nos locais de moradia das participantes, em logradouros públicos, casas de comércio e nas moradias extra-hospitalares do serviço. Foram utilizados como instrumentos para coletas dos dados: um gravador *stereo* com microfone de lapela, um pequeno bloco para anotações e caneta.

Ao todo foram realizadas 24 saídas com um tempo médio de 3 horas de duração cada, entre maio e dezembro de 1997. O fato de utilizar-se o termo *saída* não significa que o AT tenha se desenvolvido apenas em espaços extra-hospitalares; as atividades realizadas no serviço (preparação para as saídas e retorno das mesmas) foram tão importantes quanto. São exemplos de lugares visitados: praças, equipamentos extra-hospitalares do serviço (pensões e lares, onde moravam colegas das participantes), lojas do comércio, institutos de beleza, restaurantes, espetáculos culturais etc.

A análise dos dados foi feita com base no método de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977). Para tanto, orientâmo-nos pelas seguintes etapas: 1ª leitura “flutuante” das transcrições; 2ª seleção das seqüências de diálogos através do critérios mudança de assunto e de episódio; 3ª codificação das seleções; 4ª recorte e agrupamento das seqüências de diálogos de acordo com a codificação; 5ª reagrupamentos dos recortes e elaboração das categorias temáticas e 6ª análise e discussão dessas categorias.

Tanto para os registros das entrevistas como para os saídas elaborou-se categorias temáticas. Cabe ressaltar que aqui serão apresentados resultados parciais das participantes, uma vez que o volume dos dados e dos resultados obtidos é grande, não sendo possível sua total exibição no espaço aqui disponível.

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

As duas participantes desta pesquisa, Soraia e Carolina (nomes fictícios), foram internadas no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) em 1994 por transferência da então Clínica de Repouso de Americana, devido fechamento desta última. Soraia permaneceu internada na Clínica desde 1976 e Carolina desde 1979. No SSCF receberam o diagnóstico

psiquiátrico 295.6/4 (CID 9 - psicose esquizofrênica residual), além do diabetes, tendo que receber doses diárias de insulina.

Como podemos perceber as duas participantes apresentam uma longa história de internação, estando sem visitas ou notícias da família há pelo menos 20 anos.

São consideradas, no Serviço, pacientes de nível médio de autonomia. Após quase 4 anos de moradia no Serviço, em novembro de 1997 mudaram-se para uma moradia extra-hospitalar, localizada em um bairro no distrito de Sousas, Campinas, SP.

Na nova casa estão aprendendo a realizar os serviços domésticos, a cuidar de si e a conviver com as outras moradoras. Além dessas atividades, participam da escola do Serviço no período da manhã. Estão na primeira série do ensino fundamental e são consideradas semi-alfabetizadas. Soraia é aposentada e recebe um salário mínimo mensal. Carolina trabalha na oficina de artesanato, onde produz roupa de mesa e almofadas. Por esse serviço recebia, na época, cerca de R\$ 15,00 por mês, sendo esta sua única fonte de renda. Devido a falta de documentação de Carolina, o Serviço não pôde entrar com o pedido de recebimento de benefício junto ao INSS.

AS ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO

O trabalho de análise dos dados resultou na elaboração de um quadro de referência temática para cada uma das participantes e um para a pesquisadora. Através da exploração dos quadros das participantes apreendemos as dinâmicas das interações destas com a pesquisadora e com as pessoas da comunidade, com os funcionários e moradores de Serviço. Nelas observamos as peculiaridades de cada uma das participantes, suas dificuldades e facilidades, suas motivações e satisfações, bem como seus medos e preocupações.

O intervenção com o Acompanhamento Terapêutico consistiu em identificar as características de cada uma das participantes, oferecer-lhes atenção particularizada, com objetivo de atender suas necessidades e estimular suas capacidades específicas.

Vale ressaltar, então, que as ações com a nossa dupla de participantes se voltaram para a problematização e/ou resolução de questões práticas do cotidiano, bem como para o oferecimento de condições para que essas mulheres pudessem experienciar atividades fundamentais para a vida em comunidade. O quadro psiquiátrico encontrava-se estabilizado, não sendo observável desorientação, delírios ou alucinações. Isso não significa ausência de situações ou acontecimentos com conteúdos angustiantes de cunho existenciais das participantes. Segundo nossa análise, em parte, o fato dessas pessoas estarem privadas de muitas coisas há um longo tempo, fez com que as atividades de Acompanhamento

Terapêutico se orientassem para sentidos mais práticos da vida cotidiana. Em alguns momentos era como se estivessem descobrindo (ou redescobrando) o mundo, mundo este absolutamente novo, diferente daquele deixado no período das primeiras internações.

Identificando as necessidades especiais e as facilidades de cada uma delas, no decorrer do processo, procuramos criar condições para o desenvolvimento das potencialidades e aumento de autonomia das acompanhadas nos diferentes contextos de realização das atividades, bem como oferecer apoio, continência nos momentos de dificuldades, em que se evidenciavam angústia, medo, ansiedade.

Buscávamos interagir de forma a estimular a participação, a tomada de decisões e a proposição de soluções para problemas. Frequentemente isso se dava através da elaboração de perguntas abertas, as quais davam oportunidade e exigiam delas participações, opiniões e decisões no que diz respeito à memória, escolhas pessoais, raciocínio lógico, localização espacial e temporal, uso do dinheiro e interação social.

O estímulo à capacidade e à participação das acompanhadas acontecia em vários contextos. Um deles, que se mostrou de grande valia, foi o próprio espaço do serviço. Procurávamos aproveitar as oportunidades nos momentos de circulação interna (retirada ou devolução do dinheiro no setor financeiro, escolha da roupa e calçado para a saída, pedido de medicação na farmácia, interação com funcionários e colegas etc.), como uma forma de proporcionar o aumento no nível contratual dentro do serviço, o que podemos interpretar como um exercício mínimo de cidadania, a ser iniciado no local onde passam o maior tempo de suas vidas e onde lhes é possível trocas materiais e afetivas.

A seguir um trecho que exemplifica o que foi dito acima:

A: Quanto que custou, Carolina, a roupa que você comprou?

C: Não sei, esqueceu...

A: Quanto que sobrou do seu dinheiro?

C: Não sei, eu não vi dinheiro que sobrou.

(...)

A: E você Soraia?

S: Sobrou?

A: Quanto que custou sua roupa?

S: 600 reais né?

A: Cadê, vamos ver aqui, a notinha...

A: Aqui, quanto que foi [mostro-lhe a nota e aponto o valor com o dedo]

S: 3, 600.

A: Trinta...
S: Trinta reais; 34.
A: 34. Isso...
S: Ó o meu, dinheiro quanto que sobrou.
A: Vamos ver quanto que sobrou... só esse?
S: Tem mais aqui de moeda.
A: Sobrou quanto? esse é quanto?
S: Aí.
A: Vamos ali na praça [estamos no jardim do serviço]
A: Sobrou... de quanto é essa?
S: 10
A: E essa?
S: 7
A: Que nota é essa?
S: 1
A: Dez mais um...?
S: Dois
A: Quanto que é 10 mais 1?
C: 10 mais 1 onze [Carolina, a outra participante, estava atenta e por perto]
S: 11
A: 11... e tudo isso de moeda, tá bom? Vamos guardar tudo aí? [na sua bolsinha]

[Saída 5 – Interlocutores: Alessandra (A), Soraia (S) e Carolina (C). Contexto: caminho de volta ao serviço.]

Neste caso temos a conferência da sobra do dinheiro após as compras. Com essa atividade procuramos estimular o raciocínio lógico das participantes. Além disso, nesses momentos oportunos, procuramos trabalhar também a aquisição de aprendizagens relacionadas ao conhecimento do valor do dinheiro, bem como a realização de uma contabilidade mínima.

A seguir apresentamos uma trecho em que fica evidente uma das dificuldades de Soraia: o uso do transporte coletivo. No início, Soraia apresentava muito medo, não sendo capaz de se locomover com o ônibus em movimento. A seqüência de interação abaixo demonstra claramente tal observação:

A: Vamos passar?
S: Dá a mão, dá a mão! [demonstra medo]
A: Você não consegue?
S: Ficá de pé não [o ônibus já se encontrava em movimento]
A: Você quer ficar aí? Hã? Tem um lugar aqui ó... (mostro o banco vago)

S: Um só? [ela está dura, não é capaz nem de olhar direito pra trás e verificar o lugar do outro lado da roleta]

A: Pra você sentar... Você prefere ficar aí? heim? [me olha assustada e não diz nada]
Não tem problema ficar aí. Ou você prefere passar? Heim Soraia?

S: Parô. Vão bora tia, vão bora. [medo]

A: Fica aí, tudo bem? Eu vou passar e sentar ali [no meio do caminho é que eu não podia ficar]

S: Tá.

A: Eu não esqueço de você não viu? [parecia estar com medo de ser abandonada.
Coloco a mão em seu ombro]

S: Tá. Vai descê?

A: Não, eu vou sentar ali.

[Saída 5 – Interlocutores: Alessandra (A) e Soraia (S). Local: dentro do ônibus]

Além do medo de cair, no exemplo acima, existe o receio de ser abandonada, o qual procuramos aliviar dizendo que não a esqueceríamos do outro lado da roleta. Nessa atividade, fomos complexificando as ações conforme o ritmo de aprendizagem das acompanhadas. Apesar de Soraia conseguir vencer os desafios, o medo esteve sempre presente, o qual procurávamos aliviar dando instruções, sendo continente, conversando e oferecendo ajuda, inclusive física, caso fosse necessário.

Para finalizar esta seção, citaremos um outro tipo de dificuldade, comum às duas participantes, que foi o de *ler os símbolos sociais organizativos* (ícones, sinais, permanecer em filas, obedecer as etapas de uma compra, reconhecer e fazer uso de provadores em loja de roupas etc.).

S: Não tem home não? [na hora não entendi, mas ela estava preocupada em tirar a roupa no centro de uma loja de departamentos]

(...)

A: Vamo ver se a calça te serve..

S: Vamo ver a calça, se serve, vamo ver se a calça serve...

V: Tá... é só tirá. [tirar a calça do cabide, para que pudéssemos avaliar melhor o tamanho]

S: Pode tirá, aqui não, aqui não. [a roupa]

A: Não, se for preciso a gente prova...

[Saída 5 – Interlocutores: Soraia (S), Alessandra (A) e Vendedora (V). Local: loja de produtos femininos, em Campinas]

Nessa situação Soraia parece desconhecer que, normalmente, nas lojas de roupas, existem provadores. Quando perguntou-nos se não havia homens, estava preocupada em tirar

a roupa naquele lugar, algo muito comum em hospitais psiquiátricos tradicionais, nos quais espaços privativos não existem e os pacientes se acostumam com tal fato, tornando-se hábito despir-se em frente a outras pessoas, no caso do mesmo sexo. Pelo exemplo, parece-nos que a preocupação de Soraia era de expor-se ao sexo oposto, não sendo tão absurdo tirar a roupa ali, caso houvesse apenas mulheres.

Soraia e Carolina também ficaram confusas em hipermercados, no momento de fazer as compras. O impulso inicial era o de colocar os produtos escolhidos dentro de suas próprias bolsas. Quando alertadas que tal ato podia ser interpretado como roubo, reagiram assustadas: “Roubando? Não!”.

Essas e algumas outras são dificuldades compreensíveis, quando atentamos para o fato comum da perda de habilidades em pessoas que estão isoladas do convívio social há muito tempo e de que o mundo que se apresenta a elas não é o mesmo que elas conheciam antes da internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos observar com esse trabalho que a reabilitação psicossocial ou a integração/inclusão dos ditos pacientes “crônicos” é algo complexo, que exige além de um atendimento especializado, a participação de toda a sociedade e das diversas áreas de atendimento que direta ou indiretamente assistem à pessoa portadora de necessidades especiais.

Os resultados desta pesquisa sugerem o Acompanhamento Terapêutico como um instrumento capaz de contribuir para a reabilitação psicossocial e integração/inclusão de pacientes psiquiátricos que se encontram em processo de desinstitucionalização. A atenção particularizada, o apoio nos momentos de dificuldade, bem como o estímulo às potencialidades e à autonomia, possibilitadas pelo Acompanhamento Terapêutico o evocam como instrumento passível de auxiliar essas pessoas a recuperem certas habilidades perdidas nos anos de internação e a voltarem a viver novamente em comunidade, comunidades esta completamente nova e até certo ponto misteriosa, com demandas diferentes das conhecidas e vivenciadas no interior das instituições psiquiátricas..

Além disso, consideramos que o Acompanhamento Terapêutico pode se constituir também em um instrumento sensível na realização de intervenções junto a outras clientelas da

área da Educação Especial que possuem características diferentes da população deste estudo, mas que ainda encontram-se suscetíveis à exclusão e ao estigma, como os portadores de deficiência mental leve, de síndrome de Down, de deficiência visual, auditiva ou física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- AMARAL, L. A. Incluir para quê? **Temas sobre Desenvolvimento**. 7 (39): 52-55, 1998.
- BANDEIRA, M.; Lasage, A. e Morissette, R. Desinstitucionalização: importância da infraestrutura comunitária de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 43 (1): 659-666, dezembro de 1994.
- BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRASIL, Ministério da Saúde e Ministério da Criança **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.
- BRASIL, MEC. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Brasília, 1996.
- BRASIL, MEC. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília, 1994.
- CANZIANI, M. L. O atendimento no município à pessoa portadora de deficiência. **Temas sobre Desenvolvimento**. 7 (39): 42-45. 1998.
- CARVALHO, R. E. Integração, Inclusão e Modalidades da Educação Especial – Mitos e Fatos. **Integração**. 7 (18): 19-25. 1997.
- COOPER, D. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. Trad. Regina Schnaiderman. São Paulo: Perspectiva, 1967.
- DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, S. A. C. e COSTA, N. R. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil** (pp. 171-202). 2ª ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1990.
- FIGUEIREDO JÚNIOR, M. M. **Esquizofrenia e reabilitação psicossocial: perspectivas teóricas e práticas**. Dissertação de Mestrado em Medicina Preventiva, USP, 1996.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Leite, D. M. São Paulo:

- Perspectiva, 1974.
- GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- LAING, R. D. **Sobre loucos e sãos**. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- LAING, R. D. **Razão e violência**. Petrópolis: Vozes, 1981.
- MANTOAN, M. T. E. A inclusão de deficientes mentais: contribuições para o debate. **Integração**. 7 (10): 50-57. 1997.
- Mauer, S. K. e Resnizky, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos**: manual introdutório a uma estratégia clínica. Trad. Waldemar Paulo Rosa. Campinas-SP: Papirus, 1987.
- MENDES, E. G. Reflexões sobre a experiência de Santa Catarina. **Integração**. 5 (12): 5- 16. 1994.
- PESSOTTI, I. **Deficiência mental**: da superstição à ciência. São Paulo: EDUSP, 1984.
- SASSAKI, R. K. **Construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.
- SASSAKI, R. K. Integração e inclusão: do que estamos falando? **Temas sobre Desenvolvimento**. 7 (39): 45-47. 1998.
- SZASZ, T. S. **A fabricação da loucura**. 2ª ed. Trad. Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- SZASZ, T. S. **Ideologia e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.