

III Congresso
Ibero-Americano
de Educação
Especial

III Congreso
Iberoamericano
de Educación
Especial

III Ibero-American
Congress on
Special
Education



Anais do Congresso
V O L U M E 0 2

POSTERS

039

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM LONGA HISTÓRIA DE INTERNAÇÃO: UM ESTUDO POR MEIO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Alessandra de Araujo e Almir Del Prette

Universidade Federal de São Carlos/SP. FAPESP

A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nas últimas décadas, a Saúde Mental vem passando por mudanças significativas nos campos teórico, prático, político e social. As críticas ao antigo modelo psiquiátrico (caracterizado pelo isolamento, estigma e exclusão) foram iniciadas nos países desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial através do movimento conhecido como "desinstitucionalização", 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.

Já no Brasil, até as décadas de 40 e 50, as políticas públicas para a área da Saúde Mental voltavam-se principalmente (ou quase que exclusivamente) para o atendimento em hospitais psiquiátricos, com escassos serviços extra-hospitalares, sem a cobertura dos sistemas previdenciários (Resende, 1990).

Na década de 70, observa-se apenas um início no movimento de mudanças, o qual apontava para a necessidade de alternativas que revertersem o quadro do doente mental assistido nos hospitais psiquiátricos. Propunha-se uma assistência pública voltada também para o atendimento ambulatorial, trabalhos em unidades básicas de Saúde, cuidados com familiares e escolares, melhoria nos serviços prestados nos hospitais psiquiátricos etc. (Medeiros, 1994).

Atualmente, 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.

O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

O acompanhamento terapêutico (AT) 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.

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 exposição a situações "inéditas e inesperadas", a exigência de certas características do profissional, o compromisso com o desenvolvimento da capacidade psíquica do paciente.

Dentre as funções básicas do AT, Mauer e Resnizky (1987), apontam: 1. oferecer suporte ao paciente; 2. oferecer-se como modelo de identificação ativa; 3. apresentar-se como "ego auxiliar"; 4. perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente; 5. oferecer informações sobre o mundo objetivo do paciente à equipe; 7. atuar como agente

ressocializador e 8. servir como catalisador das relações familiares.

No trabalho aqui apresentado no uso do AT como estratégia para a aprendizagem (ou mesmo re-aprendizagens) no espaço urbano de certas habilidades perdidas ao longo dos anos da internação, procuramos estimular a interação social, a inserção na comunidade e o desenvolvimento das potencialidades psíquicas do indivíduo.

MÉTODO

Espaço: no Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira", local de moradia das participantes, e em logradouros públicos, casas de comércio, e nas moradias extra-hospitalares do serviço.

Materiais: um gravador *stereo* com microfone de lapela, um pequeno bloco para anotações e caneta.

Participantes: duas moradoras do SSCF, com uma média de idade de 48 anos e um tempo médio de internação de 25 anos, com os diagnósticos de psicose esquizofrênica residual e de diabetes, sendo as duas insulino-dependentes.

Procedimentos de coleta de dados: a coleta dos dados foi realizada pela autora durante o ano de 1997. Em um primeiro momento, o projeto de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética do SSCF, posteriormente apresentado oralmente à equipe da Unidade de Reabilitação de Moradores. Em março foram realizadas entrevistas individuais com as participantes a fim de investigar a disponibilidade e interesse em participar das atividades propostas, possibilidade de formação de vínculo, bem como complementar a investigação já realizada nos prontuários das participantes sobre história de vida e internação. As entrevistas foram gravadas com o consentimento prévio das entrevistadas.

Selecionadas as duas participantes, deu-se o início às atividades de AT. Foi informado a necessidade do uso do gravador, ao qual elas poderiam recusar, bem como a possibilidade de abandono das atividades propostas, caso assim o desejassem. Ao todo foram realizadas 24 saídas, com um tempo médio de 3 horas de duração cada, entre maio e dezembro. 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 (onde moram colegas das participantes), lojas do comércio, institutos de beleza, restaurantes, espetáculos culturais.

Procedimentos de análise dos dados: a análise dos dados foi realizada com base em dois conjuntos de dados: o das entrevistas (seqüências de diálogos entre pesquisadora e entrevistadas) e o das saídas (seqüências de diálogos entre pesquisadora e acompanhadas, destas entre si, da pesquisadora e acompanhadas com pessoas do serviço (funcionários e pacientes) e da comunidade (cobreadores de ônibus, vendedores de lojas, balconistas, transeuntes etc.).

Seguiu-se as seguintes etapas, segundo o método de análise de conteúdo: 1ª leitura "flutuante" das transcrições; 2ª seleção das seqüências de diálogos através dos 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 as saídas elaborou-se categorias temáticas. Cabe ressaltar que aqui serão apresentados resultados parciais de uma das participantes, uma vez que a pesquisa se encontra em andamento e não é objetivo deste texto dar conta da análise de dados como um todo. Tratar-se-á de uma exemplificação de como a análise está sendo encaminhada.

RESULTADOS

Caracterização geral da participante 1

Soraia (nome fictício), brasileira, nascida em 1947 na cidade de Correntes, Estado de Pernambuco, apresenta uma longa história de internação em instituições psiquiátricas. No SSCF foi internada em 09/02/94 por transferência, devido o fechamento da Clínica de Repouso de Americana, onde estava internada desde 1976. Até dezembro de 1997 recebia

o diagnóstico 295.6/4 (CID 9 - psicose esquizofrênica residual), além do diabetes Tipo 1. Não recebe visitas e notícias da família há pelo menos 22 anos.

Soraia é considerada no serviço uma paciente de nível médio de autonomia. Após quase 4 anos de moradia no serviço, em novembro de 1997 mudou-se para uma moradia extra-hospitalar, localizada em um bairro no distrito de Sousas. Nessa casa mora com mais três mulheres, sendo sua companheira de quarto a outra moradora participante desta pesquisa.

Atualmente freqüenta a escola do próprio serviço no período da manhã, encontrando-se na primeira série do primeiro grau, sendo considerada semi-alfabetizada. Muito provavelmente Soraia nunca tenha trabalhado, devido sua longa história de internação. Exceto os trabalhos internos nas instituições. Recebe benefício do INSS comparável a um salário mínimo desde setembro de 1996.

O acompanhamento terapêutico no processo de reabilitação psicossocial

A partir da análise do conjunto de dados referentes às saídas, elaborou-se um quadro de referência (na 1ª coluna tem-se as categorias e na 2ª as classes de ações correspondentes) para cada participante. Aqui será apresentado o da participante 1, acompanhado de uma breve discussão de algumas classes de ação.

Quadro 1: Categorias e classes de ações da participante 1

- | | |
|------------------------|--|
| 1. Facilidades | 1.1 guarda fisionomia e nomes; 1.2 faz brincadeiras (bom humor); 1.3 apresenta conhecimentos de cultura popular; 1.4 demonstra simpatia; 1.5 demonstra empatia; 1.6 presta auxílio; 1.7 compartilha; 1.8 assume compromisso; 1.9 propõe solução para situações-problema; 1.10 usa estratégias alternativas na leitura da realidade |
| 2. Dificuldades | 2.1 apresenta dificuldades de: a) auto-organizar-se; b) ler os sinais sociais organizativos; c) memorizar; d) atravessar ruas; e) exercitar-se fisicamente; f) ser independente; g) exercer autonomia |
| 3. Preocupações | 3.1 explicita preocupação com: a) trânsito; b) localização; c) atendimento às expectativas de outro; d) comportar-se adequadamente em meio social; e) dinheiro |
| 4. Medos | 4.1 demonstra medo de: a) altura; b) morte; c) se perder; d) ser abandonada; e) cair |
| 5. Motivações | 5.1 demonstra motivação para: a) participação nas atividades propostas; b) aquisição de objetos pessoais; c) aquisição ou desfrute de comidas; d) contato ou retorno à família |
| 6. Satisfações | 6.1 demonstra satisfação com: a) atividades propostas; b) objetos adquiridos; c) experiências vividas; d) comidas desfrutadas |
| 7. Autocuidados | 7.1 demonstra autocuidado com: a) saúde; b) alimentação; c) estética; d) higiene |
| 8. Direitos | 8.1 exercita direitos |

1. Facilidades: diz das facilidades de Soraia observadas no decorrer do processo, as quais, segundo nossa análise, de modo mais amplo se referem à sua destacável habilidade de se comunicar e interagir com as pessoas, sejam estas estranhas ou desconhecidas, próximas ou amigas.

1.1 guarda fisionomias e nomes

Foram várias as seqüências de diálogos em que Soraia demonstrou facilidade em guardar os nomes das colegas funcionárias do serviço e das vendedoras das lojas. Guarda nomes, sobrenomes e apelidos. Também apresenta uma boa memória fisionômica para as pessoas conhecidas ou desconhecidas. Associado a essa capacidade de guardar nomes fisionomias está o seu bom humor. Costuma cumprimentar as pessoas pelo nome, dirigindo-se diretamente a elas.

1.2 faz brincadeiras (bom humor)

O bom humor de Soraia podia ser observado com muita freqüência, mesmo quando com algum problema de saúde ou em momentos de dificuldade.

Essas brincadeiras bem humoradas eram expressas em relação a ela mesma, a outras pessoas, à acompanhante. O riso estava quase sempre presente nela e freqüentemente ela conseguia que seus interlocutores também rissem de suas observações e tiradas.

1.3 apresenta conhecimentos de cultura popular

Também associado às duas classes de ações anteriores está a capacidade de Soraia de apresentar conhecimentos de cultura popular. Em muitos casos o bom humor está presente, mas essa classificação se refere mais especificamente ao conhecimento e domínio do folclore, brincadeiras transmitidas oralmente de uma geração a outra, provérbios e ditados. No exemplo a seguir, o momento anterior se refere à conversa que Alessandra teve com o professor de Soraia. Ela se preocupa em saber se o professor havia falado mal dela e aproveita a situação para falar da brincadeira de quando falavam mal de nós, nossa orelha esquentada.

S: Minha orelha tá esquentando

A: Do que? [Soraia ri gostosamente. Também rio, após perceber a brincadeira]

A: Dele falar...? [do seu professor; falo rindo]

S: É.

[Saída 4 – Interlocutores: Soraia (S) e Alessandra (A). Contexto: Ruas de Sosas, caminho de volta ao serviço]

2. Dificuldades: esta categoria se refere às dificuldades de Soraia no que diz respeito ao planejamento e gerenciamento pessoal. Estamos entendendo por planejamento e gerenciamento pessoal a capacidade de se auto-organizar (administrar seus pertences, tempo e dinheiro), assumir e cumprir compromissos com pontualidade, desenvolver autocontrole.

a) auto-organizar-se

Ao discutir o processo de desinstitucionalização Rotelli (1990) chama a atenção para a necessidade de transformação das relações de poder entre instituição e os sujeitos, estando em primeiro lugar os pacientes. E isto pode ser conseguido através de gestos simples como, por exemplo, restituindo a capacidade de uso e administração de objetos pessoais.

Soraia, tinha possibilidade de exercitar tal prerrogativa, pois em seu quarto contava com a posse de uma cama, de um guarda-roupa e de pertences. Porém, pudemos observar sua dificuldade e até uma certa confusão ao que lhe era ou não permitido. Como no exemplo seguinte, em que tínhamos acabado de retirar seu dinheiro no setor financeiro para os gastos na saída e estávamos a caminho de seu quarto. Soraia fica em dúvida se levaria o dinheiro consigo, se o guardaria na gaveta ou se deixaria a encargo da acompanhante.

S: Eu vô guardá o dinheiro na gaveta?

A: Então, onde que você vai levar o seu dinheiro?

S: Na gaveta?

A: Você não vai levar o dinheiro? como é que você vai comprá sem dinheiro?

S: Eu vô levá o dinheiro.

A: Aonde que você vai levá?

S: Não vô guardá comigo? Não vô guardá comigo ou vô guardá com a senhora?

A: Com você né? o dinheiro é seu. Você vai levar na mão, assim... [segura de um jeito muito pouco natural]

S: Vô guardá no seio [fala mais baixo e fez o gesto com mão]

A: Você não tem uma bolsa?

S: Bolsa?

[Saída 5 – Interlocutores: Soraia (S) e Alessandra (A). Contexto: momento anterior a saída; a caminho de seu quarto após a retirada do dinheiro]

No trabalho com Soraia pudemos observar que o oferecimento das condições para o exercício de tais prerrogativas, às vezes, não era suficiente para que ela as experienciasse. Em seu quarto tinha um armário com repartições e chaves, mas não conseguia fazer uso dele de forma satisfatória. Perdia seus pertences dentro do armário, quando não as próprias chaves. No desenrolar do processo procuramos estimulá-la a se auto-organizar melhor, mas, segundo nossa análise, seria preciso um outro tipo de trabalho, impossível de ser realizado concomitantemente ao que estava em andamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos pacientes psiquiátricos com longa história de internação, perdeu certas habilidades fundamentais para a vida em comunidade, como fazer uso do transporte coletivo, do dinheiro e dos serviços públicos, orientar-se nos espaços públicos, fazer compras no comércio etc.. Com as novas propostas para a saúde mental, de mudanças no funcionamento e estrutura das instituições psiquiátricas, espera-se desses indivíduos outras respostas, mas a maioria parece estar despreparada para viver fora do hospital.

A prática em saúde mental tem demonstrado que essa transição (passagem do antigo para o novo modelo) é lenta e exige uma abordagem de atendimento especial, que dê conta da questão da reintegração do paciente em uma sociedade que lhe é completamente nova e até certo ponto misteriosa, com demandas diferentes das conhecidas e vivenciadas no interior das instituições psiquiátricas. Os programas de reabilitação psicossocial destinados a pacientes psiquiátricos com longa história de internação deveriam oferecer condições para essas pessoas retornarem ao círculo social de maneira menos ameaçadora possível, sendo capazes de afirmar suas potencialidades através da vivência e apropriação dos conhecimentos adquiridos e acumulados no mundo. Neste sentido, o acompanhamento terapêutico pode se constituir num bom instrumento no longo trabalho de reabilitação psicossocial dos pacientes psiquiátricos. Trata-se de um longo processo por estar relacionado ao exercício pleno de cidadania, em que a pessoa possa contar com: uma casa, sendo nela possível algum nível de contratualidade com seus familiares; um trabalho no qual sua capacidade profissional seja reconhecida como valor social e uma rede social na qual possa realizar trocas materiais e afetivas (Saraceno, 1996).

Através do presente estudo, consideramos que o acompanhamento terapêutico pode se constituir também em um instrumento sensível na realização de intervenções junto a outras clientela 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

- 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.
- Medeiros, M. H.R. A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional. Dissertação de Mestrado em Saúde Mental. UNICAMP, 1994.
- Resende, H. Política de Saúde Mental no Brasil. Em: S. A. C. Tundis e N. R. Costa *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1990. p.15-75.
- Rotelli, F. Desinstitucionalização, uma outra via. Em: F. Nicácio (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-69.
- Saraceno, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. M. F. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.