

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

“E A FAMÍLIA, COMO VAI ?”

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A PESSOA/FAMÍLIA EM
SITUAÇÃO DE CRISE ATRAVÉS DO SUPORTE INTERPESSOAL**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0408

Autor: Rodrigues, Jeferson

Título: E a família, como vai? : atendi



972518875 Ac. 241749

Ex.1 UFSC BSCGSM CCSM

JEFERSON RODRIGUES

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0408
Ex.1

FLORIANÓPOLIS, Fevereiro de 2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

“E A FAMÍLIA, COMO VAI ?”

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A PESSOA/FAMÍLIA EM
SITUAÇÃO DE CRISE ATRAVÉS DO SUPORTE INTERPESSOAL**

*Trabalho de conclusão de Curso apresentado
ao Curso da Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina, para
a obtenção do título de Enfermeiro.*

JEFERSON RODRIGUES

ORIENTADORA: PROF^o MS. TÂNIA MARA XAVIER SCÓZ

SUPERVISORA: ENF^o. DOROTÉA LOES RIBAS

MEMBRO DE BANCA: PROF^o DR. WILSON KRAEMER DE PAULA

FLORIANÓPOLIS, Fevereiro de 2002

Estar lá... é ter o físico dopado e a alma ao deleite de satã.

Austregésilo Carrano Bueno

Agradecimentos

A Deus, por seu bem supremo... A Vida

Aos Pais Clésio Rodrigues e Maria da Glória Rodrigues, por me fazerem existir e por lutarem incansavelmente por meu viver.

Ao Bê (Handerson Rodrigues), meu irmão, que incondicionalmente e independente da circunstância, me oferece a possibilidade de ajuda

A todas as pessoas rotuladas de pacientes e sofredores mentais, por me concederem sua confiança e por tornar a vida um eterno desafio

As famílias Justiça, Resistência e Temperança por compartilharem suas histórias de vida, pois sem vocês o “tudo isto” seria “nada disto”.

A toda a minha família, em especial a minha avó Maria Silvano Rodrigues (in memoriam), que me aceitam por aquilo que sou, por compreender meus sofrimentos e o incentivo a levar uma vida justa e digna independente da classe social.

Aos usuários do CAPS por ampliarem minha ótica frente a realidade dos seus viveres, revolucionando minhas crenças, valores e hábitos sociais, me possibilitando perceber o valor que existe em cada vida.

Aos funcionários do CAPS que através do desempenho de suas funções, me fizeram refletir e concretizar a idéia de que, para o bem estar do sofredor mental, deve-se romper com o poder do saber profissional. Agradeço em especial a Elizete Tancredo Porto e Márcio Andrade pela receptividade e disponibilidade a mim oferecida.

A todos os trabalhadores e internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por me possibilitarem a transformação dos muros de minha mente frente as atrocidades humanas.

A Enfermeira e Supervisora Dorotéia Loes Ribas, pelo compartilhar de toda a sua experiência do cuidado com sofredores mentais e pela sensibilidade com que realiza a assistência. Por contribuir no meu processo ensino aprendizagem. Obrigado!

A Tânia Mara Xavier Scóz, “minha” orientadora, pela dedicação de seu tempo, por ser o que você é, humana, criativa e versátil, pela habilidade em transmitir seu conhecimento e de

transformar minhas ideologias em palavras objetivas, fundamentos reais para o êxito deste trabalho, por reconhecer e transformar meus limites em simples reflexões práticas. Te agradeço por você ser importante para mim e para todos os que te rodeiam. Por pavimentar minha estrada do conhecimento. Pelo exemplo de vida que você é. Obrigado!

Ao colaborador, membro de banca e colosso Prof^o Wilson Kraemer de Paula gostaria de dizer que... existe momentos que o brilho da vida é refletido através de nós mesmos, e, muitas vezes não conseguimos enxergar este reluzir, porém, você Wilson, ilumina a vida sendo apenas como és. Obrigado!

A toda a base cátedra, trabalhadores da UFSC, em especial os trabalhadores do departamento de Enfermagem, e aos movimentos estudantis comprometidos com a qualidade e manutenção de uma universidade pública, crítica e criadora de conhecimentos. Obrigado.

Aos colegas de turma, vibra a saudade, imortalizada no preceito de que jamais será preciso lembrá-los, pois será impossível esquecê-los.

As amigas Bethania e Fernanda (ou vice e versa) pelo afeto e respeito construído, por me incentivarem dentro e fora dos muros universitários. A Fabiana por me fazer reconhecer o valor de uma vida transparente. Ao Maurício com seu jeito político de ser, me fez revolucionar a capacidade visionária. Ao Pedro por nossas conversas “preocupantes”, por sua crítica frente ao senso comum e pelo seu bracejo as mazelas sociais. Ao Alex pelo companheirismo e contribuição ao trabalho. Ao Andrey por sua presença na prática deste relatório. A Kênia, Maira, Son, Ana, Danton e Sabrina por nossos bate-papos descontraídos. Ao Nelci, a Micheli e a Raquel a esperança de uma articulação discente comprometida com qualidade no processo ensino aprendizagem da Enfermagem da UFSC.

A Jéssica por ouvir minhas lamentações mesmo estando longe e pela contribuição de dados para este relatório.

Ao Prof^o Gelson por ensinar a preocupação para com nossos representantes. A Ângela Alvarez por depositar em minhas mãos a confiança de uma bolsa de extensão. Ao Jonas, a Rosângela, a Tânia e a Inês, professores de Enfermagem Psiquiátrica da UFSC, que buscam inovar o processo ensino aprendizagem desta disciplina. A Rosane, Dalva, Sérgio e Cleusa pela bibliografia concedida. A todos vocês infintos agradecimentos.

É difícil realizar um agradecimento, pois sempre sentimos e temos a preocupação de que alguém está ou pode ficar de fora, a todos aqueles que poderão sentir-se não agradecidos, **MUITO OBRIGADO!** Sem vocês nada disto teria sentido. E a vida continua...

RESUMO

Afigura-se a narração do trabalho de conclusão de curso, a prática assistencial realizada por um acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, circunscrita no período de 10/09 à 14/12/01 no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um ambulatório da rede pública estadual especializado em Saúde Mental e, situado na Policlínica de Referência Regional, Florianópolis, SC. A proposta de atuação profissional na área de saúde mental preventiva, fundamentada nos conceitos da teoria da Crise e da relação pessoa a pessoa, utiliza como instrumento metodológico o Suporte Interpessoal de Enfermagem que consiste na interligação e interdependência da etapa preliminar, Preparando o ambiente com as etapas complementares, Acolhendo a pessoa, Reconhecendo o estado de crise, Buscando alternativas e Avaliando a situação. A textura do relatório é elaborada consoante com a discussão da Reforma Psiquiátrica e suas implicações no processo ensino aprendizagem, a ótica do novo olhar as famílias dos sofredores mentais e com a apresentação de propostas includentes e plausíveis no tocante a minimização do sofrimento mental. A apresentação das famílias, Justiça, Temperança e Resistência, cadastradas no CAPS, reflete o desenvolvimento metodológico de intervenção de enfermagem realizada em seus contextos familiares, bem como oferece a possibilidade de criação de campo de estágio para a Enfermagem Psiquiátrica fora dos muros institucionais. Oferece a perspectiva de um descortinar do saber/enfermeiro para um transcender libertário, ou seja, insuflar a capacidade do fazer/existir e o não ter medo de nos comprometermos com as outras pessoas e as responsabilidades que daí advém.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1 Crise	12
2.1.1 Historicidade da crise	12
2.1.2 Crise em sua definição	14
2.1.3 Classificação de crise	16
2.1.4 Intervenção em crise	19
2.2 Psiquiatria preventiva	20
2.3 Família	26
2.3.1 Definição	26
2.3.2 As funções da família	27
2.3.3 A família com o sofredor mental	28
2.3.4 As famílias e os círculos do sofrimento mental	29
2.3.5 Intervenção familiar	35
2.4 Reforma psiquiátrica	37
2.4.1 Quando se iniciam as reformas?	38
2.4.2 Por que reformar?	39
2.4.3 Historicizando a “psiquiatria & manicômios”	40
2.4.4 Discussão sobre o modelo hospitalocêntrico	45
2.4.5 Panorama da reforma psiquiátrica mundial	47
2.4.6 A reforma psiquiátrica brasileira	48
2.4.7 Reforma psiquiátrica nos dias de hoje	56
3 REFERENCIAL TEÓRICO	63
3.1 Marco conceitual	63
3.2 Situando os pressupostos	64
3.3 Conceituando os conceitos	66
3.4 Evidenciando o processo “suporte interpessoal de enfermagem”	68
4 OBJETIVOS	73
4.1 Objetivo Geral	73
4.2 Objetivos Específicos	73
5 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DE ESTÁGIO	76
5.1 Histórico	76
5.2 Saúde Mental em Santa Catarina	77
5.3 O local do Estágio	80
6 APRESENTANDO OS RESULTADOS	85
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU INICIAIS CONSIDERAÇÕES? CONSIDERAÇÕES CONTÍNUAS	145

8 RECOMENDAÇÕES	148
9 BIBLIOGRAFIA	152
9.1 Referências Bibliográficas	152
9.2 Bibliografia Consultada	154
10 ANEXOS.....	156
Anexo I Lei Paulo Delgado	157
Anexo II Processo Interpessoal.....	158
Anexo III Triagem	160
Anexo IV Prontuário	161
Anexo V Instrumento de pesquisa	162
Anexo VI Certificados.....	163
Anexo VII Parecer final do Orientador.....	164

1 INTRODUÇÃO

O presente relatório é uma particularidade da disciplina de Prática Assistencial Aplicada da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que visa prestar assistência de enfermagem, a pessoa/família, em situações de crise, no seu contexto familiar. Foi elaborado no período de Setembro à Dezembro de 2001, através do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), situado na Policlínica de Referência Regional III, Florianópolis, SC, como ponto de referência.

A sensibilização com a temática teve início com minha participação na equipe de trabalhadores de enfermagem, como estagiário, no Manicômio Judiciário de SC, onde percebi assustadoramente as reinternações dos pacientes, e o quanto, as famílias “reclamavam” das difíceis condições de manter no contexto familiar o paciente egresso da instituição psiquiátrica. Este fato se consolidou, também, no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina quando da realização do estágio da VII Unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem.

Os anglo-saxões, segundo Amarante (1998, p.15) “afirmam a absoluta necessidade de envolver no projeto terapêutico os *stokholder* (usuários, familiares, vizinhos) que têm, o poder de provocar a situação de crise no paciente” mas, será que o processo inverso, ou seja, o paciente que sofre psiquicamente também não pode gerar uma situação de crise para a família? e a família... como ajudá-la? olhar a família a partir de sua unidade, de sua matriz de identidade e de sua identidade evolutiva é torná-la protagonista de um processo terapêutico que transpõem o específico e atinge os temas fundamentais da vida. Contextualizar o cenário de vida familiar, ajudando-a a enfrentar situações de crise, permite uma ampliação dos horizontes cognitivos e práticos frente ao saber psiquiátrico e seus dispositivos disciplinares.

No sentido de compreender e conhecer a realidade familiar, Gomes citado por Waidman (1999) relata que o profissional/terapeuta que vai trabalhar com famílias precisa conhecer e compreender seu próprio modelo de organização familiar, valores, crenças e procedimentos. Travelbee (1979) complementa esta idéia, quando diz que para o enfermeiro relacionar-se com o outro ser humano, é preciso, primeiro, conhecer seus pensamentos e sentimentos, conhecer-se, aceitar-se como ser humano, para depois interagir como os outros. Agindo desta forma diminuem as possibilidades deles afetarem a relação de forma negativa, ou seja, que o profissional não deixe que seus pensamentos e atitudes sejam privilegiados em relação ao da pessoa/família. Desse modo, o profissional que vai promover um trabalho que envolve famílias, precisa definir seu próprio modelo de compreensão de família, suas crenças e procedimentos, para que atue de modo a não julgar o que é melhor ou pior, e sim oferecer elementos para análise da situação, deixando que a família tome decisão final. Neste sentido o trabalho com famílias não deve ser uni-direcional e sim uma proposta compartilhada, em que o contextualizar a situação de crise e o enfrentar dos problemas, devem ser construídos junto com as famílias, para que esta intervenção possa promover o bem estar de todos os seus membros.

Contudo, penso que na nossa vida, certamente, aparecem problemas, muitos deles, inevitáveis, como a doença mental, a morte, as perdas, e tentar evitar nossos problemas ou, simplesmente, não pensar neles, pode nos trazer um alívio temporário, mas acredito que há uma outra maneira de lidar com eles... enfrentá-los diretamente, avaliando sua profundidade e natureza. Enquanto ignorarmos as condições atuais que a vida nos oferece e a necessidade de enfrentar situações de conflito, estaremos completamente despreparados e paralisados pelo medo. No entanto, se nós enfrentarmos nossos problemas em vez de evitá-los, poderemos desenvolver melhores condições de lidarmos com eles.

Os argumentos de Travelbee (1979), utilizados como suporte teórico, na qual a relação pessoa a pessoa (RPP) busca encontrar em uma situação conflitiva uma descoberta de potencial único e singular dentro da pluralidade de seres humanos, foram usados em consonância com o referencial de Scóz (2001, p.69) em que crise “é entendida como um estado temporário de desequilíbrio em que o ser humano se encontra, por falha ocorrida nos mecanismos de enfrentamentos utilizados nas situações conflitantes e por ele percebidas como insolúveis, emergentes na sua trajetória de vida. A questão crucial é que o alívio imediato dos sintomas da pessoa em crise é mais urgente do que a investigação da sua causa”.

A revisão bibliográfica das temáticas, crise, psiquiatria preventiva, família e reforma psiquiátrica, associadas ao processo interpessoal de enfermagem e a RPP, juntamente com a apresentação da contextualização do campo de estágio, no âmbito da saúde mental catarinense, permitiram compor este relatório, complementado pela apresentação dos resultados e considerações emanadas das reflexões realizadas.

Faz algum tempo que venho pensando sobre as dificuldades e sofrimentos das famílias no convívio, com um dos seus membros acometido de sofrimento mental. A vivência com as diferentes situações do dia a dia, a questão financeira, as rotinas familiares e as manifestações da doença, pode tornar-se complexa e desgastante para a família, que, às vezes, fica sem saber o que fazer para ajustar o sofredor mental no seu locus familiar. Desta forma, preocupado com esta realidade, apresento uma forma de intervenção, um suporte de enfermagem, oferecido ao sofredor mental e a família, em que juntos, acadêmico, paciente e família, desenvolvam alternativas de enfrentamento para as situações em crise que circundam os seus dias.

Assim, a criação de uma ponte entre o cliente usuário do Programa de Psicóticos do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e seu ambiente familiar, através de uma relação pessoa a pessoa, como retratam Cruz e Pereira (2001), possibilita o abrir de portas e janelas para o processo de ensino aprendizagem, com o ser humano que sofre, psiquicamente, tanto quanto permite a esta proposta de trabalho avançar um pouquinho mais, transcendendo esta relação ao contexto familiar em situações de crise.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A distinção realizada entre Crise e Psiquiatria Preventiva apresentada neste relatório, tem por objetivo permitir um estudo mais minucioso destas temáticas, que mesmo didaticamente retratadas separadamente, emergiram de forma concomitantes na evolução histórica da Psiquiatria/ Saúde Mental.

2.1 Crise

Para Dal Sasso (1994, p.59) “a teoria da crise é uma estrutura eclética para intervenção fundamentada na teoria geral dos sistemas, teoria psicanalítica, adaptacional e interpessoal”. A intervenção da crise ficou conhecida como modalidade de tratamento nos anos 60, da qual Caplan (1980), desenvolveu a Teoria da Crise para explicar as manifestações de uma crise em pessoas saudáveis, bem como para a postulação de técnicas de intervenção especialmente empregadas na área da psiquiatria.

O novo milênio surge e com ele nasce o Suporte Interpessoal de Enfermagem como alternativa metodológica no atendimento às pessoas em situações de crise por Scóz (2001).

2.1.1 Historicidade da crise

Para elucidarmos a historicidade da Crise, tomamos três momentos fundamentais que contribuíram para que esta palavra tenha sua significação em termos científicos: o primeiro, surgido com experiências militares durante a Segunda guerra Mundial e Coreana; o segundo, com um estudo realizado por Eric Lindeman com pessoas que tiveram perdas devido ao

incêndio do Coconut Grove, um clube noturno em Boston; e o terceiro momento, o livro de Gerald Caplan, *Princípios da psiquiatria Preventiva*.

De acordo com Scóz (2001), o primeiro relato de uma compreensão do que venha a ser uma crise, os diferentes fatores que contribuem para suas causas e o motivo dos indivíduos reagirem de formas distintas em determinadas situações, provém das experiências militares ocorridas durante a Segunda Guerra Mundial e Coreana. Devido ao reduzido número de pessoal e a falta de outros ambientes para o tratamento, fizeram com que os soldados com danos emocionais ou psiquiátricos fossem tratados junto ao local de batalha. O apoio imediato concedido aos soldados, orientado para a realidade e a volta ao combate em menor tempo possível, fez com que, conforme estudos realizados, estes soldados apresentassem um melhor desempenho emocional do que aqueles afastados para centros ou núcleos de tratamentos. Mesmo reconhecendo que esta intervenção atendia objetivos institucionais, torna-se saliente a importância de sua descoberta para as intervenções futuras que dela se procederam.

O segundo momento ocorre em 1942, onde um terrível incêndio num clube noturno em Boston chamado Coconut Grove, resulta na morte aproximada de 492 pessoas. No ano de 1944, Eric Lindemann publicou um estudo clássico que tinha como tese a reação a dor, experienciada por pessoas que tiveram perda de parentes e amigos vítimas deste terrível incêndio. Por ter observado fortes semelhanças nas respostas individuais nessa perda, estabeleceu a hipótese de que o número de situações ameaçadoras pode aumentar na vida de uma pessoa, ou seja, a pessoa torna-se mais frágil frente a situações que antes por ela era vista sem relevância, e também, ou a pessoa se adapta a esta situação ou tem o seu funcionamento normal impossibilitado quando esta adaptação não é bem sucedida. Examinou ainda que as possíveis seqüelas decorrentes do impedimento de funcionamento, tais como isolamento e depressão, podem ser prevenidas, se ocorrerem providências de atendimento adequado dos sentimentos de luto, dos diferentes subsistemas da sociedade, família, comunidade em geral e de agentes especializados da sociedade, tais como os subsistemas religiosos, político e legal, em que visam com a decorrida situação, oferecer suporte no sentido de compartilhar seu sofrimento e ajudá-las a descobrir significado em momentos de perda. A intervenção na crise começou a ser conhecida como uma breve, ativa e colaborativa terapia, que utilizava os próprios meios de lidar com o problema do indivíduo e as fontes externas como a comunidade, ou seja, sabendo que o ambiente externo (a comunidade) possa interferir no

ambiente interno do indivíduo (emocional), o terapeuta ajudava o indivíduo a resgatar seu equilíbrio de acordo com as condições em que este vivia, (Scóz, 2001).

Nas décadas que se seguiram, foram realizados estudos sobre os estados de transição que abalam a vida do ser humano, tais como, migração, maternidade, solidão, modificação dos currículos e métodos de ensino em escolas, relações individuais entre pais e filhos, condições de soldados em combate e não combate, internação institucional (SCÓZ, 2001, p.25).

Destaco o conflito familiar causado pela falta de comunicação e reduzida compreensão entre a família, como fator desarmônico na vida do ser humano.

No terceiro momento, inesquecível neste contexto histórico, é a contribuição de Gerald Caplan, que em 1964, lança o livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, resultado do seu trabalho em saúde mental na comunidade com mães imigrantes e crianças após a II guerra mundial, onde observou que o estado de equilíbrio emocional dessas pessoas, sujeitos de seu estudo, era alterado quando técnicas usuais e comuns de resolver problemas falhavam. A partir desta verificação desenvolveu os preceitos teóricos do equilíbrio homeostático como base de fundamentação para a intervenção na crise. Para ele, durante o

período de crise, uma força relativamente pequena, agindo por período relativamente curto, pode fazer pender todo o equilíbrio para um lado ou para o outro – para o lado da saúde mental ou para o da perturbação mental. Durante esse curto período em que o equilíbrio de forças é instável, uma ligeira ajuda poderá significar a diferença entre um bom e um mau desfecho (CAPLAN, 1980, p. 312).

Neste novo milênio, avaliações de fatores como a desorganização do trabalho, o desemprego, a violência, a fome, a exclusão social são contribuintes cruciais para que o ser humano e mais, a sociedade, desenvolvam crise ou sintam a vida desequilibrada.

2.1.2 Crise em sua definição

Conforme referido por diversos autores, a palavra crise, originária do latim *krisis*, ponto crucial e derivada do grego *krinein*, decidir, julgar, possui na sua origem indo européia, *skeri*, o significado de cortar, separar, peneirar. Na escrita chinesa o caráter para crise é interpretado tanto como “perigo”, uma situação ameaçadora que pode resultar em sérias conseqüências, como uma “oportunidade”, na qual o indivíduo é receptivo a influência (Golan citado por Louie reproduzido por SCÓZ, 2001). Indecisão, relutância, resistência ou inabilidade para se realizar uma ação ou atitude é provavelmente o aspecto mais característico da crise. Acredito que é como se ver um túnel e não conseguir ver a luz no fim deste túnel.

Scóz (2001), nos faz entender que as crises também podem ser pontos de mudança, junções, que envolvem uso de julgamento, desta forma, a crise pode nos recobrar a liberdade de ser quem somos, de recordar alguma qualidade humana básica, uma capacidade insuspeita de amor, solidariedade ou alguma outra parte de nosso direito inato comum como seres humanos na vida. Segundo a autora, as crises podem ser caminhos das quais muitas inovações emergem; novos modos de ação freqüentemente são encontrados após diversas tentativas de luta e persistência. A crise por si só não é um estado patológico ou doentio, e estar em crise não significa estar com um transtorno mental. A crise representa a luta em busca do equilíbrio e ajustamento, quando os problemas são percebidos sem soluções. As crises apresentam tanto um perigo para a desorganização da personalidade, ou uma despersonalização, como uma oportunidade potencial para o crescimento do ser humano. Em geral a pessoa em crise é mais acessível à ajuda de alguém solidário, de alguém que lhe dê sua “atenção”, pois deseja sair daquela situação subentendida como conflitante. Se ela tiver a experiência de lidar bem com a crise, ou seja, se ela conseguir encontrar um significado, um sentido para o seu momento de sofrimento, ela tornar-se-á mais segura e confiante para enfrentar novas dificuldades.

Em sua pesquisa científica Scóz (2001), pode constatar que há tendência dos autores em concordar que o termo crise, refere-se: a um estado caracterizado por níveis alto de desconforto subjetivo com inabilidade temporária por parte da pessoa para modificar o stress ambiente; a um problema na situação corrente de vida de uma pessoa que pode ser uma ameaça, uma perda ou uma mudança; a uma reação emocional muito profunda para um evento, e não necessariamente para uma situação ameaçadora ou um evento por si mesmo e a um estado temporário de desequilíbrio, alta ansiedade, no qual os mecanismos de enfrentamentos usuais de uma pessoa ou métodos de solução do problema falham. De uma forma paradoxal, talvez a vida seja conhecida somente por aqueles que encontram uma forma para ficarem a vontade com a mudança e com o desconhecido, porém, acredito que para se alcançar este “estágio”, atravessamos por crises na qual encontramos significados.

Para Caplan (1980) a crise é decorrente esquematicamente da seguinte situação: um obstáculo para o alcance de objetivos importantes de vida, por um determinado tempo, pode tornar-se insuportável para uma pessoa que lida com ele com os seus mecanismos costumeiros de solução do problema. Surge um período de desorganização, seguido de um período de transtorno, durante o qual os muitos esforços realizados na sua solução não obtêm sucesso. Na essência o indivíduo é visto como vivendo no estado de equilíbrio emocional,

com o objetivo sempre de retornar ou manter este estado. Quando uma técnica usual de solução de problema não pode ser usada para resolver os problemas diários de vida, o equilíbrio é perturbado. O indivíduo tenta resolver o problema ou se adaptar a situação. Em qualquer um dos casos um novo estado, pior ou melhor, de equilíbrio irá se desenvolver, sendo este resultado governado pelo tipo de interação que acontece, durante este período entre o indivíduo e as figuras-chaves no seu ambiente emocional.

Em estudo uma gama de conhecimentos no que diz respeito a teoria da crise e por refletir as reflexões de muitos autores no que se referem a crise, Scóz (2001, p.69) conceitua crise como

um estado temporário de desequilíbrio em que a pessoa se encontra, por falha ocorrida nos mecanismos de enfrentamentos utilizados nas situações de conflito e por ela percebidas como insolúveis, emergentes na sua trajetória de vida. Pode trazer consequências benéficas (amadurecimento) ou maléficas (crescente vulnerabilidade ao transtorno mental), dependendo do suporte intra e interpessoal disponível no momento.

No código internacional das doenças, lembrado por Scóz (2001), o CID-10, de 1993, p.144, encontra-se uma referência ao estado de crise, sob o título de F43.0 como “um transtorno transitório de gravidade significativa, o qual se desenvolve em um indivíduo sem qualquer outro transtorno mental aparente em resposta à excepcional estresse físico e/ou mental e o qual usualmente diminui dentro de horas ou dias”. O fator estressor pode ser uma experiência traumática avassaladora envolvendo grave ameaça à segurança ou integridade física do paciente ou de sua família (p.ex. terremotos, enchentes, maremotos, acidente de trabalho e/ou trânsito, briga de rua, assalto, estupro e violência) ou mudança inesperada e ameaçadora que compromete a posição social e/ou relações do indivíduo, tal como perdas familiares, incêndio de patrimônios e reprovação profissional em algum cargo almejado. O risco de um transtorno mental se desenvolver é aumentado se há concílio entre exaustão física, fatores orgânicos (p.ex. idoso) e pré-disposição genética, estiverem presentes no indivíduo.

2.1.3 Classificação de crise

Dentre uma pluralidade de autores que classificam crise, poucas são as distinções entre eles, porque a classificação de crise (em situacional ou acidental e de desenvolvimento ou maturacional), elaborada por Erikson e citada por Caplan (1980) e reforçada por Scóz (2001),

continua a servir de referência para a diversidade de estudiosos do assunto, que poucos dados acrescentaram através dos tempos a esta concepção inicial. Para esses autores “crises acidentais” são decorrentes dos períodos de perturbação psicológica e comportamental precipitados por azares da vida e envolvendo uma súbita perda de suprimentos básicos, a ameaça de perda, ou o desafio associado a uma oportunidade de obter maiores suprimentos, acompanhada de um acréscimo de exigências ao indivíduo. Já “crises do desenvolvimento” são provenientes dos períodos de comportamento indiferenciado, períodos transitórios que se caracterizam por transtornos cognitivos e afetivos, que ocorrem entre as fases diferenciadas do desenvolvimento da personalidade.

Para Morgan E Moreno empregado por Scóz (2001) a crise apresenta-se sob duas categorias: a) *crise do desenvolvimento*, que são pontos críticos de transições universais: – o nascimento, enquanto considerado uma crise psicológica, com o desenvolvimento cada vez maior da tecnologia médica fica cada vez mais difícil de avaliar acuradamente como uma crise psicológica possa interferir para o neonato; - a adolescência, um estado transitório caracterizado por inconsistências e instabilidade, enquanto traumático e devastador para a maioria é uma crise apenas para a minoria; - a decisão de casar ou não se casar é uma outra decisão importante que também pode causar uma crise, mas geralmente de pouca magnitude; - o envelhecimento com os aspectos de rejeição, medo, incapacidade, solidão, desespero, isolamento, vulnerabilidade; - e a morte, que constitui-se em experiência mais traumática do que foi no passado; b) *crises de coincidência*, que são as crises que ocorrem ao acaso na maioria de nossas vidas. Elas incluem: acidentes em seu sentido mais amplo, inclusive aqueles que são perto de serem fatais; desastres naturais, deslizamento de terra, enchentes e incêndios; doença física (principalmente as que acometem algum órgão dos sentidos) e mental; e aquele stress relacionado com a perda da renda, prestígio, status, segurança do trabalho, relocação e imigração e ainda, o desejo de se obter desenfreadamente um “corpo” a altura dos padrões que a sociedade impõem. Por serem difíceis de serem previstas, estas crises tornam-se sérias situações de ruptura para as pessoas.

Em Shives (1994) transcrito por Scóz (2001) favorece-se que a maioria das pessoas existe em um estado de equilíbrio, ou seja, o dia a dia de suas vidas contém algum grau de harmonia nos seus pensamentos, desejos, sentimentos, necessidades físicas e ainda, uma linear posição entre a altura da idealização e imagem que a pessoa faz de si mesma. Tal existência permanece intacta a menos que haja séria interrupção ou distúrbio em sua

integridade biológica, psicológica, social e de acordo com cada crença, a espiritual. Quando stress excessivo ocorre, o equilíbrio da pessoa pode ser afetado, e ela pode perder o controle de seus sentimentos e pensamentos, de sua razão e de sua emoção, e então, experimentar um estado extremo de confusão mental. Para a autora, uma crise pode ser maturacional ou situacional. Uma crise maturacional é uma experiência tal como, a puberdade, adolescência, adulto jovem, casamento ou processos de envelhecimento, nas quais um estilo de vida é continuamente assunto de mudança. Estes são processos normais de crescimento e desenvolvimento que evoluem durante um período extenso e requerem que a pessoa faça alguma mudança. Uma crise situacional refere-se um evento extraordinariamente estressante que pode afetar um indivíduo ou família, independentemente do grupo de idade, do status sócio econômico ou sócio cultural. Exemplos incluem, dificuldade financeira, doença, acidente, morte e divórcio.

Em contraponto, a crise situacional se origina mais de uma fonte externa do que uma fonte interna. Exemplo de fontes externas incluem perda do trabalho, morte de uma pessoa amada, aborto, mudança de trabalho, mudança de estado financeiro, divórcio, adição de membros familiares, gravidez, doenças físicas severas e problemas com dependência química.

Cada ser humano responde de forma única a manifestação de uma crise, porém esta, possui suas fases e/ou estágios que segundo Scóz (2001, p.42),

independente do tipo de crise que a pessoa vivencie, o processo que compõe esta vivência, chamada por uns de fases, por outros de estágios, obedece uma seqüência de resposta ao evento traumático, que reconhecem quatro fases características que compõem o efeito total da crise sobre o indivíduo e/ou família. Na primeira fase ocorre um aumento inicial da tensão (ansiedade), resultante do conflito ou problema que representa uma ameaça ao indivíduo. Em conseqüência as habituais técnicas de resolução de problemas são acionadas, objetivando devolver o estado de equilíbrio anterior. Se a resposta de defesa usual falha e a ameaça persistem, a ansiedade aumenta produzindo sentimentos de desconforto extremo, caracterizado por um período de perturbação e ineficácia que configura a segunda fase. O indivíduo lança mão de recursos internos e externos e mecanismos de tentativa e erro são acionados, recorrendo o indivíduo as suas reservas de força e a seus mecanismos de emergência para solucionar o problema. Nesta terceira fase algumas formas de resolução podem ser usadas como: - redefinição da situação, - utilização de novos métodos para atacar o problema, - renúncia a satisfação da necessidade e outros. Se o problema continua, tem início a quarta fase, em que ocorre uma grave desorganização da personalidade. Esta resposta mal adaptada pode tomar a forma de confusão, imobilização com medo, violência contra outros, ou comportamento suicida.

Acredito que, dependendo da percepção e compreensão de cada ser humano ao lidar com a crise, as fases possam não ser obedecidas com base nesta ordem, ou seja, para se

desenvolver um comportamento suicida, por exemplo, não significa necessariamente atravessar as quatro fases.

2.1.4 Intervenção em crise

Vários modelos de intervenção na crise tem sido propostos. No entanto, pode-se enquadrá-los em dois grandes grupos, os modelos médicos e os modelos holísticos de enfermagem. Para Narayan E Joslin (1980) apud Scóz (2001, p.59), existem diferenças básicas entre estes modelos que podem ser retratadas nos aspectos relativos a meta da terapia, atividade do terapeuta, ponto de vista comportamental e papel do cliente e terapeuta, conforme melhor detalhado no quadro 1.

QUADRO 1: Uma comparação do modelo médico e o modelo de enfermagem holística no atendimento de crise

	Modelo médico	Modelo holístico de enfermagem
Ponto de vista comportamental	Crise é vista como uma precursora da doença mental.	Crise é vista como uma oportunidade potencial de crescimento e desenvolvimento pessoal.
Meta da terapia	Restauração do nível de funcionamento anterior a crise.	Promoção do crescimento do cliente através do aprendizado sobre si em relação com a crise.
Atividade do terapeuta	Médico avalia e dá a pessoa uma resposta prescritiva para um paciente passivo.	A enfermeira é uma facilitadora para o potencial do auto crescimento do cliente.
Papel do cliente e terapeuta	O paciente cumpre com o regime prescrito. Os valores do paciente não são uma parte significativa das considerações terapêuticas.	Cliente colabora com a enfermeira na avaliação, desenvolvimento do plano e avaliação do cuidado. Valores e percepção do cliente são uma vital consideração terapêutica.

Fonte: Narayan E Joslin (1980) apud Scóz (2001, p.59).

Vários autores têm apresentado modelos de atendimento de enfermagem em situações de crise.

Morgan e Moreno (1973) apresentaram a terapia da crise orientada por tarefa para resolver problemas que o paciente tem e que ainda não é capaz de resolver. Turner (1974) buscava com a intervenção de enfermagem restaurar o equilíbrio do cliente através da aplicação de um processo dividido em taxaço, intervenção e avaliação. Walkup (1974) propôs uma intervenção na crise com ênfase na abordagem geral de sistemas sugerindo um guia para busca de informações e ações planejadas de enfermagem. Johnson (1979) descreve sua proposta de intervenção na crise, discutindo detalhadamente os passos a seguir: taxar o paciente para ver se ele está realmente em crise, identificar seu maior problema, definir objetivos e planejar intervenções, implementar estes planos, envolvendo o apoio dos membros familiares

e amigos e por fim avaliar o que foi feito para determinar se os objetivos foram alcançados. Caplan (1980) postulou que em um funcionamento normal o homem diariamente encontra situações as quais podem ser negociadas com sucesso, usando técnicas familiares para manter a homeostase. Rodrigues (1989) refere que desenvolveu um modelo de procedimento de enfermagem de saúde mental (M.P.E.S.M.) baseado nas colocações de Caplan e Lindberg e Cols e em sua própria experiência na relação de ajuda junto a mulheres em crise acidental. Aguilera e Messick (1986) propuseram um paradigma que pode ser usado no processo de avaliação da crise e também para prever a sua melhora. Para elas a resolução saudável e com sucesso da crise, ilustrado através do paradigma de fatores de balanço (figura 2), está diretamente relacionada ao funcionamento de três fatores: percepção realística do evento estressante, disponibilidade de sistema de apoio e disponibilidade de estratégias de enfrentamento individuais. O processo de intervenção na crise para as autoras é composto por quatro passos: avaliação, planejamento da intervenção terapêutica, implementação de técnicas de intervenção e resolução da crise e planejamento antecipado. Esta proposta fundamentou vários métodos de intervenção de enfermagem, tais como Louie (1991); Varcariolis (1994); Shives (1994). Em 1991, Davies e Janosik apresentaram uma ferramenta para avaliação da crise, constituída de passos iniciais, procedimentos gerais, avaliação das habilidades de enfrentamento, planejamento e solução de problemas e guia antecipatório. Dal Sasso (1994) dividiu o seu processo de Enfrentando a Crise nas etapas: definindo a situação, descobrindo e propondo caminhos e avaliando a situação, utilizando-se da percepção como instrumento básico fundamental na compreensão de crise (Scóz, 2001, p.60).

Scóz como resultado de um estudo com estudantes de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina atendidos por ela, em suas situações de crise, elaborou o Suporte Interpessoal de Enfermagem que é uma alternativa metodológica no atendimento às pessoas em situações de crise, seu processo está dividido didaticamente nas etapas: acolhendo a pessoa, reconhecendo seu estado de crise, buscando alternativas e avaliando as mudanças.

2.2 Psiquiatria preventiva

Tendo por princípio a visão de que a função do hospital psiquiátrico resume-se ao auxílio no tratamento, a exclusão e o segregamento, a psiquiatria preventiva restringe a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade. Com isso, esta descentralização do tratamento, a possibilidade de assistência ao paciente em sua própria comunidade, torna-se um fator terapêutico.

Segundo Amarante (1998) o surgimento da psiquiatria preventiva, na sua versão contemporânea, nasce nos Estados Unidos, propondo-se ser a terceira revolução psiquiátrica (após Pinel e Freud), pelo fato de se ter “descoberto” a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando, não apenas a prevenção das mesmas, mas fundamentalmente, a promoção de saúde mental. A psiquiatria preventiva representa a

demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental.

Em 1955, nos Estados Unidos, é realizado um censo que denuncia as péssimas condições da assistência psiquiátrica, onde os hospitais são vistos como locais de depósitos cronificadores, apontando para a necessidade de medidas saneadoras urgentes. No congresso Americano, o discurso do presidente Kennedy, em fevereiro de 1963, somado ao livro de Gerald Caplan, *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (1980) são os indicadores desta mudança de objeto na prática psiquiátrica. O decreto assinado por Kennedy redireciona os objetivos da doença mental nas comunidades (Veras et al., usado por AMARANTE, 1998). É um período em que os EUA estão às voltas com problemas extremamente graves, tais como a Guerra do Vietnã, o brusco crescimento do uso de drogas, enfim, uma série de indícios de profundas conturbações no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia. Contudo, a apresentação do projeto de psiquiatria preventiva por Kennedy marca a adoção do preventivismo não apenas pelo estado americano, mas também “pelas organizações sanitárias internacionais (OPAS/OMS) e, conseqüentemente, por inúmeros países do assim denominado Terceiro Mundo” (AMARANTE, 1998, p.36).

A partir de uma redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional (que caracteriza o que Caplan define como crise), instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então se a doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, comportamento desviante, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. Desta forma, urge a identificação das pessoas potencialmente doentes, de candidatos à enfermidade, de susceptíveis ao mal através de seus comportamentos que fogem ao padrão “rotulado” pela sociedade.

Porém, creio que, no interior de cada cultura, o mesmo comportamento pode ter significações e conseqüências completamente opostas, ou seja, não podemos tirar como qualquer um comportamento que nos foge os padrões da “normalidade”, serem tidos como potencialmente doentes.

De acordo com os pressupostos constituídos, considerando que os doentes somente procuravam o serviço de saúde ou o médico quando se sentiam ou estavam doentes,

é preciso sair às ruas, entrar nas casas e penetrar nos guetos, para conhecer os hábitos, identificar os vícios, e mapear aqueles que, por suas vidas desregradas, por

suas ancestralidades, por suas constitucionalidades, venham a ser “suspeitos”, conforme expressão utilizada pelo próprio Caplan. (AMARANTE, 1998, p.37).

Costa citado por Amarante (1998), nos coloca uma questão teórica que emerge nos fundamentos dessa psiquiatria: Em primeiro lugar, a Psiquiatria viu-se constrangida a aceitar que a doença mental era uma doença do psiquismo e não do soma, ou seja, os diferentes comportamentos advinham de alterações orgânicas internas, deixando de lado os fatores externos como possíveis desencadeadores de doença mental. Em segundo lugar, não mais podendo recorrer, de modo exclusivo, ao método das ciências naturais para explicar seu novo objeto, a Psiquiatria foi obrigada a buscar em teorias e disciplinas não médicas as bases de sua nova prática, como a sociologia, a epistemologia, a filosofia política, a história e a economia.

Nesse território, a absorção pela psiquiatria, de conceitos da sociologia e da psicologia vem redefinir o indivíduo enquanto unidade bio-psico-social, um todo indivisível. Esta captura de conceitos desencadeia uma contradição teórica como nos mostra Costa referenciado por Amarante (1998, p.38):

Para a sociologia, a prevenção é possível, pois ela opera uma distinção, teórica pelo menos, entre sintomas e etiologia. Entre conflito social como causa antecedente e o comportamento desadaptado como efeito sucessivo à esta causa, a ação preventiva pode se instalar de modo teoricamente legítimo. Todavia, os fatos olhados pelo behaviorismo não apresentam a mesma coerência. Para o behaviorismo, a distinção entre a etiologia e sintoma não é pertinente. A doença mental existe, e só existe quando o comportamento desadaptado surge... Ora, se não há relação da sucessividade temporal entre etiologia e sintoma, como podemos conceber uma atuação preventiva? Agir terapêuticamente sobre o comportamento desadaptado não significa prevenir e, sim curar. Como, então, conciliar a proposição sociológica de prevenção com as explicações teóricas do behaviorismo, se todas as duas estão contidas na mesma noção de unidade bio-psico-social? A resposta é simples: a psiquiatria preventiva não se preocupa em resolver a contradição, faz como se ela não existisse.

Tenho a convicta posição de que não devemos nos prender a resolver estas contradições entre causa e prevenção, acredito que devemos nos concentrar mais nos aspectos positivos da existência do ser, isto é, a avaliação do enorme potencial que se encontra dentro de cada um de nós como seres humanos. Creio que devemos treinar a mente de cada ser humano para um modo direto para ser feliz.

Para Antonio Lancett (1989) mencionado por Amarante (1998, p.38) nos diz que as ordens prioritárias da psiquiatria preventiva são:

aquelas destinadas a reduzir (e não curar) numa comunidade, os transtornos mentais, promovendo a “sanidade mental” dos grupos sociais (prevenção primária); aquelas cujo objetivo é encurtar a duração dos transtornos mentais, identificando-os e

tratando-os precocemente (prevenção secundária); e aquelas cuja finalidade é minimizar a deterioração que resulta dos transtornos mentais (prevenção terciária).

Para Birman e Costa (1994) repetido por Amarante (1998, p.38) definem os níveis de prevenção assim:

prevenção primária – intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e/ou do meio; prevenção secundária – intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental; prevenção terciária – que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após sua melhora. O projeto da psiquiatria preventiva determina que as intervenções precoces, primária e secundária, evitem o surgimento ou o desenvolvimento de casos de doenças, decretando desta forma, a absolescência do hospício psiquiátrico.

Conseqüentemente, alarga-se o campo para a intervenção preventiva que deve ter início no meio social, ou seja, na comunidade, no bairro, um trabalho com famílias, evitando que se produzam condutas patológicas graves como o suicídio. Desta forma, visando uma medida de intervenção preventiva, o conceito chave que permite a possibilidade desta, é o de *crise*, estabelecido a partir dos conceitos de “adaptação e desadaptação” social, provenientes da sociologia. Em outras palavras, saindo do terreno específico da psiquiatria, para pensar, refletir e conceituar as doenças mentais, Caplan lança mão de teorias sociológicas que versam sobre as relações entre sujeitos e a sociedade, nas quais existem momentos, ou sujeitos, ou ainda, segmentos, mais ou menos adaptados, mais ou menos desadaptados às regras sociais, à convivência social.

Em Costa (1989) citado por Amarante (1998), vê-se a hipótese de que o modelo sociológico da “adaptação-desadaptação” – como critério de distinção do normal e do patológico, onde o comportamento socialmente inadaptado seria igual ao comportamento eventualmente inadequado – venha a possibilitar o surgimento do modelo preventivista, que assim procura-se como ‘alternativa’ ao modelo psiquiátrico clássico, contrapondo: - um novo objeto: a saúde mental; - um novo objetivo: a prevenção da doença mental; - um novo sujeito de tratamento: a coletividade; - um novo agente profissional: as equipes comunitárias; - um novo espaço de tratamento: a comunidade; - uma nova concepção de personalidade: a unidade biopsicossocial. Conforme Caplan, (1963) apud Amarante (1998, p. 39), “a crise não é absolutamente sinônimo de doença mental, mas neste contexto de idéias que privilegia a questão do normal e do anormal num enfoque adaptativo, a crise pode conduzir à enfermidade”. Com efeito, caminha-se para uma enfermidade mental bem caracterizada pelo acúmulo sucessivo de crises, que deterioram o sistema de segurança individual pelo seu

desgaste repetitivo, *“en tales casos, la progresión hacia la eventual enfermedad mental parece haberse acelerado durante períodos sucessivos de crisis”*(CAPLAN,1963, p.52).

Entretanto, neste contexto de produzir a Saúde mental, a Crise torna-se um objeto privilegiado, já que se ela dá um caminho seguro que pode conduzir à doença, ela pode ser encarada como uma possibilidade de crescimento para o indivíduo, e este pode além de alcançar a saúde mental, ajudar a outras pessoas em crise. Defrontar-se com uma situação nova, ter de elaborar os instrumentos para lidar com ela, é um teste que pode tornar enriquecedor o desenvolvimento da pessoa.

Se colocado sozinho o indivíduo numa eventualidade, este nem sempre consegue torná-la proveitosa para si, retirando benefícios para seu enriquecimento pessoal. Se ajudado por técnicos ou por líderes comunitários, psiquiatricamente orientados, a Crise pode tornar-se quase sempre um meio de crescimento. Acredito que um grupo de pessoas que se relacionam através de um mesmo sofrimento podem oferecer um suporte ora mais valioso do que um técnico cientificamente capacitado.

Ora, num sistema que se propõe a produzir a saúde mental, agir sobre as Crises é pretender propiciar o crescimento harmonioso das pessoas. Mas, quando se coloca a possibilidade de realizar uma prevenção primária de enfermidades mentais, torna-se necessário dispor de um balizamento etiológico fundado, de tal forma que possamos dizer que controlando determinado fator, desta ou daquela maneira, poderemos evitar a eclosão das enfermidades mentais em qualquer dos seus tipos. Um sistema assistencial que se pretende ser agente de uma ação sobre as condições capazes de conduzir à enfermidade deve-se sustentar num sistema causal consistente, para que uma ação preventiva possa servir de obstáculo a fatores patógenos e poder, simultaneamente, ser um produtor e saúde mental. Sem uma coerência desta ordem, o sistema não tem uma racionalidade teórica. (AMARANTE,1998, p.40).

Gostaria de acrescentar que, se partirmos do pressuposto de que temos a Crise como um concreto fator no qual podemos intervir em termos preventivistas, desta maneira, o sistema que visa oferecer o suporte de assistência, deve-se ter uma congruência em termos do que venha a ser crise, a identificar uma crise, logo, enfocando aliviar o sofrimento da pessoa, pois se nos mantermos sob a ótica de procurarmos num primeiro momento sua etiologia poderemos contribuir para seu agravo. Acredito que o sistema deve-se apoiar em ver uma pessoa com um problema, existência-sofrimento, e tentar minimizá-lo deste, somente depois vê-se a causa com mais precisão.

Ao considerar o conceito de crise, os instrumentos fundamentais da intervenção Caplaniana baseiam-se em: um trabalho comunitário no qual equipes de saúde exercem um papel de consultores/assessores/peritos, fornecendo normas e padrões de valor ético e moral

sob os presságios de um determinado conhecimento científico com utilizações de técnicas traduzidas a identificar precocemente os casos suspeitos de enfermidade no meio de um grupo social qualquer. Desta ótica, é necessário para os trabalhadores em saúde mental estejam a par das questões culturais que envolvem esta comunidade, para que os valores não sejam confundidos a comportamentos “desviantes” considerados à Crise.

O arsenal de serviços alternativos e/ou substitutivos – oferecidos pela reforma preventivista – situa-se no terreno de contraposição, isto é, totalmente oposto ao processo de alienação e exclusão social dos indivíduos. Portanto, propicia a instauração de serviços alternativos a hospitalização e de medidas que reduzam a internação. Ao mesmo tempo, propostas de despsiquiatrização - entendida aqui como sinônimo de delimitação do espectro psiquiátrico -, procuram retirar do trabalho e/ou saber médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas, remetendo-as a outros profissionais ou a outras modalidades assistenciais não psiquiátricas, a exemplo do que ocorre com os atendimentos de grupos reflexivos, operativos, de escuta, grupos de ajuda mútua, associações de familiares e usuários, dentre outros. Também o atendimento por equipes multidisciplinares ou, ainda, com a redefinição dos papéis profissionais do Serviço Social, da Enfermagem, da Terapia Ocupacional, da Psicologia, do apoio administrativo e assim por diante e talvez o mais importante, envolver a família no tratamento e até mesmo ousar um pouco mais, as pessoas que vivenciaram a crise, fazer com que elas ajudem outras pessoas que passam por esta situação (AMARANTE, 1998).

Contudo, o preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais, ou seja, os preceitos médico-psiquiátricos passam a respeitar o conhecimento popular que a comunidade social dispõem. Esta inflexão, que faz a passagem da arcaica profilaxia, atada ao modelo asilar, até o preventivismo contemporâneo, constitui parte do processo ao qual Castel denomina de *aggiornamento* (CASTEL, 1978). Tal processo representa a existência de uma “atualização”, de uma “humanização em saúde mental” e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos “loucos” até a moderna promoção de saúde mental, como a conhecemos agora. Nesse território de competências instituídas, administradas através da história clássica da psiquiatrização, cabe aos saberes psiquiátricos-psicológicos a mediação da constituição de um tipo de psicossociológico ideal ou que considero transformador, que fuja a complexo

mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados por diversas causas (AMARANTE, 1998)

2.3 Família

Por mais que os enfermeiros tentem apoiar e incentivar o doente na sua recuperação vai sempre faltar algo na sua vida (A FAMÍLIA)

Susana Quintão (1998)

De acordo com Bernardo (1997, p.31),

as modernas correntes de saúde mental vieram provar que um sintoma ou uma perturbação de comportamento de um dos membros da família deve ser compreendida e analisada no contexto de suas relações interfamiliares, nomeadamente os papéis e funções que cada um membro desempenha na respectiva família, bem como no quadro das condições culturais, religiosas, sociais e económicas dessa família.

O profissional que acompanha famílias deve considerar a realização de uma reflexão sobre o seu próprio modelo de compreensão de família e doente mental, para que seu julgamento, suas crenças, valores e atitudes não interfiram na relação profissional e família, pois, esta interferência conforme Stefanelli apud Waidman (1998) pode ser na forma de barreiras na comunicação como também pela falta de confiança da família no profissional. Desta forma sinto a necessidade de discorrer sobre o significado da palavra família para que o universo de experiências e conhecimentos possa ser ampliado.

2.3.1 Definição

Quintão (1998) refere que a palavra família é definida de diferentes formas pelos autores. Segundo o Instituto de Estatísticas, “a família é um conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de afeto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou totalidade de unidade de alojamento”. Taylor (1992, p.23), define família como “duas ou mais pessoas relacionadas entre si por vínculos de sangue ou legais, tais como casamento ou adoção”. Para Nitschke (1999, p.88) família “é um mundo que se mostra como uma rede de interações, intra e extra familiares”. Nitschke (1999, p.88) citando Boff diz que “família é um vínculo onde todos se

complementam, ninguém fica de fora da rede de relações includentes e envolventes, ninguém apenas existe, todos inter-existem e coexistem”.

Penna (1992, p.89) considera a família saudável “aquela em que seus membros interagem entre si, apresentando uma estrutura e organização flexíveis e, por isso, em constante ação com o ambiente em que vive”.

Por um outro ângulo, a família que vivencia o sofrimento mental é aquela que, durante seu processo de viver, interage com a situação em que um de seus membros é portador de sofrimento mental. Situação esta que tanto profissionais, como a família, desenvolvem o cuidado visando promover a saúde mental de seu membros, compartilhando crenças e valores nas interações e no processo de cuidar dentro de suas possibilidades e limitações, buscando o atendimento das necessidades para o desenvolvimento saudável de seus membros. (CIPRIANO,1999).

Considero que, a família que vivencia o sofrimento mental, é também, aquela que “usa” o doente mental para manter escondido a principal razão dos seus problemas, sejam eles conjugais ou advindos de outro membro da família que não seja especificamente o sofredor mental.

2.3.2 As funções da família

Osório (1996), destaca que a função *biológica* da família é a de garantir não a reprodução e sim a sobrevivência da espécie através dos cuidados ministrados aos recém nascidos. Quanto aos aspectos Psicossociais, o autor apresenta as seguintes funções:

- Prover o alimento afetivo indispensável à sobrevivência emocional dos recém nascidos. Esse alimento é indispensável não apenas aos bebês, mas para todos os membros da família para que haja um mecanismo de interação afetiva;

- servir de continente para as ansiedades existenciais dos seres humanos durante seu processo evolutivo, pois o indivíduo, ao longo de sua trajetória, vivencia crises que podem ser, indubitavelmente, suportadas e/ou favorecidas por um adequado suporte familiar à desestabilização que tais crises acarretam;

- promover aos seus descendentes e familiares à descendência da experiência acumulada pelas vivências individuais e coletivas;

- proporcionar o ambiente adequado para a aprendizagem empírica que baliza o processo cognitivo do ser humano, bem como facilitar o intercâmbio de informações com o universo circunjacente;

- transmitir as pautas culturais dos agrupamentos étnicos;
- preparação para o exercício da cidadania.

Em Penna (1992), encontra-se que, as funções da família incluem: atender as necessidades de crescimento e desenvolvimento de seus membros, atuar no ambiente em que vive, transformá-lo e ser por ele transformada, enfrenta crises, conflitos, contradições e constrói histórias. Taylor (1992), acrescenta as funções de: regular a atividade sexual e reprodutiva, realizar a manutenção física, proteger, educar e socializar, recreação, status assegurado e garantia do afeto.

As funções da família de acordo com Osório (1996) não são compartimentos estanques ou de atribuição exclusiva dos papéis familiares aos quais costumamos imputar seu exercício. Com isto, temos a noção de que os papéis familiares possam ser intercambiáveis, o exercício das funções familiares não é uma via de mão única e sim um constante processo de trocas, mutualidades e interações afetivas. É nesse caráter interativo que reside a matriz psicodinâmica que configura a natureza intrínseca da entidade familiar.

A família deve lutar por várias conquistas, mas por uma só causa, à vida.

Dentro desta ótica acredito que a família que atravessa situações problemas, podem melhor enfrentá-las com a presença de um suporte familiar adequado.

2.3.3 A família com o sofredor mental

Muitos autores corroboram a idéia de que a família pode ser fator desencadeante do sofrimento mental, embora na maioria das famílias com sofredores mentais possam mostrar distúrbios de comunicação ou de interação, não se pode fazer um raciocínio único e global do tipo: a família cria seu doente ou então o doente cria distúrbios na família.

Conforme Bassit (1989, p.62)

do ponto de vista psiquiátrico, o mecanismo desencadeante da doença pode ter sido a família, mas a partir do momento em que o indivíduo se torna doente, o processo está dentro dele, de seu organismo, de seu cérebro, pois caso contrário não pode ser

rotulado de doente e nem ser tratado pelos médicos. O fato da doença ser do indivíduo não quer dizer que o tratamento só pode ser feito no indivíduo.

Desta maneira colocamos as causas do sofrimento mental entre parênteses, pois considero como fundamental importância envolver a família no processo de reinserção, ajudá-la a encontrar caminhos para a resolução de seus problemas e esclarecer suas dúvidas.

O sofrimento mental é normalmente uma situação de duração mais ou menos prolongada e nem sempre de possível recuperação imediata. Este fato exige da família uma preparação e um acompanhamento, já que ela deverá reestruturar-se, não só no sentido dos fatores desestabilizadores que esta situação gerar, mas também na construção de um meio favorável à recuperação e manutenção do *equilíbrio* do indivíduo doente, tanto em nível econômico, social, como nível psicológico.

Este é um dos problemas principais deste tipo de famílias, pois enquanto umas procuram apoio para a tal preparação, outras não o fazem, surgindo assim dois subtipos de famílias: as famílias que superam e sobrevivem às dificuldades que encontram, e as famílias que adoecem, pois não conseguem ultrapassar esta *crise* que surgiu na sua vida, e se desestruturam ou destroem. É normal às famílias passarem por várias crises durante o seu próprio desenvolvimento, o que automaticamente provoca várias mudanças nas suas funções, possuindo um maior ou menor grau de capacidade de reestruturarem o seu modo de vida. Quando o sistema familiar não tem capacidade de se reorganizar/reestruturar, face à uma nova etapa ou a um problema, surgem as situações de conflito. Estas situações podem provocar sérios danos nos membros dessa família, podendo desequilibrar não só o modo de vida de um indivíduo, como também a sua saúde mental. Nessas alturas, é essencial que a família em causa procure um apoio extra familiar, como por exemplo, um enfermeiro ou um psicólogo, ou seja, alguém que a oriente na forma de atuar, para colocar de novo o sistema familiar a funcionar. Nestes casos, a terapia familiar é uma das formas de ajudar a família. O valor da terapia familiar reside no fato de as intervenções serem exploradas coletivamente, de todas as pessoas significativas estarem ativamente envolvidas no tratamento e de se poder prestar atenção não apenas nas dificuldades do doente mas também às pessoas que têm de lidar com "ele". O estar junto com o doente e com a família é extremamente importante, pois podemos mais facilmente apreciar o modo como falam entre si, como se criticam, o que pensam todos da mesma situação, etc. e assim conseguimos compreender qual é realmente o problema e a forma de atuar perante esse mesmo problema (QUINTÃO, 1998 p.37-38)

2.3.4 As famílias e os círculos do sofrimento mental

Moreno (1992) apresenta os quatro círculos que compõem o circuito percorrido pelo sofredor mental e sua família, desde o aparecimento dos primeiros comportamentos desviantes até sua reinserção social.

O primeiro círculo contempla as dificuldades gerais do espaço familiar. Para as famílias "tudo é muito complicado" quando há um doente mental em casa. Todas elas sentem-

se sós para fazer frente aos problemas essenciais. Deploram a quase inexistência dos serviços de detecção: “na escola, deveriam fazer-se exames psiquiátricos como se fazem de pele”. A falta de divulgação dos problemas relativos à doença mental deixa-as desarmadas quando aparecem os primeiros sintomas da doença. Para o autor a maior informação permitir-lhes-ia compreender o que se passa e atenuaria a angústia que sente perante o desconhecido. Com efeito a imaginação pode responder de um modo temeroso as perguntas em suspenso.

Dificuldades materiais no sentido do que o pai ou a mãe é obrigado a trabalhar ou a parar o emprego para suprir as necessidades do doente. Esta situação pode provocar uma sensação de frustração, mesmo como um certo ressentimento contra o doente, uma reação de injustiça perante a sociedade. É freqüente ter de se **lutar para se obter as indenizações**, mostrar-se firmes para alcançar os **direitos**; com efeitos os tratamentos ocasionam **despesas** que nem sempre correspondem aos critérios de reembolso da Segurança social. Devido a doença e as suas conseqüências, a famílias percebe-se e é percebida de um modo diferente pelo ambiente social. Mais concretamente a relação com os outros perturba-se com freqüência, mesmo que eles se mostrem compreensivos. Se a família conserva um mínimo de relação com o exterior, são freqüentemente molestas, superficiais, ocasionais, este isolamento constitui-se para elas um drama.

A responsabilidade transita no sentido de que ou a família sente-se responsável pela doença ou a atribuem ao próprio doente ou a causas externas. A culpa que a família se coloca “talvez eu não devesse ter trabalhado durante a infância da minha filha”, “talvez ela tenha sido mimada demais”. Visão da doença mental como fenômeno hereditário; “o pai estava doente e ela reproduz exatamente os mesmos sintomas”. Sentir-se vítima do destino: “caiu-nos em cima a desgraça da doença, cada um tem que carregar sua cruz”. Considera-se o próprio doente como responsável e interpretam-se os seus sintomas: “se ele quisesse, podia muito bem fazer um esforço para sair desta situação”, a doença pode também ser atribuída a acontecimentos externos traumáticos como guerra, serviço militar, fracasso sentimental, puberdade, intervenção médica, cirúrgica.

O doente, o indivíduo está doente quando já não entra no jogo social. No plano econômico já não é rentável e seu comportamento põe em xeque os critérios de normalidade social. Uma pessoa que sai da norma deve ser considerada como doente, para que o grupo social se possa reafirmar na sua normalidade, se há doentes é porque os outros não são.

Conforme Oliveira (2000), conviver com a diferença, é uma experiência que requer conhecimento, compreensão dos limites a serem colocados, o que pode ser difícil porque implica aceitar o outro como ele é, em determinados momentos e lutar para que ele mude seu comportamento de forma a tornar-se socialmente aceitável. Assumir o cuidado do ser doente representa reestruturar a vida, muitas vezes, privando-se das coisas que, anteriormente, lhe eram permitidas, como: viajar, trabalhar, sair de casa sem preocupações, o que requer uma reorganização da vida em família.

A família é a intermediária, responsável pela ordem imposta pela sociedade. Estando privado da autonomia na satisfação das suas necessidades elementares, esta situação favorece nos pais um maternalismo excessivo. O doente é mantido num estado de dependência infantil: não se lhe concede nenhuma confiança. Todos os seus atos e até suas palavras são mantidos sob controle. Antes ou depois da conversão, é do doente que se fala, mas não é o doente quem fala.

No segundo círculo, o autor pauta o primeiro contato com o circuito médico, lembrando que o primeiro recurso utilizado é o médico de clínica geral.

O reconhecimento da doença mental depende do grau de informações das famílias, do seu limiar de tolerância e da possibilidade de encontrar um profissional competente. No início a doença não é mais do que um conjunto de comportamentos raros não habituais que muitas vezes são intoleráveis pelo ambiente. E, alguns casos tratam-se de desemprego ou de fracasso escolar. Sintoma social, o desemprego e a instabilidade social são os sintomas decisivos da inadaptação social, “enquanto trabalhar, tudo vai bem” (alcoolismo), de algum modo é como o sintoma inicial da doença mental. Por outro lado, retornar ao trabalho significa a cura. Algumas causas, por exemplo, os sinais delituosos (roubo), a princípio, estas manifestações a-sociais serão consideradas inofensivas e banais, depois tornar-se-ão inquietantes para as famílias.

Estas depois de terem tentado em vão atribuir os sintomas a esta ou aquela doença somática ou a outras causas externas (estresse, esgotamento físico) e não terem chegado a nenhum resultado quanto à cura, chegam a tomar consciência da natureza da doença. Esta experiência constitui com frequência um choque para os familiares, e por isso pode-se adivinhar a importância dos primeiros contatos.

Ao desenvolver um trabalho com as famílias que vivenciam a doença mental, Oliveira (1998, p.20), constatou que

estas sentiram falta, especialmente, no momento inicial da manifestação clínica da doença, de um profissional da saúde que as auxiliassem, prestando informações sobre o significado da doença, suas implicações, cuidados e, principalmente, que lhe proporcionassem conforto, compreendendo suas necessidades enquanto seres que sofrem, entram em pânico frente ao desconhecido e que, portanto também requerem cuidados.

Geralmente, depois de se manifestarem os primeiros transtornos, recorre-se ao médico habitual já que este está mais perto da família. Às vezes o papel do médico geral restitui-se à orientação para o serviço especializado. Um dos problemas da medicina geral é a ausência de bases suficientes nos conhecimentos psiquiátricos dos médicos de medicina geral. Um dos doentes que foi sujeito de seu estudo, adverte: “Numerosos fenômenos de conversão somática mascarando os sintomas psíquicos que eu tomei como conseqüências e não como causas, orientaram-me para diferentes médicos de diferentes áreas. Nunca nenhum deles abordou, direta ou indiretamente, os problemas nervosos, e portanto, afetivos. Até nem eu mesmo era capaz de o fazer sob minha própria responsabilidade. O que não deixava de ser desconcertante, se, se tivesse em conta que eu tinha sido operado de apendicite, quando se tratava de uma crise de angústia”.

Em conclusão podemos afirmar que a causalidade dos primeiros contatos, determinará o caminho futuro do doente (para não dizer da carreira psiquiátrica).

Com o Terceiro círculo, Moreno apresenta os circuitos psiquiátricos tanto quanto a relação com o médico, o diagnóstico e o estabelecimento da autoridade médica que o caracterizam.

O encaminhamento através dos circuitos psiquiátricos podem ser privados e públicos, com a condição específica para cada família: a nível sócio-cultural e econômico, conhecimentos prévios, confiança no médico. Na clínica privada as pessoas relatam que tratam-se de locais mais acolhedores ao doente, a instância clínica apresenta menos repressões e o regime de visitas é mais liberal. A clínica assemelha-se mais a uma casa de saúde especializada para os nervos do que um asilo de loucos, é freqüente os pacientes terem pena de deixar a clínica.

Porém, o psiquiatra que mantém uma relação privilegiada com o doente, deixa as famílias fora do jogo, supridas por uma pessoa estranha que representa o papel bom, enquanto que elas têm de assumir as responsabilidades de todos os dias. No circuito público podemos ver dois pólos terapêuticos: a consulta de higiene mental e o hospital psiquiátrico.

O centro de higiene mental é um serviço de saúde pública, destina-se a um papel de detecção de enfermidades, orientação e cuidados psiquiátricos. As famílias que se dirigem a esse serviço são frequentemente enviadas pela escola ou pelo meio profissional, quando o doente apresenta sinais de desadaptação. As famílias manifestam a sua satisfação sobretudo nos tratamentos contínuos (entrevistas-psicoterápicas) e experimentam o seu mal-estar quando se trata de questões de orientação.

No ambiente hospitalar, o médico é quem ostenta o papel da onipotência real que se exprime no seu status social, no seu papel no hospital; a onipotência imaginária também, fantasiada pelos doentes impregnados de mitos culturais.

Apoiados em relatos de doentes, o autor ainda, constata que o médico no hospital não está à disposição do doente e da sua família, mas que são eles que devem desejar uma entrevista quando o médico estiver disponível para os ver. São desculpados porque não têm tempo e estão sobrecarregados de trabalho, sem que esta razão satisfaça as famílias; os doentes sentem-se frustrados nos seus pedidos. Além disso, na mesma relação, é o médico que decide a distância a manter entre ele e o doente; que este último o queira abordar como confidente ou juiz, a decisão caberá ao médico. De um modo mais sutil ainda – para os doentes a consideram a priori como a mais natural –, a violência exerce-se a propósito dos medicamentos. E o médico que decidirá a natureza do tratamento, segundo o comportamento do doente no serviço. Assim, um doente agitado verá como lhe receitam uma forte dose de medicação, a fim de evitar a perturbação no serviço. Os medicamentos, tomados à força ou impostos, assemelham-se a um castigo necessário, o que reforça o médico na sua posição de autoridade reconhecida pelo doente.

Cabe também ao médico o poder de classificar a doença, de indicar ao doente a sua existência psiquiátrica por meio de um veredicto decisivo e frequentemente cheio de graves conseqüências. Este diagnóstico pode tomar o valor de uma rotulagem, codificando a passividade do doente, enquanto que ele significa sobre tudo a necessidade de exclusão, de segregação da sociedade, de discriminação do normal e do patológico.

Desde esse momento, a relação entre o doente e do que cuida dele, desprovida de toda a reciprocidade, não pode ser objetivada senão a medida em que a comunicação entre um e outro se opera unicamente pelo filtro de uma definição. A maior parte dos doentes hospitalizados, podem oferecer-nos diagnóstico do médico.

Oliveira (2000, p.21) refere que

diante do diagnóstico de doença mental, as famílias em geral, não conseguem compreender o que está acontecendo e desconhecem as possíveis causas que possam justificar tamanha desorganização de comportamentos, conduta e afeto. A partir daí, começa a se configurar um círculo vicioso, no qual o familiar doente sofre e a família também sofre, aumentando essa desorganização, até que alcancem um nível razoável de aceitação e controle sobre a doença.

A renúncia ao poder médico, segundo Moreno (1992) se perpetua, sob outras formas, através da subordinação do paciente. A revolução das mentalidades não se faz senão depois da evolução dos fatos. Com efeito mesmo quanto se abstrai do poder real do médico, as famílias têm sempre uma imagem do psiquiatra que, se for caracterizada pela pura violência; é a imagem de um ser superior, dotado de um saber incontestável, a quem é preciso dar toda confiança, pois dele depende o futuro do doente. Será um risco perigoso para o doente que oferecerá a sua doença ao médico e esperará ser curado por ele, quer dizer, ser libertado do seu mal de maneira um pouco mágica, mais do que implicar-se nesta tarefa e sentir-se produtor de sua doença num momento dado e, por isso mesmo, conceder-se os meios de alcançar a autonomia. Confiar inteiramente no médico, pôr-se nas mãos dum especialista, não é abandonar, convencer-se da sua impotência?

No quarto e último círculo, Moreno (1992) descortina a relação estabelecida entre a família e o hospital.

Ao escutar as famílias, diz o autor que estas referem que sentem o hospital como um local ambíguo, bom e mal. Esta ambivalência verifica-se na experiência das famílias nos primeiros tempos de hospitalização. As famílias sentem-se culpabilizadas por enviarem o seu doente para o hospital, pois consideram que é um modo de rejeitar o doente para o hospital, isto é, de perpetuar a exclusão imposta pela sociedade. Ao mesmo tempo, estão conscientes de não poderem bastar-se para curar o seu doente. Bassit (1989) deduz que os profissionais de saúde principalmente em nível hospitalar, não mostram disponibilidade para o doente e sua família, desencadeando um sentimento de insatisfação nas famílias e de frustração no seu familiar doente, quando estes buscam ajuda.

Também a propósito do tratamento, a posição das famílias é flutuante. Duvidam entre confiar no médico sem restrição e rejeitar o tratamento, mudá-lo segundo a sua opinião do que é bom para o paciente, segundo o que elas interpretam sobre a doença. Quanto as saídas, as famílias oscilam entre o desejo de levarem o seu doente, com exceção de alguma crise ou outras dificuldades que a saída implique, e a tentação de se fazerem substituir pelo médico,

para julgar que o doente se encontra muito deprimido para voltar para casa, excluindo se forem culpabilizados por esta decisão.

No momento atual parece que os esforços políticos e sociais vão neste sentido: desmantelamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de novos equipamentos que, em teoria, não embruteçam tanto e aproximam o doente da sua família e da sociedade, os serviços substitutivos. Moreno (1992, p. 24-25), relata que a família volta a viver de novo todo o doloroso processo do princípio e que este denomina: “para as famílias tudo é muito complicado quando há um doente mental em casa. Dificuldade que aumenta depois de tantos anos de isolamento e de distância”. Quanto há de comodidade, quanto de queixa justificada, da parte delas, mereceria ser tratado de modo mais monográfico, ou seja, ser reconhecida como unidade única que merece ser atendida mediante suas manifestações. A psiquiatria como operacionalidade perante o doente mental, a este respeito todos estão de acordo em que não se pode manter o hospital psiquiátrico com o simples encargo de custódia e com mera atividade asilar. Também há que ter em conta a modalidade concreta dos novos equipamentos, e se estes novos recursos não repetem, de algum modo, a deterioração asilar onde se encontram alguns doentes mentais.

Macedo apud Oliveira (2000, p.26) diz que “o número de centros de saúde mental que oferecem programas específicos de apoio para os cuidadores e que os aceitam como aliados na elaboração dos projetos terapêuticos e de reabilitação é extremamente reduzido”.

Ao meu ver, reabilitação consiste em o sofredor mental resgatar sua autonomia, sua responsabilidade perante a vida, seu significado de existência a partir da compreensão dos fatos, do desenvolvimento de um talento que antes era oculto para ele, e, para isto, a família é o principal co-terapeuta para esta tarefa. Faz-se necessário orientar a família sobre os serviços disponíveis em caso de riscos para sua vida e para a vida do sofredor mental.

2.3.5 Intervenção familiar

Os princípios da Saúde Mental são úteis não só na nossa relação com os outros, “mas também na nossa auto-análise e equilíbrio emocional”, Quintão (1998, p. 47). Gomes reforçado por Waidman (1998) refere que os profissionais que vão trabalhar com famílias precisam conhecer e compreender o seu próprio modelo de organização familiar, valores, crenças e procedimentos. Travelbee (1979) complementa a idéia, quando diz que para a

enfermeira (o) relacionar-se com outro ser humano, é preciso, primeiro, conhecer seus pensamentos e sentimentos, conhecer-se, aceitar-se com ser humano, para depois interagir e intervir com os outros, para que desta forma diminuam as possibilidades deles, os profissionais, afetarem a relação de forma negativa, ou seja, que o profissional não deixe que seus pensamentos e atitudes sejam privilegiados em relação aos da família.

Se qualquer membro de uma família enfrenta um problema que envolve uma ameaça à satisfação de uma real necessidade, o grupo, como um todo, é inevitavelmente envolvido, de um modo ou de outro, em diferentes graus. A família apoiará o indivíduo na escolha de outros modos de enfrentar o problema, de acordo com as tradições culturais e experiências vividas ou sofridas. Num grupo bem organizado, em que o sistema de autoridade é claro e aceitável, a rede de comunicação aberta e os papéis interligados de um modo complementar exercerão maior controle e darão mais apoio ao indivíduo doente.

O ponto importante para a manutenção da saúde mental é evitar o distúrbio mental que as atividades da família sejam dirigidas no sentido de ajudar a pessoa em crise a enfrentar o seu problema de forma ativa, em vez de o evitar ou de limitar a sua atividade aos mecanismos de alívio da tensão psíquica (CORDO, 1992).

Enquanto a família não for incluída no cuidado prestado ao ser portador de sofrimento mental, este cuidado permanecerá no modelo tradicional, em que o profissional de saúde dita as regras ou age, apenas, a partir de seus pressupostos, desconsiderando que estes seres, a família e o sofrimento mental, determinam o melhor e necessário para si mesmos (OLIVEIRA, 2000).

Para intervir na família é necessário saber em que o profissional vai intervir, seja na prevenção do sofrimento mental, seja na manutenção da saúde mental, seja na prevenção de recaídas. Nossa proposta de intervenção na família, visa intervir, em situações de crises, que possam ser geradas por um sofrimento mental em seu meio familiar, oferecendo o alívio emocional, para o sofrimento mental e para a família que sofre também, através da escuta apaziguadora, os demais processos que se seguem são descritos com maior detalhe no capítulo posterior. É necessário para o interventor, ouvir primeiramente as histórias de cada familiar independente da idade, desde que haja comunicação, desta forma, faz-se uma articulação de fatos, conversa-se terapêuticamente, usando a metodologia do suporte interpessoal, com cada um e depois faz-se um confronto com todos juntos. Às vezes não conseguimos obter resultados de imediato pois as famílias há muito tempo já se convenciam

que nada mais possa ser mudado, porém fica a esperança de um dia esta mudança vir a brilhar.

2.4 Reforma psiquiátrica

A psiquiatria compreende o conjunto teórico e prático que define a “doença mental” como um processo mórbido e progressivo de origem orgânica ou mental que ataca o indivíduo, deslocando-o da natureza humana (LEONE, 1999).

A doença mental, pelo o que tem-se percebido, é identificada a partir da observação ou leitura meticulosa dos comportamentos que se mostram “desviantes”, e que por representar perigo tanto para o seu portador como para a sociedade, devem os identificados ou portadores ser internados e tratados em hospitais próprios, ainda contra sua vontade.

Segundo Leone (1999), em oposto a esta ótica, a des-psiquiatria, é constituída pelas críticas e proposições alternativas a psiquiatria tradicional, que de forma variada questionam a existência da “doença mental” nos termos propostos pela tese que negam, criticam a Instituição Psiquiátrica e sua função política (controle, segregação e violência), identificam nos processos de sofrimento psíquico uma alienação político-social-existencial do indivíduo de modo a não justificar a ruptura entre a sanidade/insanidade, normal/patológico, e propõe alternativas práticas de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, superando o ciclo de violência, exclusão e segregação, e, estas críticas e alternativas são desenvolvidas e construídas com a reformulação dos modelos de atenção e assistência.

Contudo uma questão crucial nos intriga, qual o modelo de atenção que sustentará esta gama de assistências aos sofredores mentais, trabalhadores da saúde mental e familiares que vivenciam e/ou convivem com situações de transtorno mental? Responder esta questão certamente é um desafio, porém, tentaremos aqui neste capítulo ampliar os horizontes deste discurso, reforma psiquiátrica.

O termo, prevaleceu e ainda permanece, em parte pela necessidade estratégica de não criar maiores resistências às transformações, de neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político. Esta tentativa de compreensão do uso do termo reforma pode ser tranquilizadora e sensata, mas não deixa de indicar uma contradição, pois como visto em Rotelli apud Amarante (1998) pode acontecer desvios de rotas na trajetória da reforma

psiquiátrica, desvio este que o autor retrata nos modelos psiquiátricos inglês, francês e americano, que não passaram de simples tentativas de recuperação do potencial terapêutico da psiquiatria clássica, onde vemos que, neste sentido, esta “recuperação” está aliada a manutenção de instituições psiquiátricas e o aumento da farmacoterapia.

Amaral (1999) coloca que a reforma psiquiátrica surge como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Para Amarante (1998) o termo significa um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais administrativas e jurídicas que visam a transformar a relação da sociedade com o “doente”.

Sendo assim, **Reforma Psiquiátrica**, consiste na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção primária, sanitária e sociais, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, núcleos de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, residências terapêuticas, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares, ou seja uma reversão do modelo hospitalocêntrico por esta rede de serviços assistenciais comprometidos com as condições do sentido da existência do sujeito com problemas visionando a melhor condição de vida.

2.4.1 Quando se iniciam as reformas?

Amarante (1998, p. 88-90), nos diz o quanto

é difícil definir quando se inicia o processo de reforma da prática e do saber psiquiátrico, porém, tanto na França com o aparecimento do primeiro asilo psiquiátrico com o Pinel, quanto no Brasil com a criação do hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, é possível já localizar críticas, resistências e projetos de mudanças e das praticidades da psiquiatria.

No Brasil a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concretamente a partir da conjuntura de redemocratização, em fins da década de 70 e tem como fundamentos, não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, ou seja, críticas ao governo militar e principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui torturas, corrupções e fraudes, denunciadas pelo Movimento dos Trabalhadores em

Saúde Mental. Também, uma crítica estrutural as instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização.

A partir das organizações sistematizadas das denúncias de violências, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante, institui-se em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológica. Ainda segundo o autor, neste período, passam a merecer importância as obras de Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Szasz, Basaglia, Illich, dentre outros, inclusive no campo mais geral da filosofia, sociologia, antropologia e ciências políticas, vindos muitos destes ao Brasil para participarem de eventos. No Brasil começam a chegar relatos da experiência de Gorizia, da psiquiatria democrática (liderada por Basaglia) e da rede alternativa a psiquiatria, fundada em Bruxelas, em Janeiro de 1975.

Contudo a questão da reforma psiquiátrica tenta promover a discussão quanto a reestruturação da atenção à Saúde mental, a reestruturação ao modelo de assistência, compreendendo a palavra “atenção” em seu sentido mais amplo e diverso, não se restringindo somente ao atendimento feito em instituições psiquiátricas com a farmacoterapia.

2.4.2 Por que reformar?

A proposta de uma reforma na assistência ao doente mental baseia-se na avaliação de que a forma como ela se organiza hoje não está sendo eficaz. A principal questão é que o foco do atendimento é feito em hospitais psiquiátricos, e esse modelo vem se mostrando, ao longo dos tempos, não somente ineficaz, como segregador e iatrogênico. Na verdade o manicômio psiquiátrico surge mesmo antes de a Psiquiatria se firmar enquanto especialidade médica, e surge por causa do desenvolvimento do modelo capitalista (AMARAL, 1999).

Fluindo as reflexões em ambiente marxista, de acordo com Basaglia transcrito por Leone, (1999, p. 49),

a ordem a que se referem os italianos encontra sua significação no seio da luta de classes em sociedades capitalistas. O que equivale a dizer que a Instituição Psiquiátrica está a serviço da classe dominante, isto é, a repressão da loucura é uma necessidade para a burguesia, uma necessidade para manter sua ordem moral, pelo o que torna necessário revelar a natureza classista da psiquiatrização e suas ligações com o Estado e ideologia dominante.

Desta ótica, há toda uma preocupação do sistema capitalista em reforçar seu controle social para garantir seu domínio, porém a necessidade de se reformar também se fomenta na expressão de um processo libertário, que segundo o mesmo autor na página 50, ainda citando Basaglia, por ser a ciência um produto da classe dominante, sua mudança é monitorada pelos códigos da classe que se manifesta, portanto encontrar uma nova ciência que escape ao círculo vicioso transformação/reprodução do mesmo, só poderia ser uma realização da classe oprimida que povoa o manicômio e que poderia ser o novo cliente, isto é, o proletário e o lupem proletariado.

O modo de produção capitalista não se importa em resolver o problema, o sofrimento mental e sua reinserção social, e sim em ter lucros usando a doença, através do uso irrestrito de psicotrópicos a partir das multinacionais farmacêuticas. A assistência paternalista domestica populações, vende remédios, inaugura postos de saúde e mantém a elite no poder, o capitalismo tem a necessidade da medicina para fazer política e continuar produzindo lucros.

2.4.3 Historicizando a “psiquiatria & manicômios”

Historicamente a “loucura” sempre esteve presente na universalidade humana e esta é vista como um desvio da natureza imanente do indivíduo, ou de uma perturbação do seu autodomínio ou a perda da vontade racional, ou o descontrole da arte do pensar. Neste sentido no final do século XVIII a loucura é tida como uma doença que deve ser tratada e curada, pois oferece perigo a sociedade e, ainda, impõe-se a necessidade de um local para seu tratamento através de uma ciência que usa o médico como o “curador” de seus sintomas. Desta maneira, neste exposto que irá seguir-se, farei um breve histórico da psiquiatria e dos manicômios, visando uma melhor compreensão de suas trajetórias, mas recomendo que esta leitura não deva ser restrita a uma mera cronologia de fatos, é relevante enfatizar que a necessidade de se aprofundar no conhecimento para que se vise relacionar os acontecimentos com sua época, entender as relações sociológicas, políticas e econômicas envolvidas, sem reportarmos a esquecer que estamos lidando com um fato concreto, a psiquiatria.

De acordo com Fenilli (2000) a perspectiva histórica da psiquiatria se faz através dos seguintes períodos:

Pré história – As pessoas com doenças mentais recebiam tratamento de acordo com os ritos tribais, caso fracassassem, os indivíduos morriam de inanição ou eram atacados por feras.

Psiquiatria antiga e grego romana – na antiguidade grega nos tempos primórdios havia a crença que a loucura era causada por alguma divindade ou potência demoníaca, que se apoderava do thymos (memória, emoções) do indivíduo, fazendo com que este ficasse sem controle sobre seus atos, emoções. Os registros das mentais surgem cerca de 200 A.C, em papiros egípcios de Khaun. Relacionavam a histeria (do grego, hysteria, matriz, útero) com a convicção de que o útero podia se deslocar pelo corpo inteiro. Hipócrates sugere que a loucura é uma doença orgânica, em que ocorre a ruptura do equilíbrio interno mantido pela harmonia do sistema de humores (sangue, pítuita, bilis amarela e bilis verde escura). A doença nada mais é do que uma crise no sistema dos humores.

Psiquiatria medieval – considerada como a “idade das trevas” que se estendeu até o início da idade moderna. Acreditava-se que era exercida por magos e feiticeiros, ocorreu um retrocesso as concepções religiosas. A origem dos transtornos mentais era natural, mas a “demonologia” e a inquisição impuseram resistências quanto as idéias de que feiticeiras e possuídos sofriam de doença mental. Foi um período de exorcismo e de perseguição ao doente mental. O atendimento foi deixado a cargo dos padres.

Século XVI – embora possa ser pouco recomendado o tratamento dos doentes mentais na idade média, esses tiveram ainda menos consideração no período seguinte. No século XVI, os doentes eram trancafiados em celas, masmorras ou asilos para loucos, onde os curiosos podiam pagar para ver a “representação” dos internos.

Século XVII – a superstição da doença mental sofreu uma mudança terrível nesse século. As bruxas e os mágicos eram tanto a causa quanto a cura para a doença.

Psiquiatria Francesa e a 1ª revolução Psiquiátrica Século XVII – ocorreu no século XVII com a fundação de locais específicos para os cuidados dos doentes mentais, e assim pode ser reconhecido o caráter médico das perturbações dos mesmos.

Século XVIII – ao final do século XVIII (1792), Philippe Pinel foi quem recebeu permissão para deixar livres os prisioneiros, de dois dos maiores hospitais, alguns vivendo há mais de 20 anos acorrentados. Ele provou o erro em se tratar os doentes mentais de forma desumana. Esquirol deu continuidade ao seu tratamento humano e é considerado o primeiro

professor de psiquiatria. Pinel e Esquirol foram os nomes de maior destaque, fazendo o reconhecimento do doente mental como paciente de patologia natural com efeitos psíquicos.

Em 1756, é inaugurado por Benjamin Franklin, o Pennsylvania Hospital na América do Norte, onde os pacientes, mesmo relegados ao porão, tinham cama e quartos aquecidos, e em 1783, Benjamin Rusch deu continuidade no trabalho deste mesmo hospital, sendo considerado o pai da psiquiatria norte americana. Acreditava-se que as fases da lua influenciavam no comportamento, criando assim um método de contenção desumano, o tranquilizante. Foi este, um importante personagem da história, pois insistia a oferecer um tratamento mais humano aos doentes.

Século XIX – novas idéias começam a ocorrer, no final do século XIX, surgindo várias correntes psiquiátricas que enfatizam as particularidades individuais em conflito com as pulsões irracionais, procurando um equilíbrio. Johann Christian Reil criou o termo psiquiatria; Ernst von Feuchtersleben criou o termo psicose, Wilhelm Griesinger colocava que o suporte das doenças mentais deveria ser procurado num transtorno orgânico ao nível do Sistema Nervoso, mesmo que sua existência não fosse sempre possível de provar; Karl Ludwig Kahlbaum foi o primeiro psiquiatra alemão que tentou sistematizar as formas de doenças mentais de maneira puramente clínica; Emil Kraepelin, foi um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento da psiquiatria na Alemanha, gerou uma nosologia baseada no curso natural da doença; Eugen Bleuler cunhou o termo esquizofrenia; Ernest Kretschmer fez a melhor integração entre os dados biológicos e psicológicos na abordagem das doenças mentais. A partir da metade do século XIX substâncias com ação no SNC passaram a ser sintetizadas, como hidrato de cloral, paraldeído e sulfona, e no final deste século iniciam-se estudos mais científicos com barbitúricos, que começam a ser utilizados nessa época.

Século XX - em 1908 iniciou-se uma mudança significativa no sistema hospitalar público para os doentes mentais, sendo também colocada ênfase sobre a prevenção e intervenção precoce na doença mental. Simultaneamente ao movimento pela higiene mental, vieram as surpreendentes contribuições de Sigmund Freud que passa a desenvolver sua teoria do inconsciente. No início do século XX é desenvolvida a insulino-terapia, seguida da malaroterapia e da eletroconvulsoterapia. Surge ainda a utilização do lítio, a clorpromazina, o haloperidol e a imipramina, além do primeiro benzodiazepínico, seguido do diazepam. A partir da Segunda guerra mundial, Maxwell Jones começa um novo tipo de tratamento, a terapia em grupo, usada primeiro em soldados, incapacitados pela doença mental.

Com o advento desta proposta, houve no início dos **anos 50**, o desenvolvimento de novos métodos para o tratamento das pessoas acometidas por essa doença, sendo a comunidade terapêutica e o hospital aberto os mais importantes. Por volta da década de 60 começa a surgir a antipsiquiatria, movimento encabeçado por R.D Laing, D, Cooper, A. Esterson, Thomas Szasz, que vêem a loucura como uma forma de libertação, sendo adotada para suportar uma situação insuportável e afirmam que a família e a sociedade são os culpados pela doença mental. Franco Basaglia faz questionamentos radicais quanto às instituições psiquiátricas na Itália. Surge a Lei 180 da Reforma Italiana. O transtorno mental é visto apenas sob o ponto de vista social, prevalecendo sobre o indivíduo e a psicopatologia. E, **em 1961**, inicia-se na Itália, o processo de desinstitucionalização da assistência ao doente mental e a reforma psiquiátrica.

A **década de 90** foi considerada a década do cérebro, chamada de psiquiatria biológica onde a origem da doença mental é endógena.

Com este novo milênio, a palavra **psiquiatria** começa a sofrer uma transformação e esta passa a ganhar uma nova configuração a **saúde mental**. Há todo um movimento pelo aumento das discussões no tocante a saúde mental. A Organização Mundial da Saúde (OMS), através de sua diretora de saúde mental, Dr. Brundtland, diz que antes de falarmos de saúde mental, temos na pobreza um obstáculo maior ao bem estar mental, pois mais de 3 bilhões de pessoas, ou seja, a metade da população mundial continuam pobres e dispõem de menos de dois dólares por dia para viver. Sobre este número, 1.3 bilhão tem menos de um dólar por dia para viver. Em 2025, estes números poderão atingir perto de 4 bilhões de pessoas pobres e 2 bilhões com menos de um dólar para viver.

Para 2001 a OMS previu três grandes manifestações: 1 – o dia mundial da saúde tem como tema a saúde mental com o slogan “Saúde Mental: não a exclusão e sim aos cuidados”; 2 -três mesas redondas ministeriais que acontecerão na Assembléia Mundial da Saúde e 3 - a publicação do Relatório sobre a saúde no mundo, 2001, que tem a saúde mental como tema. Em dezembro de 2001 a OMS celebrou o 10º aniversário dos Princípios pela proteção as pessoas portadoras de transtorno mental e pela melhoria dos cuidados em saúde mental e ainda prevê a elaboração de uma convenção Internacional sobre os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais onde um objetivo a ser alcançado é a melhora dos índices de tratamento dos transtornos mentais. Ainda em Dezembro houve no Brasil a III Conferência de Saúde Mental com o tema “Cuidar sim, Excluir não”.

Resalvo que não fiquemos atrelados apenas em esperar por mudanças vindas de “cima para baixo”, mas sim em participar dela lutando por uma vida decente, justa e igualitária para todos os seres humanos, e para isto temos toda a matéria prima: a humana, a política, as condições históricas, desta forma, vamos colocar uma pausa em nossa fala e vamos pôr em prática a defesa da vida.

A psiquiatria surgiu dentro dos asilos e da necessidade de abrigar, diagnosticar e tratar as pessoas que fossem acometidos pela loucura, mas para esta psiquiatria ter sua área de atuação ela deve ter seu espaço, e este espaço são os chamados manicômios, asile, madhouse, asylum, hospizio, ou seja alguns nomes que denominam as instituições cujo fim é abrigar, recolher ou dar algum tipo de assistência aos “loucos”.

De acordo com a revista *Comciência* publicada pela Universidade Estadual de Campinas, as denominações variam de acordo com os diferentes contextos históricos em que foram criados. Ao citar Michel Foucault, a própria revista refere que o termo manicômio surge no século XIX e designa mais especificamente o hospital psiquiátrico, já com a função de dar um atendimento médico sistemático e especializado. A prática de se retirar os doentes mentais do convívio social para colocá-los em um lugar específico surge na idade clássica, e ela tem sua origem na cultura árabe, datando o primeiro hospício conhecido no século VII.

Os primeiros hospícios europeus são criados no século XV, quando da ocupação árabe da Espanha. Na Itália eles datam do mesmo período e surgem em Florença, Pádua e Bérgamo.

Com a revolução Industrial, a necessidade de aproveitamento de mão de obra para a produção, apontou a necessidade de excluir do corpo social todo aquele que não pudesse produzir. Internando-se não somente os loucos mas também os inválidos de todos os gêneros, os velhos, os nobres decadentes e esbanjadores, estes últimos caso não dessem exemplo de uma sociedade trabalhadora. Apenas na Segunda metade do século XVII, influenciado pelo Iluminismo e a revolução Francesa Philippe Pinel (1745 – 1826), diretor dos hospitais Bicêtre e da Salpêtrière, foi um dos primeiros a libertar os pacientes dos manicômios das correntes, propiciando uma liberdade de movimentos por si só terapêutica. Desde que a questão dos loucos passa a ser um assunto médico-científico, surgem duas correntes diferentes de pensamento com relação ao trato dos pacientes e a origem de seus males. Uma crê no tratamento moral nas práticas psico-pedagógicas, nas terapias afetivas como mais importantes. Outra focaliza o tratamento físico, crendo ser a loucura um mal orgânico, um mal funcionamento encefálico. Mesmo após as reformas instituídas no século XIX por Pinel,

um dos pioneiros a aplicar uma medicina manicomial, o tratamento dado ao interno do manicômio ainda era uma prática médico-científica.

Conforme Amaral (1999), Pinel virá trazer um status científico ao tratamento da loucura, e aí, absorvendo claramente a ideologia da época, com um tratamento moral, que reeducava para o trabalho. A proliferação e superlotação dos hospícios até a metade do nosso século, vinha mostrar que o método de Pinel não se mostrava eficaz. Nos anos 50, com surgimento dos psicofármacos e o conseqüente esvaziamento dos hospícios, tem início uma nova perspectiva para o tratamento dos doentes mentais.

A partir dessa época os hospitais psiquiátricos passam a se organizar com objetivos – implícita ou explicitamente - definidos como:

1. Terapêutico – transformar as pessoas, retirando-as de um estado de doença ou incapacidade;
2. Socializador – persuadir os pacientes a internalizarem as normas e os valores dessa micro-sociedade;
3. Protetor da sociedade – na medida em que os loucos podem ser perigosos para a sociedade;
4. Custodial – “tomam conta” dos pacientes na ausência da família, fornecendo-lhes alimentação, moradia, vestuário, etc.

No Brasil de acordo com Cipriano (1999), em 1852, foi inaugurado o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro sob a direção dos religiosos, em 1881 os médicos firmam seus direitos sobre o hospício e passam a lecionar “doenças nervosas e mentais” na escola de medicina. Em 1879 foi criado o Hospício São Pedro em Porto Alegre.

2.4.4 Discussão sobre o modelo hospitalocêntrico

O hospital ora pode ser local de sossego para a sociedade que se sente prejudicada por indivíduos que fogem a sua ética de conduta, ora visto como segregador e excludente. Na análise do que seria o objetivo principal do hospital, o terapêutico, Amaral (1999) apresenta algumas das dificuldades já observadas:

a) as causas das doenças mentais ainda não são claras, o que compromete uma abordagem terapêutica realmente eficaz. Penso que, para uma abordagem ser eficaz não

significa necessariamente saber de suas causas pois a ação fica voltada para a existência do sofrimento que demanda assessoria e coloca a doença entre parênteses;

b) as várias formas de compreender a loucura, fruto de variados pressupostos teóricos, leva a uma pluralidade no atendimento que torna difícil a comparação de eficácia. Compreendo que, esta eficácia resultará no instante que a pessoa conseguir resgatar sua autonomia, a razão de sua existência e vontade para enfrentar a vida.

A própria clientela desses serviços tem peculiaridades: a doença mental, diferentemente de outras doenças, não cursa necessariamente com dor e sofrimento. O doente não sabe que está doente, alguém lhe confere esse status. As internações compulsórias transformam esses indivíduos, assim, em não-cidadãos, pessoas desqualificadas no seu poder de verbalizar reivindicações, por serem social e moralmente ilegítimas.

Assim, o hospital psiquiátrico acabou se tornando: a) um meio para obtenção de licença na Previdência Social (os “encostados” do antigo INAMPS); b) lugar de repouso, de restauração das energias, das populações de baixa renda; c) abrigo e asilo para os sem lar e sem família (vide pacientes internados há 20, 30 anos); d) casa correcional para toxicômanos perturbadores; e) espaço onde se exerce o “comércio da loucura”, com os pacientes (sobretudo alcoólatras) internam-se periodicamente, gerando lucro para os donos dos hospitais.

Mas é principalmente na sua função iatrogênica que o hospital psiquiátrico revela-se em sua face mais perversa. O hospício ao invés de recuperar, confirma e reforça a doença mental. Tratando-se de uma “instituição total”, como enfatiza Goffman (1974), o hospício traz embutido em seu papel o lento processo de “mortificação do Ego” dos nele internados. Assim, a perda da identidade, quando é despojado de todos os seus pertences; a perda do contato com o mundo exterior, tendo dias marcados para as visitas, que mesmo assim são geralmente controladas pela administração; o ócio forçado; a atitude autoritária de médicos e pessoal de enfermagem; a perda de amigos, propriedades, dos acontecimentos sociais; o tipo de ambiente nas enfermarias; a perda de perspectivas fora da instituição; são alguns dos aspectos que demonstram o caráter da iatrogenia. Ora, se o hospício não cumpre o seu papel e, ao invés de espaço terapêutico, tem se revelado como espaço reforçador e deteriorador da saúde mental, que alternativas podem ser pensadas para a assistência ao doente mental?

Contudo, através da história, alternam-se momentos em que predominam as correntes “morais” e organicistas para o tratamento dos doentes mentais dentro da ciência médica. Este

último século foi marcado pelo aumento da contribuição das ciências humanas no sentido de entender a loucura como também uma categoria social, com diferentes sentidos em diferentes culturas e períodos históricos. A institucionalização, a exclusão do convívio social, também passa a ser entendida como uma prática histórica que, por si só, não significa o tratamento mais adequado para aqueles que entendemos como doentes mentais. Do mesmo modo, acordo com Amaral, (1999) “como nasceu em um determinado período histórico, ela também pode acabar”.

2.4.5. Panorama da reforma psiquiátrica mundial

A nível mundial, as experiências de reestruturação do atendimento e a assistência à saúde mental não são fatos recentes, desta forma, destaca-se as mais significantes para o quadro da reforma internacional, segundo Amaral (1999) e Amarante (1998) os seguintes modelos:

1 - A psiquiatria comunitária americana – na década de 60, o governo Kennedy, preocupado em encontrar formas de diminuir os custos com as internações psiquiátricas e, ao mesmo tempo, dar uma resposta aos conflitos sociais que se acentuavam, vai buscar inspiração na chamada “psiquiatria de setor” francesa e traça os programas de ação social, chamada Psiquiatria Comunitária. Com a cidade dividida em micro-regiões, os pacientes eram atendidos em sua própria comunidade, em uma tentativa de se prevenir internações. A equipe de saúde mental (e não somente o psiquiatra) se encarregava de controlar os indivíduos sob sua jurisdição, no sentido de conter as crises antes que elas se tornassem graves o suficiente para exigirem internações. Esse modelo serviu de inspiração a inúmeros projetos, como por exemplo, a experiência de Cidade da Esperança; a experiência brasileira mais duradoura aconteceu no Rio Grande do Sul, na comunidade de S. José de Murialdo.

2 - A psicoterapia institucional francesa – constitui-se como um movimento de contestação ao modelo asilar tradicional, e propõe demandar esforços no sentido de humanizar e melhorar as condições materiais dos hospitais psiquiátricos, através de mudanças na sua organização interna. A idéia principal centra-se na quebra da hierarquia piramidal tradicional, onde o poder é exercido por poucos e obedecido por muitos. A proposta de uma transversalidade na organização permite que as funções diretivas estejam a cargo de todas as pessoas, de modo a permitir que o doente ascenda nas suas funções sociais dentro do próprio coletivo. O exemplo mais bem sucedido desse modelo está na clínica La borde, na França.

3 - A psiquiatria democrática Italiana – tem em Franco Basaglia seu grande mentor e parte de uma nova concepção da loucura e entende a instituição Psiquiátrica como um aparelho ideológico do Estado. Assim a loucura é entendida como uma produção psicopatológica onde o doente se refugia a fim de escapar de uma realidade social insuportável, Basaglia (1985). Na relação institucional o doente se defronta com uma equipe auferida de poder de reproduzir o mandato da sociedade, amortecendo os determinantes da crise. Basaglia e equipe resolvem, então assumir a defesa do doente, rejeitando o mandato de poder. Não se trata de renovar ou aperfeiçoar o asilo, mas negar o mandato social da psiquiatria, recusando toda e qualquer terapêutica que vise atenuar as reações de excluído em relação ao que o exclui (BASAGLIA, 1985). É preciso que o serviço tenha uma função terapêutica não integradora, mas libertadora, conscientizando o doente de sua função de excluído. Essa tomada de consciência permitirá combater os fatores de opressão e violência que estão na base dos transtornos mentais. As idéias de Basaglia se difundiram rapidamente e as experiências de desinstitucionalização serviram de base para as propostas de reforma psiquiátrica em todo o mundo.

2.4.6 A reforma psiquiátrica brasileira

De acordo com Amaral (1999), no Brasil a reforma psiquiátrica tem seu início na década de 70 com a fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, que vai organizar a discussão na área, congregando profissionais da saúde, promovendo debates, pesquisas e lançando a revista “Saúde em Debate”, referencia até hoje para os estudos na área. É importante lembrar que politicamente, essa é a época da “abertura”, o início do fim da ditadura militar no Brasil.

Sindicatos de médicos são fundados e os Conselhos profissionais são retomados. É nesse contexto que surge o movimento por uma Reforma Sanitária, que reorganize o atendimento à saúde da população. As Conferências Nacionais de Saúde, até então órgão burocrático, tornam-se verdadeiros fóruns onde se debate e se propõe as políticas de saúde, com a participação dos órgãos oficiais, dos prestadores de serviços de saúde e dos usuários. Em 1986 a 8ª Conferência delibera pela necessidade de um Sistema Único de Saúde (SUS), proposta que é ratificada na Constituição de 1988.

A idéia original do SUS era que congregasse todos os recursos para a saúde em um único órgão e que se redefinisse o atendimento com base em 3 princípios: a) a universalização

das ações – todos tem direito ao atendimento; b) a integralidade das ações – o atendimento seria integral, englobando a prevenção, o tratamento e a recuperação; c) a hierarquização das ações – os serviços se organizariam de modo a prestarem atendimento primário, secundário e terciário. Esse sistema deveria ser organizado com a participação e o controle da comunidade, através dos Conselhos de Saúde

Paralelamente desenvolve-se o **Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental**, que traz além dos ecos dos movimentos internacionais, a discussão da Reforma Sanitária para o campo da saúde mental.

Em 1987 acontece a I Conferencia Nacional de Saúde Mental, que tem como tema principal a discussão da cidadania e doença mental e propõe: a) “reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica” , dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional; b) não credenciamento pelo setor público de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos tradicionais, com redução progressiva dos existentes, substituindo-os por serviços alternativos; c) proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; d) implantação de recursos assistenciais alternativos como hospital-dia, lares protegidos, núcleos de atenção, etc. e) recuperação de pacientes crônicos em serviços extra-hospitalares; f) emergência psiquiátrica funcionando em emergências de hospitais gerais.

Com relação ao resgate da cidadania, propõe: retirar a internação psiquiátrica como ato obrigatório do tratamento psiquiátrico; direito do paciente acessar seu prontuário médico; direito do paciente a escolher o tipo de tratamento e terapeuta; garantias legais contra internações involuntárias.

No contexto internacional, a OMS reúne em 1990 um conjunto de entidades, juristas e parlamentares da América Latina, USA e Espanha para discutir a atenção à saúde mental e o resultado é o que se chamou de Declaração de Caracas. Seus pontos principais são os seguintes:

1. A atenção psiquiátrica hospitalar convencional não atende aos seus objetivos por:

- Isolar o paciente do meio social e, portanto, promover a segregação
- Afronta os direitos civis e humanos
- Consome recursos financeiros
- Não promove aprendizagem

2. A atenção deve:

- Salvar a dignidade e os direitos dos pacientes
- Basear-se em critérios tecnicamente adequados
- Promover a manutenção do paciente no seu meio

3. As legislações devem assegurar:

- Respeito aos direitos humanos e civis
- Organização de serviços comunitários

4. As internações psiquiátricas devem ser feitas em hospitais gerais.

As repercussões de todas essas discussões começam a aparecer através de Portaria Ministeriais. No ano de 1991 uma delas modifica a forma de financiamento ao setor privado, estabelecendo incentivos a: tratamentos psiquiátricos em hospitais gerais; tratamento psiquiátrico em hospitais-dia; tratamento ambulatorial, sobretudo os atendimentos em grupo, em oficinas terapêuticas, em núcleos de atenção, em psicodiagnósticos. Por outro lado, restringia o financiamento às primeiras internações, a menos que se dessem em hospitais gerais. No ano seguinte, uma outra portaria, além de definir claramente o que são essas formas de atendimento, proíbe as “celas fortes”, resguarda a inviolabilidade da correspondência, exige registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

A historicidade da reforma psiquiátrica brasileira apresentada por Falcão (2001) é transcrita na íntegra neste espaço, devido a grande relevância dos escritos da autora para com o entendimento da evolução de toda a reforma.

Início do movimento da Reforma Psiquiátrica: a trajetória alternativa

- MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- a "Crise do Dinsam" (Divisão Nacional de Saúde Mental), responsável pelas políticas de saúde mental do país
- 04 unidades do Dinsam, todas no Rio de Janeiro
 - . Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II)
 - . Hospital Pínel
 - . Colônia Juliano Moreira (CJM)
 - . Manicômio Judiciário Heitor Carrilho
- último concurso público realizado em 1956/57
- 1974: contratação de bolsistas para substituir seus funcionários em clima de ameaças e violência contra eles próprios e contra os pacientes

- frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas
- denúncia feita por 3 médicos bolsistas do Pedro II no livro de ocorrências do plantão do Pronto Socorro
- greve geral dos trabalhadores em saúde mental que com seu caráter trabalhista e humanitário, obtêm grande repercussão e se mantêm por 8 meses em destaque na imprensa
- nasce o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), um espaço para:
 - . a luta não institucional
 - . debates e propostas de transformação da assistência psiquiátrica
 - . aglutinar informações e organizar encontros
 - . reunir trabalhadores em saúde, associações de classe e setores mais amplos da sociedade

Outubro de 1978 – V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Santa Catarina , o "CONGRESSO DA ABERTURA":

- . movimento de saúde mental participa pela 1.^a vez de um encontro de conservadores da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria).
- . encontro científico é tomado de assalto pela militância política do movimento
- . ABP avalia o projeto político do MTSM

Anistia ampla, geral e irrestrita

- Não à privatização do setor saúde
- Crítica às universidades brasileiras
- Denúncia à psiquiatrização da sociedade
- Reivindicação por melhores técnicas
- Psiquiatria para o rico X psiquiatria para o pobre

Outubro de 1978 - I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições

Lançamento do IBRAPSI (Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições)

Presença no Brasil do movimento PSQUIATRIA DEMOCRÁTICA ITALIANA , da ANTIPSIQUIATRIA e da REDE DE ALTERNATIVAS À PSQUIATRIA

- Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, etc.
- "FEIRA DA PSICANÁLISE" acontece no PALACE HOTEL
- realizam-se inúmeras palestras de Basaglia em universidades, sindicatos e associações que tornam-se fundamentais para o pensamento do MTSM.

I CONGRESSO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL -

Sedes Sapientiae – S.Paulo

- Organização de uma nova identidade profissional
- Vinculação a transformação da atenção à saúde à luta dos demais setores sociais
- Participação dos técnicos nas decisões
- Repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão
- Crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos como reduto dos marginalizados
- Importância ao modelo de atenção psiquiátrica

Novembro de 1979 - III Congresso Mineiro de Psiquiatria – Belo Horizonte (MG)

diretoria da ABP afinada ao MTSM

- presença de Basaglia, Slavich e Castel
 - . levantamento da realidade assistencial e planos propostos pelo governo e INAMPS
 - . presença de Minas Gerais, S.Paulo, R. Janeiro e Bahía
 - . propostas de realização de trabalhos "alternativos" na assistência psiquiátrica
 - . temas clássicos são debatidos ao lado de questões sociais:
- “Assistência Psiquiátrica e Participação Popular”
- A Ordem Psiquiátrica

Mai de 1980 – I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental – R.Janeiro

- problemas sociais relacionados à doença mental
- política nacional de saúde mental
- alternativas profissionais e condições de trabalho
- privatização da medicina e realidade

- político-social da população brasileira
- denúncias das muitas barbaridades ocorridas nas instituições psiquiátricas

Agosto de 1980 - II Encontro Nacional dos Trabalhadores em saúde Mental, paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria

- MTSM e ABP se distanciam
- ABP apoia a luta pela democracia e pelas eleições diretas, mas não adota o regime em suas eleições
- Crítica à privatização da saúde
- Denúncias à FBH (Federação Brasileira de Hospitais) , à ABRANGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) e outras multinacionais do setor empresarial da saúde com influência direta nas instâncias decisórias do poder público
- A questão da defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos através dos defensores dos direitos humanos
- CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) no Congresso Nacional para:
 - . apurar distorções na assistência psiquiátrica no Brasil;
 - . rever a legislação penal e civil pertinente ao doente mental;
 - . vincular organicamente a luta da saúde aos movimentos populares;
 - . MTSM marca presença com seu discurso de caráter social e político, determinando o tom das discussões apesar do caráter trabalhista, geral e majoritariamente médico do congresso.
- Discussão das implicações econômicas, sociais, políticas e ideológicas na compreensão das relações entre o processo de proletarização da medicina, do poder médico e da assistência médico-psiquiátrica em processos de exclusão e controle sociais mais abrangentes
- Críticas ao modelo assistencial à doença mental como ineficiente, cronificador e estigmatizante
- Preocupação com os determinantes :
 - . das políticas de saúde mental;
 - . do processo de mercantilização da loucura;
 - . da privatização da saúde;

- . do ensino médico;
- . da psiquiatrização da sociedade.

Características do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental:

- A não institucionalização do MTSM e a "desinstitucionalização" do saber e da prática psiquiátricos na Reforma Psiquiátrica
- Resistência à institucionalização para não perder a autonomia, não burocratizar, não encastelar as lideranças, não ser utilizado como instrumento por parte dos poderes políticos locais ou da tecnocracia
- Ser múltiplo e plural em sua composição interna:
 - . participação de profissionais de todas as categorias;
 - . simpatizantes não técnicos da saúde;
 - . instituições, entidades e outros movimentos nos quais atua organizadamente;
 - . evitar problemas políticos e administrativos corporativistas.

Conseqüências:

- Torna-se o 1.º movimento em saúde com participação popular, identificado como tal no campo da saúde mental.
- Atua no interior de outras organizações políticas
- Encampa e se transforma na Rede de Alternativas à Psiquiatria, conhecida como a "Rede", movimento internacional criado em Bruxelas em 1974
- Surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial como expressão do MTSM, além de grande número de entidades de amigos, familiares e usuários com a marca do movimento.
- Denúncia e crítica a assistência psiquiátrica tradicional deficiente dispensada à população
- Faz propostas de alternativas baseadas na prevenção, no atendimento extra-hospitalar e multidisciplinar
- Critica o favorecimento do setor privado através de convênios com o setor público e pelo caráter medicamentoso e lucrativo com que se trata a questão da saúde e da psiquiatria.
- Estratégia de ocupação de cargos em órgãos estatais como tática de mudança "por dentro", cooptação das lideranças e do projeto do MTSM pelo Estado o que dividiu o

movimento.

A CO-GESTÃO INTERMINISTERIAL E O PLANO CONASP: A TRAJETÓRIA SANITARISTA:

- Início dos anos 80: Nova modalidade de convênio estabelecido entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o de Saúde (MS)
- MPAS deixa de comprar os serviços do MS como faz com o setor privado e passa a ser co-gestor das unidades
- Um marco nas políticas públicas de saúde e não apenas de saúde mental
- Estado passa a incorporar os setores críticos da saúde mental e o MTSM resolve estrategicamente ocupar esse espaço nas instituições públicas
- Processo fica restrito principalmente aos hospitais da DINSAM na psiquiatria.
- Co-gestão acontece com participação paritária só no sentido horizontal, entre setores de direção e administração, sem envolver os níveis funcionais inferiores.
- Hospitais da DINSAM, no Rio de Janeiro, tornam-se unidades gestoras através do repasse de recursos suplementares para a assistência pela Previdência Social através do INAMPS, e do próprio M.S.
- Co-gestão cria um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico comparado à sua prática anterior privatizante, viciada e debilitada.
- Política de priorização de compra de serviços dos hospitais privados por convênios consome os recursos da Previdência estagnando o setor hospitalar público.
- Argumento utilizado é o de oferecer melhor assistência à população, mas o que ocorre principalmente com a saúde mental é:
 - . Crescimento rápido do número de internações;
 - . Aumento do número de reinternações;
 - . Aumento do tempo médio de permanência hospitalar (TMPH);
 - . Concentra o atendimento nos hospitais e reduz o ambulatorial, recomendado pela

O.M.S.

A política privatizante da Previdência Social termina por produzir excesso de atos de assistência médica, sejam corretos e necessários, sejam desnecessários ou fraudes e abusos de toda sorte, ocasionando déficit nos cofres da PS que obriga a se pensar em soluções de saneamento financeiro, melhor utilização da rede pública e modernização das unidades e dos mecanismos de planejamento e administração.

Decreto Lei 200, de 1967 passa a formulação da Política Nacional de Saúde à competência do Ministério da Saúde:

- 1967 = 3,44% do orçamento da União
- 1974 = 0,90%
- 1975 sobe um pouco
- 1981 o mais baixo item do orçamento da União
- crise financeira, ética e de modelo de saúde
- ineficiência na aplicação dos recursos devida :
 - ao modelo curativista e assistencialista
 - a compra de serviços privados para prestação de serviço público (FBH)
 - necessidade de racionalização dos gastos previdenciários
 - necessidade de superação da hospitalização significa a superação do hospital/manicômio como recurso terapêutico
 - hospitais são transformados em:
 - pólos de emergência, centros de referência em saúde mental
 - coordenadores de programas, ações e atividades assistenciais nas diferentes áreas
 - CPP II (Pedro II) e Pinel – criam os serviços ambulatoriais
 - CJM – cria programas de ressocialização
 - H.J.Manfredini – emergência e curta permanência

2.4.7 Reforma psiquiátrica nos dias de hoje

Desde 1989 o Deputado Paulo Delgado discute no Parlamento, um Projeto de Lei (Projeto de Lei nº 3657) que contempla os principais pontos da reforma psiquiátrica que são a extinção progressiva dos manicômios e suas substituições por serviços alternativos à internação psiquiátrica compulsória, proíbe a construção de novos manicômios e dá

competência a estados e municípios para implantar a Reforma Psiquiátrica, nesta reforma está o projeto de implantação de hospital-dia, hospital-noite, ambulatorios, centros de convivências e oficinas, ou seja, é uma tentativa de transformar o rótulo de doente mental em sujeito, tornando-o independente do serviço hospitalar, com um nível de autonomia. Esse projeto tramita desde então pelas duas casas do congresso, tendo recebido inúmeras emendas, mas tendo sido finalmente aprovado no ano de 1999. Sua publicação foi sancionada pelo presidente da república neste ano de 2001 (anexo I).

Conforme o Instituto Franco Basaglia, tal projeto de lei, instrumento da Reforma Psiquiátrica, prevê assim que a assistência seja centrada no atendimento em instituições extra-hospitalares, que não desvinculem o problematizado mental de seu meio social, e que seja consituída de ações planejadas em direção a uma desativação gradual das grandes estruturas manicomiais existentes no país. Importante ressaltar que, mesmo antes da aprovação efetiva do referido projeto de lei, alguns estados brasileiros - Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Pernambuco - já haviam legislações estaduais inspiradas nesse projeto federal, desenvolvendo e ampliando, com êxito, as propostas da Reforma Psiquiátrica. Fundamental nesse processo é a crescente mobilização dos usuários de serviços psiquiátricos, através da criação de associações, promoção de encontros regionais e participação em encontros nacionais da área da saúde mental. É no interior deste contexto da Reforma Psiquiátrica que trabalhadores em saúde mental sentiram a necessidade de criar um braço institucional que possibilitasse o empreendimento de ações específicas voltadas principalmente para a produção e veiculação de informação sobre a referida Reforma e para a reabilitação psicossocial dos usuários de serviço de saúde mental.

Segundo Nicolau (2001), a atenção integral e cidadania são conceitos básicos para se pensar em reforma psiquiátrica no campo da saúde. O processo saúde/doença deve partir de uma perspectiva contextualizada para que se possa compreender o sujeito, respeitando suas diferenças e idiosincrasias. A construção coletiva de práticas e saberes cotidianos necessita de um trabalho multiprofissional para tentar dar conta da diversidade das demandas apresentadas pelos usuários nestes serviços.

Conforme autora, não podemos falar em Reforma psiquiátrica sem falar em Reabilitação Psicossocial, conceito este que foi elaborado por Benedetto Saraceno para definir uma estratégia global. De acordo com ele, seria a mudança total da política dos serviços de saúde mental, o que engloba todos os usuários, as famílias e a comunidade referente. O

modelo de referência da Reabilitação é reabilitar o sujeito “desabilitado”, para que volte a atuar em três cenários que o autor considera fundamentais no exercício da cidadania: a) o cenário habitat, onde mora; b) o cenário mercado, contratual, e, o c) o cenário de trabalho, onde o sujeito se reafirma como cidadão.

A equidade em saúde mental é o desafio maior entre os sistemas descentralizadores, a dificuldade encontra-se no fato de trabalhar com o sujeito, respeitando a singularidade pertinente a cada um e o contexto em que estão inseridos, sem querer encaixá-los num padrão de medidas pré-estabelecidas. De acordo com Pitta referenciado por Nicolau, (2001, p.7), para que os desafios hoje, se coloquem para a implantação dos sistemas locais de saúde é necessário que:

os níveis centrais de decisão política assumam a reestruturação da saúde do país, a partir das necessidades dos cidadãos, estimulando-os a responsabilidade em monitorar os locais de atenção a saúde mental; que a investigação permanente seja uma estratégia de avaliação da qualidade que se institua, produzindo saberes e modificando as técnicas locais na direção do que é justo e correto; ter no agravo mental um enfoque de liberdade e direitos contemplados á complexidade, entre outros.

Assim a busca de um modelo sanitaria nas mudanças do saber como na maneira de cuidar dos usuários no serviço de SM, aborda a nova reinvenção da SM, na luta pelos direitos do doente mental e seus familiares, direitos esses políticos, civil e social. Objetiva-se assegurar a todos os cidadãos a participação nos atos da vida social e condições de acesso aos bens materiais e culturais existentes nas comunidades; possibilitando também, o exercício da cidadania desde a escola, sendo este um aprendizado construtor de subjetividade transformadora capacitando-os para lutar por processos emancipatórios. Pensamos também, que a informação é essencial para a conquista e o exercício do direito ao tratamento e à cidadania, visando construir uma cultura antimanicomial no trabalho cotidiano, dando um novo enfoque à saúde mental.

Num congresso de reabilitação social no Rio Grande do Sul, fiz algumas anotações da palestra ministrada por Ernesto Venturini, psiquiatra da Itália, intitulada de *O sal e as árvores: o que é fundamental não é só fechar, em vez disto é abrir*, este abrir consiste em ampliar nossos horizontes culturais e intelectuais através da compreensibilidade dos fatos históricos, pois estes enriquecem nossa filosofia e contribuem para o desenvolvimento de nossas virtudes. Venturini nos faz refletir sobre as seguintes ponderações: Aumento da razão, aumento da exclusão, isto é, quanto mais nos preocuparmos em buscar razões para a loucura

mais excluimos os sofredores mentais; colocar em jogo nossa normalidade, ou seja, o que é normal para mim pode não ser para você, é preciso ver com a pessoa como ela está; desvincular o poder e o saber psiquiátrico, isto é, saber é poder e a atração vinda da psiquiatria reside na promessa de obter poder sobre os outros, de dominá-los, manipulá-los; ideologias de lado, ou seja, vamos ser convictos de através de nossas ações oferecer um sentido de vida ao sofredor mental; adionamento infinito de saúde mental e erradicar com a psiquiatria; silêncio a ciência já que a ciência é produto da classe dominante que visa controle social; doença mental entre parênteses e aspas, isto é, nos ocuparmos do ser humano com um problema não negando sua doença; o sofredor mental é um ser amável, inteligente, curioso e não somente esta imagem embutida de agressivo e causador de tumultos; manicômio é o inimigo pois não cura ninguém; os antigos romanos lançam o sal, ou seja, toda a descentralização dos saberes e juntos destroem os manicômios; é necessário termos a coragem de colocarmos a chave da casa na mão dos usuários proporcionando-lhes a autonomia total; temos que mudar o problema maior que é a cabeça das pessoas mostrando o que sofredor mental pode fazer e trazer de benefício para a comunidade; tomar responsabilidade, isto é, conceder a responsabilidade ao sofredor mental de forma a resgatar sua autonomia frente a sua vida; na tentativa de os sofredores mentais resgatarem sua autonomia, na Itália os técnicos colocaram os sofredores mentais numa residência terapêutica e os profissionais não deviam falar, para que os usuários falassem; quando acaba a imagem da loucura encontra o sujeito e um ser humano, então muda a ótica;

O palestrante colocou que para realizar a reforma, para mudar algo, é preciso que ocorra uma modificação da lei, uma mudança no estilo do trabalho dos profissionais, formação, e um envolvimento forte dos políticos e dos administradores, cooperativas de trabalho, economia, estrutura social. Apresentou ainda algumas tal como: estratégias para mudar a idéia da loucura – o filho do louco, na escola primária, usou a aula de religião para fazer um teatro sobre o louco em casa – a associação de usuários realizaram junto as crianças, uma outra peça teatral, sendo as crianças os atores, como forma de sensibilizar os pais que discriminavam os loucos. É preciso reciprocidade, trocas de experiências; o louco pode oferecer algo para a comunidade, é preciso verificar os recursos desta comunidade, associação e/ou religião, juntamente com as necessidades da comunidade, para poder-se planejar e realizar um produto para o bem estar comunitário, algo como campo de futebol para as crianças, cozinhas comunitárias, fazer velas. O palestrante ainda nos coloca que estratégias para o fim – Legislativo, administrativo, organizativo – tem que oferecer a disponibilidade dos recursos,

para que se consolide a produção e acesso aos valores. Que necessidade tem o manicômio? É necessário termos a consciência e orientação de nossos direitos sociais, como o trabalho, escola. A grande estratégia a Saúde comunitária, territorialização correta, com uma única responsabilidade pública de saúde, integração de saúde comunitária entre as comunidades, idéia de prazos, comprovação dos recursos de fechamento para o novo, ou seja, acompanhar os trâmites financeiros para a abertura e funcionamento dos serviços substitutivos, cooperativa social – ruptura, olhar os trabalhadores visando oferecer salários dignos para melhores condições de vida, capital social – confiança, cultura homogeneia forte na comunidade. Incapacidade da produção-exclusão, isto é, o diagnóstico é sinônimo de exclusão – esquizofrenia, pois estigmatiza o sofredor e a família; lutar para que haja a passagem do perceber ao realizar do paciente, ter consciência dos problemas mas também praticar a consciência das soluções; possibilidade de dentro da pessoa para fora com relação a auto estima para se obter melhor condição de vida e minimizar o estigma.

Conservar o controle social, reabilitar com o objetivo de permanência, sem internamento, sem surto, manter o outro em seu estado de equilíbrio, prevenção de recaídas, a importância da auto-ajuda. Aprender em modalidades, adquirir significado positivo quando da recaída, descobrir sentido positivo. Fármacos para somente casos mais importantes. Conquistar o estabelecimento do poder das pessoas, o poder tem que ser construído, permitir e dar lugar ao usuário para que ele se aposses de poder; é preciso correr riscos, respeitar ao máximo a decisão do paciente, politização de si, auto-aceitação, consciência de si, significado da minha existência e da existência do outro, somente o usuário é dono das experiências da loucura, o usuário tem que ter orgulho da própria experiência, ou seja, o usuário tem que fazer da experiência um significado para sua vida, sociedade sem manicômios, se não houver a libertação dos usuários, não tem a liberdade dos “normais”. Se você quer construir o mar não precisa falar das técnicas da organização do trabalho, você tem que falar do mar, de sua grandeza, da sua beleza. Como você viu e vê a sua própria vida e não somente seus objetivos.

Penso que a reforma começa em nosso próprio mundo, no nosso mundo imaginário de ver e perceber o mundo interno e externo, exercitar o exercício de se colocar no lugar do outro, para assim, ampliarmos a compreensão da ótica e atitudes do outro, de uma pessoa com um problema e seja ele qual for, podemos oferecer a possibilidade de ajuda, ajuda esta que tem como objetivo devolver suas capacidades de decisão, de autonomia, de se sentir responsável por sua própria vida.

É necessário para a reforma se consolidar, que as comunidades se organizem através de conselhos comunitários e/ou associações de moradores para que exerçam seu papel de “cidadãos-coletivo”, formando o conselho local de saúde para cobrar nos conselhos e secretarias municipais de saúde o **acesso ao serviço** de saúde mental, tendo em vista a dificuldade de ser atendido, pois é necessário que o transtorno mental seja grave o bastante para ser atendido; **a qualidade no atendimento**, não queremos ficar a meros tratamentos medicamentosos, e sim intervenção na comunidade por equipes de saúde mental inclusas no Programa de Saúde da Família com devida formação de recursos humanos sobre a saúde mental e, mais aqueles serviços alternativos propostos pela Lei Paulo Delgado; **o financiamento**, participar dos conselhos municipais de saúde visando fiscalizar o repasse de dinheiro para os serviços substitutivos, bem como lutar por bônus para as famílias de sofredores mentais e sofredores mentais com ou sem família sem remuneração alguma.

De acordo com a figura 1 seguinte, podemos visualizar um informativo publicitário, que visa este, mobilizar, através da comunicação, a todas as pessoas envolvidas com a Reforma Psiquiátrica

REFORMA PSIQUIÁTRICA

Faça do seu município uma feliz cidade! Para a Reforma Psiquiátrica Brasileira avançar o gestor municipal do SUS, o Conselho Municipal de Saúde e a comunidade têm que participar! Fiscalizar os hospitais é preciso! Reverter os recursos financeiros das AIHs psiquiátricas para Serviços Municipais de Atenção Diária é fundamental! Vamos nessa! Inclua o seu município na vanguarda da cidadania!

É NO MUNICÍPIO QUE ELA ACONTECE!

Uma campanha do



Apoio:

**Movimento Nacional
da Luta Antimanicomial
FENTAS**

Informações:

www.psicologia-online.org.br
federal@psicologia-online.org.br



3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Marco conceitual

Ao mergulhar em literaturas e ideologias que constroem novos saberes, venho a tona trazer minha reflexão e acordar com Trentini (1996, p.62), para quem, marco conceitual “são conjuntos de conceitos e definições interrelacionadas com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de modo abrangente”. No campo assistencial da prática, o marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática, atuando como fundamento sobre o que é importante observar, articular, e planejar nas situações de interação pessoa/família, além de proporcionar organização para reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado.

O marco conceitual escolhido para assistir a pessoa/família que experienciam o sofrimento psíquico dentro de seu *locus* familiar foi a teoria da crise Scóz (2001), devido a possibilidade de uma intervenção preventiva, sobre o impacto que, a situação de crise pode provocar em cada elemento que a compõe.

Na minha ótica reflexiva é normal a família passar por situação de crise durante o seu próprio desenvolvimento, o que automaticamente provoca várias mudanças nas funções, possuindo um maior ou menor grau de capacidade de reestruturarem o seu modo de vida. Quando o sistema familiar não tem capacidade de se reorganizar/reestruturar, face a uma nova etapa ou a um problema, surgem situações de conflito. Essas situações podem provocar sérios danos nos membros dessa família, podendo desequilibrar não só o modo de vida de uma pessoa, como também a sua saúde mental.

A intervenção de enfermagem em situações de crise da pessoa/família, foi fundamentada na RPP de Travelbee e nos conceitos da teoria da Crise de Scóz. Metodologicamente, o Suporte Interpessoal de Enfermagem (Scóz, 2001) com as adaptações necessárias a população em estudo, permeiam todo o processo de aplicação na prática da assistência.

3.2 Situando os pressupostos

1. O ser humano é dotado de capacidades potenciais como o pensar para viver, para enfrentar situações de crise e ser influenciado por uma variedade de forças internas e externas que atuam sobre seus desenvolvimentos. Por natureza, o ser humano é social e depende dos outros e do ambiente para supri-lo com avaliações refletidas de seus próprios valores (Caplan, 1980 apud DAL SASSO, 1994, p.91).

2. Envoltos na situação de crise existe um ser humano, que apesar do conflito momentâneo deseja continuar a ser amado, respeitado e principalmente ajudado na promoção do seu desenvolvimento e crescimento (SCÓZ, 2001, p.66).

3. Mais importante do que olhar a crise, é olhar o ser humano, a pessoa/família que a vivencia. Desta forma, o enfermeiro deve ter sempre em mente, que o alívio imediato dos sintomas da pessoa em crise é mais urgente do que a investigação de sua causa (SCÓZ, 2001, p.66).

4. A crise tende a ser considerada como um ponto crítico, um momento de incerteza, um aspecto crucial da vida da pessoa/família, que influenciará sua capacidade futura para enfrentar os problemas (SCÓZ, 2001, p.66).

5. O homem é um ser único, indivisível, inserido num contexto familiar sócio cultural, em constante atrelamento com este meio, que vive em sua essência em um estado de consciência/equilíbrio emocional e com o objetivo constante de retornar ou manter este estado e deve ter para isso respeitadas suas peculiaridades e levadas em conta suas limitações (SCÓZ, 2001, p.66).

6. A vida em uso de suas atribuições coloca questões para a pessoa/família, a vida dirige-nos perguntas e nós somos os interrogados. O próprio viver nada mais é do que ser interrogado e com a ajuda de um enfermeiro/pessoa capacitada, este pode ter sua utilidade como facilitador, para juntos construir alternativas de respostas.

7. Todo ser humano faz parte de uma família. É ela que interfere na saúde de seus membros, socializando-os e transmitindo-lhe crenças, valores, parentescos, ajudando, assistindo e mobilizando forças para enfrentar crises durante seu processo de viver. A família é a base para o desenvolvimento do ser humano, constituindo-se no elo crucial entre este e a sociedade (DAL SASSO, 1994, p.91). Por estas razões ajudar a família a enfrentar suas dificuldades é também ajudar na saúde mental da mesma. No momento de crise a família é mais susceptível a ajuda.

8. Assistir em enfermagem se projeta através do desejo e esperança de conseguir mobilizar e promover as forças e habilidades de enfrentamento da família para reconhecer e compreender a crise e com isto, integrarem-se em uma vida com mais vida.

Com o intuito de expressar e estimular a imaginação, através da figura, tem-se uma visão sumarizada dos pressupostos:



Figura 2: Representação esquemática dos pressupostos

3.3 Conceituando os conceitos

Acredito, pois, que a visão de conceito é muito limitada já que cada ser humano tem sua interpretação/expressão diferente dos fatores internos e externos do mundo em que vivem, porém, estes conceitos *são propostas consideradas verdadeiras no momento, podendo ser instáveis e observadas como falsas no futuro* (DAL SASSO, 1994, p.91) ou seja, alguns **conceitos** que serão apresentados podem já ter sido expostos em trabalhos anteriores, mas alguns, os exponho de acordo com minha necessidade de adaptação.

SER HUMANO/PESSOA: O homem é um ser único, social dotado de capacidades potenciais como pensar, agir, sonhar e se revoltar, podendo adotar, adaptar e reconstituir as idéias, as convicções e invenções presentes e passadas e que, depende e se relaciona, com o meio sócio-cultural no qual está inserido (SCÓZ, 2001, p.69)

Entendo por ser humano como indivíduo único, que devido a suas particularidades, não possibilita o uso de regras no seu tratamento. São pessoas com dificuldade de viver socialmente dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade. São pessoas que apresentam comportamentos e atitudes não aceitos pela sociedade. Pessoa que cujo comportamento difere do normal e perturba e desorganiza uma estrutura social. Pessoas que não correspondem às expectativas do seu grupo social. Pessoa que apresenta comportamentos diferentes do esperado pela comunidade onde vivem, acarretando sofrimento e dificuldades em relacionar-se, sendo por isso muitas vezes excluído do seu meio voltando-se cada vez mais para um mundo particular (VITTA, 1998)

FAMÍLIA: “Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e atingir uma história de vida, os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, adoção interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros” (PENNA,1992, p.64)

Penso família ser um enlace de amor, de fraternidade, de identificação, de afetividade que agem de forma positiva quando estruturada, e negativa quando incapaz de lidar com os

problemas de maneira participativa, estes podem influenciar diretamente em cada um dos membros que a constitui. Pessoas que se reconhecem como família, já que cada pessoa tem uma definição do que seja família.

CRISE: “É um estado temporário de desequilíbrio em que a pessoa/família se encontra, por falha ocorrida nos mecanismos de enfrentamentos utilizados nas situações conflitantes e por ela percebidas como insolúveis, emergentes na sua trajetória de vida. Pode trazer conseqüências benéficas (crescimento pessoal/amadurecimento) ou malélicas (crescente vulnerabilidade ao transtorno mental), dependendo do suporte intra e interpessoal disponível no momento” (SCÓZ, 2001, p.68)

Referencio uma citação constante realizada pelo professor Jonas Spricigo em suas aulas de Enfermagem Psiquiátrica, segundo o qual, Zalesk diz que “compreendo crise como um momento de incerteza em que a única certeza que tenho é que não tenho certeza de nada”. Penso em ser um momento de indecisão, de angústia, de falta de sentido de vida, podendo ser uma crise existencial ou crise situacional.

PESSOA/FAMÍLIA EM CRISE: É entendida por Scóz (2001, p.70) “como um ser humano, uma pessoa, uma família única que procura resolver, da melhor maneira possível, a sua história de vida no mundo, mas que diante de uma dada situação conflitante necessita de suporte interpessoal para enfrentar as crises a que foi submetida no transcorrer do seu processo vital”.

SUORTE INTERPESSOAL: Para Scóz (2001, p.72), “suporte interpessoal consiste na relação de ajuda entre duas pessoas em que a solidariedade e o respeito mútuo permeia todo o processo relacional estabelecido. A relação interpessoal de honestidade, empatia, compreensão e confiança mútua, só pode ser estabelecida, quando se aprende a aceitar e enfrentar nossos próprios sentimentos de ansiedade, medo, desespero, revolta, ira, cobiça, desapontamento, dor e culpa”. O que vem a reafirmar a premissa básica de Travelbee (1979) de que a relação pessoa a pessoa só se concretiza quando, cada participante percebe o outro como ser humano único e as partes envolvidas na relação se submeterem a um processo de mudança.

ENFERMAGEM: É a arte, a transcendência do cuidar, é o cuidado em seus vários níveis, físico, psicológico, social e espiritual. A enfermagem ajuda em síntese o ser humano na superação das suas limitações, tratando o ser e não a sua enfermidade. O indivíduo possui família, e esta família está inserida em uma comunidade.

ENFERMEIRO: Scóz (2001, p.74) ao parafrasear Paula diz que o enfermeiro, “é o ser humano que possui os aportes internos e externos qualificados, que são colocados a disposição do ser humano em crise através do estabelecimento de uma relação interpessoal, em que, ambos conquistam mudanças significativas no processo de viver”.

CONTEXTO FAMILIAR: penso ser um ambiente como o espaço de interação (interno/externo) entre o cliente/família e comunidade.

RELAÇÃO PESSOA A PESSOA: “É o resultado final de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos: a enfermeira e o paciente. Onde ambos desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer relações interpessoais, promovendo nas partes envolvidas troca e modificação de seus comportamentos” (TRAVELBEE, 1979, p.49).

Acredito que a Relação Pessoa a Pessoa é o resultado decorrente das interações realizadas entre dois seres humanos. Estas interações ao serem planejadas conjuntamente permitem que as pessoas enfermeiro/pessoa/família, possam trocar experiências que permitam uma possível organização de pensamentos e a modificação de seus comportamentos.

3.4 Evidenciando o processo “suporte interpessoal de enfermagem”

O processo de enfermagem intitulado “suporte interpessoal de enfermagem” faz parte das vivências e da criatividade da professora de psiquiatria Tânia Scóz, que no decorrer de sua história de vida, coloca toda a sua “viagem de ajuda mútua”, toda a sua experiência pessoal através da proposta “alternativa metodológica no atendimento às pessoas em situação de crise”. Apresenta a relação de ajuda, pessoa a pessoa com estudantes de enfermagem da UFSC, com a família e com a comunidade cuja essência é baseada na condição humana de que não existe experiência alguma que o ser humano tenha vivido que não possa ser compartilhada, nenhum medo que não possa ser compreendido, nenhum sofrimento com que não possamos nos preocupar, porque somos seres humanos.

A autora considera ainda que o suporte interpessoal de enfermagem está centrado na busca do alívio imediato da ansiedade da pessoa/família, na identificação, na compreensão do relacionamento dos eventos precipitantes e o estado de crise; na percepção de recursos externos (vizinhos, amigos, comunidade); na compreensão do relacionamento de experiências passadas com a corrente crise, no desenvolvimento de novos caminhos de enfrentamento.

Desta forma, com empatia e simpatia, fé e desafio, fiz a escolha de desenvolver esta

proposta de alternativa metodológica no atendimento às pessoas em situações de crise através do processo interpessoal de enfermagem, pois tenho a convicção que por detrás de uma família existe um ser humano que sofre ao ver sofrer um outro ser humano dentro do seu contexto familiar.

Compactuo com a idéia que este processo representa o real significado de uma série de atividades inter-relacionadas e interdependentes desenvolvidas em conjunto com a pessoa/família em crise com o propósito claro e definido, de juntos, acadêmico de enfermagem/enfermeiro e pessoa/família, esforçarem-se para alcançar, num período de tempo limitado, soluções satisfatórias aos problemas apresentados no presente, porque passado é história, o futuro é mistério, e o hoje é uma caixinha de surpresas, por isso, presente. Por fim pedindo a gentil licença a Scóz, evidencio o processo a ser utilizado como meio de ajudar a sistematizar a relação.

Tornando transparente o processo

Apresentando o processo “suporte interpessoal de enfermagem”

Suporte – Aquilo que sustenta algo, apoio, base, orientação, construção de fortalecimento; **Interpessoal** – Idealização e comportamento do próprio ser humano, individualidade única de perceber e manifestar a vida; **Enfermagem** – Arte do cuidar em seu sentido mais amplo.

Após uma longa caminhada de construção e degradação de conhecimentos, do compartilhar de tantas histórias e compreensões de dificuldades vividas por pessoas em as mais variadas situações, surge uma proposta metodológica intitulada de suporte interpessoal de enfermagem.

Suporte interpessoal segundo autora é o suporte relacionado a própria pessoa. É o nome que a autora elegeu para representar a série de interações que se estabelecem neste processo mútuo de melhoria de qualidade de vida. Qualidade de vida entendida aqui como a satisfação subjetiva experimentada e/ou expressada pelo indivíduo, sendo influenciada pelos aspectos pessoais, físico, psicológico, social, e espiritual. Há uma saúde boa quando as aspirações dos indivíduos estão satisfeitas na existência atual.

A autora visa com a aplicação do processo oferecer um suporte orientado para a resolução de problemas que o aluno vivencia e que ainda não é capaz de resolvê-lo, visa fortalecer sua própria capacidade, ajuda o a entender o porquê da situação, oferece a

oportunidade de escolher seu caminho de ação e criar opções para perceber alternativas ainda não consideradas.

Didaticamente o processo está organizado em 4 etapas: - **acolhendo a pessoa**, - **reconhecendo seu estado de crise**, - **buscando alternativas** e - **avaliando as mudanças** (avaliando a efetividade da interação). A autora ainda acrescenta, a estas etapas, uma fase preliminar denominada de preparando o ambiente, em que dois espaços passam a ser considerados. O espaço externo ou ambiente físico e o espaço interno ou ambiente íntimo.

Relacionado a família, o atendimento é realizado num ambiente em que a própria família escolhe, um local (o ambiente físico), onde esta sinta-se mais a vontade para compartilhar sua história. Em se tratando de visitas em famílias, muitas vezes o enfermeiro pode se energizar (espaço interno) entre as “andanças” de uma família a outra, deslumbrando o cenário que o rodeia.

Na **primeira etapa** do processo, **Acolhendo a pessoa**, o principal papel de quem ajuda é o que a autora denomina de escuta apaziguadora, que tem como objetivo aliviar a ansiedade de quem procura ajuda.

Nos demais contatos, segundo Scóz (2001) a escuta norteadora se associa a escuta apaziguadora, permitindo que, os dados de identificação sejam colhidos, o contrato estabelecido e os sentimentos acerca do tema vivenciado possam ser identificados.

Segundo Remen (1998, p.59),

o modo mais básico e eficaz de conectar-se com outra pessoa talvez seja ouvindo. Apenas ouvindo, talvez a coisa mais importante que damos uns aos outros seja nossa atenção e especialmente se ela for de coração. Quando as pessoas estão falando, não é preciso fazer nada além de recebê-las. Simplesmente as acolha, ouça o que estão dizendo e importe-se com isso. Na maioria ds vezes, importar-se é até mais importante do que entender, não que não seja necessário entender. Muitos de nós não nos valorizamos ou não nos amamos o suficiente para fazer isto.

Remen diz que demorou muito tempo para crer no poder de simplesmente dizer “sinto muito” quando alguém está sofrendo, e dizer com sinceridade. Porém quando interrompemos o que alguém está dizendo para informar o que compreendemos, deslocamos o foco de atenção para nós mesmos. O silêncio afetuoso muitas vezes tem maior poder de cura e de conexão do que as palavras mais bem intencionadas.

A **Segunda etapa** do processo, **Reconhecendo o estado de crise**, tem como principal objetivo identificar o tema central ou o problema atual ou presente, através da escuta

atenta a frequência e intensidade (sentimentos emoções) com que ele é mencionado durante a relação interpessoal.

Uma vez identificado o problema, o enfermeiro avalia como estão os fatores responsáveis pela manutenção da harmonia ou equilíbrio da pessoa, tais como a percepção do evento, o suporte situacional e os mecanismos de enfrentamentos por ela utilizados.

Percepção do Evento – O enfermeiro avalia o quanto de realístico existe na percepção do fato vivenciado pela pessoa. Isto pode ser feito através da elaboração de perguntas do tipo “se pudesses resumir teu problema básico, como o farias”, “o que aconteceu nestas últimas semanas que te aborreceu”, “como estava tua vida antes de acontecer tal fato”, “como este problema tem afetado tua vida”, “como achas que esse problema pode afetar teu futuro”, “quais sentimentos tens experimentado em relação ao fato ocorrido”, “como estaria tua vida se este fato não tivesse ocorrido”, “que pessoas estão envolvidas neste processo”, “que tipo de sentimentos nutres por ...” (nomeio cada pessoa citada), “qual tem sido teu papel neste problema”, “já passastes por situações semelhantes anteriormente”, Scóz (2001, p.95)

Suporte Situacional – Verificar a disponibilidade de ajuda ou suporte do sistema sócio-cultural através da formulação de questões, tais como: “com quem vive”, “com quem fala quando está chateado”, “em quem podes confiar”, “quem está disponível para ajudá-la”, “onde costuma ir”, “que tipo de atividades costuma fazer”, Scóz (2001, p.99).

Mecanismos de Enfrentamento – Consiste no reconhecimento dos métodos usais de enfrentar as situações de conflito, pode ser realizado pela escuta atenta através de colocações do tipo como: “quando estou nervosa costumo comer bastante”, “ontem chorei muito depois que não consegui...”, “a minha forma de reagir quando não gosto de alguma coisa é... beber..., gritar..., pensar em suicídio,... me isolar em um canto,... deixar de comer, ...ficar mal humorada, ...ver defeito em todo mundo,...brigar, ...limpar a casa, ... correr e/ou...”, como uma possibilidade de reconhecer manifestações corriqueiras dos seus enfrentamentos é um bom caminho para quem presta ajuda. Perguntas do tipo: “o que fazes geralmente para te sentires melhor”, “isto foi tentado desta vez”, “porque achas que isso não funcionou”, “alguma coisa parecida com isto já aconteceu antes”, “o que achas que pode acontecer agora”, Scóz (2001, p.102)

Na 3º etapa do processo, intitulada, **Buscando Alternativas**, deve ser identificado o que a pessoa já fez e que resultados obteve, o que ela ainda não fez e o que fazer e as conseqüências que poderão advir desta ação.

Na 4ª etapa, **Avaliando as Mudanças**, permite rever a efetividade das metas traçadas e o quanto foram atingidas.

Resumidamente o suporte interpessoal de enfermagem está centrado na busca do alívio imediato da ansiedade da pessoa; na compreensão do relacionamento dos eventos precipitantes e o estado de crise; na identificação de recursos externos (familiares, amigos, comunidade); na compreensão do relacionamento de experiências passadas com a corrente crise e no desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento.

Existem alguns fatores que, segundo Scóz (2001), possibilitam a alta: próprio paciente sinta sua possibilidade de vida. O que torna possível que o paciente abandone o terapeuta é fazer-se amigo dele próprio; limite de capacidade de ajuda do enfermeiro; afastamento por motivos desconhecidos daqueles que procuram e no caso deste relatório, o prazo limite de execução do projeto assistencial.

A vida nos coloca questões, e esta vida sempre oferece uma possibilidade para satisfação desta resposta que consiste em encontrar sentido. Por livre escolha, ela tem sempre um sentido; poder-se-ia também dizer que a existência humana permite ser modelada com sentido até o último suspiro, enquanto o homem respira, enquanto ele permanece consciente, ele carrega consigo a responsabilidade para responder as questões da vida. Isto não precisa causar-nos admiração no momento em que nós refletimos de novo sobre o que constitui a grande realidade fundamental do ser humano – ser homem não é nada mais que: ser consciente e ser responsável (VIKTOR FRANKL, 1984).

O sentido consiste em dar respostas, as respostas, porém, temos que dar as perguntas concretas da vida, não podem mais constituir-se de palavras, mas apenas em um agir, mais que isso exatamente em nossa vida, em todo o nosso ser! As questões da vida só podem ser respondidas na medida em que cada um é responsável por sua vida.

Para a aplicação do Suporte Interpessoal de enfermagem utilizamos uma ficha denominada pela autora de ficha norteadora do processo conforme consta no anexo II, já devidamente preenchida.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem a pessoa/família em situações de crise no seu contexto familiar através do suporte interpessoal de enfermagem.

4.2 Objetivos Específicos

Objetivo 1: Conhecer o serviço ambulatorial de psiquiatria oferecido pelo CAPS.

Metodologia:

- Manter contato com o CAPS no período em que o estágio estiver sendo realizado para conhecer sua estrutura física e administrativa;
- Participar das reuniões dos grupos oferecidos pelo programa, na primeira semana de estágio, bem como quando houver necessidade;
- Assistir as consultas de enfermagem realizadas pela enfermeira supervisora do projeto no decorrer do estágio;
- Fazer levantamento do material bibliográfico acerca da história do CAPS em Florianópolis no decorrer do estágio.

Avaliação:

O objetivo terá sido atingido se o acadêmico conseguir apresentar um relato sobre o seu funcionamento e a dinâmica da CAPS.

Objetivo 2: Prestar cuidados de enfermagem a pessoa/família cadastrado no CAPS num total de 3 famílias atendidas

Metodologia:

- *Selecionar clientela*
 - Manter contato com a família dos 2 clientes atendidos pelas acadêmicas do projeto desenvolvido no semestre anterior
 - Agendar visita
 - Apresentar proposta de atuação, estendendo os cuidados a família do paciente
- *Pacientes encaminhados por profissionais do CAPS*
 - Manter contato com a família
 - Agendar visita
 - Apresentar proposta de atuação na família
 - Selecionar membro da família em crise
 - Aplicar processo de enfermagem

Avaliação:

O objetivo terá seu êxito quando salutaros dúvidas e/ou questionamentos com o orientador e supervisor, quando construirmos uma opinião crítica em relação a temática crises e família, para desta forma, utilizarmos este conhecimento na prática. Por fim, tornar esta praticidade em relatório final.

Objetivo 3: Participar da organização de campo para desenvolvimento de estágio da VIIª unidade curricular do curso de enfermagem UFSC através do CAPS.

Metodologia:

- Realizar pesquisa documental aleatoriamente através da consulta ao prontuário, com o intuito de levantar dados de localidades que possuem maior demanda de usuários do CAPS;
- Participar da supervisão dos acadêmicos em estágio da disciplina enfermagem psiquiátrica e saúde mental II, sob a supervisão da orientadora, no campo de estágio no CAPS e/ou na comunidade.

Avaliação:

- Realizar relatório com resultados de dados levantados a ser encaminhado ao coordenador da VII° unidade curricular.

Objetivo 4: Participação em eventos que favoreçam o processo de ensino aprendizagem na temática psiquiatria e saúde mental

Metodologia:

- Ter acesso a informações da realização dos eventos para que haja uma seleção dos mesmos, bem como negociação com orientador e supervisor, onde possibilite a organização e construção do cronograma respeitando a carga horária de estágio do projeto assistencial.

Avaliação:

Alcance terá o objetivo com relação a participação de eventos, quando se comprovar a participação do mesmo através de certificados, bem como apresentação do acadêmico para com trabalho científico.

5 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DE ESTÁGIO

5.1 Histórico

A idealização do CAPS na opinião de Pitta apud Amarante (1998) tem seu surgimento com as vivenciadas estruturas de ‘hospital-dia’ desde os anos 40 na França, as ainda anteriores experiências das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones na Escócia, os Centros de Saúde Mental nos anos 60 nos EUA, os centros de Saúde Mental da Itália nos anos 70/80 como substitutivos dos manicômios, que passam a ser fontes inspiradoras universais. Entretanto, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS - foi uma denominação encontrada na Manágua revolucionária de 1986, onde, a despeito de todas as dificuldades materiais, utilizando-se de líderes comunitários e profissionais, buscavam realizar atividades com materiais improvisados e sucatas, na tentativa de desenvolver uma criativa experiência de reabilitar ou habilitar pessoas excluídas dos circuitos habituais da sociedade, por portar algum transtorno mental, através de centros de atenção psicossocial.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental de 25 a 28 de Junho de 1987, discute entre diversos temas, o modelo assistencial, que tem trajetória marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passam a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. A criação do primeiro CAPS professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo, no ano de 1987, provocou forte influência na criação e transformação de muitos outros serviços por todo o país (AMARANTE, 1998).

A realização da IIª Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília no mês de dezembro de 1992, contribuiu significativamente para a historicidade da psiquiatria brasileira, ou seja, a prescrição e a concretização da Portaria nº 224, de 29 de abril de 1992, do Ministério da Saúde criando os Núcleos/Centros de Atendimento de Atenção Psicossocial

(NAPS/CAPS). Estes NAPS/CAPS foram instituídos como unidades de saúde locais regionalizadas que deveriam conter uma população geograficamente definida pelo nível local e deveriam oferecer atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Deveriam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental, funcionar em horário comercial, assistidos por uma equipe multiprofissional.

De acordo com Ribas e Borestein (1999, p.97),

os NAPS/CAPS concebidos como estruturas abertas ao atendimento de emergências, como um espaço de convivência, como um local de referência para o usuário em crise, como uma instituição ativadora dos recursos comunitários, da integração paciente, família e comunidade, tem possibilitado à inúmeros clientes psiquiátricos que o buscam, vivenciar o seu cotidiano atuando como verdadeiro recurso terapêutico, minimizando crises, fortalecendo as relações e estimulando para as questões saudáveis.

5.2 Saúde Mental em Santa Catarina

Com o compromisso de mostrar uma idéia panorâmica do serviço de saúde mental em Santa Catarina, fiz uma pesquisa em livros, relatórios e internet a procura deste tema, mas somente consegui concretizar esta informação através de um único documento, qual seja o relatório da Comissão de Saúde Mental de Junho de 2001, que traça o perfil do atendimento em saúde mental no estado de Santa Catarina. Este fato, reflete a importância de pesquisas com esta temática e nos remete a reflexão sobre o “descompromisso” com a saúde mental em nosso estado.

Conforme o relatório, (2001, p.5), este estudo foi realizado com os municípios pertencentes às Regionais de Saúde (Microrregionais) que, por sua vez, compõem às Macrorregionais do Sistema Unificado de Saúde (SUS), do Estado de Santa Catarina. As informações foram colhidas com base nos relatórios do SIA/SUS da Secretaria do Estado de Santa Catarina, com base no relatório da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, com base no relatório estatístico do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, e com base na complementação do Perfil de Atenção em Saúde mental do Estado de Santa Catarina, elaborado pela Comissão Estadual de Saúde Mental.

As macrorregiões que são territorializadas neste estudo são: Extremo Oeste, Meio Oeste, Planalto Norte, Região Nordeste, Vale do Itajaí, Planalto Serrano, Grande Florianópolis, Região Sul.

Este estudo possibilitou os seguintes resultados, que faço saber:

- A maior parte dos Municípios pertencentes as macrorregionais de Saúde de Santa Catarina não possui ações e atividades de Saúde Mental em seu Municípios;
- Dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais da Saúde Mental nas macrorregionais: a) a nível ambulatorial estão: entrevistas iniciais, grupos terapêuticos, oficinas produtivas, atividades expressivas e recreativas, teatro, música, passeios, visitas e/ou atendimento domiciliar, psicodiagnóstico, psicoterapia, acompanhamento de egressos, consultas, fornecimento de medicamentos, encaminhamento para internação quando necessário; b) a nível de rede hospitalar estão: o encaminhamento para o hospital especializado, atividades ambulatoriais, cadastramento, distribuição e grupos para a discussão de questões relativas aos medicamentos, consultas com o clínico geral ou com o médico de outra especialidade, avaliação e/ou atendimento psicológico, psicoterapia grupal ou individual, atendimento do serviço social incluindo assistência aos familiares, acompanhamento domiciliar, consulta com o psiquiatra, arte-terapia e oficinas terapêuticas, terapia ocupacional, atividades de lazer e terapia corporal, realização de palestras e atividades educativas, atendimento de enfermagem, tratamento à dependentes químicos e atendimento de fonoaudiólogos e fisioterapia.
- São destinados à psiquiatria, 1.286 leitos, em todas as macrorregionais de SC. A região da grande Florianópolis possui o maior número de leitos. Apesar deste fato, as demais macro regionais reclamam da falta de leitos no hospital de referência, provavelmente em função da falta de um serviço de saúde mental que ampare a demanda necessitada e muitas vezes, reprimida;
- Com relação ao número de hospitais que possui leitos em psiquiatria tem-se aproximadamente 161 hospitais;
- A rede hospitalar dispõem de 1.204 leitos, sendo 1.137 encontram-se ocupados no momento ou encontram-se desativados. Apesar do número de leitos existentes, muitos municípios ainda solicitam o credenciamento de leitos. Observa-se a

necessidade de se disponibilizar melhor os leitos existentes, criando-se pontos de referência a nível de micro e/ou de macrorregionais, visando a descentralização e regionalização da rede de saúde mental no Estado;

- Com relação a distribuição da rede ambulatorial, tem-se um total de 19 CAPS e NAPS, ambulatórios e policlínicas e um total de 265 postos de saúde, que prestam assistência básica ao usuário de uma forma geral. Existem controvérsias com relação ao número de unidades substitutivas da rede hospitalar no que tange aos dados oficiais da SIA/SUS da Secretaria de estado da Saúde, bem como com os dados do relatório da Gerência de Atenção Básica à saúde;
- Quanto ao diagnóstico, existem indicativos de que o transtorno mental decorrente de substância psicoativas, a esquizofrenia, os transtornos afetivos e transtornos neuróticos somatoformes, são os que aparecem com maior frequência nas macrorregionais de Santa Catarina, respectivamente;
- Dentre as diversas categorias profissionais que compõem o quadro de profissionais da saúde mental nas macrorregionais de SC estão: os auxiliares e técnicos em enfermagem, os psicólogos, os psiquiatras, o clínico geral ou médicos de outras especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e ou bioquímicos, professores de educação física, pedagogos, fisioterapeutas, acolhedores, consultores e agentes de saúde, dentistas, fonoaudiólogos, arte terapeutas, neurologistas, sociólogos e psicopatologistas;
- Com relação à capacitação existem indicativos de que a maioria das macro regionais não proporcionam reciclagem ou educação continuada para os profissionais de Saúde Mental;
- Dentre os principais problemas e/ou dificuldades encontrados no serviço de saúde Mental nas macro regionais estão: a falta de recursos humanos especializados; falta de leito psiquiátrico nos municípios, falta de disponibilidade de vaga no hospital de referência, necessidade de capacitação e supervisão da equipe terapêutica. Medicação básica insuficiente, falta de recursos financeiros e/ou materiais, ausência de um programa de saúde mental e dificuldade de tratamento ambulatorial.

5.3 O local do Estágio

A Policlínica de Referência Regional do SUS (Sistema Único de Saúde), foi inaugurada em 22/11/1973, como órgão do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, que teve origem como órgão da Secretaria de Estado da Saúde, a partir de 1991, através dos convênios de municipalização SUS-SC 01/95.

Segundo Espírito Santo, Pittaluga e Fischer apud Pereira e Cruz (2001, p.72) o objetivo da Policlínica é

prestar serviços de assistência de referência, em nível ambulatorial e laboratorial a todo e qualquer cidadão, de acordo com as diretrizes gerais do modelo assistencial, que visam: universalidade, equidade, integridade, regionalização, resolubilização, descentralização, participação da comunidade e complementaridade do setor privado.

Nos 8.609,55 m² da área física da Policlínica, encontra-se inserido o INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social). A instituição possui 07 andares, contando com o subsolo e está localizada na rua Esteves Júnior, 390, no bairro Centro, no município de Florianópolis.

Oferece atendimento ao público nas especialidades de: reumatologia, otorrinolaringologia, ginecologia, fisioterapia, acupuntura, neurologia, oftalmologia, odontologia, cirurgia geral, ortopedia, endocrinologia, cardiologia, nutrição, pediatria, dermatologia. Apresenta, serviço de laboratório, raio x, EEG, ECG, farmácia, homeopatia, educação e controle preventivo do câncer e planejamento familiar. Dentre os programas desenvolvidos, destacam-se, CAPS, Programa de Tuberculose e Pneumologia, de Saúde Natural, de Assistência ao Ostomizado, Assistência ao Adolescente, de Assistência para Diabetes, Hipertensão e Osteoporose e o Centro de Referência para a 3ª Idade.

O CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, é um ambulatório especializado em saúde mental, da rede pública responsável pela assistência secundária prestada a uma clientela constituída de pessoas que apresentam transtornos psíquicos e por outros a elas vinculadas. É referência para 21 (vinte um) municípios da Grande Florianópolis. Presta atendimento à população adulta, com exceção do Programa de Dependência do Álcool e outras drogas, que por características próprias, atende a partir de 15 (quinze) anos de idade. O CAPS de Florianópolis surge em decorrência do movimento de Reforma Psiquiátrica no final da década de 80, a partir da primeira conferência nacional de saúde mental que realizou-se em Julho de 1987. Com a proposta de mudar os paradigmas da atenção psico-social, cria-se em Novembro

de 1989, o CAPS de Florianópolis, que visa realizar assistência secundária a clientes adultos que apresentassem transtornos psíquicos e outros a eles vinculados. Instalado em sede própria, a Rua: Aracy Vaz Calado – no Bairro Estreito. Fomenta-se a partir de então, a possibilidade de atendimentos extra-hospitalar.

A equipe inicial era composta por: 4 psiquiatras, 4 psicólogos, 2 enfermeiras, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente social.

No final do governo Pedro Ivo Campos e início do governo Wilson Kleinubing, houve uma mudança da diretriz política, o prédio onde funcionava o CAPS foi cedido para a prefeitura instalar um posto de saúde e o CAPS foi inserido na Policlínica de Referência Regional III, onde permanece até hoje, situada a rua: Esteves Júnior, nº 390, Centro, andar térreo, bloco G, fone: 224 6744 – ramal: 216.

O CAPS apresenta uma equipe multidisciplinar, constituída de: 4 médicos psiquiatras, 3 psicólogas, 1 assistente social, 2 terapeutas ocupacionais, 3 enfermeiras, 2 técnicos em atividade administrativa e 1 auxiliar administrativo.

Atualmente a equipe multidisciplinar é composta de: **médicos psiquiatras**, são 4, onde são dois para o período matutino e dois para o período vespertino, têm a função de realizar atendimento individual e em grupo, atendimento a família, evolução e revisão de prontuários, encaminhamentos de clientes, discussão de caso, participação em atividades relacionadas à saúde mental em outras instituições, dentre estes médicos um é coordenador geral do CAPS.

Terapeuta ocupacional, são 2 (duas) que atendem, uma no período matutino e outra que atende no período vespertino, realizam atendimento individual e em grupos, exercem triagem, fazem evolução e revisão de prontuários, discutem casos entre a equipe, participam de atividades ligadas a saúde mental em outras instituições. Dentre suas funções a que mais se identifica com a terapeuta ocupacional são as atividades na oficina terapêutica que tem o objetivo de reinserção social e ou profissional, proporcionar espaços de criação exposição e venda de objetos confeccionados nas dependências da oficina e que o paciente encontre um sentido no que pode realizar, que o paciente conquiste sua capacidade de transformação de um pensamento abstrato em uma idéia concreta. As atividades exercidas são trabalhos com fios (tear), costura manual, tricot, crochet entre outros; atividades de marcenaria, retalhe e entalhe em madeira; cerâmica atividades em argila, como modelagem, queima e coloração de peças espontaneamente; trabalhos com desenhos e pintura, visando a expressão de conteúdos afetivos e que podem ser compreendidos e elaborados com o acompanhamento profissional. É

mantida com recursos vindos da Secretaria Estadual de Saúde. Funciona de segunda a sexta nos dois períodos.

Enfermeira, 1 no período matutino, e 2 no período vespertino, realizam atendimentos individuais e em grupo, orientações ao paciente e ao familiar, triagem, administração de medicamentos, encaminha os pacientes e/ou familiares para outros profissionais do programa e para outros setores da policlínica conforme necessidade, faz evolução e revisão de prontuários, participa de eventos buscando atualizar-se na temática saúde mental, realiza supervisão de estágio curricular de acadêmicos da UFSC.

Psicóloga, 3 no período matutino, fazem triagem, atendimento individual e em grupo, psicoterapia individual e em grupo, psicoterapia de família e casal, atendimento e orientação no balcão de entrada, evolução e revisão de prontuários, orientações aos familiares, discussão de casos diariamente entre os técnicos, encaminhamentos de pacientes a outros serviços da Policlínica ou fora dela, participação em atividades relacionadas à saúde mental em outras localidades.

Assistente Social, 1, realiza triagem, avalia a situação sócio econômica e cultural do paciente/família procurando oferecer e participar do encaminhamento que for necessário visando oferecer condições dignas de sobrevivência social. Discute com a equipe técnica sobre as diferentes situações apresentadas do dia a dia, realiza evoluções nos prontuários e participa de eventos que lhe possibilite novos conhecimentos.

Técnicos Administrativos, 2, realizam agendamentos de consultas, organizam todos os prontuários, cadastram novos pacientes, atualizam o programa de informatização do serviço no tocante a estatísticas e serviços prestados pelo serviço a comunidade, discutem casos com a equipe, realizam a receptividade para com o paciente/família quando da vinda ao serviço.

O CAPS oferece o Programa de Psicóticos no período matutino e o Programa de Dependentes Químicos (Projeto SAUD – Serviço de Atenção ao Usuário de Drogas) no período vespertino.

De acordo com o objetivo proposto, far-se-á a elucidação do programa exercido somente no período matutino, já que o programa do período vespertino não houve participação acadêmica.

O Programa de pacientes psicóticos atende pacientes e familiares que são encaminhados em sua grande maioria, pelo IPQ (Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina) e do ISJ

(Instituto São José) e de outras instituições psiquiátricas como o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Ao chegar no CAPS recebem orientação e o 1º atendimento no balcão pelo membro da equipe que estiver no momento ou pelo auxiliar administrativo, que visa identificar o encaminhamento, a que programa se refere e encaminha para a triagem e abertura do prontuário. São triados por qualquer profissional da equipe habilitado para tal função, é passado para o psiquiatra e é encaminhado aos outros atendimentos (individuais ou grupo) de terapia ocupacional, psicologia, enfermagem e assistência social conforme necessidade.

A triagem consiste em realizar um levantamento de informações condizentes a identificação do paciente, sua situação econômica, sua queixa principal, por quem foi encaminhado, um breve histórico da doença, ou seja, quando começou, quais os tratamentos anteriores, número de internações, uso de medicamentos, disponibilidade para tratamento no CAPS, características da crise e por fim outras observações. (vide anexo III)

No início do tratamento o paciente freqüenta semanalmente o serviço, com freqüência regular (de 1 a 2X por semana) por tempo indeterminado, recebe conforme necessidade a intervenção de outros profissionais. O paciente não tem perspectiva de alta, precisando sempre ser acompanhado e medicado.

Atualmente o programa funciona das 07:00 às 12:00, ou até o último paciente e/ou familiar sair do serviço, oferece grupos de terapia ocupacional com freqüência semanal de 1h e 30min. Grupo diário todas as manhãs, na segunda e sexta das 10:30 até o último paciente e/ou familiar sair e de terça, quarta e quinta às 10:00 até o último paciente e/ou familiar. Todos os grupos recebem a cobertura de atendimento medicamentoso pelo psiquiatra. O paciente que tiver qualquer intercorrência de ordem clínica é agendado para outros serviços.

O horário do programa dos psicóticos é das 07:00 às 12:00 hs, de segunda à sexta, atende aos egressos dos hospitais psiquiátricos e a demanda que surge espontaneamente. Os pacientes são vinculados ao CAPS, através de uma triagem que pode ser realizada por qualquer membro da equipe. A triagem está aberta, sendo que sua reabertura foi vinculada a vinda de um profissional, mais especificamente de um médico psiquiatra para com a composição da equipe, desta maneira, a triagem é realizada semanalmente com a inscrição de cinco pacientes por dia.

O objetivo do programa de Psicóticos é manter o paciente em tratamento extra-hospitalar, para que este retome suas perspectivas frente a atividades diárias inseridos no seu

contexto sócio familiar. Com o acompanhamento sistemático tenta-se evitar o surto psicótico e conseqüentemente a internação. Objetiva o Programa também orientar o paciente familiar em relação a doença, aos medicamentos, as mudanças possíveis de comportamento que podem acontecer, esclarecer dúvidas e questionamentos sobre os períodos de surto e a aproximação desta, participando com responsabilidade do tratamento. São utilizados recursos clínicos e medicamentosos para com o tratamento, além dos atendimentos de grupo e individuais e de toda a equipe interdisciplinar já anteriormente comentado.

Correspondente a estrutura física, o CAPS dispõe hoje 01 sala de oficina terapêutica com três ambientes, 01 sala de apoio e depósito da oficina terapêutica, 05 consultórios, 01 cozinha, 01 copa com dois ambientes, sendo um deles, também utilizado para reunião de equipe, 02 salas de espera/estar/TV, 01 sala para triagem vincular, 01 biblioteca, 01 sala de enfermagem, 02 quartos de repouso masculino e feminino, 02 salas para atendimento em grupo, 08 banheiros, 01 secretaria, 01 almoxarifado, 01 sala para troca de seringas e/ou distribuição de preservativos.

O projeto arquitetônico após ter passado por algumas modificações para que atendessem os critérios do ministério da saúde, com o objetivo de se cadastrar e receber financiamento do governo Federal, foi reconhecido e credenciado oficialmente em 31/10/2001.

6 APRESENTANDO OS RESULTADOS

Objetivo 1: Conhecer o serviço ambulatorial de psiquiatria oferecido pelo CAPS.

Uma vez conhecido a estruturação básica, morfofuncional do CAPS, conforme descrito na contextualização do campo, passo a relatar as atividades por mim desenvolvidas especificamente no contexto físico desta instituição.

Do acesso a integração...

Chegar num serviço do qual não fazemos parte da equipe interdisciplinar é experienciar a sensação do verdadeiro “um estranho no ninho”. O acesso ao serviço foi concretizado com contatos burocráticos entre a universidade e com a própria direção da instituição, com a aprovação da supervisão pela enfermeira do CAPS do período matutino, bem como o consentimento do coordenador do CAPS.

A integração pode ser observada sob dois aspectos: de um lado você, a expectativa de que a equipe “abra um espaço” para sua expressão e do outro, a sua própria busca de espaço. Desta forma busquei me integrar não propriamente com a equipe, mas com alguns profissionais que formam a equipe e que julgava estarem mais receptivos para com minha intervenção e/ou opinião. Busquei fazer o que julgava ser o meu papel na pavimentação da estrada do processo ensino aprendizagem, ampliando meu relacionamento com usuários, familiares e/ou cuidadores.

Do contato com os usuários, familiares e/ou cuidadores...

Muitas vezes, eu chegava no serviço e algumas pessoas estavam a esperar para a realização de alguma atividade, seja oficina terapêutica, uma consulta psiquiátrica, ou um simples desabafo com a enfermeira. Com minha necessidade de conhecer quem participa do serviço, me aproximava, me apresentava e dizia que estava fazendo ali, colocando-me a sua disposição. Com este ato simples, reforçado pela orientadora, “o de fazer sala de espera”,

muitas vezes compartilhei inúmeras histórias de vida, bem como acredito, contribuíram para que a pessoa ouvisse a própria voz, e, que me proporcionaram um crescimento como gente. Por exemplo: *Neste dia o céu está chorando muito e aparentemente muito triste. Chego ao serviço e vejo 4 pessoas sentadas, ofereço bom dia e me direciono a sala de administração onde estão os dois funcionários da mesma, a supervisora havia dado uma saída. Conversei com ambos sobre o movimento dos dias anteriores e fui conversar com as pessoas que estavam no banco a espera. Aproximei-me dos 4, estavam distantes um do outro e fiquei em pé ao lado de um rapaz aparentando 30 anos, perguntei se havia sido atendido e que atividade veio realizar no serviço, disse que já tinha sido atendido e que estava esperando o médico, enquanto me falava pegou o cartão do SUS onde estava agendado oficina com a terapeuta ocupacional, desta forma se aproximou um senhor alto, de chapéu, com barba para se fazer, mostrou-me mais dois cartões do SUS com os mesmos agendamentos com o nome de duas mulheres distintas, cumprimentei-o e perguntei a quem pertenciam os cartões, disse-me que das filhas, apontou para elas e para o rapaz, este também era seu filho. Em se tratando de sua história, refere que perdeu a esposa faz três meses, morava no meio oeste e veio para cá com os 3 filhos, mora de aluguel numa casa num bairro de Biguaçu, é aposentado. Os três filhos tem transtorno mental, o rapaz têm 26 e as moças 23 e 21. Em casa os filhos brigam muito, tem uma filha muito agressiva, não tem paciência para nada e acaba agredindo os irmãos; não fazem nenhuma atividade fora, às vezes é que fazem atividades domésticas, diz que já está cansado e que está difícil de agüentar a situação, falou que está tentando conseguir transporte urbano para os filhos virem ao CAPS, só que os filhos não conseguem vir sozinhos. Sobre a doença dos filhos não sabe dizer o que eles têm e que quando ficam "ruins" chama a polícia e manda internar. Indico o senhor a falar com a assistente social sobre a possibilidade de se adquirir recursos para as filhas, já que elas não têm nenhum amparo financeiro, articulo uma consulta entre eles para a mesma manhã enquanto ele espera os filhos, não tive resultado da conversa. Enquanto conversava com o senhor, o pai de S. chega para conversarmos, peço licença para o senhor que estava falando, este consentiu para que eu fosse conversar com o pai de S. numa sala de consultas e me retirei. Diário de campo 30/11/01*

Das consultas de enfermagem...

Minha participação nas consultas de enfermagem, consistia na maioria das vezes em um processo passivo, em que eu apenas observava o desenvolver das manifestações do

paciente/família/cuidador e a intervenção da enfermeira, porém, às vezes, a supervisora solicitava minha opinião, como por exemplo: *Fui com a supervisora convidá-lo (um paciente que acabara de chegar ao serviço) para realizar um consulta de enfermagem prévia ao grupo terapêutico. O paciente aceitou e caminhamos ao consultório. O paciente estava muito angustiado, pouco falava, parecia muito desconfiado, sufocado com um olhar vazio e vago, com uma nítida melancolia expressa em sua face, ou seja, uma face sem risos, com um olhar fixo para algum ponto sem se importar com o ambiente externo. A supervisora fez algumas perguntas mas ele parecia estar muito confuso, sua fala ficava entre seus empregos (atividades trabalhistas) anteriores e o quanto gosta de abastecer supermercados, porém quando questionado sobre o fato de ter presenciado um assalto no supermercado ele chorou, mas o choro o impedia de falar. Ficamos em silêncio por alguns instantes. A supervisora falou sobre a importância de continuarmos vivos nestes acontecimentos, o paciente assentiu com a cabeça. Falou-se do trabalho dele e ele nos relatou que a família exige que ele trabalhe. Quando fala da família percebi que havia ressentimentos, pois falou com uma pitada de raiva e amargura, ou seja, seu tom de voz alterou-se, falou com mais bravura. A supervisora questionou sobre o uso dos medicamentos, mas o paciente, num momento dizia que tomava e ora dizia que não tomava. Foi reforçado que ele deveria continuar com o uso dos medicamentos para controle dos sintomas do sofrimento mental. Conversou-se com ele sobre a possibilidade de ele e a família se ele quisesse aceitar, conversar um pouco mais com a psicóloga, para que ele compreendesse um pouco mais a sua vida em seus vários momentos, assentiu com a cabeça. Perguntou a supervisora se ele participaria do grupo e ele disse que sim. A supervisora perguntou se eu gostaria de dizer algo, senti vontade, mas disse que não, talvez não fosse a hora. Saímos os três do consultório, o paciente ficou sentado com sua mãe esperando o grupo, a supervisora foi organizar os prontuários para o grupo e eu fui com minha orientadora continuar o que estava em andamento.* **Diário de campo 14/09/01**

Minha participação ativa em consultas de enfermagem, a primeira: *O paciente chega e o convido para entrarmos no consultório que já havia preparado antes para a consulta de enfermagem que sozinho iria realizar embasado no suporte interpessoal, comecei perguntando como ele estava se sentindo em relação a tudo o que estava acontecendo com ele nestes últimos tempos, disse que estava bem, falou da perda do emprego e solicitei para ele o quê que o mais deixa triste na vida, disse que a doença dele, que ele sofre com isto e acaba fazendo a família sofrer também. Falamos do que ele sabe sobre a sua doença, disse que ninguém fala com ele sobre isto e que não tem muita informação, ok disse, perguntei*

sobre o que ele tem medo na vida, disse-me que tem medo da recaída, de ficar doente novamente. Falamos sobre sua vida e comentei sobre que a vida é feita de momentos e que temos que ficar aprendendo com estes momentos que a vida oferece, assim, continuei dizendo que ele tem que aprender a conviver com a doença, que o que importa não é ele ter uma doença e sim ele ter a vida e que ele tem que aprender a lidar com ela, de aceitá-la e aprender com a recaída. Perguntei o que ele aprendeu com a recaída nesta vez, disse-me que tem falar com alguém quando não estiver se sentindo bem, quando ficar muito triste, que tem que tomar os medicamentos diariamente, que tem que procurar ajuda quando achar necessário, que tem que conversar com os amigos, com a família. Comento se ele tem saído para namorar, passear, diz que ultimamente não, que gostava de sair com o irmão que se casou, mas que sai com o irmão mais novo para um baile, para o assistir ao jogo de futebol perto de sua casa. Pergunto se ele tem namorada, não afirma, pergunto se tem vontade de ter uma, diz que sim e que nunca teve, falou-me de uma mulher que teve uma paixão, mas ela tinha filhos e não deu certo, mas que deseja se envolver com alguém, pergunto se ele é tímido, diz que sim, que tem muita vergonha de chegar nas mulheres. Comentei da importância do amor na vida das pessoas, percebi tristeza em seus olhos quando falávamos de amor homem e mulher, conversamos sobre a escola, disse-me que iria na segunda feira pois teria que apresentar um projeto e que estava preocupado pois ainda não havia conversado com seu amigo sobre a apresentação, desmatamento era o tema. Disse para ele como poderíamos estar minimizando esta preocupação, ficou calado, falei a ele que seria legal ele procurar o amigo no fim de semana para acertarem os detalhes da apresentação, assentiu com a cabeça, como já era hora do grupo terapêutico começar optei por continuar nosso próximo encontro em falar novamente da doença, sobre a recaída pois seu nível de compreensão é baixo, nos despedimos e ficamos acertados de ele comparecer aqui no CAPS daqui a duas semanas. **Diário de Campo 05/10/01**

Quanto as consultas ora participava como observador passivo ora como observador ativo ora como realizador da consulta. Conversei com a supervisora a respeito do registro dos dados, pois as vezes eu pegava prontuários e não havia considerações sobre a consulta, já que e em algum momento a supervisora poderá ausentar-se do serviço e como poderia, então ser avaliada a evolução e até mesmo a história do paciente? Desta forma a supervisora ficou de repensar sobre o assunto. Questionamos também a respeito de um instrumento para consulta, porém a consulta não segue uma metodologia e sim uma construção de ajuda mútua, onde visa-se com a consulta oferecer suporte ao paciente, suporte este que consiste em oferecer ao

paciente diferentes formas de expressar seus sentimentos e caminhos para enfrentar sua vida, o instrumento é aplicado somente na triagem.

Da triagem...

Minha participação na triagem transcorreu-se através de uma observação passiva, como descrito no **diário de campo em 05/10/01**: *Surge uma consulta de triagem, pergunto se posso assistir, a terapeuta ocupacional ficou de fazer a triagem, desta forma ela consente, salvo o consentimento do paciente, concordo, solicitamos para a paciente e ela aceita. Trata-se de uma paciente de voz muito calma, aparentemente que cuida de seu corpo, cabelos penteados, unhas feitas e olhar expressando “gostaria de ajuda”. Durante a consulta é seguido um roteiro padrão do serviço (Anexo III), a paciente não olha para mim, olha para a terapeuta. Sumamente, a paciente diz que é egressa do IPQ há uma semana, fez uma histerectomia há oito anos, é separada do marido há seis anos, sobre a família, refere que estão em Lages e que aqui mora somente com o filho de doze anos, este é que a ajuda em casa, sobre seus pais disse que a mãe verdadeira morava em Araranguá, mas já faleceu e que sua mãe de criação está em Lages, não entrou em detalhes sobre seu passado, quanto a vida econômica social depende do aluguel de alguns cômodos de sua própria casa, já que é muito grande, porém diz que se incomoda com alguns inquilinos pois ficam sem pagar alguns meses e isto a deixa nervosa. Diz que trabalha com costura, mas que se sente muito irritada com o barulho das máquinas, pergunta para a terapeuta o que pode causar esta dor de cabeça, esta explica que este desgaste emocional devido ao estresse destes fatores que ela está inserida pode estar causando isto, porém é bom ela perceber seus limites. A paciente refere preocupação com relação a aposentadoria, desta forma ela é encaminhada ao serviço social. Um outro ponto importante é que ela faz uso de estrogênio conjugado 0.625 há oito anos e que está preocupada que está terminando e não tem receita para comprar, é orientada a conversar com o médico no grupo. É orientada a vir novamente no serviço quando ela quiser, de preferência na semana que vem para fazer alguma atividade ou ensinar alguém a arte da costura. Comentou-se a importância de ela estar fazendo este acompanhamento, pois é um suporte para a mesma manter-se fora dos muros manicomial, se ajudar e ajudar seu filho, fica em silêncio e diz que vai fazer. Em todo o momento mantive-me calado. fiz uma observação participativa. Despedi-me e agradei seu consentimento, não comentamos sobre a paciente, já que a terapeuta tinha que ir para a oficina realizar atividades com os pacientes.*

Do grupo terapêutico...

No grupo terapêutico a maioria de minhas atuações também foram como observador passivo, porém houve momentos que oferecia minha opinião ao grupo, bem como fazer evolução dos pacientes que se faziam presentes no grupo ou das notícias que a família e/ou cuidador oferecia sobre o paciente. Por exemplo: *Como equipe estavam o psiquiatra, a enfermeira, a psicóloga, assistente social e eu como estagiário e mais nove pessoas, destas um familiar como acompanhante e os demais pacientes. O psiquiatra pergunta quem quer falar e uma senhora de cabelos bem branquinhos que acompanha sua irmã que tem sofrimento psíquico e de quem ela cuida juntamente com mais uma irmã que também tem sofrimento psíquico e que está em casa e diz que quer falar. Refere que esta irmã que está com ela no grupo apresentou comportamento agitado, mas ela sente-se bem, diz que a irmã que está em casa tem oitenta e quatro anos e têm problemas psíquicos desde pequena. Confirmaram a medicação, pegaram novas receitas e saíram. Na seqüência, uma paciente fala que está mais animada pois começou a lavar roupa e está na esperança de ganhar dinheiro, porém não gosta de fazer atividades dentro de casa, diz que acordou feliz e que pretende diminuir o medicamento Olkadil, o médico avaliou, diminuiu a medicação, a paciente ficou satisfeita e saiu agradecendo a todos. Uma nova paciente, esta diz que sente vontade de vir para a oficina, porém não tem dinheiro para chegar até aqui, pois mora longe. Já faz um mês que não vem ao serviço, a assistente social prestou auxílio oferecendo um encaminhamento para a prefeitura, confirmou-se o medicamento e a paciente saiu. Uma nova paciente, faz nove meses que não vem ao serviço, mora com a mãe, mas a mãe não a deixa ajudar em nada em casa, diz que não veio antes por sentir-se bem, veio agora por faltar medicação, falado a ela pelo médico e pela enfermeira que mesmo que esteja bem seria bom que ela viesse pelo menos de dois em dois meses para vermos como ela está. Um outro paciente refere que sente vontade de trabalhar em supermercado e que vai procurar emprego, diz que não tem se incomodado com nada em casa e que sente-se bem, pede receita e vai embora. Um outro paciente refere que estava com cento e dezoito quilos e agora está com cento e dois, refere que sempre engorda no hospital e em casa come soja por isso emagrece, relata que está dois anos sem internar, diz que se sente meio agitado e pede auxílio para controlar, apresenta comportamento ansioso pois não consegue ficar quieto, tem movimentos pendulares ao levantar-se, fala que dorme bem e que caminha a tarde com a mãe, é dado a receita e ele vai embora. Um novo paciente, diz que precisa de medicamentos pois já não tem mais, diz que quando vem aqui conversa com a psicóloga e que isto o faz*

*bem, pergunta para o médico sobre as manchas que estão saindo em seus cotovelos e joelhos, pois estas lhe provocam coceiras, o médico diz que é “psoríase” e que é bom pegar sol, o paciente agradece e vai para casa. Um outro paciente, refere que precisa de medicamentos, que está bem, porém solicita ao médico consentimento para tomar caipirinha e cerveja, o médico diz que não pode devido a seguinte explicação, o álcool aumenta o efeito colateral do medicamento e a medicação aumenta o efeito do álcool, por exemplo, se o remédio tem como efeito colateral provocar sonolência, o álcool aumentará a sono e aumentará a depressão, dará muito mais sono com o álcool, pode acontecer parada respiratória, pois os pulmões funcionam mais devagar. O médico diz a paciente que ela não precisa de álcool para se divertir e que a paciente pode cair num processo de depressão pelo uso de álcool, assim a paciente fala que antes ela bebia muito e é por isso que entrou em depressão, o médico disse que este detalhe ele não sabia. Fiquei pensando “como pode um detalhe destes ser passado por cima, onde está o problema, na falta de comunicação entre a equipe, na superficialidade das conversas terapêuticas, no fato do paciente esconder, fiquei me questionando”. O médico diz que é uma opção própria dela, mas que seria melhor para ela não beber, confirma o medicamento, pega receita e vai embora. Um outro paciente refere que está trabalhando de ajudante de limpeza de terrenos, porém tem um pensamento que o está intrigando, relata que trabalha, mas só fica pensando no domingo, é perguntado pelo médico o que ele faz no domingo, refere que descansa, passeia e que não há nada de errado pensar na chegada do domingo, o paciente confirma o medicamento e vai embora. Como último paciente da manhã, esta refere que deseja diminuir o carbolitio, pois tem muita dificuldade financeira para comprá-lo, fala que mora com duas filhas, no momento está desempregada, mas está conseguindo emprego num restaurante, já que adora cozinhar, recebe a receita, o médico em sua avaliação juntamente com a enfermeira diminuem o medicamento da paciente e esta vai embora. A equipe se despediu, saímos da sala, peguei meu material e fui embora, fiquei pensando nos diferentes comportamentos, algumas pessoas não conseguem se posicionar à altura da idealização da imagem que fazem de si mesmas e quando o nosso comportamento não está à altura da nossa imagem idealizada de nós mesmos leva a uma mudança de comportamento, a um isolamento e a diferentes sentimentos por nós mesmos. **Diário de campo 17/10/01.***

Da visita familiar como contribuição ao CAPS...

Como objetivo extra, realizei uma visita domiciliar para uma paciente e sua família, pois alguns funcionários do CAPS tinham a curiosidade de saber como a paciente estava, neste sentido referi que poderia realizar a visita e fui: *Neste período fui visitar uma paciente que havia conhecido no CAPS junto com seu marido, em termos metodológicos do projeto assistencial, esta família não faz parte dos objetivos, seria um “atendimento extra” já que a equipe gostaria de saber como ela está. A paciente mora num morro da capital, como de costume fiquei subindo ladeiras por mais de 30 min. e sua casa era a última da servidão. Bati palmas e ninguém respondia, passou um senhor e falamos sobre a paciente e este me levou até a casa dela. Foi bastante receptiva, estava de cabelos cortados, refletia auto-cuidado, pois estava com roupas limpas, bem como unhas e rosto, e calçada com sapatos. Convidou-me para entrar, perguntei se ela lembrava de mim, disse que sim. Sumamente, apliquei o questionário que utilizei para fazer a pesquisa de campo para a sétima fase, ela mora com o marido e com um filho de 7 anos, tem o diagnóstico de esquizofrenia, quando questionada sobre a doença, dei três opções para ela me dizer como era chamado a sua doença, transtorno do humor, depressão e esquizofrenia, pensou um pouco e ficou em silêncio, mas apontei esquizofrenia, pois seu marido já havia dito que era, expliquei para ela as causas e as formas de tratamento que disponibiliza-se hoje. Diz que não consegue entender como ficou daquela maneira, diz que hoje está bem, está lendo um livro, arruma a casa, cuida do filho, faz comida. Relata que tem 1 internação no IPQ em outubro de 2001. Fala que não tem dificuldades em casa, diz que sua vida é meio agitada, que acordava cedo, levava o filho para a escola, ia trabalhar, quando dava saía de casa para passear, ir numa missa, acha que ficou doente devido ao estresse. Diz que tem ido ao CAPS consultar com o médico. Falamos que ela deve recomeçar as suas atividades devagar, quando puder leva seu filho a escola, mas esta diz que o marido não deixa e que pensa que a mulher ainda não está bem, conversamos para ela falar com ele, para que aja esta confiança da parte dele para que ela recomece a ganhar autonomia nos seus afazeres, já que a aula do filho está acabando. Construímos a possibilidade de a paciente estar indo no CAPS mais vezes, para participar da oficina, de consultas com a enfermeira, para ela ir devagarzinho novamente se adaptando com uma vida melhor. Diz que às vezes tem discutido com o marido, mas que reconhece o quanto ele é bom para ela. Diz que aceita participar das atividades acadêmicas. Conversei com o filho dela por cima, pois tinham alguns amigos dele, perguntei como ele estava, se ele está cuidando de sua mãe e se sua mãe está cuidando dele, disse que sim. Conversamos sobre o medicamento,*

esta está tomando haldol, fenergan e akineton. Está dormindo bem e diz que procurará mais o CAPS. Como o seu marido é analfabeto, entrei em contato com uma amiga minha que ela faz parte de um grupo de alfabetização, desta forma deixei para a paciente entregar ao seu marido o telefone de minha amiga para se ele tiver interesse em receber estas aulas para poder “ler o mundo”, deixei um bilhete para ele. Desta forma me despedi da paciente, deixei o meu telefone, o telefone do CAPS e desci a ladeira. Diário de campo 06/12/01

Cheguei ao serviço, não havia pacientes no balcão e fui conversar com os funcionários, falei a supervisora que havia visitado a paciente C., me perguntou como foi e disse que teria interesse de fazer a evolução no prontuário, a supervisora falou-me que era melhor eu conversar primeiro com a psicóloga pois ela estava acompanhando a paciente, desta forma escrevi a evolução num papel e mostrei para a psicóloga esta depois de me questionar de como estava a paciente e sua família, como é sua vida em casa, consentiu o preenchimento do prontuário, a psicóloga falou-me para mostrar novamente para a supervisora para ela ver o que acha, mostrei para a supervisora, esta consentiu e escrevi no prontuário a evolução. Diário de campo 07/12/01.

Do serviço social...

Um certo momento a assistente social do Hospital de custódia e Tratamento Psiquiátrico ligou para o CAPS pedindo-me um favor, que eu oferecesse uma atenção a um paciente que recentemente havia saído do HCTP, desta forma o paciente que era para ter vindo ao CAPS receber um suporte ambulatorial, não aparecia há duas semanas, assim a pedido da assistente social de lá liguei para o paciente, se ele não viesse ao serviço eu iria visitá-lo, mas em conversa por telefone ele relatou que não tinha vindo ainda porque não tinha dinheiro e que agora ele está com o dinheiro para a passagem do ônibus, desta forma ele veio ao serviço e foi atendido. Uma outra participação foi encaminhar pacientes e familiares para o atendimento com a assistente social do CAPS. Por exemplo: *Sentei ao banco onde está S. e chega assistente social, apresento uma a outra, a assistente pede o prontuário dela, enquanto as duas se dirigem para a sala de atendimento, pego o prontuário. Ao chegar na sala a assistente social pede algumas informações no tocante se a paciente já foi contribuinte da previdência social, fala que teve carteira assinada durante três meses, perguntei a ela se quando ela trabalhava ela já tinha a doença, disse que não, a assistente social explicou que às vezes conseguimos com muita luta o benefício, mas as lei mudam sempre, perguntou como é a renda da família em casa, S. diz que sobrevivem com o salário mínimo do pai, desta*

forma a assistente social faz um encaminhamento para o INSS para ela ir e solicitar informação sobre sua situação. Nos despedimos, S. agradece, eu agradeço e vamos embora.

Diário de campo 23/11/01

Em avaliação geral minha participação no CAPS foi mais no sentido de aprendizagem, em todas as atividades busquei **observar** e me pôr entre parênteses, somente intervi quando me era solicitado ou quando julgava ser minha contribuição importante. De minhas observações sobre o serviço faço as reflexões nas considerações contínuas e recomendações.

Objetivo 2: Prestar cuidados de enfermagem a pessoa/família cadastrada no CAPS

Foram selecionadas 3 famílias para o atendimento deste objetivo. Por questões éticas, estas famílias foram cognominadas, Justiça, Resistência e Temperança, como forma de salvaguardar suas vivências e história de vida. Justiça, Resistência e Temperança, ao meu ver, são termos que refletem o significado do clima emanado da relação estabelecida entre família, acadêmico e família-família.

FAMÍLIA JUSTIÇA

É atribuído este cognome Justiça, devido a família ser justa no sentido para com seus sentimentos, bem como lutar para conquistar os direitos do membro da família falecido.

Trata-se de uma família, cujo o Sr V., havia participado do projeto assistencial de Enfermagem, desenvolvido por um grupo de estudantes da VIII^o fase, no semestre 2001/01. Devido a toda uma discussão no que diz respeito a greve, ficamos, os acadêmicos da última fase e os orientadores, no impasse de iniciar a prática do estágio, desta forma quando liguei para a prima do paciente que é a “ponte”, ou seja, a pessoa que faz a articulação com o paciente e família, esta diz que a pessoa, V., faleceu no dia 09/09/01. Desta maneira, agendei uma visita para conversar com as pessoas que cuidavam de V. para saber mais da família enlutada, com isto agendei para a mesma semana numa sexta feira. O paciente V. morava com os tios, um casal de idosos, e perto reside A. sua prima. Fazia um belo dia, nuvens tocando o poente, pássaros a cantar e cheguei a casa de A., de lá fui a casa de V., de longe tem uma aparência de casa de sítio, de chácara, um local harmonioso, com algumas plantações de verduras e legumes, cachorros a circular, vejo uma casinha pequena, de madeira, com telhas brasilit, sem cor e pergunto a A. que casa é aquela diz que ali morava V., é um rancho que fica no mesmo terreno de seus tios e próximo a casa principal. No encontro inicial o casal está alimentando os porcos, o tio de V. não foi muito receptivo, pois não veio nem me

cumprimentar, porém sua esposa me cumprimentou e me convidou para entrarmos. Entro pela cozinha, mesa cadeira, armário, fogão, geladeira, pia, um piso com uma cor neutra, porém limpo com uns tapetes, fomos para a sala, uma sala grande, mesa, cadeiras, um quadro com uma imagem de santo no canto, sofá, o piso é de assoalho, pois a casa é de alvenaria e madeira. Começamos a conversar sobre V., sua tia disse que até Agosto ele estava bem, disse que o paciente sentiu falta da acadêmica, pois “às vezes ele perguntava por ela, mas ele começou a ficar agitado e agressivo e tiveram que interná-lo, ficou um mês certinho”, a senhora (tia) diz que quando ia visitá-lo este não conhecia mais ninguém e que os medicamentos estavam acabando com ele, por fim ele foi para um hospital geral e lá faleceu, a causa da morte foi enfisema pulmonar, mas a senhora (tia) e a filha (A. sua prima) dizem que só pode ter sido devido aos medicamentos, porque ele nunca teve problemas com o pulmão.

Em relação ao sentimento de luto, a senhora relatou que sente falta de V., porém, por um outro lado, foi menos uma sobrecarga para a família, pois o paciente em momentos de crise incomodava muito.

A tia de V. é uma senhora aparentando uns 60 anos, de cabelos pelos ombros, olhos castanhos, uma pessoa receptiva, de um olhar que parece tranqüilo, de estatura mais ou menos 1.60, com mais ou menos 70 kg, trajava vestido em cores claras, calçada com sandálias, com voz baixa e atenciosa quando falam a ela.

O tio é um senhor aparentando 70 anos, de estatura alta, aproximadamente 1.75, pesando aproximadamente uns 70 kg, comparo devido a eu ter estas aproximadamente estas mensurações, possui bigode, cabelos grisalhos, de calça e camisa cumpridas, é difícil descrever pois não tive contato com ele, por isso qualquer palavra será mero julgamento.

A prima de V. é uma mulher de aproximadamente 35 anos, 1.65, com 50 kg, cabelos castanhos e curtos pelos ombros, olhos castanhos, aparentemente com uma leve expressão de raiva pois havia um sinal de testa franzida ao falar. A. já havia sido atendida pela orientadora, mora com o marido e com quatro filhos de, 8, 12, 17 e 19.

Sobre os problemas apresentados pela tia de V. relata que está com dificuldades para comprar os medicamentos e que os filhos que a ajudam, destaco a questão da aposentadoria de V., onde pediu para eu ver sobre, como fazer para passar a aposentadoria de V. para a família, desta forma A. e eu ficamos de nos comunicar para articularmos um encontro para conversarmos com a assistente social do CAPS. A. me coloca que seu filho está com

problema de dependência química e que gostaria de falar novamente com a orientadora, me disponho para ajudar e reforço que a professora irá ajudá-la, basta que você a procure.

Aplicando o processo interpessoal de enfermagem a tia de V. não está em crise, e de acordo com sua fala, seu marido também não, por isso fiquei no compromisso de ficar com A. para com a aposentadoria de V. e se A. achar necessário me disponibilizaria a ajudá-la com o filho.

Tivemos 3 contatos telefônicos e um encontro entre ela, eu e seu filho mais novo, no CAPS, porém a assistente social do CAPS não foi neste dia e no INSS a assistente social chegaria mais tarde e A. não esperou. Marcamos um outro encontro, mas A. não apareceu, tomei esta atitude como uma “auto-alta” já que ela tem meu telefone, sabe onde procurar ajuda e conhece o caminho do CAPS. Passou-se duas semanas até o término do estágio e A. não deu sinal, nem para a orientadora.

FAMÍLIA RESISTÊNCIA

Apresentando a família

O cognome Resistência representa a virtude que esta família possui de resistir a todas as dificuldades existentes no seu dia a dia.

A família é constituída por S. (pessoa com o sofrimento psíquico), F. (pai), J. (mãe), M.R. (irmão) e R. (filho de S.), reside em um apartamento de dois quartos, banheiro, sala, cozinha, no 12º andar de um prédio localizado no centro de Fpolis. Ressalto que mesmo aparentemente pequeno no aspecto físico, o local de moradia possui uma grande atmosfera de acolhimento. Foi este o sentimento que vivenciei. A sala, local freqüente dos encontros possui móveis de bom gosto, e com dois sofás, uma poltrona, uma mesa com cadeiras de madeira, um armário e um balcão onde são guardados livros, antiguidades, os medicamentos de S. e pertences particulares. Seu piso é revestido com um carpet de cor suave como o mel.

Contatos

Foram realizados 27 contatos, considerando neste sentido toda forma de comunicação estabelecida com a família, ou seja, com qualquer um dos seus membros, sendo através do telefone, atendimento familiar in locu, no CAPS entre outros. A primeira forma de comunicação com a família foi por telefone, para a apresentação e agendamento da visita, após, fiz várias visitas domiciliares, como coloco a seguir, e encontros no CAPS.

Do 1º contato em domicílio...

Demorei um pouquinho para encontrar o local em que me destinava, mas finalmente localizei-o. Apertei a campainha e veio ao meu encontro um senhor aparentando uns oitenta anos. Perguntei se ele era o senhor com quem havia falado ao telefone, disse que sim e perguntei onde estava a paciente, a paciente estava sentada, levantou-se pra me cumprimentar, um olhar vago, vazio, triste, um olhar de silêncio (atribuo estes adjetivos pois seu olhar, pelo o que pude perceber, expressava-se fixo em algum ponto, deixando a se perceber distante), trajando uma saia cumprida negra, uma blusa de lã de mangas longas, cabelos mal cuidados, demonstrando pouco auto-cuidado, um andar muito cuidadoso ao caminhar, perguntei como estava e disse que estava bem, assim o pai da paciente disse que claro que estava bem, pois só come e dorme, assiste televisão e não faz mais nada, em seguida veio sua mãe, uma senhora com um olhar curioso, (curioso devido seus olhos demonstrarem expressão atenção, olhos bem abertos e direcionados a mim), mas aparentando cansaço, cabelos branquinhos e generosa (generosa no sentido de ter perguntado como eu estava, se eu gostaria de comer algo), pois tentava acalmar a situação quando o marido falava alto. Disse-lhes que sou estagiário de enfermagem, estou dando continuidade ao trabalho já iniciado pelas acadêmicas de enfermagem que já trabalharam com a paciente, senti a paciente muito em silêncio e desconfiei se ela estava impregnada, perguntei sobre o que ela estava tomando, estava tomando dois comprimidos de haldol um a noite e um pela manhã, um akineton e um amplictil, falei da importância de estar avaliando a medicação dela pois já faz dois meses e meio que não vão ao serviço, o pai da paciente disse que não tem como, ela se nega a fazer tudo, estamos numa prisão perpétua dentro da própria casa pois não podemos fazer nada porque ela não sai e com quem iremos deixá-la aqui, perguntei como eles estava lidando com isto, se calaram por um momento e me disse o pai que está esperando pela morte e que Deus é que vai resolver pois não espera mais nada. Perguntei quem mora na casa, falou-me a mãe da paciente que moram os quatro, o casal, a paciente e o netinho e que no momento o outro filho de SP estava passando um tempo por aqui.

Após esta visita domiciliar tive mais 13 (treze) atendimentos em domicílio, alguns contatos no CAPS com a paciente S. e com seu pai F. e fora do domicílio com S. e com R. sem ser no CAPS, como no Instituto de Identificação da Polícia Civil e no Shopping Beiramar.

Apresentação dos membros

A paciente, S. é uma mulher de 55 anos, registrada no RJ, de mais ou menos 1.65 de estatura, com aproximadamente 75 Kg, cabelos grisalhos e curtos, olhos castanhos, estudou Pedagogia na Universidade de SP, porém não completou o curso devido optar por vir para Florianópolis e por outras razões pessoais. Conforme ela seu talento é escrever sobre a vida, porém não sente vontade de escrever. Tem o sofrimento mental há 28 anos com a nomilística de esquizofrenia, faz uso de medicamentos como Haldol, Akineton e Amplictil. Em casa não realiza nenhuma atividade. Tem uma amiga que às vezes a faz algumas visitas. É solteira, já que seu casamento não teve continuidade e tem um filho de 11 anos. Julgo amável, curiosa e com respeito.

Seu F. o pai de S., um senhor com 81 anos, natural de SP, de estatura de mais ou menos 1.70, com mais ou menos 68 kg, cabelos grisalhos, olhos castanhos, um senhor aposentado, tradutor de livros em inglês, possui cursos de inglês pela universidade de Michigan nos EUA, trabalhou em empresa grandes como a Ford e a Cosipa em escritório, um senhor de fala com tom grave, mas de fala mansa. Formado em administração. Hoje passa seu maior tempo em casa, têm alguns amigos e seu talento é escrever e ler.

Senhora J. mãe de S., uma senhora de 80 anos, de Florianópolis, cabelos grisalhos, com estatura de 1.60 aproximadamente, com 55 kg, olhos castanhos, dona de casa, amável, conciliadora para com as desavenças em casa e compreensível.

R. filho de S., um menino de 11 anos, natural desta ilha da magia, com aproximadamente 1.65, com 50 kg mais ou menos, olhos castanhos, parecido com a fisionomia da mãe, cursa o ensino fundamental numa escola de Florianópolis, questionador, inteligente, porém com dificuldade em expressar o que sente pela família. Gosta muito de vídeo games.

M.R. irmão de S., não teve contato direto, somente por telefone. Mora com a família somente por passagem, pois sua residência fica em SP.

E assim é composta a família Resistência, por 5 pessoas que convivem seu cotidiano debaixo de um teto de um apartamento na capital. Uma família que me recebeu muito bem desde o início, sempre foram muito gentis para comigo e transparentes na medida do possível.

Desde que comecei a desenvolver atividades com esta família, tive várias situações problemas apresentadas pela mesma, seja por cada membro, seja pela família por inteiro e tentou-se oferecer a possibilidade de enfrentamento conforme a necessidade e a vontade de desempenhar mudança construída juntamente com a família.

Em todos os momentos a família foi acompanhada seja em visitas, seja no serviço, seja por telefone visando encontrar uma vontade a mais de viver.

A Paciente S.:

Principais problemas

- Relacionamento familiar conflitante – Apresenta dificuldades relacionais com o pai, mãe, irmão e filho.
- Baixa auto-estima – Refere não gostar de si mesma;
- Sonolência excessiva – Segundo o pai, s. passa a maior parte de seu tempo dormindo;
- Desconhecimento sobre ou não saber falar sobre a doença – Em seus relatos não soube explicar o que significa sua doença;
- Dificuldade em realizar alguma atividade – Em vários momentos S. referia não sentir vontade de realizar absolutamente nada;
- Dificuldades visuais – Inúmeras vezes S. negava-se a ler algo pelo motivo de não conseguir ler de perto;
- Dificuldades para com o auto-cuidado – Na maior parte das vezes seus cabelos estavam desalinhados, não escovava seus dentes e o rosto aparentemente sujo por comida;
- Dificuldade financeira – Manifestou desejo de comprar roupa, mas não tinha dinheiro para tal ação alegando que depende dos pais financeiramente;
- Dificuldade em expressar seus sentimentos para o filho, bem como ser chamada de mãe ;
- Culpar Deus pela doença;

Metas:

- Conversado incansavelmente sobre a comunicação entre a família, estimulada a escrever e falar sobre seus sentimentos em relação à família, buscado diálogo entre a mesma, bem como confronto direto entre os membros. Tentou-se dialogar em todos

os momentos sobre o relacionamento familiar com seus membros tanto dentro de casa como fora dela. Descobrimos os reais sentimentos que nutrem seus membros, bem como tentou-se ir às raízes das dificuldades destes para se relacionarem enquanto família de uma forma mais saudável.

Por exemplo: “vc já parou para pensar se vc aqui incomoda a tua família? Fica em silêncio, vc já parou para pensar (claro que para pensar não precisa parar) colocando-se no lugar de seus pais? E se vc tivesse uma filha da forma que vc está hoje, só comendo e dormindo? Vc já se colocou no lugar do seu filho? Como será que ele te vê? Se vc estivesse no lugar dele como vc gostaria que fosse sua mãe? A paciente fica em silêncio como que refletindo e eu pensando “quando minha orientadora e supervisora lerem isto o que vão pensar, vão me excluir do estágio”, o que te faz viver? Perguntei, o filho ela diz, perguntei o que ela tem de mais importante, fica em silêncio, digo será que não é a tua vida S.? assenti com a cabeça, primeiro falei do amor próprio, depois dos problemas e agora vem o sentido da vida, a vida nos pergunta a todos os momentos, já percebesse o quanto vc tem significado para a vida?,”20/11/01 - “o que te motiva a viver? Fica em silêncio e diz meu filho, seu filho? Quem paga as contas para ele estudar? Meu pai, quem dá educação para ele? Meus pais, quem sai com ele para passear? Meus pais, ele precisa de vc? Assente com a cabeça, ajude-me a entender então, no que que ele precisa de sua mãe se ela não participa de nada da vida dele? Faz um gesto de não sei curvando a cabeça para o lado, pergunto novamente, no que o seu filho precisa de vc? Fica em silêncio, no que que vc precisa de seu filho? (tentei fazer o contrário para ver o que pudesse mudar), ficou em silêncio. O filho não precisa de vc para viver, precisa? Assente com a cabeça, quando questionada no quê ou em quê fica em silêncio, pergunto novamente o que te motiva a viver? Diz que nada, o que te faz ter esta falta de vontade de viver? A vida, o que que a vida te proporcionou e te proporciona? Sofrimento, consegues me descrever este sofrimento? Fica em silêncio, eu posso até listar como vejo teus sofrimentos, mas não sou eu quem vivencio ou quem sinto estes sofrimentos porque eles são teus e vc não precisa ficar sozinha com eles, gostaria que vc os dividisse comigo, que sofrimentos são estes? Fica em silêncio, desta forma listo no papel fatores que podem causar possíveis sofrimentos para ela, enquanto escrevo cada um vou falando em voz alta para ela e ela presta atenção no que falo e escrevo, escrevo família, irmão, casamento, a vida, o arrependimento por não ter estudado é isto? Pergunto a ela, assente com a cabeça (não me contento porque sou eu quem estou induzindo a paciente a falar), sobre sua família o que vc sente por seu filho? Amor, por seus pais, fica em silêncio, por seus pais pergunto novamente,

continua em silêncio, novamente escrevo no papel tentando estimulá-la, escrevo raiva, ódio, nada, e ela me diz pena, compaixão, como é este sentimento de pena? Fica em silêncio, qual a diferença entre pena e compaixão? Fica em silêncio, vc não sabe nem dizer para si mesma e nem para mim como são estes sentimentos como sabe que eles existem? Faz gesto de não sei curvando a cabeça”. 04/12/01

“O filho precisa da mãe, a mãe precisa do filho, se eu chamá-lo aqui agora vc pergunta para ele como ele gostaria que vc fosse? O que ele sente por ti? Fica em silêncio e diz que não e se eu perguntar, não, mas nós já tentamos escrever e vc não deu e se eu der nas mãos dele o que vc sente vontade de perguntar vc aceita? Assente com a cabeça, desta forma escrevemos um questionário com algumas perguntas perguntando como é a vida dele, quem o ajuda na vida o que ele sente por estas pessoas, como é a mãe dele, como ele gostaria que ela fosse, no que ele pode ajudar par melhorar a relação, como é a relação dos dois e mais algumas questões e deixamos o papel ali no canto”. 04/12/01

- Estimulada a falar e escrever sobre o que sente por si, a se valorizar, bem como o que gosta e o que não gosta em si, visando construir uma melhor auto-imagem para buscar uma melhor auto estima.

Por exemplo: “Como vc me explica todo este descuidado para contigo mesma? Vc não tem vontade de mudar a fotografia? Assente com a cabeça, a doença te fez perder o amor próprio? Assentiu com a cabeça, qual o maior motivo para vc mudar? Silêncio, digo mudar por vc mesma S., quem vc mais ama na vida? Meu filho, e quando ele morrer? Silêncio, tá vendo, vc tem que se amar para poder amar seu filho, vc tem que se sentir feliz para fazer seu filho feliz, então S. o primeiro motivo que te faça mudar é por vontade a si mesma depois seu filho, mas deixa eu te dizer, isto é como eu vejo, agora se para vc o mais importante é por seu filho, tudo bem, é uma escolha tua”. 20/11/01

- Revisto a questão dos medicamentos como causa de seus intensos períodos de sonolência, porém constatou-se que prevalece não somente um melhor ajuste de sua medicação, mas também uma falta de vontade de viver, o que a impede de fazer reajustes com outros medicamentos em que a mesma já teve melhores respostas para com o comportamento, segundo o pai.

Por exemplo: “mencionei o medicamento como fator de dificuldade, disse que o medicamento não faz mal, daí a paciente disse que fica o dia sem fazer anda, dormindo e assistindo televisão porque não tem o que fazer e não por causa dos medicamentos, me pediu

segredo e que eu não contasse ao seu pai, falei a ela que existe uma palavra chamada ética e que tudo o que é conversado entre nós nada é colocado depois sem seu consentimento, me olhou parecendo agradecer.” 18/10/01

“Pergunto a ela se ela conseguiria viver no momento sem a medicação, diz que não, vc consegue entender da importância dos medicamentos para vc? Assente com a cabeça. Vc aceita a doença, diz que não, como faremos para vencer a doença? Não sei diz ela, vamos supor que entre na sala uma pessoa e perguntamos a ele quem está doente, quem vc acha que ele responderá, eu diz a paciente, como vc pode afirmar isto? Olha como estou, está vendo, vc tem que se cuidar mais, tomar mais banho, escovar seus dentes, pentear seus cabelos, passar um batom, ele somente saberia através da aparência, caso contrário ele saberia, ela assenti com a cabeça.” 20/11/01 –

“Os medicamentos a impedem de viver? Não, se eu suspender todos os seus medicamentos vc aceita? Não, vc dorme e come o dia todo, ok, diz que os medicamentos não interferem em nada, não é? Assente com a cabeça, mas a todos os momentos vc está bocejando, sempre quando venho aqui vc está com sono, é do medicamento esta vontade de dormir? Não, gostaria que vc seja sincera comigo, até agora vc tem se mostrado verdadeira, vc confia em mim? Assente com a cabeça, os medicamentos influenciam para que vc sinta esta sonolência dia e noite? Fica em silêncio, vc quer mudar os medicamentos para avaliarmos seu comportamento? Não e altera o tom de voz, calma digo, vc não precisa se exaltar, vc não está vendo que às vezes te incomodo para vermos até que ponto vc controla seu comportamento? Ela sorri, calma digo novamente, o que vc está pensando? Em nada, vc pensa em nossas conversas depois que saio? Não, o que vc pensa? Em nada, vc quer morrer? Assente com a cabeça, por isso vc toma remédios, come e dorme o dia todo? Fica em silêncio, se eu trazer remédio para vc morrer vc toma? Assente com a cabeça e com uma expressão de ironia em sua face, como que quase fosse sorrir, ok, trago o medicamento, vc morre e daí? Fica em silêncio, é muito simples esta sua saída, como vc quer que seja o seu funeral? Ela sorri, vc quer que tenha missa de sétimo dia?” 04/12/01

- Orientada quanto à questão da doença, o que é, o que causa, suas dúvidas, juntamente com auxílio de guias explicativos e livros de psiquiatria. Procurou-se partir do princípio do que a paciente sabia sobre a doença para desta forma construirmos um conhecimento sobre a doença e seus enfrentamentos.

Por exemplo: *“Perguntei a ela se ela consegue diferenciar quando está doente e quando não está doente, disse que não sabe, perguntei se ela tem alguma doença, disse que sim, perguntei que doença é esta, se ela sabe me falar o nome, disse que não sabe.” 13/11/01*

“Como vc sabe que estás doente e como sabes que não estás doente, vc disse para mim que não sabia, não foi, sim diz a paciente, perguntei como vc se vê como mãe e como S. vc disse para mim que não sabia, sim disse a paciente, ok falei, o que te impede de mudar, a doença, o conflito com a família, problemas com o pai do teu filho, algo que vc não consegue se perdoar, o que te impede, a doença? Não sei disse ela (sei que estou induzindo a paciente, mas tenho que confrontá-la), o que vc sabe sobre a doença, desde quando vc está doente, disse que desde os 27 anos hoje tem 55 mais ou menos uns 20 anos não é? Falei, até agora o que vc aprendeu com a doença, fez uma expressão de susto, pois arregalou os olhos, disse a ela que estou aqui para ajudá-la” 20/11/01

“Como é o nome da doença que vc tem, não sei ela fala, pergunto o que ela sentia quando descobriu que estava doente, diz que ouvia vozes, para descontrair, disse a ela que uma vez enquanto conversava com uma paciente na colônia disse que ela escutava vozes e que os medicamentos a ajudam muito nisto, porém ela disse que pelo menos posso escutar e não sou surda, demos uma boa risada nós dois e a paciente fez sinal de negação com a cabeça como que parecendo que a pessoa que me falou estava “louca” por dizer isto, pergunto se o nome da doença é esquizofrenia, pois já havia olhado no prontuário seu diagnóstico, disse que sim, então o que acontece que vc não me diz o nome, fica em silêncio, explico para ela que esta doença pode ser de origem genética, que temos uma predisposição genética que somada a todos os conflitos existentes em nosso redor acabamos por adoecer, faço analogia a diabetes e hipertensão, digo a ela que esta doença significa mente partida.” 20/11/01

“A doença tem como característica fazer como a gente se despreze, mas eu não me desprezo, vc não penteia o cabelo, pelo o que eu estou vendo vc não está escovando os dentes, vc só quer comer e dormir, vc não sai de casa, vc não lava o rosto e isto não é se desprezar? Assente com a cabeça, para fechar, está na hora de vc realmente repensar nisto tudo, não deixe o tempo passar,” 04/12/01

- Tentou-se buscar com a paciente a realização de alguma atividade, desta forma descobriu-se que sua atividade transita no talento de escrever sobre a vida, ofereceu-se uma máquina de escrever, porém não foi utilizada por motivos pessoais, bem

como falha minha em não escrever junto com ela na máquina. Estimulada a ir ao CAPS participar da oficina terapêutica, porém sem êxito. S. escreveu algumas vezes em papel com caneta e lápis, escreveu no papel seus sentimentos por sua família, o que gosta de fazer e o que não gosta.

Por exemplo: *“Peço que pegue a minha caneta, ela pega cautelosamente a caneta, lhe ofereço um papel e pergunto se ela consegue escrever seu nome, com cuidado ela escreve seu nome todo, depois peço que escreva o nome de seu filho, depois de sua mãe, depois de seu pai, depois de seu irmão e depois o meu nome, soletei para ela e ela escreveu. Senti que ela estava descobrindo algum sentido, pois estava descontraída e em alguns momentos até sorria, escrevi algumas palavras e pedi que ao lado ela colocasse o que desejava, coloquei o que ela gosta, pôs saudades, saudades dos tempos que ela viajava, saía de casa, disse que ela ainda poderia fazer isto e que estava ali para lhe ajudar, balançou a cabeça expressando um não. Depois pus o que menos gosta, responde sofrimento; o que a paciente quer para si, responde amor; o que não quer, responde ódio; para o filho, amor; para os pais, felicidade; para o inimigo, perdão. Não quis me aprofundar questionando a paciente sobre os significados que as palavras representam para ela, pois conseguir com que ela escrevesse para aquele momento já era de grande valia e não queria interromper esta atividade. Dando continuidade, escrevi o que gosta de fazer, ficou em silêncio, tive que estimulá-la, perguntei se o que ela estava fazendo, ou seja, escrevendo, se ela gostava, assentiu com a cabeça, desta forma pedi para que ela colocasse no papel, e escreveu... escrever sobre a vida, perguntei e o que mais que ela gosta de fazer, levar meu filho na escola, de comer e assistir televisão. Perguntei sobre o que não gosta de fazer, escreveu trabalhar. Perguntei se algo a impede de fazer o que ela gosta de fazer? Ficou em silêncio,” 18/10/01*

“Perguntei novamente sobre o escrever, falamos da paciente fazer um livro sobre sua vida, mas como ela iria escrever, desta forma, ela disse-me que em SP aprendera a escrever em máquinas manuais de escrever, assim falei que tenho uma máquina de escrever em casa e que amanhã mesmo a traria para ela usar, desta forma ficamos assim, no dia seguinte fiquei de levar a máquina a paciente.” 18/10/01

“Pergunto o que ela gosta de fazer, diz que escrever sobre a vida, vc já usou a máquina de escrever? Não, vc já escreveu alguma vez sobre a vida? Não, vc tem vontade? Vc gostaria de me escrever algo agora? Não, o que vc já fez para escrever sobre a vida? Nada, nada não, te dei a máquina vc não quis, te dei caneta e papel para vc escrever e vc não escreveu, não é?

Assente com a cabeça, até segunda vc poderia escrever para mim sobre como foi sua semana? Gesticula com a cabeça significando não, vc gostaria de escrever sobre a vida de alguma outra forma? Não, se vc quiser vc escreve a caneta e eu transfiro para o computador vc quer? Não, olha vc tem a possibilidade de escrever sobre a vida que é o que vc gostaria de fazer, para isto vc tem papel e caneta que te dei, vc tem a máquina que deixei para vc agora está na hora de vc colocar esta vontade na prática, sua vida depende de vc também e não somente dos outros, o que impede vc de escrever? Fica em silêncio” 04/12/01

- Procurou-se oferecer um suporte de assistência no tocante a avaliarmos a dificuldade visual, viu-se que sua dificuldade maior é ler a curto alcance, porém se negou a ir a qualquer avaliação médica.

Por exemplo: “Pergunto se ela gosta de ler, refere que gosta, lhe mostro um livro, a paciente diz que tem dificuldades para ler, digo que posso encaminhá-la para o serviço de oftalmologia existente na policlínica e que assim ela possa poder ler e ajudar seu filho nas tarefas da escola, mas a paciente se nega, ok digo. Falo que, vc tem dificuldade para ler e para escrever?” 18/10/01

“Peço para que ela leia para mim algumas palavras, mas diz que não consegue, pergunto que horas são, pois em nossa frente tem um relógio em que não é tão fácil visualizar os números, mas ela me fala certinho as horas,” 04/12/01

“Já ofereci a possibilidade de a assistente social nos encaminhar para um oftalmologista lá da policlínica, qual o problema de comprar o óculos é você não ter dinheiro? tem casos em que o próprio serviço consegue de graça o óculos, fica em silêncio, vamos tentar? Não. (Sobre a visão da paciente de longe ela enxerga aparentemente bem, de perto o que me parece quando ela quer ler ela consegue, mas como ela não sente vontade de fazer as coisas coloca o fator da visão como pressuposto para não fazer, porém fica o registro de que a paciente necessita de uma avaliação oftalmológica pois ela pode muito bem estar necessitando de um recurso para melhorar sua qualidade visual e não tenho conhecimentos para tal avaliação). Falei que quando eu parar de vir aqui o CAPS está de portas abertas para ela no caso queira consultar um oftalmologista, você tem o telefone do CAPS e agenda ou vá lá direto que irão te atender” 04/12/01

- Para com o auto-cuidado ofereceu-se uma escova de dentes e a paciente passou a escová-los, penteava os cabelos principalmente quando eu a visitava. Tomava banho diariamente.

Por exemplo: *“Perguntei a ela se ela estava escovando os dentes, disse que não, vc tem escova? Não respondeu, se eu lhe trouxer uma escova vc escova seus dentes? Sim”.* 13/11/01.

- Buscou-se, como forma de adquirir uma fonte financeira a realização de trabalho na oficina terapêutica, porém não tivemos sucesso. Desta forma buscamos orientação junto a assistente social do serviço sobre os direitos da paciente receber pensão ou aposentadoria. Junto com a paciente realizamos o tramite legal para o exercício de sua cidadania, qual seja, buscar verificar as garantias legais que lhe assegurem uma contrapartida do Estado frente a situação do sofrimento mental em que ela se encontra. No serviço social do INSS fomos orientados a preencher um formulário e dar entrada no processo, pois a paciente tem direito de receber um auxílio benefício. No entanto, a inexistência do documento de identidade de s. ou sua certidão de nascimento, impossibilitou o preenchimento do formulário e a conseqüente “entrada dos papéis” para o gozo do benefício. Desta forma, fomos para o Instituto de identificação da delegacia da polícia civil de SC onde foram coletados suas digitais para poder ser realizado uma busca em SP e RJ de seu documento de identidade e certidão de nascimento. Até o momento ainda não recebemos notícias de SP e RJ, em 20/12/01.

Por exemplo: *“Sente vontade de mudar esta situação? Não sei, referiu ela. Vc já fez algo para mudar? Não sei, novamente. Hoje o que vc precisa para ficar bem? Ter dinheiro, o que vc pretende fazer com o dinheiro? Falou que quer comprar roupas, ok falei, vc tem dinheiro, compra roupas e depois? O que pretendes fazer? Não sei respondeu. Vc já fez algo para conseguir dinheiro? Não, perguntei como ela vive em termos financeiros, os pais pagam tudo, ela não é aposentada, não recebe nenhum tipo de auxílio, perguntei a ela se ela já trabalhou alguma vez na vida, disse que trabalhou com carteira assinada em uma loja em SP, trabalhou por três meses, mas a carteira de trabalho ficou lá, mencionei que iria conversar com a assistente social sobre sua situação, falei que se for preciso ela ir no CAPS para se avaliar esta situação se ela iria comigo, disse que sim.”* 13/11/01

- Procurou-se trabalhar com tarefas onde a paciente teve a possibilidade de fazer perguntas ao filho através de bilhetes, tentou-se três vezes, porém sem sucesso. Tentamos fazer o confronto direto, também sem sucesso. Realizado encontro na sala entre mãe, filho e pai, onde o acadêmico foi o mediador fazendo perguntas para o

filho e para a mãe um na frente do outro, estimulando-os a expressar seus sentimentos.

Por exemplo: *“pergunto novamente o que te motiva a mudar, diz meu filho, pergunto ele te reconhece como mãe, diz que não, como vc tem sido como mãe, silêncio, pergunto como vc sabe que seu filho não te reconhece como mãe só porque ele não te chama de mãe? Diz não sei, pergunto como é a relação deles, esta diz que ele fala as coisas para ela, que já arrumou algumas namoradinhas no colégio, ela me fala o nome delas (neste momento a paciente fala com muito entusiasmo, fala abertamente sem pausas) e me fala o que se passa no colégio com o filho, o que mais vc gostaria de fazer pelo seu filho? Fica em silêncio, o que te impede de mudar? Silêncio,” 13/11/01 - “Ficou em silêncio, digo a ela do que ela acha de perguntar a ele de como ele gostaria que ela fosse, o que ela poderia fazer para ser uma mãe melhor para ele? Assim perguntei a ela se ela poderia perguntar isto e ele, ela disse que sim, então falei que esta seria nossa tarefa, ela iria perguntar isto a ele e dá próxima vez ela me falaria como foi”18/10/01*

“Na última vez que estive aqui deixei uma tarefa para vc, recordei com ela a tarefa que era para perguntar ao seu filho no quê que ele gostaria que sua mãe mudasse, ou seja, o quê que a paciente poderia fazer para ser melhor para o filho. Disse-me que não fez e não sabe porque.” 13/11/01

“Perguntei e o seu filho não faz parte de vc estar bem? Disse que gostaria de ser chamada de mãe, desta forma coloquei num papel pequeno duas frases, uma dizendo o que vc acha da sua mãe e outra como vc gostaria que sua mãe fosse, dei o papel para ela para ela perguntar ao filho.” 13/11/01

“S. digo, semana passada falamos de duas tarefas, vc lembra quais eram? Não diz ela, mas um não sem convicção pois não senti firmeza no falar, escrevi no papel bilhete e dinheiro, e dei para ela ler, perguntei o que ouve que não conseguiu perguntar para o filho sobre como ele gostaria que fosse a mãe dele, disse que não sabe, ok digo, a outra tarefa era que eu fiquei de ver sobre o dinheiro com o serviço social, desta forma disse a ela que a assistente social iria nos receber na sexta feira e se ela estava disposta a ir, disse que sim,” 20/11/01

“Olho para ela e digo para que ela não se esqueça de se colocar no lugar das pessoas e que tarefas vamos ter eu e vc, fazer a cartinha para seu filho e sexta venho para irmos ao CAPS (nesta hora esperava ela dizer não, mas me surpreendeu), assentiu com a cabeça,

vamos a pé, negou, o que te impede de ir a pé, fico cansada, vc fica cansada ou tem vergonha de andar comigo? Fico cansada, e se agente andar um pouquinho descansar e assim vai, nega novamente (estava vendo se ela desistia), de que vc quer ir, de táxi, quem pagará eu não tenho dinheiro vc não tem dinheiro, minha mãe ela diz, ok digo” 20/11/01

- Tentou-se mostrar para a paciente que não é culpa de Deus que adoecemos, evidencia-se que se Deus dá a doença ele também oferece caminhos para cuidar e curar a doença.
- Registro aqui o manejo inadequado que tive, pois devia eu dizer que se Deus dá a doença ele também tira, desta forma teria que consultar conforme sua crença, alguém que poderia ao menos “minimizar esta culpa”.

Obs: Após 12 encontros com a paciente, em consonância com a orientadora e supervisora, concluímos que poderíamos realizar o confronto direto com a paciente, destaco manejos inadequados durante a terapia, ora induzindo ora transpondo minhas ideologias.

Por exemplo: *“pergunto o que é a vida? É tudo ela responde, como é este tudo, é tudo ela responde, quem nos dá a vida? Deus ela responde, quem é Deus pergunto, responde que é o criador do mundo e das pessoas, como vc sabe? Fica em silêncio, pergunto a ela se vc se encontrasse com Deus o que vc perguntaria? Porque ele me deu esta doença, sem pensar ou hesitar o que me leva a crer que já havia pensado nisto antes, qual o dom maior de Deus S.? fica em silêncio, para as pessoas viverem o que precisam? Fica em silêncio, a vida digo, Deus nos dá a vida, qual o objetivo da vida? Não sei, nos ensinar pode ser? Pode ela diz, escrevo no papel Deus, vida e humanos, S. Deus nos mostra através da vida seus ensinamentos e os humanos para viverem tem que se ajudar, o que vc sente por Deus? Refere que tem sentimento de ressentimento, pois ele é o culpado pela doença, vc já aprendeu algo com a doença? Não sei responde, Deus também te deu a vida, te deu um filho lindo e inteligente, te deu um lar, vc tem comida, vc não tem culpa de ter ficado doente e muito menos Deus. A sensibilidade humana somada com as circunstâncias que nos rodeiam é o que nos tornam doentes, qual o nome de sua doença, esquizofrenia, como ela é causada, não sei, já falamos isto antes, consegues escrever para mim? Não, existe o fator genético, as perdas por morte, de um emprego, a desarmonia na família, desilusão amorosa, estresse do trabalho, sucessivas crises do dia a dia levam a adoecer, vc sabe dizer qual a sua causa? Não, como sabe que é Deus o culpado pela doença? Se ele dá a doença ele também dá a cura e as formas de tratamento e vc tem as formas de tratamento basta ter vontade de sair desta, o*

que falta para vc sair desta? (neste ponto a orientadora novamente deu-me um “puxão de orelha”, pois se Deus dá a doença ele também tira, neste caso deveria Ter especulado quem e como reverter esta situação) vontade né, ok digo, e vc tem? Nega com a cabeça, do que vc tem vontade? De nada, vc tem vontade de morrer? Assente com a cabeça, o que te impede de viver? O sofrimento, sofrimento deixa de ser sofrimento a partir da hora que encontramos nele um sentido, um significado, será que vc não conseguiu encontrar um significado para tê-lo como uma forma de ajudar seu filho? Fica em silêncio, seja para seu filho o que vc não quis que fosse com vc” 04/12/01

O pai F.:

Principais problemas

- Vida monótona e falta de vontade de viver;
- Dificuldade financeira;
- Conflitos familiares;
- Problemas relacionados em relação à educação do neto;

Metas:

- Buscou-se verificar até que ponto sua filha influencia em sua vida, o que fazia antes de S. adoecer e que possibilidades existem hoje para levar uma vida com mais escolhas. Viu-se que sua filha não é o maior problema em sua vida e que passou a sair um pouco mais de casa e recebeu visitas de amigos;

Por exemplo: “diz que a paciente sempre foi de fazer ao contrário o que os pais pediam, compramos um apartamento novinho para ela, como já falei para vc, sempre foi deste jeito não se ajuda, pergunto se não pode ser um sintoma da doença, diz que antes da doença já era assim, pergunto como era antes da doença a relação do pai e filha, diz que sempre não tivemos muita conversa porque ela sempre maltratou a mãe e como ela maltratava a mãe eu fazia isto, como o senhor avalia esta sua atitude, diz que a filha sempre foi assim, já disse para vc que uma vez ela jogou a mãe no chão e quebrou o fêmur, nunca ajudou a mãe, ficou grávida e conseguiu esconder da gente a gravidez, ela não tinha o direito de fazer isto com a gente, driblou a gente, se ela tivesse conversado com vcs, o que o senhor teria dito? Teríamos conversado com ela mas teríamos aceito, agora esconder da gente”

30/11/01

“Digo que ultimamente tivemos algumas conversas sobre o senhor, onde num primeiro momento o senhor falou que sua vida estava meio monótona e que as vezes não tinha nem vontade de viver, não é? Sim, e num outro momento o senhor me disse que estava com um pouco de dificuldade financeira, não é? sim, e hoje? Continua o mesmo, pergunto o que constava em meu plano, o que o senhor poderia fazer para sua vida ser menos monótona? Ir a casa das cunhadas, ir num shopping, ir num cinema, e o senhor tem feito? Fazer como não tenho tempo, como o senhor preenche seu tempo, fico o dia todo ajudando a minha esposa, lavo louça, vou ao banco, ajudo a limpar a casa, ajudo na comida, mas o lazer como o senhor julga? É bom, para o senhor estar indo no shopping, agora que está chegando natal, o que o impede? O menino não pode ficar sozinho com a mãe, ele não gosta de ficar sozinho com ela, leva ele, s. vai ficar sozinho, leva ela, ela não gosta de sair quando sai não dá um pio, se o senhor sair com o menino e com a sua esposa S. não pode ficar sozinho?, fica em silêncio, vejo que está na hora de S. se sentir mais responsável para com as escolhas, se ela não quer ir, deixe-a sozinho, vc acha, sim, está na hora de vcs terem mais tempo para vcs, vcs merecem, o que o senhor fazia antes de S. adoecer? Ia nos amigos, lia bastante, e hoje? Não tenho muitos amigos, os amigos que pensava que eram meus amigos hoje vejo que não são, porque não tenho isto aqui, simboliza com as mãos o dinheiro, tenho um amigo de infância que vive em SP e falo com ele por telefone às vezes, quanto a ler, quanto a ler nem li o livro que vc me deixou porque não tenho tempo, e se vc organizasse melhor seu tempo, não tem como, vejo que existem possibilidades para o senhor está dando uma passeada para sair um pouco mais de casa mas para isto estas “saídas” tem que ter sentido para o senhor, senão não terá resultados para a vida do senhor, assente com a cabeça. Vejo que sobre as formas de sair um pouco de sua monotonia o senhor tem a possibilidade de construir, agora, francamente sobre” 30/11/01

- Buscou-se obter os reais motivos de sua falta de vontade de viver, bem como junto com F. encontrarmos o sentido para a vida. Reavivamos seus antigos talentos, o que ele já fez, o que gostaria de ainda fazer e buscou-se valorizá-lo como ser humano;
- Concluimos que suas causas financeiras provém da sobrecarga de custos para manter a casa com as dívidas em dia, com relação a água, comida, colégio do neto, água, luz, telefone, plano médico, e que ninguém o ajuda. Estimulado a conversar com o filho sobre tal dificuldade. Tentou-se buscar organização de seu tempo para que desenvolvesse alguma atividade lucrativa, porém a falta de tempo o impediu.

Por exemplo: “sobre a dificuldade financeira como que está esta questão hoje, eu ganho duas aposentadorias, uma da previdência e outra das firmas que trabalhei, o que o senhor recebe está dando para pagar as contas, aí é que está o problema, eu ganho uns mil e duzentos reais, pago, água, luz, telefone, comida, roupas, colégio do neto, livros para ele, remédios, plano de saúde, qual destes fatores que mais pesam para o senhor, é complicado falar, mas pra vc eu falo, a escola do neto, as roupas de uniforme, livros é bastante difícil, e o seu filho, ele contribui em sua casa? Não, ele nunca contribuiu, meu filho é muito inteligente, mas ele não gosta de trabalhar em firma, diz que o patrão sabe menos que ele e ele não gosta de ser mandado, já falei para ele que para começar é assim mesmo, eu mesmo sempre tive muita humildade com os patrões, o que me arrependo é que nunca pedi aumento, no que isto interfere hoje? Poderia ter me aposentado com mais alto valor, o que o seu filho faz hoje? Ele dá aulas particulares de inglês, de francês, ele é muito inteligente, mas se acha muito superior, onde ele coloca o dinheiro que ele ganha? Não sei, já perguntou, já mas ele não diz, diz que está sempre individualizado, meus filhos não sei não viu, ele é muito mulherengo, já teve três mulheres, tem três filhos, um de 36, um de 16 e agora um de 1 mês, falei para ele que não quero me incomodar, existe camisinha e ele ainda consegue fazer isto com a gente, o senhor já falou com ele sobre estas dificuldades e para ele estar ajudando em casa? Já, mas não adianta, vejo da seguinte forma, está na hora de o senhor ter uma conversa de homem pra homem e falar o que deve ser dito, que o senhor precisa de ajuda, vc acha? Mas já tentei, o que o senhor ainda não tentou? (senti pela trêmula voz que ele ainda não tinha feito este confronto com o filho) ficou em silêncio, vejo que o senhor precisa de ajuda e que chega uma hora que temos que buscar ajuda, vejo sim que o senhor deve falar com ele, como o senhor vê, não sei viu, fica aí para o senhor avaliar. O que que o senhor pode fazer para suprir um pouco desta dificuldade? O que o senhor sabe fazer? Sei escrever, sei traduzir de inglês para português, já traduzi livros, o senhor pode estar fazendo isto para ajudar? Não, não tenho tempo, poderíamos colocar cartazes na UFSC oferecendo traduções, mas o senhor teria tempo pata tal? Não, tem espaço em sua casa para o senhor dar aula particular? Não, considero um desperdício um talento igual ao senhor não estando na ativa, gostaria muito de ver o senhor levar conhecimento para aqueles que não tem acesso, como o lar recanto de carinho, mas para o senhor tem que haver um retorno, uma remuneração, não é? Assente com a cabeça, para amenizar a dificuldade financeira não depende somente do senhor, tem que conversar com o seu filho sobre estas questões, vamos ver se conseguimos um benefício para S., até se o senhor conseguir encontrar algum documento de S. em sua casa guarde para

a gente poder fazer a carteira de identidade dela. Tirando isto tudo como o senhor está? Vou levando, assisto a novela, quando posso leio, converso com minha esposa, converso com alguns amigos. Hoje podemos parar por aqui? Pois já tinha passado uma hora e vinte minutos, sim, fico devendo para o senhor o retorno sobre algum amparo em relação a benefício para sua esposa e o senhor poderia tentar conversar com o seu filho, ok? Ficou em silêncio, nos levantamos, deixamos a sala,” 30/11/01

- Procurou-se conversar sobre os problemas familiares, principalmente no que se refere a comunicação, já que a esposa é quem se encarrega de servir, sua mensageira. Desta forma foi estimulado a intervir em sua família diretamente, proporcionando um diálogo compreensivo e direto. Ofereceu-se orientações sobre medicamentos e sobre a doença de S. para que com uma melhor compreensibilidade perante o comportamento de S. visando desta forma uma melhor harmonia em família;

Por exemplo: “sinceramente não gosto muito da minha filha, que sentimento o senhor nutre por sua filha? Nenhum, e se ela morresse hoje? Me despediria, e pelo seu filho, vamos fazer uma comparação, ele apesar de tudo tenho amor, mas ela sempre foi assim, o que o senhor já fez para mudar esta situação? Fica em silêncio, o senhor não poderia conversar mais com ela? Não adianta, será que vcs não precisam de ajuda e que ambos podem se ajudar? Não, não merece, o senhor não merece? Fica em silêncio. Sempre demos tudo do bom o do melhor para ela, ela nunca ouvia nós, agora tem um filho que não a reconhece com mãe” 30/11/01

“começamos a conversa partindo de onde havíamos terminado a anterior, de o senhor falar com seu filho, este disse que não adianta nada, que ele não nos escuta, perguntei o que ele já havia feito para mudar a situação, disse que a mãe já falou, ele já falou agora é a vez do filho reconhecer sozinho, insisti dizendo que está na hora de o senhor ter uma conversa de homem para homem, sentar um na frente do outro assim como estamos e o senhor dizer nos olhos dele o que o senhor tem vontade de dizer, que ele precisa ajudar em casa, o pai de S. abaixa a cabeça, ora assente ora fica em silêncio, desta forma ele fez todo o resgate de como o filho foi e é hoje, das mulheres que ele já teve e tem, do sentimento que ele tem pelo filho onde coloca que não sente nada e diz que gota da esposa e do neto.” 07/12/01

- F. foi estimulado a estabelecer mais limites ao neto, bem como uma conversa direta em que mostrasse sua identidade de avô que supre o papel de pai, procurando mostrar ao neto quem efetivamente paga o colégio, a comida e até mesmo ressaltar-

se a respeito de sua idade. Apesar de não ter realizado a tarefa proposta, F. relata que o está respeitando um pouco mais.

Por exemplo: *“Uma outra dificuldade que ele vem relatando é sobre a educação do neto, este está muito “respondento”, não obedece ninguém e diz que ninguém manda nele, chegamos a conclusão o senhor e eu que está na hora de haver um confronto, de dizer para o neto, sei que é duro para o senhor, mas dizer para ele que os avós estão fazendo o papel de pai e mãe, que ele vai para a escola graças aos avós, que ele se sustenta graças aos avós e está na hora de ele dar para os avós o mínimo que é o respeito, perguntei sobre o que ele já fez com relação a este descontrole sobre as atitudes do neto, disse que não fez nada, que não bate nele porque ele tem pena de bater, que dói o coração dele em bater em alguém. Também me falou que compreende de o neto ser assim, que não tem uma mãe, que não tem um pai, os amigos na escola cobram pela ausência dos pais e isto leva ele a ter uma revolta dentro dele, falei que embora haja esta compreensão o que é muito sábio de sua parte não é motivo para ele fazer tudo o que quer, está na hora de o senhor ter uma conversa com ele, e quem ele respeita pergunto? Respeita o pai quando vai lá em casa, respeita o tio, o tio uma vez ameaçou ele com um faca pelo mau comportamento dele uma vez, aos três anos de idade o R. filho de S. a avó tinha pago um valor alto pelos óculos e o neto foi lá e lixou com uma lixa de unha as lentes, o que fizeram na época, pergunto, nada, só ralhamos com ele. Tivemos uma conversa de uma hora e vinte minutos, falou-me de como era sua vida, de como ela foi mudando.” 07/12/01*

“compreendo que sua vida é difícil, mas o senhor tem que respirar, o senhor já pensou no importante papel que o senhor tem na sua família? Assente com a cabeça, então está na hora de o senhor exercitar o seu papel de chefe de família, chamando cada um ao pé da orelha, não fica guardando o sofrimento para si, compartilha ele. Disse a ele que onde o pai dele estivesse estaria orgulhoso dele, ele disse “será?”, sim eu digo, o senhor é um guerreiro de grande coração, falou alguns elogios para mim e nos levantamos. Disse a ele que era o nosso último encontro, falei que o serviço está aberto para ele a hora que ele quiser, se quiser trazer o neto aqui traga, tem a enfermeira, as psicólogas e estas podem lhe ajudar quando ele quiser.” 07/12/01

O filho R.:

Principais problemas

- Dificuldade em expressar seus sentimentos em relação à família;

- Dificuldade em se relacionar com a mãe;
- Ficar muito tempo em casa;
- Não gosta de ser mandado a fazer o que não gosta;

Metas:

- Realizado confronto direto, ou seja, uma conversa pessoa a pessoa sobre o que sente, sem sucesso. Escrever sobre seu sentimento em relação a mãe, ao avô, ao tio, a avó e ao pai, R. escreve “bom e ruim” para sua família. Após a leitura conjunta foi solicitado que R. explicasse o significado do escrito.

Por exemplo: *“Pergunto para R. se ele respondeu as questões que eu havia dado-lhe na semana passado para responder para mim, ele se levanta do sofá rapidinho, vai no quarto e trás, pede para eu não falar alto, tudo bem digo, o avô fica arrumando algo na mesa para ficar por perto, S. também está por perto, sinceramente era o que eu gostaria, fazer o “encontro” entre eles, ok, o papel está dobrado em quatro partes e suas respostas são muito objetivas e diretas, em relação ao perguntado para ele como é sua vida? Ele respondeu que é ruim, o que a torna ruim pergunto, diz que não tem dinheiro e que não é rico, o que vc faria com o dinheiro,” 10/12/01 –*

“Pergunto se alguém viesse com muito dinheiro será que sua mãe te venderia? Ah! Tantas pessoas vendem filhos, olho para ele fixamente pergunte a ela se ela venderia, pergunte tu ele responde, olho para S. que está ligada na gente, e digo S. vc trocaria o R. por muito dinheiro? Não por nenhum dinheiro no mundo,” 10/12/01 –

“Quem são as pessoas que fazem parte de sua vida? E o que vc sente por elas? Ele responde que são os amigos e que sente amizade, ok, e o povinho daqui de sua casa vc não lembrou deles? Sim, mas achei que não precisava colocar né! Quem são as pessoas que fazem parte de sua vida aqui em sua casa, ele respondeu o nome de cada um, quem são estas pessoas, ele fica em silêncio, mas responde, minha avó, meu avô, minha mãe, meu tio, ok digo, o que vc sente por eles, diz que não sabe, pego um papel e escrevo cada um e peço para ele atribuir um sentimento para cada um dos nomes, ele coloca para o avô bom, para a avó ruim, para a mãe ruim, para o tio bom, para o pai bom” 10/12/01

- Estimular a falar sobre a mãe. R. permaneceu calado não respondendo as perguntas. Solicitado a escrever, apresentou respostas muito objetivas, desta maneira conversado com ele sobre suas respostas escritas, refere-se a sua mãe pelo nome,

dizendo que ele se refira a S. como mãe. R. refere que chama sua mãe pelo apelido, pois todos na casa, desde pequeno, a chamam assim;

Por exemplo: *“Pergunto a ele se ele sabe o que é sentimento, diz que não, quando vc corta a mão o que vc sente, dor ele responde, ok, sentimento de dor, e por vc mesmo o que vc sente, não sei, ok, listo alguns sentimentos como amor, raiva, tristeza, alegria, respeito e peço para ele colocar do lado dos nomes, desta vez ele coloca no lado dos nomes avó raiva, avó alegria, mãe raiva, ele mesmo, amor, tio alegria, pai não sei, ok digo, como esta pessoa aqui pode fazer para mudar este sentimento que vc sente por ela, apontando para o nome mãe, me dando dinheiro ele diz (neste momento começo a desconfiar que S. não queria dinheiro apenas para comprar roupas, mas sim para dar dinheiro ao filho), quanto vc vale pergunto, cinquenta reais por semana, este é teu preço? Sim ele diz, (estas são perguntas lidas na dissertação da orientadora), então quer dizer que se ela te oferecer dinheiro seu sentimento muda por ela, para qual sentimento ele diz, para alegria e o que ela sente por vc? Não sei, pergunto para ela digo, não ele diz, pergunto para S. o que ela sente pelo filho, diz que sente amor, ele fica quieto, vamos para a próxima pergunta, como vc vê a sua mãe e como vc gostaria que ela fosse? Responde que vê-la como uma pessoa qualquer e que gostaria que ela fosse melhor, ok digo, será que ela é uma pessoa qualquer? Querendo ou não ela te fez existir, ela te colocou no mundo, ele fica em silêncio, vc sente algum tipo de amor por ela? Devo sentir ele diz, como que uma pessoa é qualquer para vc? Fica em silêncio, sua mãe é com uma pessoa qualquer? Não ele responde, me descreva a tua mãe, gorda, só isto digo, cabelo nos ombros baixa, e com relação aos outros aspectos, como assim, o ser humano não é somente fisico ele tem espírito, comportamentos, ele se relaciona e ele pensa, ficou em silêncio, com ela poderia ser melhor para vc? Já te respondi diz ele, que se ela fosse rica, então vc quer uma mãe melhor ou um banco? Sorri levemente e fica em silêncio” 10/12/01*

“E com relação a mãe e filho? Diz que é ruim, o que vc pode fazer para melhorar? Nada, ele diz, pergunto sobre o que vc sabe de sua mãe? Que ela rodou na sexta série, vc a considera inteligente? Não, por isso vc não conversa com ela? Fica em silêncio, uma pessoa que roa ela não é tida como mais ou menos inteligente, vc não sabe o motivo que a levou a rodar, vc sabe? Não, mas ela rodou em ciências, matemática S. fala, tá vendo, vc nem sabe que matéria que ela rodou, R. às vezes as pessoas têm motivos que a levam a rodar e mesmo assim elas não deixam de serem menos inteligente, o que se esconde por trás da vida da pessoa a gente não pode julgar, o que vc sabe da infância da sua mãe? Nada, o que vc sabe

da adolescência da sua mãe? Nada, o que vc sabe sobre vida da sua mãe? Nada, e de vc? Quando, que horas, que dia, em que lugar vc nasceu? Não sei, ta vendo quanta coisa vc pode estar conversando com sua mãe? Eu não gosto de falar com ela, tudo bem é um direito seu, mas tem muita coisa que tem que ser conversado. O que acontece na escola vc conversa com quem, com o F., quem é F.? meu avô,” 10/12/01

“O que fazer para melhorar a relação entre o R. e sua mãe? Ele diz que se ela fosse rica, isto vc já me disse, fica em silêncio, R. ela é sua mãe, precisa de vc para se ajudar, ela não tem culpa e nem vc tem culpa de ela ter esta doença, mas ela precisa de vc para levar a vida, ela te ama e vc tem que conversar mais com ela, conversar sobre como ela está o que vc pode fazer para ajudá-la, como foi o teu dia, para juntos se ajudarem, vc tem que resgatar o diálogo e o sentimento, não se esqueça disto, ok? Ele assente com a cabeça,” 10/12/01

- Realizar um passeio ao Shopping Beira-mar. Buscou-se oferecer momentos de lazer e de entretenimento, ou seja sair um pouco de seu senso comum, neste passeio compramos cartões de natal para a família;

Por exemplo: “No shopping fomos direto ao andar de jogos eletrônicos, já que este era o objetivo dele, passamos antes numa sorveteria, peguei um sorvete, perguntei a ele se ele gostaria de um sorvete, disse que não, desta forma sentamos na mesa perto da sala de jogos, ele não parava de olhar para os jogos, desta forma disse a ele se ele quisesse ir lá eu ficaria de longe olhando-o, desta forma não pensou duas vezes, ele foi lá, foi ao caixa pegou algumas fichas para os jogos e fiquei observando de longe, quis deixá-lo um pouco “livre” para ver seu comportamento, geralmente neste lugares há meninos maiores que ameaçam os menores, para, por pressão, conseguirem fichas para brincar nos jogos e por isso troquei de mesa de modo que me possibilitasse observá-lo melhor. Deixei-o durante dez minutos e fui ao seu encontro, R. estava jogando um jogo com bolas de basquete, quando me viu disse “ah vc está aí?” estou, vim saber se vc está brincando com os jogos ou os jogos estão brincando com vc? Sorrii levemente, disse que queria jogar aquele jogo e me apontou, desta forma fui com ele no tal jogo, trata-se de um jogo eletrônico de corrida de carros, após este jogo falei a ele que eu gostaria de dar uma volta ao shopping, disse que está bem, mas só se eu voltar aqui depois, disse que está bem, demos uma volta ao shopping, olhamos várias vitrines, olhamos os filmes que estão em cartaz no cinema e falou que gostaria de comprar um livro do Harry Potter” 14/12/01

“Sentamos novamente na mesa da praça de alimentação e pegamos os três cartões que havíamos comprado, agora vc vai escrever algo para as pessoas que vão receber os cartões, preciso fazer isto? Sim, precisa, qual é a maior dificuldade que vc tem para com as pessoas? Fico com vergonha, vc tem vergonha de mim? Não, como me explica? Não sei, vc escreverá para dar início a minimizar a vergonha, o que vc já fez para diminuir a vergonha, nada, tem algo que vc gostaria de fazer? Não sei, ok, este cartão aqui vai para quem? Para o meu avô, ok, e sua avó? Ela precisa? Sim, escreva para os dois alguma coisa dentro do cartão, desta forma ele escreveu, para meus avós feliz natal e feliz ano novo R., este cartão aqui vai para quem? Para S., quem é S., a vc sabe, quem é S. vc sabe, quem é S. tá bem minha mãe, para quem é o cartão? Pra mãe, ok, então escreva para minha mãe, ele escreveu para mãe e feliz natal do teu filho R., compreendo que tive que exercer uma influência, mas pelo pouco que tenho optei por ser desta forma, para o último cartão ele escreveu para o pai dele, também desejou um feliz natal. Olhei nos olhos dele e perguntei “como é a vida que vc leva?” ruim, e para ser melhor? Teria que ser rico, qual o maior problema que existe em tua vida? Ficou em silêncio, o dinheiro, a vergonha, o relacionamento na família, sua mãe, seu avô, seu pai, qual a tua dificuldade? Tu sabe ele fala, como sei se quem sofre é vc? Em casa eles me irritam, só querem que eu faça o que eles querem, quem? E o que vc gostaria de fazer? Minha avó, meu avô, meu tio, que queria jogar video game, sair pra brincar, e sua mãe? Ela faz diferença em sua vida? Como assim? Ela é importante para vc? Acho que sim, como é a relação de vc com ela? Tu sabe, e o que que eu não sei e que vc ainda não me contou, tenho vergonha de falar, qual a maior dificuldade que existe entre vc e a sua mãe? Tu sabe, não, não sei, ficou em silêncio, sua mãe tem uma doença, como é o nome ele pergunta, digo que é esquizofrenia, e o que que é isto? Digo que é uma doença que atua na mente, que não tem uma causa específica e que impede dela se expressar, a doença proporciona isto, a dificuldade de expressar os sentimentos, as emoções e é aí que vc entra, como assim? O que vc gostaria de dizer a ela, que ela melhorasse! Ok, vc pode ajudar ela a melhorar? Acho que não, o que vc já fez para ela melhorar? Nada, o que vc poderia fazer? Não sei, vc já disse para ela que vc gostaria que ela melhorasse? Não, mas R. diz para mim que eu poderia dizer, digo que não, que agora é sua vez, como vc gostaria que sua mãe fosse? Ah! não sei, o que te impede de falar a ela o que vc sente, tenho vergonha as pessoas podem ouvir, existe algum momento que vc fica sozinho com ela? Acho que não, onde vc dorme, no quarto, com quem vc dorme no quarto, com ela, ela quem? Tu sabe, ela quem? Tá bem minha mãe, excelente, vc não poderia então falar com ela nesta hora? Tenho vergonha, existe alguma outra forma que vc poderia dizer a

ela sem falar? Acho que não, o que vc acha de escrever, não sei, ele pergunta se eu o trarei novamente ao shopping, depende de vc, do quê? De vc respeitar mais seus avós, de vc ser mais amigo de sua mãe, tá bom ele diz, mas digo que não sei, tá na hora de vc ajudar sua mãe, ela poderá te trazer aqui, vc já pediu para o seu avô ou sua avó para te trazer aqui? Já, mas eles estão sempre ocupados, sua mãe não está ocupada, ajude ela R., ela te ama muito só que ela não consegue se expressar, vc tem que estimulá-la, vc gostaria de ajudá-la? Acho que sim, então está na hora de começar, como? ele pergunta. Conversando mais com ela, perguntando como ela está, se vc é importante para ela, que vc gostaria que ela mudasse e como vc gostaria que fosse, estas coisas, ficava me olhando seriamente, o que vc acha? Pergunto. Ficou em silêncio,” 14/12/01

- Conversado com ele sobre sua vida cotidiana e verificado os diferentes papéis de quem faz parte de sua vida. Mostrou-se mais compreensivo de acordo com a família, conforme seu avô por telefone.

Por exemplo: *“mais ou menos uns 4 bilhões e que metade da população passa fome, que não recebem nada para comer, graças ao seu avô vc tem um teto para morar, vc tem comida para comer, pouco ou muito vc tem o necessário para viver, vc estuda numa excelente escola e é ao seu avô que vc deve agradecer e não despreitá-lo, respeite-o ele merece (falo isto em tom baixo olhando em seus olhos, às vezes ele desvia seu olhar, as vezes olha também), R. diz que ele o irrita que só fica pedindo para ler livros e o que vc gostaria de fazer? De jogar vídeo game, ok” 10/12/01*

Com a mãe e o irmão de S. não tivemos contatos terapêuticos, pois o irmão não encontrava-se em casa e a mãe, na nossa avaliação, possuía um suporte situacional uma vez que suas duas irmãs moram próximas à sua casa.

FAMÍLIA TEMPERANÇA

Apresentando a família

A busca constante por parte desta família na moderação das situações difíceis do seu dia a dia, fez com que a ela fosse atribuído a virtude Temperança.

A família é composta de A., o paciente, de L. sua mãe, sendo estes com quem manteve maior contato e com quem apliquei o processo de enfermagem. A família constitui-se ainda do pai do, e mais três irmãos, dois mais velhos e um mais novo.

A família reside num bairro, ao norte da ilha, a vinte minutos do centro de Florianópolis. Na casa própria, habitam o paciente, sua mãe, seu pai e um irmão mais novo. É uma casa composta por uma sala, uma cozinha, quartos e banheiros. No primeiro atendimento, fiquei na cozinha, um local simples, com armários, fogão, máquina de lavar e mesa decorada com flores vermelhas. Nos demais encontros, em sua residência, ora ficava na rua, ora na sala. Na sala há sofás confortáveis, mesa de vidro, estante com vários troféus obtidos em campeonatos de curiós. As paredes são pintadas de branco e o assoalho, de piso cinza, refletia a cor de muitos dos dias em que os visitei.

O primeiro contato foi realizado no CAPS como vemos a seguir:

14/09/01 - Eu e a orientadora fomos para uma sala onde discutíamos sobre o que concerne a organização do estágio quando a supervisora perguntou se eu tinha interesse de conversar junto com ela com um paciente que havia assistido uma cena de violência num supermercado da capital. Fui com a supervisora, convidá-lo para realizar um consulta de enfermagem, prévia ao grupo terapêutico. De acordo com minha interpretação, o paciente aceitou e caminhamos ao consultório. O paciente estava muito angustiado, pouco falava, parecia muito desconfiado, sufocado com um olhar vazio e vago, com uma nítida melancolia expressa em sua face (um olhar fixo, sem expressão no rosto). A supervisora fez algumas perguntas mas ele parecia estar muito confuso. Sua fala oscilava entre seus empregos anteriores e o quanto gosta de abastecer supermercados. Quando questionado sobre o fato do supermercado, ele chorou, e seu choro o impedia de falar. Ficamos em silêncio por alguns instantes. A supervisora falou sobre a importância de continuarmos vivos nestes acontecimentos, o paciente assentiu com a cabeça. Falou-se do trabalho dele e ele nos relatou que a família exige que ele trabalhe. Quando fala da família percebi e/ou interpretei, que havia ressentimentos, pois falou com uma pitada de raiva e amargura (foram sentimentos por mim julgados e interpretados de acordo com uma alteração no seu tom de voz, já que não confirmei com o paciente estes julgamentos). A supervisora questionou sobre o uso dos medicamentos, e o paciente num momento dizia que tomava e em outro dizia que não tomava. Foi reforçado que ele deveria continuar com o uso dos medicamentos para controle dos sintomas do sofrimento mental. Levantou-se com ele a possibilidade de ele e a família conversarem um pouco mais com a psicóloga, para que compreendessem um pouco mais os momentos que compõem a sua vida. O paciente repetiu o gesto afirmativo com a cabeça. A supervisora perguntou se ele participaria do grupo e ele disse que sim. Perguntado pela

supervisora se eu gostaria de dizer algo, senti vontade de dizer que “sei que estás passando por momentos difíceis, mas estamos aqui, podes contar conosco, algo simples e humano”, mas disse que não, talvez não fosse a hora. Saímos os três do consultório, o paciente ficou sentado com sua mãe esperando o grupo, a supervisora foi organizar os prontuários para o grupo e eu fui com minha orientadora continuar o que estava em andamento.

Os demais contatos foram realizados na própria casa do paciente com ou sem agendamento prévio, no CAPS e através do telefone.

Do 1º contato em domicílio...

Após obter várias informações do tipo “boca em boca” e de diminuir a ansiedade do sentimento “de ficar meio perdido meio a tantas servidões”, finalmente encontro a casa de A. Bato palmas e a mãe de A., em sua companhia, se deslocam em minha direção e me convidam para entrar. Nos assentamos na mesa principal da cozinha e dou continuidade a conversa com minha apresentação. Comentei que sou estudante de enfermagem da UFSC, que estou estagiando no CAPS e sentimos necessidade de oferecer um suporte ao paciente e a família. Em seguida perguntei como estão se sentindo, como está a vida deles e o que aconteceu após da última ida ao CAPS. Depois disto a mãe começou a falar dos dois.

Neste dia o paciente apresentava idéias desconexas e mudando constantemente de um tópico para outro tópico. Concluimos que este sintoma poderia ser do medicamento, ou do sintoma da doença ou sinal da doença exacerbado pelo uso do medicamento (1º semana de uso). Apresentava também dificuldades para dormir e idéias persecutórias, referindo que um vizinho queria matá-lo.

A mãe do paciente aparentava bastante angústia pois, segundo ela, nunca tinha visto o filho nestas condições e os outros filhos não compreendiam o irmão. Falou da história de sua vida e de A., o que já enfrentaram e o quanto é difícil conviver com esta doença.

Trata-se de uma família em que os membros com as quais tive contato, não possuem orientação sobre a doença mental.

Nos demais encontros, orientei o paciente, sobre a doença, os enfrentamentos cotidianos, a recaída, as dificuldade de ingresso na vida laborativa, bem como “conversa de compadre” sobre a vida.

Com mãe de A., a senhora L., tive alguns encontros em sua casa e apliquei o processo duas vezes. Continuei a manter contato com ela, desta vez como visita, quando dos

atendimentos realizados a A. Retornamos ao encontro terapêutico quando de sua presença ao CAPS, acompanhada pela família devido a uma situação de crise momentânea.

Apresentação dos membros

O paciente, A. é um homem de 32 anos, natural de Florianópolis, de mais ou menos 1.85 cm de estatura, com aproximadamente 80 Kg, cabelos curtos, crespos e loiros, olhos verdes. Cursa o nível fundamental. Conforme ele, seu talento é trabalhar em serviço pesado. Tem sofrimento mental desde os dezenove anos com a nomenclatura de Transtorno do humor, faz uso de medicamentos como Haldol, Akineton, Neozine e Carbolitium. Em casa realiza atividades domésticas. É solteiro e refere ter amigos e, às vezes, visitá-los.

A mãe de A. é uma senhora de aparentemente 55 anos, com uma estatura aproximada de 1.65 cm e peso em torno de 80 kg. É do lar, perdeu a mãe ainda pequena, aos oito anos, e teve que cuidar dos outros irmãos. Possui uma amiga com quem faz seus “desabafos” diários, gosta de fazer caminhadas já que possui hipertensão arterial. É católica e constantemente vai a igreja.

E assim é composta a família Temperança, por 6 pessoas co-ligadas consanguineamente, já que dois irmãos de A. são casados. Uma família que me recebeu inicialmente com uma certa resistência, pois falavam que não era preciso eu ir vê-los em sua residência, que estava tudo bem. Em todos os momentos foram educados comigo e depois de um certo tempo se mostraram confiantes na minha proposta de trabalho.

No início, apresentei resistência ao querer acompanhar esta família, pois não queria assistir um paciente já com um transtorno mental desenvolvido, mas com a persuasão da orientadora e supervisora optei por acompanhá-la. A resistência inicial que a família manifestou foi vencida com o exercício diário da paciência, em que ligações telefônicas e visitas inesperadas mostraram-se instrumentos capazes de conquista de um espaço no seu íntimo. Hoje a considero simplesmente especial. O paciente apresenta uma evolução grandiosíssima desde seu quadro mental refletido no primeiro encontro até os últimos dias de acompanhamento.

Presenciei num primeiro momento uma confusão mental expressa em um silêncio e num choro “desabafador”, após medicado seus sintomas da doença exacerbaram-se chegando a apresentar delírios, após duas semanas seus sintomas desapareceram, obtive a notícia de sua demissão do emprego, ficou angustiado, teve dificuldades para dormir e para acreditar em

si, realiza atividades domésticas e começa a trabalhar com o pai, começa a ir a escola novamente, começa a sair de casa e visitar alguns amigos, passa a compreender o valor desta recaída para prevenir uma outra, aprende mais sobre sua doença e a conviver com ela, sente a necessidade de que precisa de um acompanhamento ao CAPS. Hoje trabalha com o pai em construções de obras civis, não apresentou até o momento sintomas da doença, refere procurar um novo emprego, a harmonia na família recomeça e A. muito agradece a todos que o ajudam

Gostaria de manifestar o comportamento que julgo inapropriado por parte da empresa que o demitiu quando este apresentou o atestado após quinze dias. Consultei a família para irmos contestar junto à empresa os direitos do paciente, mas esta não quis, alegando que quando A. estivesse melhor, ele iria lá, novamente, pedir emprego e por isso não quiseram “incomodar” a empresa. Até o fechamento deste relatório A. estava trabalhando com seu pai em construção civil, sem apresentar recaídas.

Paciente A.

Principais problemas

- Relacionado aos sintomas da doença:
- Desarticulação de pensamentos;
- Dificuldades para dormir;
- Idéias persecutórias;
- Dificuldade para memorizar;
- Demissão do emprego;
- Medo da recaída;
- Desconhecimento frente à doença;
- Desemprego;

Metas:

- Com relação às alterações do pensamento, sintomas provindos do sofrimento mental, e exacerbação com o uso da medicação prescrita, a meta foi informar o paciente acerca do significado dos sintomas e sua relação com os farmacoterápicos. Com o passar de duas semanas, o pensamento apresentou-se conexo devido ao tratamento farmacoterapêutico, já as dificuldades para dormir o paciente às vezes ainda têm.

Por exemplo: *“perguntei como ele estava, disse que já estava bem melhor, que estava conseguindo dormir, fazer as coisas em casa, que pretendia recomeçar a trabalhar já na*

outra semana, que aquelas idéias de que o vizinho iria matá-lo já não mais o perturbavam, disse que estas idéias acontecem devido a um sintoma da doença e que na semana que fui visitá-lo ele estava mais agitado porque a medicação leva a esta reação, em uma semana ela altera ainda mais os sintomas e depois passa a controlá-los” 28/09/01

“retomei sobre a doença, perguntei sobre os medicamentos como ele os toma, disse-me que está tomando Neozine de 25 mg a noite um comprimido e meio, Carbolitio ao meio dia e a noite, Haldol meio a noite, Akineton pela manhã, o paciente e a mãe perguntam a mim se posso diminuir a medicação, falo que somente o médico é que pode fazer isto, que tem a competência para tal atitude, falam que segunda feira irão ao serviço para ver se esta agonia, esta sufocação no peito pode ser reduzida com a redução do medicamento, expliquei o que cada um faz no organismo e que o mínimo que pode ser administrado de Haldol ele já está recebendo, e que os outros é isto mesmo, mas iremos avaliar junto com o médico o que podemos fazer, mas até na segunda continuamos desta forma pois a família queria modificar os medicamentos,” 16/11/01

- Com relação às idéias persecutórias, foi utilizado como estratégia, aproximar o cliente do vizinho. A família trouxe o vizinho para conversar com o paciente e mais tarde o paciente reconheceu que era sintoma de sua doença.

Por exemplo: “Perguntei a mãe do paciente sobre o que ele vêm relatando nos últimos tempos, ela toma fôlego e começa dizendo que ele está com muito medo, medo que um vizinho venha matá-lo, relata que já trouxeram o vizinho para conversar com ele, mas ele insiste em dizer que o vizinho vai matá-lo e que para ela é difícil estar convencendo seu filho nesta situação,” 20/09/01

- Estimulamos o paciente a ler e depois tentar explicar para si mesmo o que ele leu, conversou sobre este momento de esquecimento ser sintoma da doença, ser efeito do medicamento ou ser típico de sua vida normal, desta forma fizemos analogia entre o músculo e a memória. Assim como um músculo precisa ser exercitado para adquirir e manter seu tônus, sua resistência, a memória precisa ser estimulada para aumentar sua capacidade de receber, registrar, reter e reproduzir as informações.

Por exemplo: “Relembro a ele que da última vez que nos vimos ele havia falado que o medicamento estava o agonizando e travando sua língua, solicito com está desta vez, o paciente olha para o alto, para baixo e diz que pela manhã está sentindo muita fome, tem dormido bem, fala que está com um pouco de esquecimento, solicito para ele me ajudar a

compreender este esquecimento, diz que as vezes está fazendo algo e esquece do que está fazendo ou as vezes coloca algo num lugar e depois esquece onde colocou, desta forma, o paciente diz que tem dívidas, pois não sabe se isto é um sinal que ele ainda não está totalmente bom da doença, se é do medicamento, pergunto a ele como era antes de ele ficar doente de acordo com esta última recaída, diz que às vezes se esquecia, então digo a ele que isto poderia ser normal de sua vida, mas digo a ele para pedir esclarecimentos para o médico no grupo pois não tenho condições no momento para lhe dizer se é sintoma de sua doença ou do medicamento, pode ser de um ou de outro mas também pode ser normal seu (paciente), pergunto como ele vê? Fica em silêncio pensando e diz que pode ser,” 09/11/01 – “perguntei para ele se ele havia lido com sua mãe o guia que deixei em sua casa, disse que leu apenas um pouquinho, perguntei se ele sabia me dizer o que havia lido, disse que no momento não, reforcei para ele ler com sua mãe para nós falarmos mais sobre o que estava escrito lá depois, perguntei para ele o que ele sabe sobre a doença que tem, falou-me que não sabe, que fica esquecido, que tem vontade de ficar deitado, que tem vontade de ficar sozinho, que as vezes fica agoniado, que tem que tomar medicamentos e que as vezes fica ansioso, pergunto para ele se ele sabe o nome da doença, diz que não, desta forma escrevo no papel o nome da doença, transtorno do humor, explico para ele seus sintomas, as possíveis causas, faço analogia a diabetes mellitus, hipertensão, novamente digo a ele que ele tem que encontrar um jeito para aceitar a doença e tem que encontrar um significado positivo da doença para si, para desta forma ajudar aqueles que também tem esta doença, ajudar outros pacientes, familiares, ficou em silêncio,” 19/11/01

- A perda do emprego foi de profundo impacto para o paciente pois este não se julgava mais capaz de conseguir empregos. Conversamos sobre as alternativas de novas propostas, sobre suas condições reais de estar apto a desenvolver atividades com vínculo empregatício neste momento, sobre o serviço social do CAPS ajudá-lo a procurar emprego e sobre a possibilidade de o acadêmico sair com ele para procurar emprego.

Por exemplo: *“diz que está bem melhor, mas que está um pouco chateado por ter sido despedido, peço para que ele me comente sobre como foi sua ida a firma, fala que foi sozinho, que estava pensando em começar a trabalhar esta semana, chegou lá disseram que não dava para ele continuar pois precisa se tratar e que depois eles, a empresa, o chamarão novamente, nada falou e veio embora para sua casa, como vc se sentiu e como vc está se*

sentindo agora, relata que se sentiu mal porque eles não podiam fazer isto com ele, comentou que para eles é fácil fazer isto porque tem muita gente que está na fila de espera por um emprego, falei que muitas destas pessoas recebem ordens superiores e que ele, o paciente, tem que ver por um outro ângulo, ou seja, tentar compreender porque as pessoas fazem isto, talvez eles querem o seu bem para quando o chamarem, vc estar realmente bem para exercer a profissão?)em correção, a orientadora coloca que é um manejo inadequado, pois teria que perguntar o que o paciente acha desta atitude) compreender que estas pessoas talvez nunca passaram pela situação que ele está passando, por isso não compreendem, por fim disse-lhe que que a vida é feita de compensações, fecha-se uma porta e abre-se outra, há vários lugares onde se procurar emprego, como o SINE, o SENAC que está promovendo uma capacitação profissional para os trabalhadores atuarem no verão;” 04/10/01

“Pergunto então se ele se vê em condições para trabalhar, diz que vai esperar mais um pouco. Digo e ele que existe o serviço social aqui do CAPS se caso ele desejar uma ajuda para procurar emprego, me ofereço também para ir com ele procurar emprego, mas fala que primeiro vai na empresa que saiu na semana que vem, digo que no nosso próximo encontro na sexta feira próxima voltaremos a falar sobre a procura do emprego, mas ele tem que avaliar se está bem para trabalhar, assente com a cabeça.” 09/11/01

“A. temos que encontrar um jeito para convivemos com ela, vc tem apoio de sua família, daqui do serviço, de mim, dos medicamentos, mas é hora de vc pensar em ficar melhor depois pensar no trabalho, esta pressão de pensar em trabalhar é que está dificultando vc melhorar, o que vc acha? Verdade, ele fala, não exija demais de vc mesmo, tudo tem seu tempo, vamos ter mais paciência, pergunto se aquelas dores no peito, a língua travar ainda o incomoda, diz que as vezes, o paciente diz que tem que ir, digo ok” 19/11/01

- Sobre a recaída conversamos sobre os fatores que podem e os que não podem levá-lo a desenvolver a mesma, conversamos dos aspectos em que o paciente possa detectar quando está entrando em crise e que alternativas recorrer. Conversamos também sobre o aspecto positivo que a recaída trouxe desta vez, positivo no sentido de conseguir prevenir uma nova crise.

Por exemplo: *“Falei da importância de mostrar para paciente para que ele mesmo reconheça quando ele vai ficar doente, eu disse que claro que é difícil de se enfrentar os períodos de recaídas do paciente, mas temos que aprender com elas também, desta forma temos que orientar o seu filho para que ele se ajude e que a senhora se ajude para ajudá-lo.*

Relatei que tenho interesse de acompanhar sua família, senti uma certa resistência pois disse que o filho já estava ficando bom, por fim me disse que iriam no CAPS no dia seguinte e que lá conversaríamos” 27/09/01

“Disse-me que não quer mais ficar doente porque sua mãe e família também sofrem muito, falei para ele da importância de se reconhecer quando ele vai ficar doente, da importância de ele procurar ajuda em si mesmo tendo consciência de que as outras pessoas como a sua mãe, eu, o pessoal do CAPS, sua família, podem ajudá-lo quando achar que está ficando doente e falamos também da importância de ter mais vida, de o paciente dar mais valor a si mesmo, a sua vida, porém, quando falei que gostaria de ir visitá-lo novamente, disse que não era mais preciso porque já estava melhor, concordei com ele, disse que era legal ele passar mais uma semana em casa para ficar bem com relação a esta recaída e que recaídas também servem para aprender, falou que aprendeu que precisa tomar remédios para não ficar doente, falei de ele fazer alguma atividade na oficina terapêutica do serviço, ficou calado” 28/09/01

“Perguntei o que ele aprendeu com a recaída nesta vez, disse-me que tem falar com alguém quando não estiver se sentindo bem, quando ficar muito triste, que tem que tomar os medicamentos diariamente, que tem que procurar ajuda quando achar necessário, que tem que conversar com os amigos, com a família.” 05/10/01

“Pergunto como ele se vê quando está doente, diz que fica sem noção, que quer ficar sozinho, que fica com pensamentos descontrolados e negativos e que se esquece bastante, e não está doente quando sai sozinho, controla mais os pensamentos e que quase não se esquece, digo a ele que o medicamento permite este controle do pensamento, que vc (o paciente) tem noção do que está fazendo, seus pensamentos estão organizados pois vc está dentro da realidade, consegue diferenciar os fatos, os compreende a única coisa que permanece é o esquecimento, mas se isto for mínimo pode ser normal seu, depende como vc avalia este grau de esquecimento” 09/11/01

- Sobre a doença partimos do princípio do que o paciente sabia. Expliquei a ele sobre a doença e ofereci-lhe um guia elucidativo. Ao final A. já conseguiu falar do nome da doença, de seus sintomas, de suas possíveis causas e da possibilidade de aceitá-la. Uma vez em que eu ao chegar no CAPS, presenciei A. explicando a um casal sobre os efeitos da medicação.

Por exemplo: *“falou da perda do emprego e solicitei para ele o quê que o mais deixa triste na vida, disse que a doença dele, que ele sofre com isto e acaba fazendo a família sofrer também. Falamos do que ele sabe sobre a doença dele, disse que ninguém fala com ele sobre isto e que não tem muita informação, ok disse, perguntei sobre o que ele tem medo na vida, disse-me que tem medo da recaída, de ficar doente novamente” 05/10/01*

“Sobre a doença o que me dizes? “que quando eu perceber que estou ficando ruim tenho que procurar ajuda, que tenho que aprender a conviver com ela, mas tem aparecido alguns pensamentos ruins em minha cabeça”, como são estes pensamentos? Perguntei, “de que não irei mais conseguir emprego, de que não vão me aceitar pelo fato de eu ter recaída”, a vida é feita de compensações, ou seja, fecha-se uma porta e abre-se outra, neste momento é momento de vc aprender com tudo o que está acontecendo para que vc se conheça melhor e que com isto vc possa poder melhor desenvolver suas atividades dentro de um trabalho, primeiro compreender melhor o que acontece com vc para depois vc poder contribuir para com os outros. Conheci vc, vc estava com dificuldades para fazer as coisas sozinho, hoje vc já anda por aí sozinho, perceba o quanto vc já evoluiu, volto a dizer, primeiro se ajudar para depois ajudar os outros. O que te incomoda neste momento? “minha língua está travando e sinto sonolência durante o dia”, vc poderia repetir no grupo o que está sentindo para que o médico possa avaliar e talvez modificar sua medicação? “sim, mas vc pode dizer alguma coisa se eu me esquecer?” sim, posso.” 19/10/01

“Ao chegar no serviço encontro o paciente A falando de medicamento para um casal sentados no banco dentro do serviço, estava dizendo que os sintomas que ela estava sentindo como boca seca, sonolência é próprio do medicamento, mas depois de algum tempo eles já melhoram, e que o akineton ajudaria a aliviar, me aproximo ainda mais, pois estava observando de longe, e pergunto como eles estão” 23/11/01

“Pergunto para ela como está o comportamento de A., diz que ele está bem melhor, está trabalhando com o pai, não tem mais aquela reclamação para se levantar, está indo para a aula, pergunto para ele como está a aula, diz que está bem, que hoje vai apresentar um trabalho, pergunto quando termina a aula, diz que diz 13 de dezembro, pergunto a ele como está os sentimentos dele em relação a doença, diz que está aceitando mais, pergunto a ele como é o nome da doença, diz que esqueceu, mas depois fala que é transtorno do humor, pergunto a ele o que pode causar? Diz que várias coisas, por exemplo eu digo, agora eu não sei, digo para ele e para a mãe dele que pode ser hereditário através da genética, do estresse

do trabalho, de perdas por morte de alguém que seja importante para nós, de conflitos na família, mas se existe a doença também existe formas de tratá-la, vc tem os medicamentos, a mãe dele diz “tá vendo A. vc não pode deixar de tomar os remédios”, vc tem o serviço o CAPS que lá tem médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, é um órgão público mantido pelo governo e que temos direito e que ele deve ser procurado sempre quando vc precisar, vc tem o apoio de sua mãe que querendo ou não ela está sempre do seu lado, a mãe diz “sempre quando ele fica ruim é com o irmão que ele conversa, ele nunca conversa comigo” é mesmo A.? fica em silêncio, “não é A., vc sempre fala para o teu irmão e eu que estou contigo vc nunca fala”, A., está na hora de vc mudar isto, de conversar mais com a sua mãe e de ela conversar mais com vc, vcs tem que se unir para vencer estas dificuldades, não achas? Assente com a cabeça, compreendo que a doença tem períodos de tristeza, mas nestes períodos vcs tem que estarem sempre juntos, desta vez vcs já aprenderam a pelo menos prevenir quando vc ver que vai ficar doente e assim diga para sua mãe que ela agora já saberá como lhe ajudar, ele assente com a cabeça, ele pergunta para mim se a doença tem cura? Vc acredita que ela possa ter cura, pergunto? Fica em silêncio, creio que existem coisas que não são impossíveis, depende de cada um, se vc acha que tem cura ela pode ter cura, até agora o que se ouve falar é que não tem, mas cada um é cada um, vejo que vc tem que se cuidar, ter uma atividade em casa ou fora dela, ir para a aula, quando não estiver bem procurar ajuda, com relação ao emprego, como vc se vê para retomar o trabalho fora de casa? Diz que está bem, digo a ela que ele pode conversar com a assistente social do CAPS que ela pode lhe ajudar, digo o nome da assistente e que ela está lá para isto, ele assente com a cabeça” 05/12/01

- Sobre a possibilidade de um novo emprego, o serviço social do CAPS, foi indicado para o paciente.

Senhora L. (mãe de A.)

Dos problemas apresentados:

- Angústia frente à doença do filho;
- Sofrimento frente a incompreensão dos outros filhos;
- Medo de nova recaída do filho;
- Tristeza frente a perda do emprego do filho;
- Ter se dado alta;

- Dificuldade para dormir, bem com muita irritabilidade aos estímulos externos;
- Dificuldades conjugais;
- Muito tempo de seu dia a dia em casa.

Metas:

- Orientar sobre a doença. Conversado com L. sobre a minimização de sua angústia explicando-lhe sobre a doença de A., bem como a individualidade de cada ser. Ao final do fechamento do relatório por telefone dona L. diz que já está mais conformada e que ama o filho mesmo com este problema.

Por exemplo: *“perguntei como ela estava se sentindo, disse que estava com uma dor no peito muito grande, que tem chorado e que tem falado bastante com uma amiga com que esta tem problemas com o marido alcóolotra, perguntei como posso fazer para ajudá-la, disse-me que se ajudando seu filho estaria ajudando ela pois seu sofrimento tem origem quando o filho não está bem, falou-me que tem ido a missa rezar, tem conversado com o marido sobre o filho e perguntei pelos outros filhos, disse-me que os irmãos quando o paciente está doente se afastam dele porque não sabem o que fazer,” 27/09/01 – “perguntei a senhora se eles conseguem ter a noção de quando ele vai ficar “doente”, ela disse que achava que sim, disse que gostaria que me descrevesse, falou-me que quando o paciente vê algo que o impressiona, ou algo que mexe com sua emoção fortemente como um enterro, ou ajudar alguém e não consegue já que o paciente é muito generoso segundo a mãe, e o mesmo não consegue, começa a ficar triste, tende a se isolar, ele tem a mania de ser reclamão e não reclama mais, pronto, vai ficar doente, perguntei se de esta vez também foi assim e se alguma vez foi diferente, disse-me que sempre é assim, disse eu que, justamente nesta hora que ele mais precisa de ajuda pois é neste momento que podemos intervir para ele não ficar doente, falei a ela que nesta hora era para ela falar com ele de forma a ele expressar o que está sentindo, pois se ele fica triste ele adoce então o que podemos fazer para nesta hora deixá-lo mais alegre, fazer com que a família se aproxime dele nestas horas e também nas outras claro, se a senhora não conseguir que chame alguém para conversar com o paciente ou então encaminhá-lo para o serviço.” 27/09/01 – “no momento em que seu filho tem a recaída, “fica doente”, comento sobre com quem ela conversa sobre seus problemas, refere muitas vezes guardar para si, porque se acostumou assim, acha que é de criação, pois seus pais já eram assim, não havia muito diálogo, mas relata que conversa muito com uma amiga sobre seus assuntos pessoais e isto faz com que ela sint-se aliviada. Comento se existe algum problema*

que ronda sua cabeça e que a incomoda muito, fala do medo que tem do filho ficar doente, pois a família sofre muito, principalmente ela já que alguns filhos não compreendem muito,”

04/10/01

- Estimulada, após orientação sobre A., a conversar com os filhos sobre A. e me coloquei a disposição para poder ajudar. Os filhos e o próprio pai de A. mostraram-se, segundo ela, mais compreensivos na vivência do dia a dia com A.

Por exemplo: *“falamos sobre o motivo de não estarmos tendo sucesso para com a recaída, e a vontade rápida de trabalhar é que está dificultando, avaliamos juntamente que neste momento ele precisa se cuidar, fazer alguma atividade sem pressão de ninguém, a mãe dele caminha ficou acertado de ele caminhar junto com ela, a mãe diz que ele tem vergonha de caminhar junto com ela, ele sorri quando perguntei é mesmo A? perguntei se eles tem passeado, disseram que na semana passada foram visitar uns parentes e que neste fim de semana iriam visitar outros, que seria bom o paciente sair mais de casa, neste momento a mãe diz que em casa o paciente não quer fazer nada e que e quando fala-se em passear ele já fica bom.”***16/11/01**

- Conversado com ela sobre a possibilidade sim de recaída, ressaltando que seu papel é muito importante no tocante a percepção da mudança de comportamento do seu filho. Sugerido que converse mais com A. sobre o seu dia a dia, procurando assim, participar mais da vida do seu filho.

Por exemplo: *“Falei da importância de mostrar para paciente para que ele mesmo reconheça quando ele vai ficar doente, eu disse que claro que é difícil de se enfrentar os períodos de recaídas do paciente, mas temos que aprender com elas também, desta forma temos que orientar o seu filho para que ele se ajude e que a senhora se ajude para ajudá-lo.”*

27/09/01

- Conversado sobre o CAPS dispor de assistência social que poderá ajudá-la a procurar uma nova possibilidade de emprego, bem como sobre outros locais, tais como SINE e anúncios de jornais; e ainda dos curso de treinamento e de capacitação profissional existentes no SENAC.
- Considero um problema dá-se alta, pois com a aplicação do processo de enfermagem dona L. continuava em crise, desta forma o que foi feito foi ter-se afastado em respeito a sua decisão e deixei em aberto para que quando precisasse me procurasse.

Telefonou-me algumas vezes e procurou-me no CAPS uma vez, após esta vez realizado visita domiciliar.

Por exemplo: *“Pergunto a mãe do paciente se ela está precisando de alguma ajuda minha, no que posso ajudá-la, diz que no momento está tudo bem, falo que meu trabalho é visitar as famílias e ajudá-las a enfrentar o período de crise que as famílias passam, falo da importância dela nesta família e que ela tem que se cuidar, comento se ela tem interesse em estarmos conversando sobre construirmos formas para ajudar os outros filhos em relação ao paciente, comenta que não precisa” 04/10/01*

“Fui para a sala administrativa, de repente o técnico administrativo veio me chamar que tinha alguém no balcão chamando por mim, fiquei curioso e fui ver, chegando lá para minha surpresa era a mãe, o pai, a cunhada e o irmão mais velho de A., bom dia falei, perguntei como estavam, e a mãe dele já foi dizendo que não estava dormindo bem que queria ver um médico para receitar algum medicamento para dormir, A. como está, disse que na mesma, mas sou eu que não estou bem, foi quando percebi que era a mãe de A. que não estava bem. O pai ficou em silêncio observando, o irmão também, falei a ela que hoje não tinha médico, mas fui chamar a supervisora para que esta tivesse uma outra alternativa já que tem muito mais experiência do que eu nestas situações, (não que eu não saberia oferecer diretriz, mas por uma questão de respeito para com todo seu comprometimento com a área), a supervisora os cumprimentou, aparentemente a mãe de A. estava muito abatida, com aspecto de quem havia chorado pois seus olhos estavam vermelhos e inchados típica característica de quem chora, desta forma a mãe de A. disse que já não agüenta esta situação há onze anos, que tem chorado por qualquer coisa, se irrita muito fácil com estímulos e que não está conseguindo dormir. A supervisora lhe indicou o ISJ para que consultasse um psiquiatra, a mãe de A. diz que se tratava com uma neurologista do HGCR e disse que talvez iria procurá-la.” 26/11/01

“acho que irei parar de tomar este remédio porque acho que eles pode me causar dependência, ele pode causar dependência? Não, como a senhora tem se sentido com o medicamento, tem horas que ele me deixa bem, mas tem horas que ele não adianta para nada, em que horas ele não adianta, “ah! Sei lá, tens horas que fico muito preocupada e não consigo fazer nada”, vc tem o suporte medicamentoso, mas não depende somente dele para se ajudar. Neste momento pego um guia sobre medicamentos que carrego comigo, um guia que tem perguntas e respostas sobre medicamentos e tem uma pergunta que fala se o paciente

pode se tornar dependente da medicação, e mostro para ela que o medicamento não causa vício e se for necessário suspender a medicação, somente o médico é quem pode avaliar, porém não se pode suspender bruscamente, se for necessário suspender a medicação as doses devem ser diminuídas gradativamente. Como a senhora está? Às vezes estou bem, mas é que me preocupo muito com as coisas e com a senhora mesma a senhora se preocupa? Fica em silêncio, fora as atividades domésticas, as caminhadas e as missas que a senhora vai o que a senhora faz? Fico só em casa, a senhora já participou de algum grupo? Já de mães que faziam roupinhas para bebê, fizemos até para um rapaz que levou para a Bahia, parou porque, porque não tive mais vontade de ir, existe mais algum grupo que a senhora poderia fazer parte? Apostolado da oração, grupo de mães? Sim tem um grupo de idosos que fazem várias atividades, fazem viagens, então o que a impede de participar? Fica em silêncio meio que refletindo, (pensei que ela fosse falar que o marido a impedia ou que as tarefas de casa a impedia, mas ficou em silêncio), pergunto a ela se ela tem saído, diz que foi na missa na Catedral que se confessou e que saiu com a cabeça bem leve se sentindo muito bem, disse que escutou a missa que eu toco e que gostou muito, digo a ela que vejo duas possibilidades para com a medicação, pergunto como ela está se sentindo em relação a medicação, se o medicamento tem a ajudado em algo, diz que sim, mas que às vezes ele não adianta, com esta noite que tomei dois comprimidos e mesmo assim custei para dormir, faz quanto tempo que a senhora está tomando medicamentos? Uma semana, será que ainda não faz pouco tempo para pensar em deixar os remédios de lado?” 05/12/01

“temos a pré disposição genética e com esta sensibilidade associada a fatores estressantes como trabalho, desarmonia familiar como falta de diálogo dentro de casa (procurando sensibilizá-los, pois os três estava prestando atenção em mim), perdas por morte ou outras perdas, com emprego, de um amor, podem levar a transtornos mentais, mas temos a possibilidade de tratar a doença, com os medicamentos, com os profissionais, com os serviços como o CAPS, uma das coisas mais imprescindíveis é a informação para o paciente e para a família, por exemplo o que aconteceu com vcs, a sua esposa ficou mal e precisaram de ajuda, o que acontece é que tem que haver orientação em relação a quando acontecer isto o que fazer, onde procurar ajuda, no caso de vcs forma ao CAPS e lá foram para o ISJ, o que quero dizer é que a orientação pra o paciente e para o familiar muito importante, uma coisa importante (aproveitei a família reunida para falar) é vcs compreenderem a doença de A. e estar tendo mais diálogo e conversa dentro de casa entre os pais, no caso o senhor e sua esposa e com os filhos, a conversa é uma das formas de nos ajudarmos, procurar saber como

está cada um, se podem ser ajudados em algo, é participar da vida em família. Todos ficam de cabeça baixa e pensando, fico em silêncio e pergunto quando o pai de A. vai participar de outro torneio de passarinhos, diz que domingo agora tem um, nesta hora a mãe de A. diz que a vida do marido é o passarinho, o marido diz que só trabalha e que os passarinhos é uma forma de diversão, às vezes joga um dominó com os amigos na associação, a mãe diz que fica preocupada com ele porque ele vai de bicicleta, o pai diz que não é motivo par se preocupar que ele se cuida, a mãe diz que “eu não estou com depressão né?”, digo que não, falo os sintomas da depressão e pergunto se ela se enquadra neles, diz que não, digo que ela está é se preocupando muito com a família o que é um direito dela mas que isto está acabando com ela, ela tem que se preocupar com ela, falo na frente do marido novamente que ela tem que se preocupar mais com ela mesma, existe alguns grupos que ela posa estar participando, como apostolado da oração e o marido diz que existe um grupo de idosos que estão sempre passeando e que ela pode participar, gostei do que ouvi, pois se ela esperava um incentivo do marido, este também ofereceu, disse que ela tem que viver mais, seja participando da vida dos filhos seja participando de grupos fora de casa” 05/12/01

Com relação a estes três últimos problemas, a paciente foi avaliada por um psiquiatra e medicada quanto a dificuldade para dormir com um calmante. Suas dificuldades pessoais foram conversadas em sua casa, ou por telefone e após a avaliação de suas falas, realizou-se uma conversa entre ela e o marido sobre as questões de sua relação. Seu marido a estimulou a participar do grupo de senhoras que existe perto de sua residência. Até agora dona L. tem saído mais de casa, ido a missa, tem realizado suas caminhadas, porém não foi para o grupo ainda porque sua nora está para dar à luz a qualquer momento e L. está cuidando dela, mas depois do nascimento do neto diz que irá participar do grupo de senhoras.

Objetivo 3: Participar da organização de campo para desenvolvimento de estágio da VIIª unidade curricular do curso de graduação em Enfermagem da UFSC através do CAPS.

A metodologia descrita no objetivo não foi seguida por não haver coincidência entre o período acadêmico das VII e VIII fases de enfermagem do curso de graduação da UFSC, fases que correspondem respectivamente a realização dos seus estágios, devido ao período de greve do funcionalismo federal, desta forma, não foi possível participar da supervisão, juntamente com a supervisão da orientadora do estágio curricular da enfermagem psiquiátrica

II, no entanto, apresentamos algumas sugestões fruto das reflexões realizadas durante o período vivenciado no mundo da saúde mental.

Para o cumprimento deste objetivo procurei seguir etapas que, passo a passo, foram consolidadas através da articulação da academia (estudante e cátedra), sofredor mental/família, em seus ambientes de convívio, na residência e no CAPS.

“Degraus da caminhada”: do pensamento em alta á prática da ação.

O primeiro passo, surgiu da necessidade, sentida pelos professores de enfermagem psiquiátrica da UFSC, de repensar o processo ensino aprendizagem, ora desenvolvido e, muitas vezes, conflitante. A ampliação do campo de estágio, de há muito impõem-se como uma atitude a ser tomada, como forma de participação mais ativa e efetiva na reforma psiquiátrica, recentemente reconhecida e “legalizada”. Uso essa expressão por considerar que o ensino, até então realizado, sempre esteve a frente de qualquer proposta de assistência por mim vivenciada. O respeito a individualidade do “paciente” e a garantia de sua liberdade de participação no processo experienciado, fizeram com que a relação entre a academia (Enfermagem da UFSC) e o sofredor mental (internado na instituição de estágio), fosse firmada utilizando-se os princípios dos direitos e deveres concernentes a qualquer relação estabelecida entre dois seres humanos.

Esta necessidade, por mim incorporada, começou a ser lapidada e associada a algumas referências bibliográficas consultadas, da qual destaco Leone (1999) que apresenta um estudo sobre a produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental. A tendência despsiquiatrizante encontrada, revelou uma aproximação de 63% com a vertente Italiana, 18% com a Americana e 11% com a Britânica. Completa o autor que a aproximação com a vertente Italiana se dá com a desconstrução de todo o aparato institucional psiquiátrico, violento, excludente e segregador (em sentido amplo, transcendendo o hospital psiquiátrico, e alcançando o modo de ser da sociedade), e a reconstrução/criação de nova instituição assistencial psiquiátrica, voltada para a medicação de sujeitos livres e autônomos.

Aponta ainda a página 141, valendo-se de Foucault a tendência epistemológica, de perceber que o “importante é saber as práticas e as relações de poder que todo discurso engendra e produz, bem como as possibilidades de contra-discurso emancipadores”.

Reforçada a idéia da reforma não só da assistência, mas também da academia como ser formador, parti para mais uma etapa, consolidação de demanda, para a realização do

estágio, fora dos ambientes tradicionais de ensino, qual seja, as instituições psiquiátricas formais.

Como meu estágio de conclusão de curso, mostrava-se um agente fortalecedor de estágios anteriormente realizados por estudantes de Enfermagem da UFSC no CAPS, demos continuidade ao processo de levantamento de clientela, buscando no primeiro momento. Selecionar a partir dos dados contidos nos prontuários. Foram consultados 236 do total de 4.639 prontuários, que procurassem atender aos critérios pré estabelecidos de constar endereço completo, ter sofrimento mental excetuando-se a drogadição como agente principal e residir em bairros próximos a universidade, uma vez que o estágio deverá desenvolver-se com a família em sua residência.

Faz-se necessário uma ressalva, em função da greve nas instituições federais e conseqüente interrupção temporária do estágio, o levantamento inicial foi realizado por duas bolsistas extensionistas da UFSC.

O resultado final consta no anexo IV. Deste resultado, em comum acordo com os professores da disciplina, foram selecionadas a clientela residente nos bairros do centro de Fpolis, Trindade e Saco dos Limões, totalizando 18 famílias, sendo 6 famílias por cada comunidade.

De posse dos dados, dei início ao passo seguinte, visitar as famílias. Para o contato inicial, fiz uso do telefone, quando sentia dificuldade, ou mesmo desconhecia a localização do endereço constante do prontuário.

Ao telefonar eu me identificava como estudante de enfermagem da UFSC da oitava e última fase do curso. Explicava que se tratava de uma pesquisa, da enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, visando a opinião do paciente e/ou familiar sobre uma nova forma de construir o processo ensino aprendizagem na universidade. Completava dizendo que o curso tem 8 fases e que na 7ª fase os estudantes ingressam na psiquiatria, sendo este estágio desenvolvido no IPQ/SC e que agora estávamos tentando mudar um pouco esta forma, assim, solicitávamos a opinião do sofredor/família, sobre os estudantes estarem participando de um acompanhamento no local de convívio de quem vivencia o problema do sofrimento mental e perguntava se a pessoas poderia me receber. Alguns diziam que “tudo bem” e marcavam comigo o dia e a hora. Outros não queriam me receber mas mesmo assim eu ia e era recebido. Alguns ficavam desconfiados e faziam perguntas do tipo “como posso ter certeza”, desta forma eu oferecia o número do departamento para conversar com minha

orientadora, o número do CAPS para conversar com minha supervisora de campo de estágio e aceitavam.

Com algumas referências em mãos, como os dados colhidos nos prontuários e o instrumento (anexo V) construído para a condução da abordagem junto ao paciente/família, iniciei a árdua tarefa de localização de alguns dos endereços. Contei com o auxílio de um acadêmico da 7ª fase e um da 5ª fase do curso de enfermagem para as visitas realizadas em algumas famílias do Centro e Saco dos Limões respectivamente. No bairro da Trindade, em alguns momentos no contato com as famílias, estive acompanhado pelos dois acadêmicos.

A presença destes dois estudantes justifica-se pelo interesse de ambos em desenvolver projetos de conclusão de curso na área de saúde mental.

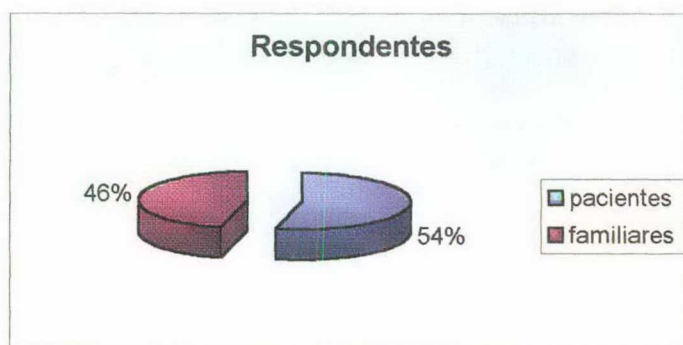
A difícil acessibilidade, proporcionada por encostas de morros, casas nos finais de ruas desconhecidas pelos próprios moradores da localidade, foi transposta, muitas vezes com informação de taxistas e pela presença estimulante dos dois companheiros de jornada.

Como forma de melhor visualizar a população que fez parte deste objetivo, apresento a seguir os resultados do levantamento de dados obtidos junto às famílias selecionadas e visitadas.

Resultados em apresentação

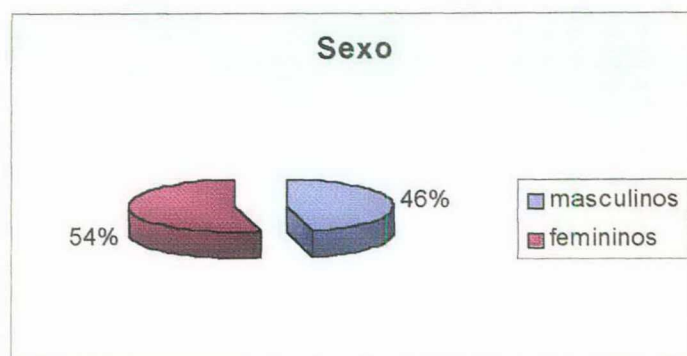
Ressalto que do total de 18 famílias selecionadas, apenas 13 compuseram a população de estudo, uma vez que cinco das famílias restantes, 2 não foram localizadas, 2 haviam mudado de endereço e uma recusou-se a nos receber.

Gráfico 1 – Tipo de pessoas entrevistadas



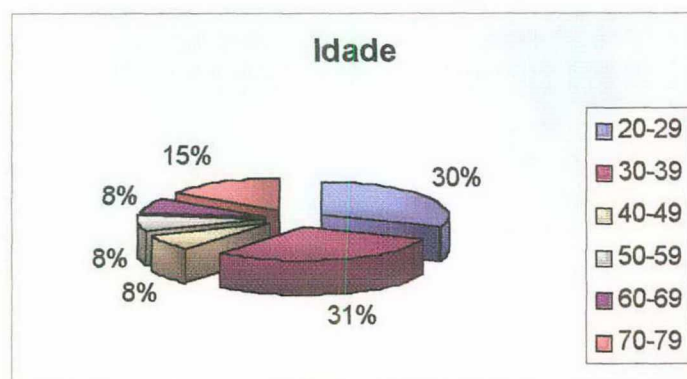
Com o gráfico 1, verifica-se que do total de 13 pessoas respondentes ao questionário, 54% foram respondidos pelo próprio paciente e 46% por seus familiares.

Gráfico 2 – Representação da população de pesquisa quanto ao sexo



O gráfico 2, aponta que da população consultada, 54% representa o sexo feminino e 46% o masculino.

Gráfico 3 – Distribuição da idade



O gráfico 3 aponta que a idade entre 30-39 e 20-29 anos correspondem respectivamente a 31% e 30% do total da população, seguido pela faixa etária 40-49 anos com 8%, 50-59 anos com 8%, 60-69 anos com 8% e 70-79 anos com 15%.

Gráfico 4 – Distribuição dos entrevistados conforme sua profissão



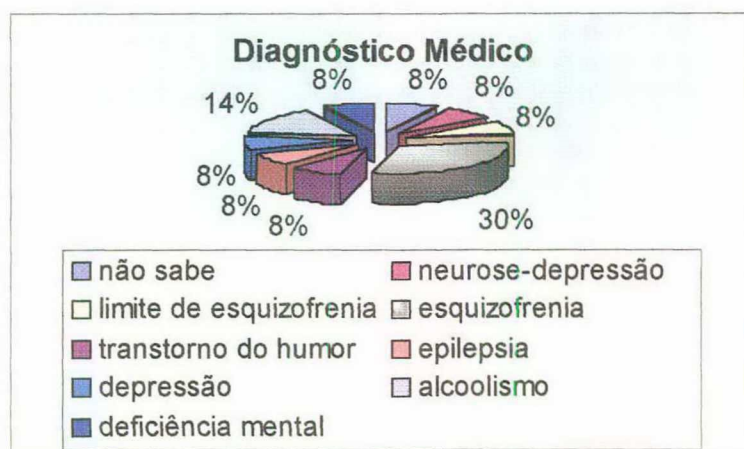
De acordo com o gráfico 4, percebe-se o equilíbrio entre o Sem profissão e o Servente de pedreiro que correspondem cada um a 23% do total entrevistado. A profissão de office boy representou 15% e as demais Do lar, Estudante e Aposentado atingiram um percentual de 8% cada uma.

Tabela 1 – Simboliza a composição familiar dos entrevistados que residem juntos

COMPOSIÇÃO FAMILIAR
mãe, filho, sobrinho e paciente;
marido e paciente, filha, e irmã;
marido e paciente, e mãe;
mãe, filha e paciente;
mãe, 2 irmãos e paciente;
filha e paciente;
mãe, paciente e sobrinho;
pai, mãe, irmã, irmão e paciente;
mãe, 4 irmãos, 4 irmãs e paciente;
pai, mãe, esposa e paciente, 3 irmãs, 2 netas;
paciente;
paciente, mãe e irmã;
irmão e paciente.

No tocante a tabela 1, pode-se compreender que cada família entrevistada apresentava uma constelação familiar distinta das demais, o que impossibilitou qualquer tipo de agrupamento.

Gráfico 5 – Distribuição da freqüência em relação ao diagnóstico médico das pessoas entrevistadas



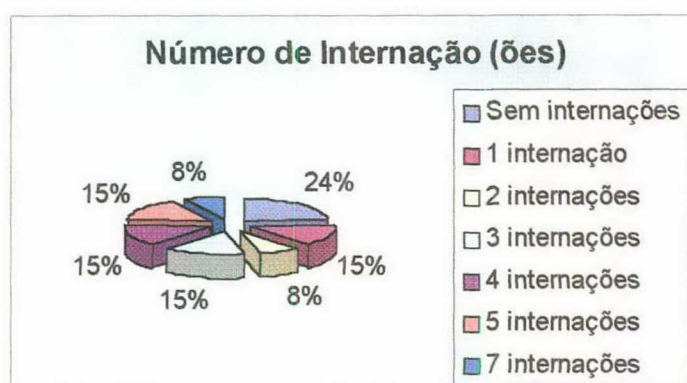
Segundo o gráfico 5, avalia-se que o diagnóstico de Esquizofrenia com 30%, é o mais sobressalente e que o Alcoolismo representa 14% dos diagnósticos, seguido de Não saber com 8%, Neurose-Depressão com 8%, Limite de esquizofrenia igual a 8%, Transtorno do humor 8%, Epilepsia com 8%, Depressão com 8% e Deficiência mental com 8%.

Tabela 2 – Representa o estado atual do sofredor mental, ou seja, como está sentindo, como está seu comportamento no momento.

ESTADO ATUAL DO SOFRADOR MENTAL	
Bem e tomando os medicamentos	6
Diz que tem manias de perseguição	1
Bem, às vezes agitado, isola-se e fica a maior parte do tempo deitado	2
Bem, mas com convulsões onde urina-se toda -	1
Pouca coordenação motora	1
Bebendo, mas está mais calmo	1
Bem, psoríase em grande escala (braço e barriga), fica a maior parte do tempo deitado	1

Consoante a tabela 2, pode-se partilhar que há uma predominância de o paciente estar bem, ou seja, sem apresentar episódios de recaída, de surto psicótico ou de estabilidade em seu comportamento.

Gráfico 6 – Reflete o número de vezes em que o paciente manteve-se internado



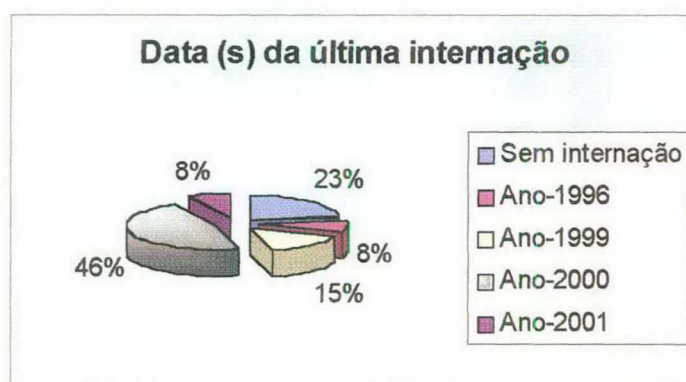
Visto no gráfico 6, conclui-se que como um fator positivo, 24% dos pacientes não tiveram internação psiquiátrica, que 1 internação, 3 internações, 4 internações e 5 internações obtiveram 15% e 2 e 7 internações significam 8%.

Gráfico 7 – Distribuição dos locais em que o paciente esteve internado



De acordo com o gráfico 7, vê-se que há um predomínio do Instituto de Psiquiatria/SC com 54% justificado por ainda ser um hospital de referência em nosso estado. O Instituto São José refere 17% das internações, a clínica Belvedere apontada para dependência química dispõem de 14% das internações. A Santa casa de SP, o Hospital Espírita do RS e o Hospital da Guarnição em Florianópolis mostram-se com 3% cada dos locais das internações e Clínica particulares com 6% das internações.

Gráfico 8 – Data da última internação do paciente



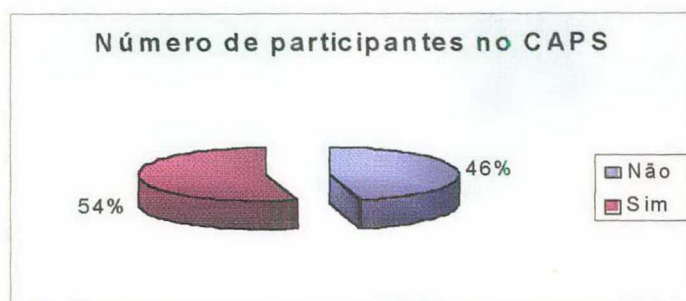
No gráfico 8, pode-se entender como um saldo otimista 23% sem internações, com 46% estão os pacientes que há um ano ou mais não sofreram internações, 15% dos pacientes tiveram sua última internação no ano de 1999, e com 8% estão os pacientes que tiveram suas últimas internações nos anos de 1996 e 2001 respectivamente.

Tabela 3 – Torna transparente as dificuldades gerais e enfrentadas pelo sofredor mental e sua família

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA FAMÍLIA E O SOFREDOR MENTAL	
Falta de alimentação básica para a mãe e auxílio para a doença dos nervos dela	1
Esta sem medicamento e solicita pensão do pai	1
Sem dificuldades	4
Conflitos familiares	3
Não quer trabalhar e fica assistindo televisão o dia todo	2
Não gosta de tomar remédios, salário baixo	1
De conseguir emprego;	1

De acordo com a tabela 3, surpreende nos mostrar que num total de 13 respondentes, 4 pessoas relatam que não enfrentam dificuldades, seguido de 3 pessoas que referem que a maior dificuldade é o conflito familiar.

Gráfico 9 - Número de participantes no CAPS



Conforme o gráfico 9, do total de 13 pessoas entrevistadas, 54% participam do CAPS e 46% não exercem qualquer participação neste ambulatório.

Gráfico 10 –Forma de participação das pessoas que freqüentam o CAPS



Com o gráfico 10, culmina-se a participação de 43% no grupo terapêutico, uma igualdade de 14% entre oficina terapêutica e atendimento pela psicóloga e 29 % da participação através da consulta com o psiquiatra.

Tabela 4 – Motivo de afastamento do CAPS

MOTIVO DO AFASTAMENTO DO CAPS	
Não quer pegar remédio	1
O serviço não podia fazer mais nada por ele	1
Próprio relaxamento	1
Optou por psiquiatra particular	1
Voltou a beber	1
Não gosta de nada do que o serviço oferece	1

Obs – Quando perguntados se estão fazendo alguma outra forma de tratamento 1 paciente está realizando terapia espiritual Kardecista/Umbandista, 1 paciente que faz acompanhamento com psiquiatra particular e os demais sem acompanhamento.

Tabela 5 – Tipos de atividades realizadas pelo sofredor mental

ATIVIDADES REALIZADAS PELO SOFREDOR MENTAL	
Atividades domésticas, cuida das contas, sai para dançar e leva a filha para a praia	1
Atividades domésticas e crochê	1
Estudando para o vestibular e malhando em academia	1
Computação na creche do filho e atividades domésticas	1
Lê livros, sai para fazer compras	1
Trabalha como office boy	1
Atividades domésticas e cuida da mãe	2
Conserta fitas de vídeo e mexe com computador	1
Realiza atividades na APAE	1
Não realiza	3

De acordo com a tabela 5, pode-se concluir que há um predomínio de atividades domésticas.

PARTICIPAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA DISCIPLINA

Quanto a participação na construção da nova proposta de desenvolvimento da disciplina, todos foram uniformes em colaborar, alguns, assim referindo-se ao processo :

“Aceito a participação”, “É importante a ajuda porque nos ajuda e aceita a participação”, “É importante para a família porque ela se sente sozinha, precisa de orientação e aceita a participação”, “Acho uma boa idéia”, “É importante ajudar a quem precisa”.

Avaliando o horizonte

Os resultados obtidos através da pesquisa documental aleatória no prontuário dos clientes usuários do CAPS e complementada com a aplicação de questionário, a cada participante no seu local de moradia, indicam a presença de uma população receptiva a realização do estágio de Enfermagem Psiquiátrica nas três comunidades por nós visitadas.

Vimos que o desenvolvimento do processo ensino aprendizagem, fora dos muros manicomial é tão possível quanto necessário para aqueles que precisam de orientação e para aqueles que almejam construir um processo crítico de conhecimento, tal qual o da vertente Italiana em que o foco de reflexão-ação fica voltado para a existência-sofrimento, que demanda acessoria em seu sentido mais amplo, colocando, desta maneira, a doença abstrata e todo esquema nosológico psiquiátrico entre parênteses.

Sugerimos que o acadêmico de Enfermagem avance nesta caminhada, conhecendo os dois lados da reflexão, a instituição psiquiátrica e o local onde a vida acontece, para que a reabilitação social possa ser uma atividade possibilitadora, real e produtora de sentido de vida e cidadania, isto é, fazendo sentido na existência da pessoa. O trabalho tomado como pura ação terapêutica, desvinculado de significação existencial para a pessoa, revela-se como reprodução instrumental da instituição através da exploração, como também, uma peça de controle e retificação próprias da estrutura institucional. (Leone, 1999).

Acreditamos como Leone (1999), que a produção de um novo discurso científico, formulado a partir do horizonte dos excluídos, tem a possibilidade de romper com este círculo vicioso transformação/reprodução psiquiatrizante, e seja capaz de dar expressão libertária, e *os serviços de saúde, entendidos como espaços complexos e flexíveis de produção de sentido de vida, emergentes de processos dialéticos de desinstitucionalização, e que visem a completa substituição dos hospitais psiquiátricos, seja o cume de nosso ideal.*

Recomendações

O repensar a estruturação metodológica da Enfermagem Psiquiátrica II oferecida na VII fase do curso de graduação de Enfermagem da UFSC transcende, a nosso ver, não apenas a um recorte de uma fase específica. Se estende a toda uma proposta curricular de inclusão da saúde mental em várias etapas do curso de graduação, como forma de manter a premissa básica, do homem, como um ser único, indivisível inserido em um meio sócio-cultural com o qual troca constantemente energia de vida.

Especificamente para a VII fase, que consideramos em um momento de transição, sugerimos que as 90 horas atuais, distribuídas nos 25 dias destinadas a Enfermagem Psiquiátrica II, passasse garantir ao estudante um convívio mínimo de 1 semana em uma instituição nos moldes do IPQ/SC, 2 semanas em serviços substitutivos (CAPS/NAPS) e comunidade (famílias) e 1 semana reservada aos temas teóricos. Como o espaço físico dos serviços substitutivos é insuficiente para atender a demanda estudantil, acreditamos que o rodízio estabelecido entre as atividades desenvolvidas nestes serviços e a ida nas famílias possa suprir essa necessidade.

Objetivo 4: Participação em eventos que favoreçam o processo de ensino aprendizagem na temática psiquiatria e saúde mental

Para se obter êxito neste objetivo, participei de alguns eventos significantes no processo ensino aprendizagem:

“I ENCONTRO INTERNACIONAL DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL – CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO!”, promovido pelo Departamento de ciências da Saúde, executado pelo Curso de Enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Erechim, no período de 17 a 19 de Setembro de 2001.

V SIMPÓSIO DE DOENÇA DE ALZHEIMER, realizada 21 de no dia Setembro na UFSC. Atuação acadêmica na comissão organizadora do evento.

53º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, promovido pela ABEn Nacional e ABEn seção Paraná, realizado em Curitiba na data de 9 a 14 de Outubro de 2001, onde neste evento foram apresentados dois trabalhos científicos: Dificuldades Enfrentadas para a Atuação da Enfermagem num Manicômio Judiciário, e, Construindo Proposta para Implantação do conselho Local de Saúde nos Conselhos Comunitários.

III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, realizada nos dias 8 e 9 de Novembro de 2001 em Florianópolis

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU INICIAIS CONSIDERAÇÕES? CONSIDERAÇÕES CONTÍNUAS

O ser humano construído de razão e emoção, necessita sentir com a cabeça e pensar com o coração se quiser promover mudança aliada a humanização. Em se tratando de saúde mental, penso não somente na nossa relação com os outros, mas principalmente na nossa auto-análise e no equilíbrio emocional, que decorrem de um olhar mais detalhado pela vida. Acredito que olhar a vida é responder as questões que ela nos coloca, é atribuir significado a nossa existência, e a partir dela, ajudar outras pessoas a encontrarem-se com a sua.

Descentralizar o eixo de compreensão individual para o familiar/social, compreender a família como uma unidade que necessita de cuidado, pressupõem um novo olhar sobre as famílias, que enfrentam, não somente, as crises do sofrimento mental, mas também, e, principalmente, suas próprias crises.

Entender que a família não está sozinha com seus problemas, estabelecer com elas uma relação em que suas diferenças sejam compreendidas e aceitas, construir um espaço para que falem abertamente o que pensam e sentem, bem como promover encontro que possibilite a quebra do isolamento existente entre seus membros, são algumas das formas encontradas para o exercício constante deste novo olhar.

Recorremos a Lama (2001), para reforçar nosso pensamento de que a família busca através de suas crises, uma oportunidade de crescimento. Diz o autor a p.167 de sua obra que

naturalmente, o desejo de nos livrarmos do sofrimento é objetivo legítimo de cada ser humano. É corolário do nosso desejo de sermos felizes. Portanto, é perfeitamente apropriado que pesquisemos as causas da nossa infelicidade e façamos o que for possível para aliviar nossos problemas, procurando por soluções em todos os níveis – global, da sociedade, da família e do indivíduo. Porém, enquanto encarmos o sofrimento como um estado antinatural, uma condição anormal que tememos,

evitamos e rejeitamos, nunca erradicaremos as causas do sofrimento para começar a levar uma vida mais feliz.

A falta de total racionalidade da loucura, nos remete a lembrança do quanto somos limitados nas explicações plausíveis e definitivas, principalmente de suas causas. A meu ver isto reforça o exercício do nosso papel de construtores, na busca da auto-organização dos familiares, sofredores psíquicos e serviços ligados diretamente com a luta por uma vida justa, decente e libertária. O rompimento dos limites, impostos por rótulos pré estabelecidos, como acadêmico profissional, técnico e paciente, apresenta-se como uma alternativa básica para que mudanças de atitudes possam ser incorporadas e garantam o respeito a dignidade da pessoa e da família que convivem com o sofrimento mental.

Dentre as ações que antevejo, como promissoras destas mudanças, destaco, a participação efetiva dos PSF's na comunidade, a organização dos conselhos comunitários e dos conselhos locais de saúde e a criação e/ou intensificação de seminários de saúde mental.

Como bem diz Cotovio (1994, p.31),

as pessoas que param de sentir, param de existir. Porque nós podemos viver, mas existir implica nomeadamente a nível da noção de compromisso – a capacidade e o não ter medo de nos comprometermos com as outras pessoas e a responsabilidades que daí advém.

A Reforma Psiquiátrica, que vem passo a passo sendo consolidada, carrega consigo a meu ver, alguns compromissos que ainda muito tenuamente vem sendo assumido por parte de todos os que dela e por ela, se responsabilizam, basta ver, sentir e conviver com uma parte direta e integrante deste processo, qual seja a família. O ver, sentir e conviver com este familiar, tem mostrado o grau de carência, de conhecimento técnico, humano e de condições materiais, financeiras e sociais em que elas se encontram. Repensar que as famílias estão recebendo e convivendo com o sofredor mental nestas circunstâncias, é uma meta que se apresenta com a máxima urgência a reforma que se consolida.

A proposta de atendimento à família, através do suporte interpessoal de enfermagem, se mostra como uma forma de garantir que a “loucura dos loucos pela vida” seja contagiante para aqueles que tenham como causa primordial: uma vida melhor.

Para refletir:

- Para repensar as ações direcionadas a família do sofredor mental, é prioritário, aniquilarmos com o estigma que a sociedade nos impõe, fazendo da esperança e

atitudes, um instrumento de resgate das possibilidades, destas famílias, serem vistas como seres humanos.

- A humanização como modalidade de uma ação para se propor uma melhor qualidade de vida, é construída quando o objetivo é buscar uma qualidade de se viver com melhores condições em seu meio e muitas vezes nós temos que nos colocar no lugar do outro.
- O trabalho desenvolvido pelo sofredor mental, seja onde for, deve consistir numa atividade possibilitadora de sentido de vida e cidadania, isto é, como fazendo sentido na existência da pessoa.
- A equipe de saúde não assume uma postura lícita e não se sensibiliza com a dor e sofrimento da família, no tocante a oferecer-lhe um acompanhamento, pois a preocupação está engessada junto a doença e não a quem é cuidado ou o cuidador. Está no momento em que deve-se romper com este paradigma e começar o processo inverso, ou seja, estender a atenção não somente aqueles que procuram o serviço, e sim ter o compromisso de atender em seus domicílios.
- O cuidado prestado torna-se eficiente quando o profissional de saúde consegue ver os aspectos saudáveis daquele que é cuidado, possibilitando desta maneira, a família e o paciente manifestarem seus talentos.
- A ciência tem a finalidade de conhecer o mundo, a tecnologia a de agir sobre ela, sabemos o valor de ambas; saber constitui poder, está no momento de banirmos o autoritarismo do saber e nos aproximarmos da família/paciente com uma relação humana, já que estas relações são insubstituíveis e visam o ser humano a resgatar quem ele é, um encontro consigo mesmo e reconhecer seu talento.
- Existe, também, a família que por suas razões não aceita cuidar do sofredor mental, e, casos em que o sofredor mental não deseja estar com a família, devemos respeitar esta posição de ambos, porém que este fato não pode se tornar algo que impeça de serem atendidos.

8 RECOMENDAÇÕES

Diante das considerações e reflexões expostas, apresento algumas recomendações que espero possam ser apreciadas, por todos, que como eu, tenham viajado não apenas em busca de novos cenários, mas principalmente com a possibilidade de perceber o mesmo cenário sob a ótica de um novo olhar.

Penso e sinto que acreditar na família, principalmente nos momentos em que ela pouco ou quase nada acredita em si mesma, é o que faz a diferença, no momento da descoberta de suas possibilidades de construção/reconstrução de seu próprio caminho.

Assim, recomendo a **academia**, que:

- Reforce na disciplina enfermagem Psiquiátrica II, a relevância do cuidar da família e não apenas de um dos seus membros, como um dos meios de promover a saúde e evitar ao máximo a doença e suas recaídas. Ao aprender a reconhecer a presença da família no cuidado prestado ao ser portador de sofrimento psíquico, o acadêmico inicia um processo de integração da família como um agente participante ativo na busca da saúde mental, bem como permite a ampliação do cuidado e do conhecimento ao âmbito do local onde a família convive no seu dia a dia.
- Expandas as pesquisas na área da saúde mental comunitária e intensifique a socialização do conhecimento crítico e criativo nela construído e expresso, bem como coloque a universidade, como unidade capacitadora de conhecimento. Percebo que a universidade ainda está muito distante em relação a capacitação de profissionais na área da saúde mental e como alternativa, acredito que parcerias entre municípios e as universidades possam levar à comunidade, esclarecimentos visando a minimização do estigma através da transparência de dúvidas sobre a doença mental e a constante reflexão do significado de uma vida digna e justa.

- Realize estudos, sobre o papel do programa de saúde mental inserido na estratégia do programa de saúde da família, como forma de alternativa de avaliação desta estratégia e possibilitar o seu avanço e desenvolvimento em nosso estado.
- A Enfermagem da UFSC continue a fortalecer acerca dos subsídios necessários que permitam aos estudantes desenvolver ações com a família em seu núcleo familiar, evidenciando a importância, da sua participação no cuidado ao sofredor mental como forma de mantê-lo em domicílio e reinseri-lo à comunidade, bem como ajudar a família a enfrentar as dificuldades que a vida lhe oferece. Ao meu ver a disciplina Enfermagem Psiquiátrica II oferece esta possibilidade, podendo inclusive, vir a ser denominada de Enfermagem em Saúde Mental II.
- Como forma de contribuir no processo de reflexão-ação dos professores da atual disciplina de enfermagem Psiquiátrica da UFSC, recomendo que, busquem apoio dos líderes comunitários, que como ninguém compreendem as condições de vida e as dificuldades de sua base. Como indicação, para somar forças na relação entre a base cátedra e os líderes de bairro, aponto o padre Wilson Groh por toda sua história de empenho na conquista da cidadania e contra a exclusão social, principalmente nos bairros Centro e Trindade. Esta aproximação permitirá que através do levantamento do perfil da comunidade seja revelado as reais alternativas reintegradoras do sofredor mental e sua família nas condições dignas e decentes do viver.

Aos **profissionais que labutam na área da Psiquiatria/Saúde Mental**, recomendo que:

- Intensifiquem a mobilização, juntamente com famílias, usuários e associações, na busca da consolidação dos direitos e deveres, conquistados pela legislação em vigor, através da divulgação, discussão e avanço nas conquistas atingidas, bem como, através das correções e reajustes dos caminhos tortuosos até então percorridos.
- Busquem constantemente a participação efetiva nos órgãos legisladores e executores, nas esferas municipal, estadual e federal através da organização dos conselhos de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal, assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que foram internados.

- Exercitem o compromisso com a informação em que a comunicação entre a equipe e o usuário dos sistemas de saúde vençam as barreiras do enorme distanciamento existente entre a equipe e a família/paciente, garantindo desta forma, um atendimento voltado para a pessoa portadora de um sofrimento e não simplesmente um conjunto de sintomas que acomete a pessoa.
- Estimule a família a ousar e apostar no sofredor mental a ser responsável por si, pois estas atitudes, passam a oferecer as suas relações com os familiares e sofredor, um grau de autenticidade terapêutica.

Ao CAPS, local em que estagiei e concebo como um espaço complexo e flexível de produção de sentido de vida, emergentes dos processos de desinstitucionalização e que visam a completa substituição e superação dos hospitais psiquiátricos, recomendo que:

- Retomem os grupos psicopedagógicos com a finalidade de através de esclarecimento sobre a história da doença e as maneiras de intervir em sua evolução, ajudem aos familiares ou cuidadores a trabalharem o sentimento de culpa intrínseco a estas situações. Com o auxílio de folhetos, comentários sobre livros lidos, exposição simples e direta acerca da doença e suas manifestações, trabalhos em grupo com temática específica, os grupos psicopedagógicos podem cumprir seu papel de prevenir as recaídas, através do reconhecimento de suas manifestações.
- Articulem a formação de grupos multifamiliares, em que, num encontro mensal, as famílias dos portadores de sofrimento mental possam compartilhar suas ansiedades, medos e enfrentamentos; pois acredito que, em muitos momentos, a ajuda que um familiar pode oferecer ao outro é muitas vezes mais preciosa do que aquela oferecida pelo técnico. O terapeuta pode ter embasamento na metodologia de intervenção proposta, no tocante a teoria da Crise e ao processo interpessoal de enfermagem, para que não haja o risco de vítimas e réus.
- O grupo diário, que arrisco aqui denominar “terapêutico medicamentoso”, possa ocorrer, quando da ausência do médico, sob o comando de outro profissional da equipe técnica como forma de aprofundar o conhecimento da equipe sobre os hábitos e costumes da pessoa que lhe solicita ajuda, e também exercitar a difícil tarefa da multidisciplinaridade em que as potencialidades individuais dos profissionais possam ser reveladas e compartilhadas igualmente por todos os membros da equipe.

- Busquem além da informalidade por mim presenciada, discutirem e avaliarem a intervenção realizada junto ao cliente usuário do serviço, pois creio que cada elemento da equipe conhece uma parte significativa do cliente, e que deva este conhecer, ser associado a todas as partes profissionais. Uma das sugestões que apresento é a discussão conjunta sobre a intervenção realizada e a partir daí presumivelmente proposta.
- Estudem a possibilidade de sua articulação com os PSF's para que a intervenção em nível comunitário possa efetivamente contribuir para o sucesso da reforma psiquiátrica. A intervenção terapêutica integrada, em articulação com as unidades básicas de saúde, permitiria uma ação mais concreta, por exemplo, em se tratando de pacientes faltosos. A aproximação das equipes, permitiria que independente do motivo da falta, o atendimento fosse realizado, e os riscos de internamento temporariamente afastado.
- Continuem a permitir o convívio de estudantes no seu ambiente de trabalho, procurando integrá-los cada vez mais na árdua tarefa da desmistificação da loucura.

Ao **acadêmico** responsável pela construção da história vivenciada junto aos familiares usuários do CAPS, recomendo que:

- Encaminhe a todas as pessoas e serviços envolvidas neste processo (funcionários do CAPS e ao coordenador da Disciplina Enfermagem Psiquiátrica II) uma cópia dos resultados obtidos e sabiamente não acabados, com o intuito de ajudar na derrubada/transformação dos possíveis “muros” que ainda persistem em suas/nossas mentes.

9 BIBLIOGRAFIA

9.1 Referências Bibliográficas

AMARAL, Vera. **Artigo sobre Reforma psiquiátrica apresentado a revista psicopatologia**. 1999. www.psicopatologia.hpg.ig.com.br/reforma.htm> Acesso em 8/12/2001

AMARANTE, Paulo (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2º ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

Artigo publicado na revista *comciência* pela Universidade Estadual de Campinas sobre a história dos manicômios. 2000. www.comciencia.br/reportagens/historiamanicomios> Acesso em 08/12/2001

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Graal, Rio de Janeiro. 1985.

BASSIT, William. A família e a doença mental. **Temas**, São Paulo, n.37, p. 56-63, 1989.

BERNARDO, Frei. A família pode ser uma eficaz unidade terapêutica. **Hospitalidade**. Portugal, v.56, n.221, out/dez, 1992.

BORENSTEIN, Miriam S.; RIBAS, Dorotéa L.. CAPS – Florianópolis: **Uma Experiência de Grupo com Clientes Psicóticos durante dez anos, fora dos muros do Manicômio**. R. Bras. Enferm . Brasília. v. 52; n.2; abr./jun. 1999.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1980.

CIPRIANO, Necilda Terezinha. **Cuidando para voltar para casa: as interações da família que vivencia a situação de transtorno mental**. Trabalho de conclusão do curso de especialização em Enfermagem na Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

CORDO, Margarida. Alguns caminhos relativos ao trabalho instituições/famílias. **Hospitalidade**. Portugal, v.56, n. 221, out;dez, 1992.

COTOVIO, Victor. A relação da família com o doente. **Hospitalidade**. Portugal, v.58, n. 229, out/dez, 1994.

CRUZ, Sara R.; PEREIRA, Cristiane R. **Criando uma ponte entre a família e o cliente usuário do programa de psicóticos do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – Através da relação pessoa a pessoa**. Florianópolis, 2001. Trabalho de conclusão de curso da Graduação em Enfermagem – UFSC.

CUTLER, Howard C.; LAMA, DaLai. **A Arte da Felicidade**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon. **A crise como oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda – um desafio para a enfermagem**. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

FENILI, Rosângela Maria (org). **Texto: saúde mental/transtornos – conceitos e história**. Universidade Federal de Santa Catarina 2000.

FRANKL, Viktor. E, **A questão do sentido em psicoterapia**, Editora papiros: SP, 1984

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Perspectiva, São Paulo, 1974.

LEONE, Eder Bráulio. **Psiquiatrização/despsiquiatrização do social: balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental no período de 1990 a 1997**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina. Orientadora: Prof^o Dr^o Luzinete Minela, Co-orientador: Prof^o Ms. Pedro Bertolino. Florianópolis, 1999.

MORENO, Mariano Galve. A família e os círculos malditos da doença mental. **Hospitalidade**. Portugal, v. 56, n. 221, out/dez, 1992.

NICOLAU, Adriana Bisi. A construção da cidadania começa na infância. Artigo apresentado a Rubedo artigos. 2001. www.rubedo.psc.br/artigos/cadainfa.html> Consulta em 08/12/2001

NITSCHKE, Rosane Gonaçvez. **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto com o caminho**. Florianópolis: UFSC, 1999.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

OLIVEIRA, Adriane M. N. de. **Compreendendo o significado de vivenciar a doença mental na família um estudo fenomenológico e hermenêutico**. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina

PENNA, Cláudia M. M. **Família saudável: uma análise conceitual**. In: texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 1, n.2, jul./dez p.89-99. 1992

QUINTÃO, Susana. **Família e doença mental**. Hospitalidade, ano 62, nº 245, out-dez, 1998, Portugal.

REMEN, Rachel N., **Histórias que curam**, Editora Ágoras: SP, 1998.

SCÓZ, Tânia Mara Xavier. **Suporte interpessoal de enfermagem: Uma alternativa metodológica no atendimentos em situações de crise**. Florianópolis, 2001. Dissertação de Mestrado (Pós Graduação em Engenharia de produção). UFSC.

TAYLOR, Cecília M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. Tradução por Dayse Batista. 13º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica**. 2ºed. Colômbia: carvajal, 1979.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente – assistencial**. Florianópolis: ed. UFSC, 1999.

VENTURINI, Ernesto. Palestra: **O sal e as árvores**: o que é fundamental não é só fechar, em vez disto é abrir, em 19/09/01. Congresso Internacional de Reabilitação Psicossocial. Erechin/RS, 2001.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini. **Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental**. Dissertação para mestre em Assistência de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis; Universidade Federal do Paraná: Curitiba, 1998.

Como fontes bibliográficas para elaborar o capítulo dinamicidade do CAPS, foi utilizado o trabalho desenvolvido pela própria equipe técnica do serviço do CAPS – Florianópolis, 1996, intitulado **de Proposta de atuação em funcionamento do centro de Atenção Psico-Social-CAPS**.

9.2 Bibliografia Consultada

COOPER, David. **A morte da família**. São Paulo: Martins fontes, 1980.

LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues. **Convivendo com a esquizofrenia. Um guia para pacientes e familiares**. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.

MIOTO, Regina C. T; **Crises familiares e separação conjugal** – Florianópolis, 1997. Projeto de pesquisa CNPq do departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina

PITTA, Ana F. – organizadora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. HUCITEC, São Paulo, 1996.

RECH, Ana Lúcia dos Santos; **Crescendo com a família através de uma situação de crise** Florianópolis, 1999. Monografia da disciplina de prática assistencial do curso de especialização em saúde da família – UFSC

REMEN, Rachel N, **As bênçãos do meu avô**, Editora Sextante: Rio de Janeiro, 2001.

TREVISAN, Maria Aparecida Zamberlan, ALVES, Zélia Maria Mendes Biasoli. **Interações familiares: teoria, pesquisa e subsídios á intervenção**. Londrina: Ed. Da UEL, 1996.

10 ANEXOS

Anexo I Lei Paulo Delgado



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Anexo II

Esta ficha representa alguns exemplos de encontros em que houve a aplicação do processo interpessoal, já que tive 13 contatos com F. permeado entre sua residência e no CAPS, e diversos telefonemas por ambas as partes.

FICHA NORTEADORA DO PROCESSO

1. Dados de identificação

Nome: José Figueira

Data de nascimento: 07/03/1920

Telefone para contato: 222 4617

Estado civil: Casado

2. Contrato firmado em: 27/09/0

Autorização para uso dos dados em pesquisa: ok

3. Data dos encontros: 27/09/01 – 04/10/01 – 05/10/01

4. Situações Problemas

4.1 Identificação do (s) problema (s) central:

27/09/01 - Projecção: culpa a filha pela vida monótona; falta de vontade de viver

04/10/01 – Problemas financeiros

05/10/01 – Dificuldades financeiras

5. Reconhecimento do estado de crise

27/09/01

5.1 Percepção do evento realística não realística

5.2 Suporte Situacional presente ausente

5.3 Mecanismos de enfrentamentos adequados inadequados

Obs: dificuldade de estabelecer julgamentos dos atos realizados.

04/10/01

5.1 Percepção do evento realística não realística - Reconhece a dificuldade financeira que está atravessando

5.2 Suporte Situacional presente ausente

5.3 Mecanismos de enfrentamentos adequados inadequados - Já passou por isso antes? O que o ajudou? O que fazia?

05/10/01

5.1 Percepção do evento realística não realística - Refere vontade de buscar alternativas para ajudar em sua renda.

5.2 Suporte Situacional presente ausente

5.3 Mecanismos de enfrentamentos adequados inadequados - O que sabe fazer? O que já fez? Existe algo novo que gostaria de fazer?

6. Buscando alternativas (traçando metas)

6.1 Metas da 1º semana - O que gostaria de fazer para que sua vida fosse menos

monótona? O que fazia antes de S. adoecer? Que possibilidades existem hoje? Igreja, amigos, grupos, CAPS?

6.2 Metas da 2º semana - Motivos da dificuldade financeira. Como a presença de S. contribui para esta situação? Como S. vive? Em termos monetários? Consultar o serviço social sobre direitos da paciente.

6.3 Metas da 3º semana - O que sabe fazer? O que já fez? Existe algo novo que gostaria de fazer?

7. Avaliando as mudanças

7.1 Mudanças 1º encontro

7.2 Mudanças 2º encontro

7.3 Mudanças 3º encontro

8. Considerações gerais

27/09/01 - O pessimismo alia-se ao não saber se ajudar, ampliando a margem da falta de vontade de viver.

04/10/01 – Refere disponibilidade para ir ao CAPS verificar medicação da filha.

05/10/01 - Refere dominar língua inglesa

9. Alta – Foi concedida devido ao fator limite do término do estágio.

Nota: Esta ficha foi concebida, construída, reformulada e aprimorada a medida que os atendimentos de enfermagem ocorriam, até chegar a esta proposta de modelo atual de Scóz (2001). Por tratar-se de um modelo a ser inserido em família, este poderá sofrer alguma modificação conforme necessidade.

Anexo III - Triagem



NOME		DATA NASCIMENTO
ENDEREÇO	BAIRRO	
CIDADE	ESTADO	

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

QUEIXA PRINCIPAL

ENCAMINHADO POR

BREVE HISTÓRICO DA DOENÇA

INÍCIO
TRATAMENTOS ANTERIORES
NÚMERO DE INTERNAÇÕES
USO DE MEDICAÇÃO
DISPONIBILIDADE PARA TRATAMENTO NO CAPS
CARACTERÍSTICAS DA CRISE

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Anexo IV - Prontuário

LEVANTAMENTO PRONTUÁRIOS NO CENTRO DE APOIO PSICO SOCIAL

- Consiste no levantamento de dados nos prontuários de usuários do Centro de Apoio Psico Social, sendo considerado a cidade, o bairro e a rua em que o usuário do serviço reside.

→ **Total de prontuários: 236**

(Florianópolis, Palhoça, Biguaçu e São José)

→ **Florianópolis: total - 104**

- Coqueiros e Abraão: 12
- Estreito: 13
- Centro: 09
- Monte Cristo: 07
- Capoeiras: 06
- Trindade: 06
- Saco dos Limões: 06
- Tapera: 05
- Costeira: 04
- Canasvieiras: 03
- Rio Vermelho: 03
- Vargem do Bom Jesus: 03
- Campeche: 02
- Ingleses: 02
- Bairro de Fátima: 02
- Jardim Atlântico: 02
- Ribeirão: 02
- Lagoa: 02
- Vila São João: 02
- Carianos: 02
- Agronômica: 01
- Vila Aparecida: 01
- Rio Tavares: 01
- Saco Grande: 01
- Barra da Lagoa: 01
- Ponta das Canas: 01
- Morro da Pedras: 01

→ **Palhoça:** total - 31

- Aririú: 05
- Ponte Imaruim: 04
- Enseada do Brito: 03
- Jardim Aquários: 04
- São Sebastião: 02
- Rio Grande: 02
- Potecas: 01
- Pinheiro: 01
- Pacheco: 01
- Belmar: 01
- Formiga: 01
- Brejaru: 01
- Guarda do Imbaú: 01
- Centro: 01
- Jardim Eldorado: 01
- Caminho Novo: 01
- Loteamento Frei Damião: 01

→ **Biguaçu:** total - 26

- São Miguel: 03
- Loteamento Saveiro: 03
- Serraria: 02
- Vendaval: 02
- Rio Caveiras: 02
- Janaina: 02
- Morro da Bina: 01
- Areias: 01
- Jardim Carandari: 01
- Padro: 01
- Tibagi: 01
- Jardim Anápolis: 01
- Loteamento Sueli: 01
- Boa Vista: 01
- Saudade: 01
- Três Riachos: 01
- Morro da Boa Vista: 01
- Loteamento São Jorge: 01

→ São José: total - 75

- Barreiros: 23
- Forquilha: 14
- Ipiranga: 07
- Bela Vista: 06
- Zanelato: 04
- Campinas: 03
- Roçado: 03
- Fazenda Santo Antônio: 03
- Serraria: 02
- procasa: 02
- Areas: 02
- Fazenda Alto Antônio: 01
- Vila Santo Saraiva: 01
- Catarina: 01
- Morro do Avaí: 01
- Jardim Pinheiros: 01

Anexo V - Instrumento de pesquisa

INSTRUMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS PARA SUBSIDIAR A ESTRUTURAÇÃO DE CAMPO DE ESTÁGIO EM SAÚDE MENTAL DA VII UNIDADE CURRICULAR DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA UFSC JUNTO ÀS FAMÍLIAS

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome

Endereço:

Telefone:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Como é composta a família:

2 – TRANSTORNO

Diagnóstico médico:

Como está a pessoa que tem o sofrimento mental:

3 – INTERNAÇÃO

Número de internação (s):

Local (s):

Data (s):

4 – DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA FAMÍLIA E O SOFREDOR MENTAL:

5 – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Tem participado do CAPS?

De que forma?

Motivo do afastamento.

6 – ATIVIDADES

O sofredor mental tem realizado alguma atividade?

Que atividades são estas?

7 – CONTRATO PRÉVIO DE INTERESSE

Os estudantes de Enfermagem da UFSC juntamente com os professores da disciplina Enfermagem Psiquiátrica II, tem interesse de estar realizando um acompanhamento com o paciente e com a família que vivenciam o sofrimento mental, com o objetivo de exercer o processo ensino aprendizagem entre as pessoas que convivem com o transtorno mental e com o conhecimento adquirido na academia.

Desta forma, gostaríamos de solicitar sua opinião sobre o que você acha de estar participando desta atividade para a construção de conhecimento mútuo.

Anexo VI Certificados

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
- CAMPUS DE ERECHIM -

CERTIFICADO

Certificamos que JEFERSON RODRIGUES

participou do "**I ENCONTRO INTERNACIONAL DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO!**"; promovido pelo Departamento de Ciências da Saúde, executado pelo Curso de Enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Erechim, no período de 17 a 19 de setembro de 2001, num total de 36 horas, na qualidade de PARTICIPANTE.

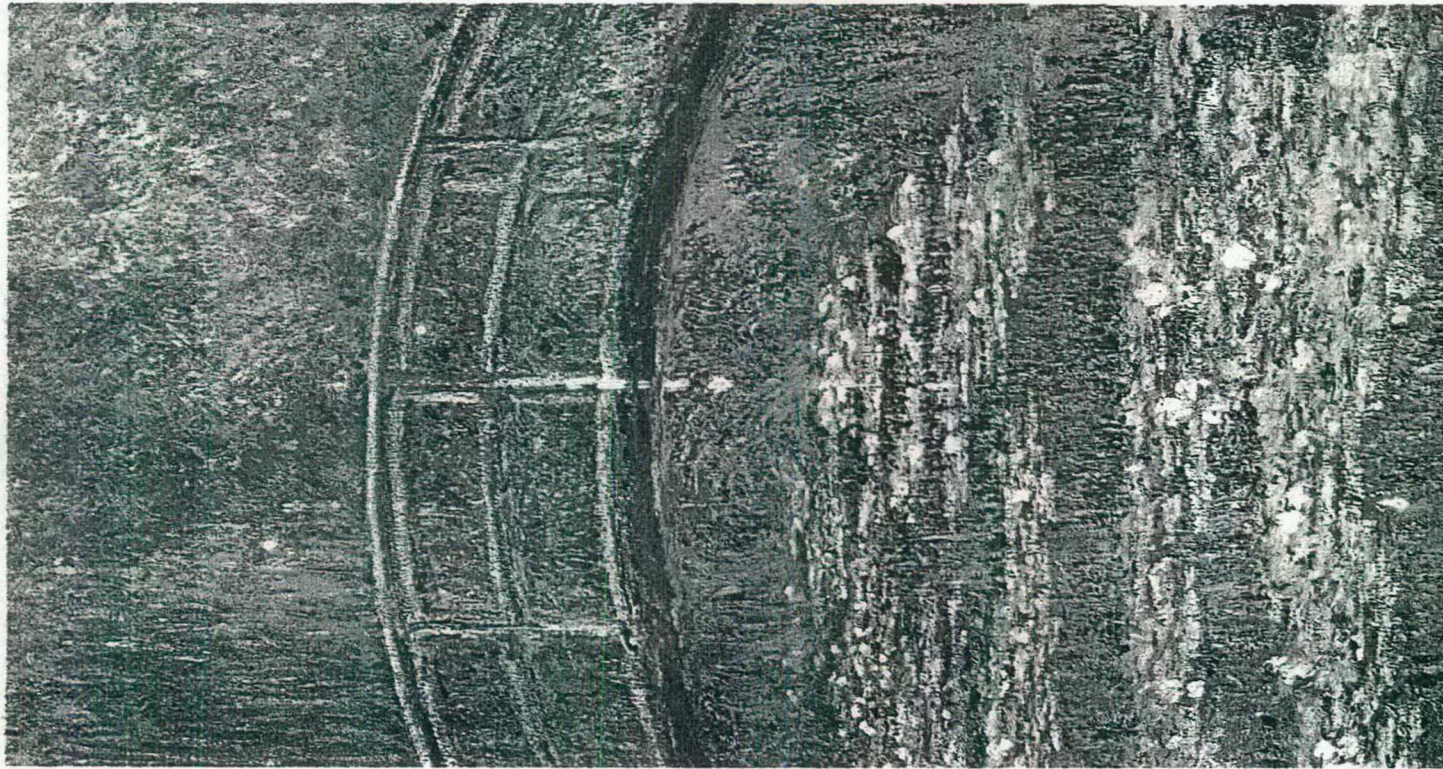
Erechim/RS, 19 de setembro de 2001.



Prof. Alice Hirdes



Prof. Julio Cezar Brondani



UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES

- CAMPUS DE ERECHIM -

PROGRAMA

17 de setembro de 2001

Abertura Solene
Mesa-Redonda: "Políticas de Saúde Mental no Brasil" / Palestrantes: Miriam Dias, Marcos Rolim e Pedro Gabriel Delgado / Mediadora: Profª. Alice Hirdes
Apresentação do Coral Cidadania - São Lourenço do Sul
Mesa-Redonda: "Relatos de Experiências em Curso no Estado do RS" / Palestrantes: Régis Cruz, Maria Vergínia A. da Rosa e Eduardo Brod Méndez / Mediador: Prof. Marcos Moretto
Mesa-Redonda: "Relatos de Experiências em Curso no Estado do RS" / Palestrantes: Luis Roberto Rocha, Delvo Oliveira e Sandra Fagundes / Mediadora: Profª. Kênia Freitas
Apresentação de Trabalhos Científicos - Sessão de Pôsteres
Visitação à Exposição "Arte e Viver"

Reunião com Gestores Municipais de Saúde

Coordenação: Willians Valentini Participantes: Pedro Gabriel Delgado, Miriam Dias, Francisco Isaias, Sandra Fagundes, Pedro Signor e Gilmar Sossela

18 de setembro de 2001

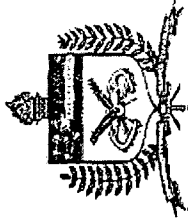
Palestra: "A Residencialidade dos Usuários do Departamento de Saúde Mental: Um Investimento Ético" / Palestrante: Ivana Bianco
Palestra: "Os Jardins de Bonsais e os Desafios da Reabilitação Psicossocial" / Palestrante: Willians Valentini
Palestra: "Cultura, Educação e Desenvolvimento" / Palestrante: Tião Rocha
Mesa-Redonda: "Relato de Experiências do Estado do RS" / Palestrante: Lino Zanatta e Bernardete Maria Dalmolin / Mediadora: Profª. Luciana de Biasi
Mesa-Redonda: "Relato de Experiências do Estado do RS" / Palestrantes: Paulo Kohman e Ana Diehl / Mediadora: Profª. Terezinha Bordin
Apresentação do Grupo de Teatro Sorridente - Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

Apresentação de Trabalhos Científicos - Sessão de Pôsteres

Visitação à Exposição "Arte de Viver"

9 de setembro de 2001

Palestra: "Unidades/Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais" / Palestrante: Paulo Dalgalarondo
Palestra: "Reforma Psiquiátrica Italiana" / Palestrante: Ernesto Venturini
Mesa-Redonda: "PSF e Saúde Mental: Experiência de Curitiba e Recife" / Participantes: Gustavo Couto e Mariângela Simão / Mediador: Prof. Irany Denti



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DO CURSO

CERTIFICADO

Certificamos que, JEFERSON RODRIGUES participou da Comissão Organizadora do V Simpósio sobre a Doença de Alzheimer, promovido pelo Projeto de Extensão: Grupo de Ajuda Mútua de Familiares de Idosos com Doença de Alzheimer ou Doenças Similares do Departamento de Enfermagem - UFSC, realizado no dia 21 de setembro de 2001.

Florianópolis, 21 de setembro de 2001.

Profª Drª Vera Radünz
Presidente do Colegiado do
Prof. Responsável Curso de Graduação em Enfermagem

Profª Drª Alacoque L. Erdtmann
Chefe do Departamento de Enfermagem

Profª Dra. Angela Maria Alvarez
Coord. do V Simpósio sobre a Doença de Alzheimer



53º CBEN
Congresso Brasileiro de Enfermagem

9 a 14 de outubro de 2001
Curitiba - Paraná

C E R T I F I C A D O

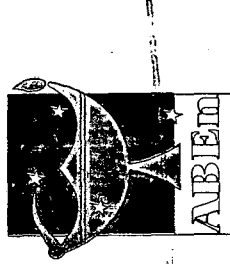
Certificamos que **JEFERSON RODRIGUES**

participou do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem, na

qualidade de **Congressista**

Curitiba, outubro de 2001

Promoção e Realização:



Eucléa Gomes Vale

Eucléa Gomes Vale
Presidente do 53º CBEN

Alcyr de Oliveira

Alcyr de Oliveira
Presidente da Comissão Executiva



53º CBEn
Congresso Brasileiro de Enfermagem

9 a 14 de outubro de 2001
Curitiba - Paraná

C E R T I F I C A D O

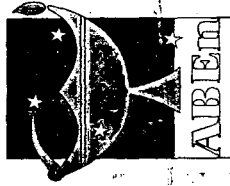
Certificamos que **Jeferson Rodrigues**

participou do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem, na

qualidade de **AUTOR(A) – Construindo Proposta para
Implantação do Conselho Local de Saúde nos Conselhos
Comunitários**

Curitiba, outubro de 2001

Promoção e Realização:



Eucléa Gomes Vale

Eucléa Gomes Vale
Presidente do 53º CBEn

Alaerte Leandro Martins

Alaerte Leandro Martins
Presidente da Comissão Executiva



53º CBEn
Congresso Brasileiro de Enfermagem

9 a 14 de outubro de 2001
Curitiba - Paraná

C E R T I F I C A D O

Certificamos que **Jeferson Rodrigues**

participou do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem, na

qualidade de **AUTOR(A) – Dificuldades enfrentadas para a
atuação da enfermagem num manicômio judiciário**

Promoção e Realização:



Eucléa Gomes Vale

Eucléa Gomes Vale
Presidente do 53º CBEn

Alaerte Leandro Martins

Alaerte Leandro Martins
Presidente da Comissão Executiva

Curitiba, outubro de 2001

Certificada

III

Conferência Estadual de Saúde Mental

Cuidar Sim,

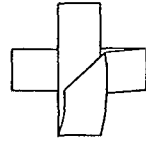
Certificamos que o (a) Senhor (a)

.....*Leerson Rodrigues*..... participou da

III Conferência Estadual de Saúde Mental, realizada dias 8 e 9 de novembro de 2001, em Florianópolis, na qualidade de **OBSERVADOR**.....

João José Cândido da Silva
PRESIDENTE

Márcia S. Roeder
COORDENADORA



Conselho
Estadual
de Saúde



Secretaria
de Estado

Anexo VII Parecer Final do Orientador



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Sem dúvida nenhuma, Jefferson possui luz própria. Mesmo por possíveis lacunas metodológicas encontradas neste trabalho, como: apresentação de quadros com o nome de tabelas, falta de espaçamento maior entre os objetivos e a transcrição direta do diário de campo, pois as correções praxáticas, não tiram o brilho, o encanto de sua responsabilidade crítica, científica e humana.

Forde um suporte interpessoal muito presente, ativo e envolvente. Um abraço muito grande de quem continua te admirando

Tânia Scóz