

ARTIGOS ORIGINAIS

O CUIDADO OFERECIDO A PESSOAS QUE VIVENCIARAM A EXPERIÊNCIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO¹

Virgínia Faria Damásio Dutra*

RESUMO

O estudo, que é descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, teve como objeto o cuidado oferecido a pessoas que viveram a experiência de desinstitucionalização preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Seu objetivo foi descrever o cuidado às pessoas em processo de desinstitucionalização, na perspectiva de usuárias e de seus familiares. Foram entrevistados doze sujeitos. Os dados levantados foram analisados utilizando-se a Análise de Conteúdo, resultando nas categorias “Cuidado para desinstitucionalização” e “Ajudar na retomada na vida em sociedade”. Os resultados evidenciaram que o investimento dos profissionais foi fundamental para o sucesso das altas, assim como o foi a solidariedade da família e da comunidade. Os recursos materiais viabilizaram as altas e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) representou apoio, referência e segurança. Em seu preparo para o trabalho na reabilitação psicossocial, os profissionais necessitam de habilidades quanto ao cuidado humano, visando ao crescimento e desenvolvimento das pessoas, a fim de estimular esses potenciais, por mínimos que pareçam: habilidades para “ouvir/entender” as necessidades das pessoas; habilidades para trabalhar em equipe, junto às famílias e à comunidade; e ainda habilidades técnicas no que se refere às questões práticas das atividades da vida diária e dos direitos humanos.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Cuidado Centrado no Paciente. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O cuidado é sempre um ato de vida, no sentido de que inclui as ações para manter, conservar, recuperar e desenvolver o ser humano. Com base nos instrumentos e conhecimentos específicos da enfermagem, enfocamos o cuidar com o objetivo de ajudar o cliente a alcançar uma melhor condição de vida, com a melhora da saúde do corpo, do nível de bem-estar ou da saúde mental. Estes propósitos do cuidado de enfermagem se complementam com os de outras áreas e a soma de saberes, ampliando as possibilidades de a pessoa cuidada para viver e se desenvolver. Este estudo é parte da dissertação intitulada “O cuidado na desinstitucionalização sob o olhar de ex-internas e seus familiares”⁽¹⁾.

O cuidado de enfermagem “é a expressão da atividade profissional da enfermeira, fruto de decisões balizadas pelo conhecimento formal, técnico científico”^(2,205). A enfermagem, ciência

e arte de cuidar de seres humanos, expressa-se na prática social de atendimento à coletividades, às famílias e ao sujeito individual, por meio da compreensão de respostas humanas, portanto, emocionais⁽²⁾. Desta forma, a enfermeira e o cliente interagem, dialogam, constroem e reconstróem conhecimentos, atribuem sentidos às ações e reagem às experiências que compartilham, nas dimensões sociocultural e histórica e, sobretudo, em ações éticas.

Os prestadores de cuidado auxiliam as pessoas nas grandes passagens da vida quando elas próprias ou seus próximos não conseguem fazê-lo⁽³⁾. O cuidado de enfermagem, nesta complexidade, valoriza a pessoa na reconstituição da sua condição de saúde, assim como cada pequeno gesto, objeto, fala, ou mesmo um desejo que possam ter significados para aquele ser dentro do grupo em que vive.

O cuidado, valorizando o crescimento humano, efetiva-se na relação interpessoal cuidador-cliente, para construir possibilidades de recuperação e reconstrução da pessoa cuidada. Destarte, a proposta de auxiliar pessoas

¹ Este estudo é parte da Dissertação: Damásio VF. O cuidado na desinstitucionalização sob o olhar de ex-interna do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2006.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio da UERJ, e-mail: virginia.damasio@gmail.com

aprisionadas nas limitações e no sofrimento psíquico está justamente nas diferentes possibilidades de novas construções. O ato de cuidar objetiva, em termos amplos, ajudar a viver ou a tomar conta da própria vida⁽³⁾.

Não obstante, o cuidado em saúde mental nem sempre foi entendido assim. Na realidade, o modelo nessa área foi transformado nas últimas décadas, passando de uma característica manicomial, quando era centrado nos serviços de internação hospitalar e na doença, para o Modo Psicossocial, centrado no cuidado às pessoas em sofrimento vivendo em sociedade. Este tem o humano como objeto de intervenção, propondo o resgate da dignidade humana e dos direitos de cidadania, e tem sua pertinência, sobretudo, na dimensão político-ideológica de luta. Na perspectiva do Modo Psicossocial inclui-se a atenção integral, o conceito de saúde—como qualidade de vida e o exercício de cidadania. A abordagem, no campo da saúde mental, torna-se abrangente e muda o modo de pensar a pessoa com transtornos mentais, que passa a ser compreendida em sua existência/sofrimento dentro de uma ética de autonomia e singularização dos sujeitos⁽³⁾.

A criação de uma rede de serviços substitutivos para o cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico no seu ambiente compreende a atenção psicossocial, que tem como princípios básicos a mudança na assistência, o investimento na cidadania e mudanças na relação entre profissionais e usuários e destes últimos com a sociedade. A atenção psicossocial está fundamentada no respeito à singularidade dos indivíduos como cidadãos capazes, produtivos e livres.

Neste contexto, o Modo Psicossocial orienta no sentido da desinstitucionalização das pessoas até então mantidas nas instituições psiquiátricas asilares⁽⁴⁾. Desinstitucionalizar não significa simplesmente retirar os clientes da instituição hospitalar, mas constitui um processo social complexo, que deve envolver como atores clientes, profissionais, a comunidade e a opinião pública, visando desconstruir o manicômio e criar outro tipo de relação entre as pessoas.⁽⁴⁾ É um trabalho terapêutico que tem como objetivo a transformação das relações de poder, eliminando contenções e produzindo comunicação, solidariedade, espaço, convívio social, o que

significa que o sofrimento pode não desaparecer, mas pode ser vivido de outra maneira pelos sujeitos, propiciando uma existência mais rica de recursos, de acordo com suas possibilidades⁽⁵⁾.

O objeto de trabalho dos profissionais da saúde deixa de ser a doença e torna-se a existência e sofrimento dos clientes e a sua relação com o corpo social. O processo de mudança inclui a construção da complexidade do objeto e a ênfase passa a constituir-se na intervenção de saúde e na socialização do paciente. Neste sentido, não é apenas o sujeito que se trabalha, mas também a família e o grupo social, estes como agentes das mudanças buscadas⁽⁵⁾.

Na prática dos serviços de saúde mental, estas estratégias de desinstitucionalizar estão vinculadas às relações interpessoais, à saída da instituição para vivenciar outros espaços, à escuta destes sujeitos com suas histórias de vida ou seus desejos; enfim, à abertura para novas identidades⁽⁶⁾. As atividades diárias e as relações familiares podem ser o início desse caminho, mas é preciso construir outros sentidos e outras possibilidades.

Na última década, com vistas à desinstitucionalização, foram criadas estratégias como o programa⁽⁷⁾ “De Volta para Casa (DVPC)”, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), o Passe Livre, a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a criação de cooperativas de trabalho, além de parcerias com a comunidade e os familiares, entre outras possibilidades de assistência aos antigos internos. O presente estudo considera o caminho percorrido pela Reforma Psiquiátrica, bem como seus avanços teóricos e práticos na construção de novos “papéis” para os profissionais da área, voltados ao cuidado com ênfase no sujeito. A proposta deste estudo foi discutir os cuidados que se fazem necessários para a desinstitucionalização a partir das experiências de pessoas que vivenciaram longas internações na Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, um hospital psiquiátrico de grande porte situado no Estado do Rio de Janeiro. Trata-se da construção de conhecimentos acerca do “como fazer” ou de “como reabilitar” pessoas internadas há longo tempo, ou seja, do cuidado no sentido de ajudar a crescer e realizarem-se

aquelas pessoas que se tornaram dependentes da internação.

O cuidado é entendido como uma ação abrangente, que vai além das ações específicas e envolve a família e a sociedade, além de compreender que a reabilitação psicossocial visa à cidadania e à autonomia⁽⁸⁾. Diante do exposto, o objetivo do estudo foi descrever o cuidado às pessoas em processo de desinstitucionalização, na perspectiva de usuárias e de seus familiares.

MATERIAIS E MÉTODO

O estudo consiste em uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa⁽⁹⁾. Seus sujeitos foram mulheres que estiveram internadas na Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi e saíram de alta e mulheres e respectivos familiares que foram estimulados a construir projetos terapêuticos visando à desinstitucionalização. A condição foi que concordassem em contribuir com o estudo, descrevendo a sua experiência. Os dados compreendem as expressões verbais dos participantes e as observações da pesquisadora. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas abertas, em visitas domiciliares, as quais foram gravadas. A estratégia *visita domiciliar* foi escolhida por favorecer a participação na vida cotidiana operativa entre o sujeito e outras pessoas. Nos meses de julho e agosto de 2006 foram realizadas cinco entrevistas, envolvendo doze mulheres que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Das doze mulheres entrevistadas, seis são ex-internas da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi. A pesquisa foi autorizada pela referida instituição e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Phillippe Pinel, sob o protocolo de número 007/006. A análise dos dados foi orientada pelo método *Análise de Conteúdo*, do tipo *temática*, proposto por Bardin⁽¹⁰⁾, e compreendeu as seguintes etapas: 1) leitura das entrevistas transcritas; 2) definição das unidades de registro (UR); 3) definição dos temas das URs e construção das unidades de significação (USs); 4) agrupamento das unidades em categorias; e 5) descrição das categorias e análise fundamentada no referencial teórico. Assim delimitamos duas categorias: 1) Cuidado

para a desinstitucionalização; e 2) Ajudar na retomada da vida em sociedade

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando questionamos os sujeitos do estudo sobre o preparo (durante a internação) para sair do hospital, a contribuição dos profissionais de saúde para a alta, as dificuldades encontradas no processo de alta e, depois, na construção da vida fora da internação, obtivemos respostas diversas, vagas, inconclusivas e complexas. O próximo passo seria compreendê-las a partir do método de Análise de Conteúdo⁽¹¹⁾. Inicialmente agrupamos as ideias em unidades de significação; posteriormente analisamos estas unidades a fim de compreender os dados. Estes reportam a atitude de ajuda, que envolve questões objetivas e subjetivas construídas na relação interpessoal, aspectos materiais e recursos sociais da rede extra-hospitalar.

Cuidado para a desinstitucionalização

É necessário lembrar que o processo de desinstitucionalização, na Casa de Saúde Dr. Eira de Paracambi, aconteceu a partir de uma intervenção conjunta do Ministério da Saúde e das secretarias de Saúde do Estado e do Município, como consequência das denúncias de degradação, maus-tratos e desrespeito aos direitos humanos dos internos. As entrevistadas mostram que de início se surpreenderam com a possibilidade da alta, pois não construía planos para sair; assim, ficaram ansiosas, nervosas e só mais tarde aceitaram a ideia. As falas nos remetem ao sentido de reprodução da lógica manicomial, a um lugar onde não há trocas ou construção de ideias, e sim, imposições e repetições. Fica-nos clara a ausência de poder de escolhas (vontade, livre-arbítrio), afirmando a reprodução da lógica da instituição. Suas vontades (relacionadas às suas identidades) foram aniquiladas com os anos de internação, instaurando-se o medo e os fatores limitantes da instituição total⁽⁷⁾. As usuárias explicitaram sentimentos de ansiedade e dúvidas quanto à alta:

Eu ficava nervosa, preocupada, ansiosa [em relação à alta] (entrevistada 01, cliente).

Eu comecei a chorar (entrevistada 01, cliente).

Eu tinha medo (entrevistada 01, cliente).

Então eu tava com ansiedade pra vir logo (de alta) (entrevistada 05, cliente).

As falas da entrevistada 01 apontam que a alta, para essa ex-interna, foi vivida com muita ansiedade, principalmente porque foi a única deste grupo que saiu para morar sozinha, tendo que aprender a tomar 'conta da sua vida', e voltar a ser dona de casa, após 12 anos de internação psiquiátrica; já a entrevistada 05 aponta que a ansiedade estava relacionada à longa espera pela decisão, devido às posições contrárias (em relação à alta) entre sua família e amiga ("irmã de criação" que desejava levá-la para sua casa).

O fato é que a proposta da alta, defendida pelos profissionais, produziu mudanças naquelas usuárias, de diferentes formas, aparvalhadas pela institucionalização. Foi uma espécie de provocação, um movimento contra a corrente manicomial, destoando da ideia de reprodução do sistema de hospital psiquiátrico, que pôde acontecer lá a partir das mudanças que estavam ocorrendo na área psiquiátrica. A ajuda que receberam proveio, segundo as usuárias, de pessoas das quais esperavam ajuda e de pessoas das quais não esperavam apoio. Elas também apontaram incoerências em relação ao que esperavam. A ajuda, segundo os relatos das entrevistadas, foi prestada por meio de conselhos, incentivos, estímulos para persistir, valorização das habilidades existentes (várias desconhecidas durante a internação), incentivos para a construção da dignidade, ajuda jurídica e ajuda de Deus (fé). As entrevistadas entendem que as pessoas as ajudaram a acreditar na possibilidade de viver melhor fora da internação e construir planos para fazê-lo.

O caminho para alcançar a vida fora da instituição foi sendo construído, inicialmente, como ideia da alta, ainda sem operacionalização. Da mesma forma que se construiu o processo de institucionalização, aquelas pessoas que se adaptaram à institucionalização precisaram fazer o caminho inverso, o da desinstitucionalização, ou seja, a reconstrução dos seus antigos significados de vida, de sua identidade. A mudança de perspectiva do querer sair aparece na fala:

Eu não queria sair de lá, depois resolvi [...] (entrevistada 03, cliente).

O processo de alta foi um movimento de diferenciação entre a identidade da interna e a instituição⁽⁷⁾. Esse movimento ocorreu no âmbito dos pensamentos, dos sentimentos e da atitude. Diferençar ou diferenciar significa diversificar, distinguir, estabelecer diferença entre o eu (pessoa) e a instituição (reproduzida pela interna). Assim, diferenciação significa passar do homogêneo da instituição psiquiátrica fechada para o heterogêneo do social⁽¹¹⁾. O diferenciar-se das ex-internas refere-se à distinção entre a pessoa e a instituição no momento em que se estabelecem novos significados ou se reconstruem os antigos; ou ainda se identifica com pessoas da família, com a sociedade, ou multiplica as suas identidades, como na fala:

Eu fui dona de casa no passado e estou retomando [...] (entrevistada 01, cliente).

O cuidado oferecido às pessoas institucionalizadas é, sem dúvida, complexo, e demanda considerar toda a problemática do processo de um hospital psiquiátrico fechado; mas as falas das entrevistadas corroboram o cuidado proposto pela enfermagem, o cuidado^(2,3) personalizado, que ajuda a pessoa a reconstruir seus significados, que busca autonomia e o bem-estar, que a pessoa ajuda a desenvolver-se e acreditar em si mesma, que oferece possibilidades e aumenta o poder de trocas, que ajuda a superar dificuldade pessoais ou práticas - entre formas de cuidado. Por outro lado, todos os caminhos para este cuidado em saúde mental passam pelo relacionamento terapêutico: a relação entre duas pessoas orientada por estratégias profissionais de ajuda ao outro.

Na prática, à medida que avançava a ideia de sair da internação, as internas verificavam que eram diferentes, tinham histórias e buscavam outras formas de viver, corroborando o processo de reabilitação psicossocial⁽⁷⁾. O relacionamento terapêutico pautado na sintonia entre as pessoas, no respeito, na confiança, na autenticidade e na empatia, permitiu a busca e a superação de dificuldades pessoais, materiais, financeira ou familiar; mas foi principalmente na nova vida, na comunidade, que elas puderam ir reconstruindo suas identidades: retomar as identidades, reconstruir antigos hábitos, retomar um viver diferente, seja no contato com as famílias seja com pessoas que se tornaram

próximas nesse momento. A diferenciação, que aconteceu constantemente na construção da identidade das ex-internas, envolveu romper com a ideia da institucionalização, com o significado de pessoas doentes, e também buscar a possibilidade prática para essas mudanças.

Nesta perspectiva considera-se de fundamental importância o diagnóstico de vida de uma pessoa e o estabelecimento de um projeto terapêutico a partir do contexto no qual ela se inscreve. Este projeto terapêutico deve ser flexível para que incorpore mudanças e dê margem a possíveis redimensionamentos, em um processo indissociável de tratamento e reabilitação, no qual o foco é sublimar as forças e os aspectos sadios das pessoas⁽¹²⁾.

Ajudar na retomada da vida em sociedade

Esta categoria surgiu das respostas às indagações do item “Construção da vida fora da internação”. As respostas apontam: opção, aprendizado, habilidades adquiridas, sinais de sucesso na tentativa de desinstitucionalizar-se e resgate de habilidades de retomar a vida. As escolhas são as expressões de poder, de liberdade, de outras identidades que não a de doente mental, conforme as falas:

Eu vou ao mercado, faço minhas compras e pago as prestações [...]. Minhas coisas, eu compro sozinha. Tem um mercado lá embaixo que tem um montão de coisas boas (entrevistada 01, cliente).

Gostei muito do CAPS [...] (entrevistada 04, cliente).

Faço tricô, crochê, fuxico, eu tô aprendendo (entrevistada 11, cliente).

No que se refere à negociação e realidade, as entrevistadas colocam as habilidades de trocar, fazer parcerias, participar de movimentos sociais, apontando exemplos de como socialmente se comportam. As entrevistadas demonstram conforto no pós-alta, mostram-se satisfeitas com o enfrentamento do processo de alta e estão participando dos movimentos sociais de suas famílias ou do local onde moram.

A vizinha, a gente se dá muito bem [...] quando eu compro, a carne fica na geladeira da vizinha (entrevistada 02).

Ela cuida do quatinho dela, lava a roupa [...] (entrevistada 05, cunhada)

Tudo que ela quer eu dou. No início era chantagem [...] eu comecei a cortar, se ela quer uma coisa eu vou lá e compro tudo certinho [...] (entrevistada 12, amiga).

No que se refere às relações sociais satisfatórias das ex-internas e às trocas estabelecidas na comunidade onde moram, foram exaltadas ações das ex-internas semelhantes às ações de pessoas que não viveram uma internação por muitos anos, ou seja, elas e seus familiares apontaram que podem viver fora da instituição como as outras pessoas:

Vou passear, vou pra igreja, faço um montão de coisas boas, faço pintura, faço minha comida, mais tarde vou fazer um curso de costura [...] (entrevistada 01, cliente).

Eu compro o que eu acho que dá pra o mês [...] (entrevistada 02, cliente).

Ela vai pro forró, vai pro baile, teve um dia que ela foi pra igreja com a gente; passeio com ela em Queimados (entrevista 06, cunhada).

Eu deito na esteira, fico sentadinha conversando com os outros, cantando, dançando [...] Eu gosto de dançar, eu fui no Harmonia Enlouquece e gostei muito do CD (entrevistada 11, cliente).

As entrevistadas falam do resultado do processo de alta como um grande sucesso. Mesmo apontando as dificuldades, afirmam estar mais felizes do que na instituição. Relatam as boas interações com os costumes das pessoas com as quais foram viver e ainda falam dos seus feitos semelhantes aos de pessoas que não passaram pela internação. Os dados, como visto, indicam, em relação às entrevistadas, resultado favorável na retomada da vida e na adaptação ao modo de viver fora da instituição, bem como um investimento dos familiares na capacidade delas de cuidar da própria vida e buscar momentos felizes.

Os dados demonstram a busca por possibilidades de se relacionar, de fazer novas parcerias e de se ajudar mutuamente. Elas demonstram o desejo de refazer laços familiares, estabelecer novos relacionamentos com vizinhos e antigos conhecidos, frequentar novos grupos religiosos ou sociais, enfim, de investir na retomada da vida. Nesta etapa, as ex-internas experimentaram retomar e gerenciar a própria vida, e desta forma os profissionais da internação e da rede comunitária compartilham a

responsabilidade de atendê-las integralmente. Para isto é preciso que exista um aparato jurídico, ético e científico que impulse ações de saúde mental na comunidade⁽¹³⁾. A política está em transformação no campo dos saberes, da prática e da cultura. O cuidado no processo de desinstitucionalização exige articulação da rede comunitária de cuidados e profissionais capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O cuidado compreendeu ajudar no processo de socialização, no poder de trocas objetivas e subjetivas e na significação daquelas pessoas, tendo como fio condutor a cidadania e a possibilidade de reconstruir suas histórias de vida. Este processo ocorreu numa teia de cuidado comunitário que envolveu serviços de saúde, comércio, pessoas (antes desconhecidas) e o poder das trocas sociais^(4,6,7).

Os dados obtidos apontam avanços em relação à qualidade de vida destas ex-internas, agora que estão vivendo fora da instituição. A alta, mais do que mudanças do endereço destas mulheres, provocou mudanças na sua maneira de pensar, na motivação para a vida, no relacionamento com a sociedade e, sobretudo, em sua identidade. Alguns aspectos foram fundamentais para o resultado positivo: o cuidado dos profissionais de saúde, a parceria com familiares ou pessoas da comunidade, e os benefícios⁽⁸⁾ (LOAS, DVPC, e Passe Livre), pois estes auxiliaram na execução dos projetos de alta.

As ex-internas apontaram que o investimento dos profissionais foi fundamental para que elas começassem a pensar em alta e se conscientizassem da possibilidade de sair e de retomar sua vida. Houve então um caminho a ser feito. Assim como, anos antes, tinham se adaptado à internação na instituição psiquiátrica, anulando sua identidade, agora precisavam construir o caminho inverso, o da desinstitucionalização, reconstruindo seus antigos vínculos, seus significados de vida e sua identidade.

Nesta etapa, o cuidado faz um duplo movimento: primeiro, ajuda nas questões práticas da alta (visita domiciliar, documentação, saídas do hospital, reuniões com a família, parcerias com outros serviços), e segundo, relação terapêutica (ressignificação, reconstrução de possibilidade, retomada da história de vida).

Desta forma, os dois movimentos acontecem ao mesmo tempo e são totalmente interdependentes. As questões objetivas possibilitaram que as internas acreditassem na alta e na retomada da vida. Ambos os processos ressignificaram a vida social das ex-internas, de forma que se modificaram os sintomas antes verificados no dia a dia da instituição fechada. Todas continuaram a ser acompanhadas em serviços de saúde no pós-alta (CAPS, ambulatórios, Estratégia Saúde da Família), mas numa relação de negociação. As ex-internas passaram a experimentar e negociar (com familiares, vizinhos, profissionais, comércio) o que chamam de “viver como todos vivem”. O cuidado possui a finalidade de proteção e preservação da dignidade⁽¹⁴⁾.

Corroborando estas experiências bem-sucedidas de cuidados extra-hospitalares para desinstitucionalização, um estudo⁽¹⁵⁾ sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica afirma que essa perspectiva de cuidados requer uma abordagem ampliada, que envolve as mediações entre condições sociais, relações intrafamiliares e apoio social e comunitário. Desta forma, o acolhimento, o vínculo e a continuidade da atenção se evidenciam cotidianamente no cuidado em saúde mental, seja nos serviços de saúde mental, seja na atenção básica e na comunidade.

A estratégia dos centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) de transformação da assistência se concretiza pela organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental que não se limita nem se esgota no serviço de saúde. Esta estratégia inclui os princípios e diretrizes da reforma sanitária, a participação popular no planejamento, gestão e controle dos serviços de saúde, a concepção de integralidade das problemáticas de saúde e das ações territorializadas sobre elas^(16,17).

Assim, a atenção à saúde mental envolve componentes do próprio sujeito como, por exemplo, saberes e forças concretas da família e da comunidade que propõem objetivos, demandas e soluções pertinentes; entretanto, ante a complexidade das demandas do sofrimento humano, somente uma rede de cuidados na comunidade é capaz de garantir resolutividade e a promoção da autonomia e da cidadania das pessoas. Por outro lado, cumpre

observar que esse processo tem se construído repleto de tensões e contradições no sentido de vencer a tendência do isolamento e construir formas de cuidado para inclusão e exercício da cidadania⁽¹⁸⁾.

Em seu preparo para o trabalho na reabilitação psicossocial, os profissionais necessitam de habilidades quanto ao cuidado humano, visando ao crescimento e desenvolvimento das pessoas, a fim de estimular esses potenciais, por mínimos que pareçam: habilidades para “ouvir/entender” as necessidades das pessoas e para trabalhar em equipe, junto às famílias e à comunidade; mas também de habilidades técnicas no que se refere às questões práticas da atividade da vida diária e dos direitos humanos. Assim, torna-se necessário um investimento na formação de profissionais para atuar na atenção à saúde mental e com competência para atuar nos serviços substitutivos à hospitalização psiquiátrica. Assim, “é dado o momento em que somos chamados a assumir o compromisso histórico de construir o processo de mudança, pois a reforma psiquiátrica é um processo histórico do nosso tempo”^(19:8).

CONCLUSÃO

As altas foram construídas pela ajuda humana, mas viabilizadas, ou fortemente estimuladas, pelos recursos materiais. Os benefícios representaram a possibilidade de

sustento no pós-alta, seja para as famílias, seja para as ex-internas que não tinham família e passaram a viver por sua própria conta. Os benefícios propostos pelas políticas de saúde mental foram um fator fundamental para o sucesso da alta e a retomada da vida.

Neste contexto, os dados obtidos apontam avanços em relação à qualidade de vida das ex-internas, agora vivendo fora da instituição. A alta provocou mudanças que vão além do endereço destas mulheres: mudança na maneira de pensar, na motivação para a vida, no relacionamento com a sociedade e, sobretudo, em sua identidade.

O cuidado dos profissionais foi de natureza de estimulação (despertar capacidades), de encorajamento (ajudando a adquirir segurança e fortalecendo sentimentos), de manutenção da vida (ajudando a obter documentos e benefícios materiais) e de construção de uma nova imagem de si. Estes cuidados abriram caminho para a reconstrução de suas histórias e a retomada da vida. Os profissionais criaram ou descobriram na alta possibilidades inesperadas, a partir da valorização da pessoa cuidada. Assim, as ex-internas encontraram acolhimento e ajuda por parte de pessoas de quem não a esperavam, o que nos faz reafirmar que o cuidado em saúde mental e na reabilitação psicossocial exige criatividade, flexibilidade e abertura a novas situações e possibilidades.

THE CARE OFFERED TO PEOPLE WHO HAD LIVED THE EXPERIENCE OF DEINSTITUTIONALIZATION

ABSTRACT

A descriptive exploratory study of qualitative approach, whose object is the care offered to people who had lived the experience of deinstitutionalization preconized by Psychiatric Reform. The objective was to describe the care offered by multiprofessional teamwork, at an asylum institution in a deinstitutionalization process, from the point of view of users and their families. Twelve individual were interviewed. Data was analyzed using the Content Analysis which resulted in the following categories: Care between walls and Well-taken care of extra walls. The results evidenced that the investment of the professionals was essential for the success of the discharges, the solidarity of the family and the community; the material resources helped on the discharge; and the Psychosocial Care Centre (CAPS) represented support, reference and security. In their preparation for work in psychosocial rehabilitation, professionals need to have special ability to deal with the individuals, seeking people's growth and development in order to stimulate their potentials; ability to “listen and understand” people's needs; abilities to work in team, close to the families and to the community; and also they need to have technical skills with regard to practical issues of daily life and of human rights.

Keywords: Deinstitutionalization. Patient-Centered Care. Nursing.

EL CUIDADO OFRECIDO A LAS PERSONAS QUE VIVIERON LA EXPERIENCIA DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

RESUMEN

Estudio descriptivo exploratorio, abordaje cualitativo, cuyo objeto es el cuidado ofrecido a las personas que vivenciaron la experiencia de desinstitucionalización, preconizada por la Reforma Psiquiátrica. Su objetivo fue describir el cuidado a las personas en proceso de desinstitucionalización, en la perspectiva de usuarias y de sus familiares. Fueron entrevistadas doce personas. Los datos fueron analizados utilizándose el Análisis de Contenido, resultando en la categorías: "Cuidado para la desinstitucionalización" y "Ajustar en retomada de la vida en sociedad". Los resultados evidenciaron que la inversión de los profesionales fue fundamental en el suceso de las altas, así como la solidaridad de la familia y de la comunidad. Los recursos materiales hicieron viables las altas y el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) representó apoyo, referencia y seguridad. En su preparación para el trabajo en la rehabilitación psicosocial, los profesionales necesitan habilidades en cuanto al cuidado humano, pretendiendo el crecimiento y desarrollo de la personas, para estimular estos potenciales, por mínimo que parezcan: habilidades para "oír/entender" las necesidades de la personas; para trabajar en grupo, junto a las familias y a la comunidad; y aun habilidades técnicas en lo que se refiere a las cuestiones prácticas de las actividades de la vida diaria y de los derechos humanos.

Palabras clave: Desinstitucionalización. Atención Dirigida al Paciente. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Damásio VF. O cuidado na desinstitucionalização sob o olhar de ex-internas e seus familiares. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2006.
2. Ferreira MA. A prática da Ciência e da arte de cuidar e as exigências à produção e difusão do conhecimento. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 jun; 12(2): 205-7.
3. Costa-Rosa A. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P., editores. Ensaio, Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2000. p.141-68.
4. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
5. Damásio VF, Melo VC, Esteves K. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Rev Enferm UFPE On Line. 2008 out; 2(4): 367-73.
6. Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/IFB; 1999.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil; Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF; 2005.
8. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky As, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2009 Fev; 14(1):159-64.
9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
11. Vizeu F. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos 2005 Abr; 12(1):33-49.
12. Hirdes A. Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial: uma leitura do materialismo dialético. Saúde Debate 2008 jan/dez; 32(78/79/80): 9-17.
13. Reinaldo, MAS. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 mar; 12(1): 173-8.
14. Loyola CMD, Vieira MA. Prestadores de Serviços no campo da Saúde Mental: o público e o privado e o inefável da loucura. Rev Latino-Am Psicopat Fund. 2006, IX(1):114-25.
15. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. Ciênc Saúde Coletiva. 2009 Fev; 14(1):183-93.
16. Yassui S, Costa-Rosa A. Estratégia de atenção psicossocial: desafios na prática dos novos dispositivos de saúde mental. Saúde Debate. 2008 jan/dez; 32(78/79/80): 27-37.
17. Luzio CA, L'AbbateS. Atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonância da reforma. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 1(14):105-16.
18. Pinho LB, Hernandez AMB, Kantoski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. Ciênc Cuid Saude. 2010; 9(1):28-35.
19. Kantoski LP. Caminhos para a enfermagem no contexto da reforma psiquiátrica. Ciênc Cuid Saude. 2010; 9(1):7-8.

Endereço para correspondência: Virgínia Faria Damásio Dutra, Rua Álvares Azevedo, nº 77 Icaraí, CEP: 24220-020, Niterói, Rio de Janeiro.

Data de recebimento: 27/07/2009

Data de aprovação: 06/07/2011