

REFLETINDO ACERCA DO CUIDADO AO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: O PROCESSO DE INCLUSÃO ALIADO A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.

MATTIONI, Fernanda Carlise¹

SILVA, Sabrina Guterres da²

PAES, Lucilene Gama³

SCHIMITH, Maria Denise⁴

Introdução: A desinstitucionalização traz como prerrogativa, transformações complexas no processo de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, pois apresenta como objetivo não apenas “a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos, mas principalmente o desenvolvimento de serviços psiquiátricos comunitários adequados para o atendimento aos pacientes e suas famílias”^{21:35}. Vai além, quando propõe uma transformação no objeto e no processo de trabalho em saúde mental, exigindo dos profissionais uma aproximação com diversas estruturas sociais da comunidade. O sujeito passa então a ser visto em sua totalidade, requerendo demandas de trabalho, de lazer, de cuidados, de relações e afetos². Dessa forma, emerge a necessidade de reflexão acerca das práticas assistenciais adotadas com esses sujeitos, dentro das equipes de saúde da família visto que, tal conjuntura exige dos profissionais certa predisposição para o trabalho social, interdisciplinar

e intersetorial. Diante disso, esse trabalho tem como **objetivo** refletir acerca da reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização e as práticas de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde no dia-a-dia do trabalho em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para tal, realizou-se uma breve pesquisa bibliográfica não sistematizada, que teve como base as nossas experiências durante a graduação no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A Reforma Psiquiátrica caracteriza-se como um movimento histórico de caráter político, social e econômico, que desenvolveu-se paralelamente a Reforma Sanitária e tem como objetivo a substituição progressiva dos manicômios por outros serviços junto à comunidade, deslocando a intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, desencadeando um processo de transformação na organização dos sistemas de saúde mental³. Porém,

1 Autora-relatora. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da UFSM. E-mail: fcmattioni@yahoo.com.br.

2 Co-autora. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da UFSM. E-mail: sabinaguterres@yahoo.com.br.

3 Co-autora. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da UFSM. E-mail: lucilenepaes@yahoo.com.br

4 Orientadora do trabalho. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Email: madenise@yahoo.com.br

para que de fato se efetive esse processo, são necessários que se desenvolvam estratégias que permitam trabalhar com as pessoas que antes eram internadas, de maneira que se possa inseri-las e integrá-las nas suas próprias famílias, nas comunidades e na sociedade em geral. Considerando que a condição de enfermidade, por si só, coloca esses indivíduos e seus familiares, diante de algumas limitações, impedimentos e situações que podem alterar a relação da pessoa com o trabalho, com os demais membros da família, amigos e parceiros, bem como abalar sua identidade⁴. Embora, muito já tenha sido conquistado, especialmente no que tange a legislação brasileira da área, ainda há o que ser construído e repensado para que a prática assistencial utilizada seja condizente com o que prevê as leis brasileiras e com o que, de fato, é direito de qualquer cidadão. Dessa forma, as equipes são desafiadas a organizar o seu processo de trabalho com vistas a alcançar uma assistência resolutiva de qualidade, permitindo a articulação de ações capazes de congregar atores com diferentes perspectivas e interesses. Acredita-se que o tratamento baseado na exclusão, reclusão e asilamento é uma realidade de hoje, mas que a forma como acontece é mais consciente e menos exclusiva. Talvez “por não se admitir a exclusão, corre-se o risco de não se admitir a diferença, esta não pode ser negada, é necessário reconhecê-la e conviver com ela sem ter que excluir, conforme a grande aspiração da reforma psiquiátrica”^{5:49}. De fato, a diferença é algo que precisa ser encarada

como realidade, a grande questão é aprender a viver com ela de forma integradora e participativa⁵. Além disso, faz-se necessário ultrapassar o conceito de saúde mental e trabalhar com a noção de existência e sofrimento, para isso, exige-se a construção entre os profissionais de tolerância além de uma nova forma de cuidado pautado na solidariedade⁶. Acrescenta-se a isso, o fato da reforma requerer uma mudança de atitude e principalmente de pensamento nos profissionais da saúde. Estes precisam aprender a desconstruir paradigmas e a se desvencilhar de pré-conceitos baseados na lógica da loucura. “A reforma implica em transformar saberes e práticas em relação à loucura, perceber a complexidade do objeto, re-conhecer o sofrimento psíquico, e efetivamente destruir manicômios externos e internos que têm permitido a constituição de determinadas formas de pensar e agir e, fundamentalmente, re-inventar modos de se lidar com a realidade”^{17:142}. Atualmente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vêm sendo utilizados como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, e conseqüentemente da reforma psiquiátrica. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os sujeitos em sofrimento psíquico, estimulando a sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia e oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico. Tem como característica principal a busca pela integração do sujeito, a um ambiente social e cultural concreto, designado como

seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares⁸. O CAPS busca trabalhar com os sujeitos em sofrimento psíquico dentro das comunidades, auxiliando-o no processo de reinserção e de transformação de “doentes mentais” em “sujeitos cidadãos”. Nesse contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que pelas suas próprias características de trabalho, permite a realização do acolhimento e o desenvolvimento de vínculo entre os familiares, sujeitos em sofrimento psíquico e equipe de saúde. Assim, estabelece-se a rede de cuidados necessária para proporcionar humanização e integralidade. O trabalho em saúde mental caracteriza-se pelo seu caráter amplamente inter, transdisciplinar e intersetorial². A interdisciplinaridade pode ser entendida como a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde⁹. Em consonância e de forma complementar a transdisciplinaridade surge como uma “possibilidade de comunicação não entre os campos disciplinares, mas, entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos, mas dos sujeitos dos discursos”^{10:461}. Dessa maneira, salienta-se que tais formas de trabalho dependem de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado¹¹. Portan-

to, a atenção em saúde mental, requer dos profissionais a capacidade de trabalho em equipe, da mesma forma que, a organização de uma rede de cuidados, sejam redes entre os profissionais, entre usuários e de usuários com profissionais, permitindo aos sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares sentirem-se acolhidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o exposto, estes sujeitos, antes institucionalizados, apresentam patologias entendidas como crônicas, necessitando, dessa forma, de acompanhamento profissional continuamente. É importante destacar que, quanto mais autonomia estes sujeitos conseguirem apresentar na realização das suas atividades diárias na comunidade, maior efetividade a reforma estará assumindo.

Palavras-chave: saúde mental, desinstitucionalização, inclusão.

Referências

- 1 Bandeira, M; Barroso, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol 54(1): 34-46, 2005.
- 2 Lancetti, A; Amarante, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: _____. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615-633.
- 3 Rotelli, Franco. Ota de Leonardis & Diana Mauri. *Desinstitucionalização*. (org. por Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec, 1990.
- 4 Andrade, G.R.B; Vaitsman, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e

saúde Ciência & Saúde Coletiva, 7(4):925-934, 2002

5 Gonçalves A.M, Sena, R.R. A Reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

6 Brêda, M.Z; Augusto, L.G.S. O Cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

7 Kantorski, L.P; Silva, G.B. Ensino de Enfermagem e Reforma Psiquiátrica. Pelotas: Universitária, UFPEL, 2001. 241 p.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

9 Saupe, R. et al. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v.9, n.18, p.521-536, 2005.

10 Araújo, M.B.S; Rocha, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 455-464, 2007.

11 Campos, G.W.S; Domitti, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.