

XVIII

CIC

XI ENPOS
I MOSTRA CIENTÍFICA



Evoluir sem extinguir:
por uma ciência do devir



RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

SILVA, Amanda Ramalho¹; RIBEIRO, Juliane Portella²; MONTEIRO, Rita Fernanda Corrêa³; COIMBRA, Valéria Christello⁴.

¹Acadêmica do 9º semestre do curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel - enf.amandaramalho@hotmail.com

²Acadêmica do 9º semestre do curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel e acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia da UCPel, relatora do trabalho – ju_ribeiro1985@hotmail.com

³Acadêmica do 9º semestre do curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel - rfmonteiroinfernagem@hotmail.com

⁴Profª. Enfª. Dra. do curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel - valeriacoimbra@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A loucura sempre existiu, sua conceituação é que sofreu modificações no decorrer dos tempos, assim como os cuidados dedicados ao doente mental. Seu enfoque como doença e como especialidade médica é recente na história da humanidade, é uma construção do século XVIII. A partir dessa nova forma de se classificar a condição humana, o doente mental ganha *status* de “diferente”, sendo afastado do convívio dos ditos normais.

Abreviando-se os vários períodos históricos desde o início do asilamento como prática de “cuidados” destinadas ao reconhecido como doente mental chega-se ao afastamento que se concretizava através de longas internações em hospitais psiquiátricos, porque de acordo com os discursos vigentes acreditava-se que esta era a melhor forma de tratamento, ou porque as causas da doença estariam associadas às relações familiares, ou ainda, porque o doente mental representava periculosidade ao grupo social. Esta forma de “tratamento” foi construindo a representação da loucura sobre o modelo de exclusão social que “refere-se ao isolamento de indivíduos de conduta desviante ou considerados indesejáveis pela comunidade” (LOUGON, 1993 apud COLVERO; IDE; ROLIM, 2004, p. 199).

Porém, na década de 80, começa no Brasil a organização do movimento da Reforma Psiquiátrica, tendo por objetivo a substituição de manicômios como, também, modificar os conceitos e a relação da sociedade com as pessoas portadoras de transtornos mentais. Mudam inclusive as formas de se reportar ao até então reconhecido como doente para portador de sofrimento, na intenção de aproximar o ideário a respeito da loucura a realidade de quem na verdade enquanto portador sofre, tal dimensão reduz o efeito da idéia de romantismo que durante séculos permeou a compreensão da loucura minimizando a dor de quem a tem ou dela é próximo. O uso do termo portador de transtorno para se referir a mesma

categoria de indivíduos tenta também atualizar e resolver o problema semântico aproximando à linguagem as classificações vigentes das diversas doenças.

Resguardando-se o valor dos significados das palavras a real importância que norteia a discussão reside na forma de cuidar e tratar essas pessoas. O modelo de atendimento preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira preconiza a reintegração social do portador de transtornos mentais, através da diminuição da oferta de leitos hospitalares e da criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental.

No entanto, em nossa sociedade ainda predomina uma visão preconceituosa em relação ao fenômeno da doença mental, o que acaba resultando na marginalização afetiva e social de um grande número de pessoas que necessitam de atenção psiquiátrica. Diante de tal problemática, o compartilhamento de conhecimentos e experiências demonstram ser de suma importância, visto que oportunizam reflexão e quebra de paradigmas na sociedade.

2. METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência de acadêmicas do Curso de Enfermagem e Obstetrícia, na prática curricular de enfermagem psiquiátrica realizado em um CAPS de Pelotas no segundo semestre de 2008.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vivência no CAPS, bem como o próprio curso de psicologia, me fez compreender que todos nós possuímos peculiaridades e particularidades, ninguém é igual a ninguém. No entanto, percebo a aflição das pessoas em corresponder ao igual, ao normal, ao que é normalmente aceito pela sociedade, sem entenderem que: “o normal é ser diferente”. Tal necessidade é corroborada pela maneira de como, ainda hoje, a nossa sociedade compreende e lida com o “diferente”.

Durante o período de estágio, percebi que falar de inclusão é fácil, mas vivenciá-la como pessoa, como humano, como cidadão é algo de muita profundidade, transcendendo os aspectos conscientes. Transcender no sentido de destruir algo que foi aos poucos fundindo sujeito – objeto numa relação sacrificante, falsa e superficial.

Mudar não é um processo simples, mas compensador quando visualizamos a complexidade do processo que inicia dentro de nosso ser e naturalmente esparrama para o outro, para um pequeno espaço e para o mundo.

No cotidiano das práticas de gestão e de atenção psicossocial fomenta-se, sobretudo, modos de produção da experiência coletiva (as assembleias, as associações, os grupos terapêuticos), a ampliação das redes sociais (através de atividades extra-CAPS: Conselho Municipal de Saúde, oficina de geração de renda, sistema de referência e contra referência, etc.), formas alternativas de expressão (as oficinas expressivas – teatro, as rádios e TVs comunitárias), enfim, modos de criação de si e do mundo.

O trabalho dos profissionais de saúde mental é o de cuidar desses processos de criação: ensiná-los e acompanhá-los. E tal cuidado não pode ser confundido com uma ação assistencialista, deve respeitar as pessoas portadoras de sofrimento mental pela sua capacidade humana e não por atos piedosos, filantrópicos ou de generosidade.

Um serviço voltado às idéias da reforma é mais humano, reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

4. CONCLUSÕES

Portanto, substituir os manicômios, recusar as práticas de atenção pautadas pelo desrespeito aos direitos dos usuários, fomentar o protagonismo, autonomia e a co-responsabilidade dos gestores, trabalhadores, usuários e rede social é nossa tarefa enquanto futuros profissionais de saúde, agentes dissipadores da reforma psiquiátrica.

O movimento da reforma psiquiátrica está atualmente fortalecendo práticas de atenção e de gestão, trazendo a consciência de todos que a saúde é um bem público, mas que para atendê-la plenamente, se faz necessário que estejamos em uma constante ação de criar e recriar; sempre fazendo uso de uma análise crítica a respeito dos serviços prestados.

Acreditamos, que a luta anti-manicomial só tem valor se cada um continuar seu caminho com sentimentos, com reflexões, com ética e com muito sentido de vida.

5. REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, Rachel. **Acolhimento familiar, experiência brasileira: reflexões com foco no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: PUC, 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 outubro de 1996.
- CIRILO, Livia Sales; FILHO, Pedro de Oliveira. Saúde Mental e CAPS: A importância do Grupo de Família. In: XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 2007. **Anais**. São José dos Campos: UNIVAP, 2008, p.1-4.
- COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Ap. Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n.38, v.2, p. 197-205, 2004.
- GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, n.9, v.2, p. 48-55, março 2001.
- LOUGON, Mauricio. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 2, v.3, p.137-164, 1993.
- MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.
- OLIVEIRA, Adriane M. Neto de. Os sentimentos da família frente a facticidade da doença mental. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, n.2, v.3, p.146-153, jul./dez. 2001.
- PEREIRA, Maria Alice Ornellas; JUNIOR, Alfredo Pereira. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n.37, v.4, p. 92-100, 2003.
- PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, n.12, v.7, p.71-82, 2003.
- PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

SILVA, Lígia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A.; CERQUEIRA, Macius P.; et al. O Processo de Distritalização e a Utilização de Serviços de Saúde – Avaliação do Caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, n.1, v.11, p.72-84, Jan/Mar, 1995.