

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NA VELHICE – UMA EXPERIÊNCIA POSSÍVEL

Vanessa Alonso; Roseli Resende

*Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
contato@candido.org.br*

Introdução

Reabilitação psicossocial é entendida como a maneira de inserir novamente a pessoa ao seu meio e cotidiano, resgatando a dignidade e o potencial de crescimento de cada um. Segundo Pitta (1996), reabilitação psicossocial é o “processo pelo qual se facilita, ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade”. Ainda, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1987, definiu a reabilitação psicossocial como “(...) o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitadores da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (Pitta, 1996). Pensando na criação de serviços substitutivos e na progressiva desospitalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, criando o serviço residencial terapêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia de moradia para o indivíduo institucionalizado por anos tem por objetivo resgatar o vínculo com a sociedade, uma vez que fora perdido em virtude da exclusão que o diagnóstico psiquiátrico causava e da estigmatização do usuário portador de doença mental. Sendo assim, qualificar o “morar”, promover o relacionamento interpessoal com equipe e demais moradores, assim como garantir a circulação pelo território tem sido algumas das responsabilidades das equipes de saúde que atuam junto aos egressos de hospitais psiquiátricos nas residências terapêuticas. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de um usuário da rede de saúde mental do município de Campinas, SP, institucionalizado por muitos anos quando na adolescência devido ao uso abusivo de álcool que retornou ao convívio com a comunidade na velhice após desospitalização.

Relato de caso

H.N., 74 anos, natural de Campinas, SP, com diagnóstico de esquizofrenia residual (F20.5 – CID 10), estudou até o 1º. ano do ensino fundamental. Morava junto dos pais e o único irmão. Na adolescência iniciou uso abusivo de álcool. Começou a fumar e a beber com

17 anos, e teve algumas namoradas nesse período. A primeira internação se deu em 1962 no antigo Hospital Santa Izabel em Campinas, SP, após apresentar episódio de heteroagressividade em uma partida de futebol. No ano seguinte, em 1963, internou no Sanatório Cândido Ferreira em Campinas, SP, pelo mesmo motivo e pelo abuso de bebidas alcoólicas. A terceira internação se deu em 1968 no Hospital Bezerra de Menezes no município de Rio Claro, SP, onde permaneceu por um ano e meio. O pai faleceu nesse período. Posteriormente, passou por mais uma internação no Hospital Psiquiátrico Allan Kardec em Franca, SP, e depois, seguiram-se múltiplas internações no Instituto Bairral de Psiquiatria em Itapira, SP. Posteriormente, foi encaminhado à Casa de Saúde Bierrembach de Castro em Campinas, SP, onde permaneceu por duas semanas. De lá, foi encaminhado em 10 de abril de 1989 pela promoção social para o Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências em Sorocaba, SP. Em seu encaminhamento constava: “Distúrbio de comportamento com várias internações. Comportamento de descuido pessoal, discurso com ideação paranoide, inadequação no comportamento com impulsividade acentuada. Uso de etílicos desde a adolescência”. Após o falecimento da mãe que se deu nesse mesmo ano, usuário passou a ser morador dessa instituição, onde permaneceu por 29 anos consecutivos. Após desospitalização, retornou a Campinas, sua cidade natal, aos 73 anos de idade, em 30 de janeiro de 2018.

A circulação de maneira independente pelo território e o uso da comunidade têm sido fortemente estimulados pelos trabalhadores das residências terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. H.N. chegou desorientado no espaço, com dificuldades para circulação externa à moradia. Inicialmente saía acompanhado por funcionários até o centro de Sosas, distrito de Campinas onde mora, mas atualmente consegue fazer o percurso de ida e volta à moradia de maneira independente. Morador tem feito vínculos com alguns colegas e funcionários. Gosta de assistir futebol e comentar os jogos depois. Apesar de reservado, hoje apresenta mais facilidade para se comunicar do que anteriormente. Frequenta o Centro de Convivência Espaço das Vilas uma vez por semana nas atividades livres do ateliê aberto. Gosta de pintar, especialmente em telas. Não demonstra interesse em trabalhar nas oficinas terapêuticas. Vive atualmente com o Bolsa Família, enquanto aguarda liberação de seu Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Volta pra Casa (PVC). Tem auxiliado nas compras de mantimentos mensalmente para a casa. Equipe tem abordado o usuário quando o mesmo faz uso de bebidas alcoólicas fora de casa, numa lógica de redução de danos. Não apresentou intercorrências significativas até o presente momento. Não apresenta sintomatologia psicótica, e, por isso, equipe questiona seu diagnóstico.

Considerações

Uma das características mais marcantes dos manicômios é em relação a sua tendência de “fechamento”, tanto a nível implícito quanto a explícito, como por exemplo, barreiras e proibições em relação ao mundo externo (GOFFMAN, 2001). Nesse contexto, ocorrem rupturas na qual os indivíduos internos perdem a autonomia em relação às suas necessidades essenciais, formando o grande grupo controlado que está desintegrado com o mundo externo. Devido a décadas de institucionalização e manutenção da segregação da pessoa com transtorno mental do espaço familiar e social não se desconstroem rapidamente pela simples desospitalização do sujeito. Sendo assim, abandonar a lógica manicomial de cuidado se faz um desafio para as equipes de assistência em saúde.

É sabido que a reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado se dá na experiência cotidiana. Ela pode ser compreendida como “reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 1996, p. 15). No campo de ação terapêutica ampliada, ela é capaz de produzir vida e ressignificar trajetórias. O caso relatado é muito singular na medida em que o usuário pôde retornar à vida em comunidade numa idade avançada, na velhice, após décadas de privação da vida social e familiar, sem qualquer vislumbre de liberdade iminente.

A equipe de saúde tem cuidado para não mudar apenas a “roupagem” das tradicionais práticas em saúde mental, mantendo as antigas relações de poder, mas se esforçado para, “saindo dos muros e grades dos manicômios para as salas e serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros serviços substitutivos” (SANTOS, 2008, p. 73), promover autonomia, independência e cidadania no território. A psiquiatria tradicional sempre viu a cronificação e o empobrecimento do portador de transtorno mental como intrínsecos ao adoecimento, mas pesquisas epidemiológicas recentes demonstram que, tanto a cronificação quanto o empobrecimento citado, se devem a um conjunto de variáveis externas ao indivíduo. Tais variáveis podem ser modificadas por meio de um processo adequado de intervenção (LUSSI, 2006). Assim, a necessidade de reabilitação coincide com a necessidade de se encontrarem estratégias de ação que estejam em relação mais real com as variáveis que parecem mais implicadas na evolução da psicose (SARACENO, 2001, p. 17). Santos (2008, p. 73) afirma que a reabilitação psicossocial deveria fazer uso de todas as técnicas existentes em benefício das “necessidades dos usuários e as oportunidades/recursos existentes no contexto de vida dele”, estimulando sempre a singularidade nas escolhas de vida – vida agora em liberdade.

Referências

PITTA, Ana Maria Fernandes. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. (SaúdeLoucura, 10)

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

SARACENO, Benedetto. *Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio*. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996a. p. 13-8. (SaúdeLoucura, 10)

SARACENO, Benedetto. *Reabilitação psicossocial: uma prática à espera da teoria*. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 150-154. (SaúdeLoucura, 10)

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia*. 6. ed. São Paulo: EdUSP, 2008.

LUSSI, IAO, PEREIRA, MAO, PEREIRA JÚNIOR, A. *A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?* Rev.Latino-am Enfermagem 2006; 14(3):448-456.