

XVIII

CIC

XI ENPOS
I MOSTRA CIENTÍFICA



Evoluir sem extinguir:
por uma ciência do devir



OS RESULTADOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA VISÃO DA EQUIPE

FRANZMANN, Uiasser Thomas¹; DEMARCO, Daiane de Aquino²; ESLABÃO, Adriane Domingues³; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger⁴; KANTORSKI, Luciane Prado⁵

¹Acadêmico do 6º Semestre de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL, bolsista de Iniciação Científica da FAPERGS, thula333@hotmail.com

²Acadêmica do 4º Semestre de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL, bolsista de Iniciação Científica do CNPQ; daianearg@hotmail.com

³Acadêmica do 4º Semestre de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL,

⁴Enfermeira;

⁵Profª Enfermeira Doutora em Enfermagem, orientadora, kantorski@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

A atenção psicossocial é entendida como um atendimento diferenciado oferecido ao indivíduo portador de sofrimento psíquico, visando à reabilitação psicossocial. Esse atendimento deixa de centralizar-se na doença e passa a perceber o sujeito como um ser ativo e autônomo, pleno de capacidades a serem exploradas e desenvolvidas.

Segundo Saraceno (2001) a reabilitação psicossocial é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o indivíduo, para sua família e à comunidade ao seu redor.

O resultado da atenção psicossocial pretende, segundo Costa Rosa (2000), promover um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele possa se reconhecer como um dos agentes implicados no sofrimento psíquico, ao invés de apenas sofrer os efeitos dos conflitos e contradições que o atravessam considerando o contexto da vida e em específico do sofrimento, e se posicione como um agente de mudanças. Este reposicionamento necessita ser pensado a partir de uma ética da singularização das demandas do sujeito, indo além do transtorno e que abarque as múltiplas dimensões de sua existência.

O objetivo deste trabalho é descrever os resultados da atenção psicossocial na visão da equipe de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. METODOLOGIA

Empregou-se análise baseada na interpretação qualitativa das entrevistas semi-estruturadas realizadas com oitenta e oito membros de equipe de cinco CAPS da Região Sul do Brasil, localizados em cinco municípios, a saber, Alegrete - RS, Joinville - SC, São Lourenço do Sul - RS, Porto Alegre - RS e Foz do Iguaçu - PR.

Os dados integraram a Pesquisa de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil – CAPSUL e foram obtidos com a autorização prévia da coordenação do estudo. Esta pesquisa foi realizada através de uma investigação desdobrada em um estudo qualitativo e um estudo quantitativo.

No Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS, foi utilizado o referencial de quarta geração, construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética de Guba e Lincoln (1985) adaptado por Wetzel (2005), e selecionados intencionalmente cinco CAPS nos cinco municípios supracitados. Sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, conforme ofício nº. 014/07 de 16 de abril de 2007.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da atenção psicossocial buscam sintetizar as experiências de todos os envolvidos no processo terapêutico, onde existem convergências e singularidades, que na soma implicam na ruptura do modelo tradicional de assistência. Nesta tentativa de romper com o modelo estes quatro eixos mencionados pela equipe, quais sejam, atendimento integral, oficinas terapêuticas, atuação interdisciplinar e suporte para usuários e familiares.

Entendemos a atenção psicossocial como um **atendimento integral** e diferenciado oferecido ao usuário, o qual visa à reabilitação psicossocial. Essa é uma nova forma de tratamento, em que um dos eixos norteadores das ações consiste na manutenção do portador de sofrimento psíquico fora dos manicômios, oferecendo uma nova possibilidade de tratamento, compartilhado e exercido na família e na comunidade. O atendimento deixa de centralizar-se na doença e passa a perceber o sujeito como um ser ativo e autônomo, pleno de capacidades a serem exploradas e desenvolvidas.

Evidencia-se o comprometimento da equipe em proporcionar ao usuário esse atendimento:

“A gente procura fazer um atendimento bem voltado ao usuário. Vendo as necessidades dele, o que está acontecendo. Ajudando-o como pessoa. [...] o nosso serviço, que difere dos outros, porque aqui se trabalha muito o lado humano [...]. Também, isso ajuda a diferenciar o nosso serviço. [E (1) 16]”

Rottelli (1990) afirma que “a desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos”, ou seja, desconstruir o imaginário social do louco trancafiado consiste num exercício teórico- prático cotidiano de criar formas de lidar com o desconhecido.

Em um serviço que tem a pretensão de construir o cuidado em liberdade, para nós isso é um dos grandes desafios, porque a população no início achava que as pessoas tinham que ser trancafiadas. [E (1) 6].

Uma das propostas mais relevantes do CAPS consiste na reinserção do indivíduo e a promoção da sua inclusão na sociedade, proporcionando a este a construção de sua cidadania e o habilitando a viver no âmbito social com igualdade.

É assim que vejo o serviço de saúde mental, como uma resignificação da pessoa. Estou tentando resignificar a pessoa, o cidadão, como realmente ele é [...]. Que tenham um caminho, e que possam ser identificados como cidadãos. O cidadão é aquele que vota, aquele que tem a liberdade de tomar uma decisão e ter uma autonomia [E (1) 17]

O CAPS tem como proposta a reinserção/reabilitação da pessoa como cidadão: aquele que escolhe, que tem livre arbítrio toma decisões dentro da

sociedade. Sendo assim, surgem as **oficinas terapêuticas** que ocorrem diariamente nos CAPS, como importante instrumento de tratamento ao paciente em sofrimento psíquico, pois oportuniza aprender algo que lhes possa ser fonte de renda, como também, o ajuda a formar laços de amizade, adquirir hábitos de responsabilidade, entre outros; além de ser uma forma de inserção social destes. A participação nas oficinas terapêuticas fica a critério do usuário que tem garantido o direito de escolher se deseja participar e em qual oficina sente-se mais integrado. Essas atividades desenvolvem um espaço de trocas e negociações, conforme a fala da equipe:

“Existe oficina de guardanapos, são vendidos. Na floricultura a gente vende as mudas, mas é eventualmente, em algumas feiras se vende [...] se vem aquelas pessoas que já deram alta, da oficina terapêutica e vão pra oficinas das geração de renda, ali eles estão produzindo. [E (1) 17].”

Lá tem tapete, tem pintura, tem costura, tem pano de prato, tem crochê, cada um faz o que se agrada. [E (1) 21]

A interdisciplinaridade e a horizontalidade das relações são um diferencial do atual modelo de atenção em saúde mental. Esse possibilita uma ação mais conjunta, na qual existe uma visão coletiva dos acontecimentos, permitindo uma terapêutica derivada da multiplicidade que se sobressai às atuações específicas de cada área (Guljor, 2003). Na fala do integrante da equipe evidencia-se que o CAPS é considerado um local de **atuação interdisciplinar**:

“O que contribui bastante, tu já deve ter notado, a equipe, é a questão do entrosamento da equipe... Contribui para o funcionamento do serviço... Integradas ao serviço, as áreas. Acho que todas as áreas fazem parte, senão só a área médica esta bom...acho importante existir essa integração para trabalhar essa multidisciplinaridade. [E (3) 10]”

Esta equipe apresenta-se com um olhar amplo sobre a saúde mental e não centrada na doença, ou seja, há o envolvimento de profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do sujeito como um todo, considerando seu contexto sócio-econômico-cultural. (COIMBRA, 2005).

A presença de um portador de sofrimento psíquico produz alterações na estrutura familiar. Antes do sofrimento, a pessoa tinha condições de contribuir nas atividades domésticas, nas responsabilidades e financeiramente. Quando há modificação no comportamento dessa pessoa, muda a rotina familiar, porque se sente a falta da ajuda que era compartilhada e ainda acrescenta-se a responsabilidade de ajudar a pessoa doente (COIMBRA, 2005).

Temos a concepção que à família deve ser entendida e apoiada em suas dificuldades, visto que, esta também sofre com o usuário, que é uma extensão da mesma, e vice-versa. E ao estender a assistência ao âmbito familiar é permitido a equipe entrar em contato com fatores determinantes e inseparáveis do processo de saúde-doença, que são as relações e inter-relações entre os membros familiares e destes com a comunidade. Logo, é necessário dispensar um **suporte para usuários e familiares**:

É um serviço fundamental como suporte para as pessoas com transtornos mentais graves. É um serviço substitutivo que funciona bem, de apoio aos usuários e aos familiares, quando sai de uma internação psiquiátrica ou até antes de precisar ir para uma internação. [E (2) 3]

Através da opinião de E(2)14, “ser um serviço bom”, E(2)1 “ser um serviço resolutivo”, E(2)3 “é um serviço fundamental” apesar das dificuldades que o rondam percebe-se as potencialidades do serviço, além disso destaca-se que a equipe acredita no mesmo como sendo um serviço funcional que está atento as demandas das pessoas.

4. CONCLUSÕES

Diante dos resultados acima expostos acreditamos na busca de uma reabilitação que possibilite ao usuário adquirir autonomia, proporcionando qualidade de vida e o reinserindo na sociedade.

O tratamento em saúde mental, sob a visão da atual política de assistência, vai além de evitar a hospitalização do portador de sofrimento psíquico, é mais que impedir o isolamento físico deste, é entender e enfrentar a problemática que emerge com implantação dessa nova organização assistencial.

Salientamos que para sedimentação dessa proposta de atenção psicossocial é necessária a desvinculação do antigo modelo. Para tanto, consideramos indispensável compreender que este é um processo contínuo e sinuoso, e que cabe, tanto a equipe, como a família e comunidade, incorporá-lo e concebê-lo como a opção mais eficaz de atenção em saúde mental.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2001. p. 62 (1999. 176p.)

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio e Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.141-168.

GUBA, E; LINCOLN, Y. Effective Evaluation. Improving the Usefulness of Evaluation Results Throug Responsive Naturalistic Approaches. San Francisco: Jossey-Bass Pub. 1985.

WETZEL, C. Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo. 2005. 290f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ROTTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. (reed. 2001). p. 17-59.

GULJOR, A.P. Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental. 2003, 174f. Rio de Janeiro, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello; OLIVEIRA, Michele Mandagará; VILA, Tereza Cristina; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. A Atenção em saúde mental na estratégia

saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 07, n. 01, p. 113 – 117, 2005.