

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

**Leitura Crítica da realidade cotidiana: processo de retorno à vida em  
comunidade de moradores de hospital psiquiátrico**

Aluna: Francini Valgas de Souza

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Daniela Ribeiro Schneider

Florianópolis, janeiro de 2010

## INTRODUÇÃO

### **O Modelo Manicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira**

O modelo de internação manicomial, predominante como tratamento para a loucura no século XX, teve como produto indesejável um número infindável de pacientes, que uma vez internados, eram abandonados por seus familiares e comunidades, ficando sem condições de retorno a vida comum cotidiana, por perda dos seus vínculos sociais, permanecendo por anos a fio entre os muros dos hospitais psiquiátricos.

As contestações a essas práticas psiquiátricas, predominantemente manicomiais, surgem no Brasil durante a década de 1970. No entanto, apenas em 1989, ocorreu a tentativa de legalização da Reforma Psiquiátrica, através do projeto de lei 3.657/89. No ano de 2001, este foi aprovado e transformado na Lei 10.216, a qual aprovou a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção psicossocial, sendo que a internação tornou-se o recurso último utilizado no processo de sofrimento psíquico, fazendo parte da atenção terciária.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, organizada no seio do Movimento Sanitário, que consolidou a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta como um dos seus principais pilares de sustentação a mudança concreta das precárias condições dos internos dos hospitais psiquiátricos e a busca de alternativas às práticas manicomiais vigentes, concebida em forma de rede de atenção à saúde mental, articulada com a rede de saúde mais geral. Deste modo, no início dos anos 1990, foram apresentadas algumas iniciativas de estruturas residenciais extra-hospitalares, para enfrentar o problema do contingente de pessoas residentes em hospitais psiquiátricos. Dentre estas propostas estão os serviços de residências terapêuticas (SRT).

As residências terapêuticas têm como objetivo oferecer uma nova forma de atenção para pacientes com histórico asilar, com vínculos familiares limitados, que auxiliem na reinserção destes nas comunidades extras-muros hospitalares e que possam contar com apoio de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A reinserção destes moradores de hospitais psiquiátricos nas comunidades pode ser considerada um extenso processo de reabilitação que inclui uma progressiva inclusão social associada à emancipação pessoal com autonomia e liberdade, após tantos anos de segregação e massificação dentro da instituição psiquiátrica.

Para que as alternativas de atenção extra-hospitalares possam evitar a transinstitucionalização ou apenas a desospitalização é necessário que ocorra a descrystalização de princípios fortemente instituídos, como a lógica manicomial, além do desenvolvimento de novas práticas de saúde e consolidação da autonomia destas pessoas, como sujeitos ativos social e comunitariamente.

Muito já foi debatido a respeito dessas formas de tratamentos alternativas e menos degradantes para a população psiquiátrica, porém é pouco citado como readaptar os pacientes que residem em hospitais psiquiátricos à longa data. Em Santa Catarina há um grande número de pacientes que residem nessas instituições e que, de alguma forma, necessitam de intervenção psicológica que os prepare para o retorno a comunidade.

### **O Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina**

No município de São José encontra-se a instituição pública mais antiga do Estado de Santa Catarina, criado em 1941, que tem sua atenção direcionada ao atendimento Psiquiátrico, antigo Hospital Colônia Santana e atual Instituto Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina. Foi planejado inicialmente para 300 leitos, mas em menos de um ano de funcionamento apresentava superlotação, com o número de internações muito superior ao número de altas, produzindo uma imensa categoria de pacientes chamados “asilares”, os quais, por não contarem com suporte adequado na comunidade ou por terem perdido seus laços familiares, depois de longas internações, acabaram residindo no hospital, problemática intrínseca ao modelo de gestão asilar. Essa situação gerou sérios impactos nas condições higiênicas, assistenciais e clínicas da instituição, ocasionando constantes questionamentos acerca das condições de funcionamento e da efetividade de sua terapêutica.

Em 1994, após denúncias das péssimas condições higiênicas, terapêuticas, sociais existentes na Colônia Santana, foram realizadas sindicâncias pelo Ministério da Saúde, já sob os auspícios do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo exigidas reformulações gerais, sob pena de o hospício ser fechado. É assim que o Hospital Colônia Santana transforma-se, em 1996, em Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq), com grandes reformas internas, havendo a separação das alas para pacientes de internação aguda, com 160 leitos, cujo tempo máximo de internação passou a ser 21 dias, e alas para os pacientes crônicos asilares, que hoje moram no

Centro de Convivência Santana, organizado segundo o modelo de Pensão Protegida, com 320 internos.

Os aproximadamente 300 pacientes estão divididos conforme sua condição psicossocial em dependentes (que necessitam apoio constante para as “atividades da vida diária – AVD”), semi-independentes (que necessitam apoio intermitente para as AVDs, mas também tem certo grau de independência) e os independentes (que tem autonomia para gerir suas AVDs). A independência não significa, no entanto, preparo para a vida de cidadão comum. Devida à longa permanência na instituição psiquiátrica, cujas características de instituição despersonalizam os internos, muitas dessas pessoas, senão a grande maioria, perderam suas referências da história de vida, seus vínculos sociais, suas competências e habilidades, dificultando sobremaneira o seu retorno para a vida fora dos muros hospitalares.

Com as normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, as quais exigem a reinserção social dos pacientes asilares, o IPq tem prazo para iniciar gradativamente a diminuição do número de leitos de residentes. Mas, não necessariamente a alta dos moradores do IPq significa a reabilitação dos mesmos, haja vista que a permanência prolongada no hospital acarreta a fragmentação dos sujeitos internos, resultando na modificação das suas competências e habilidades e, assim, dificultando seu retorno ao convívio social.

O processo de reabilitação psicossocial tem de ser agilizado, pois muitos pacientes, asilares do IPq, que retornam à comunidade sem um preparo consistente para o dia-dia extra-muros institucionais pode tornar a saída em temporária. Portanto a preparação para a saída da instituição psiquiátrica deve trabalhar o fortalecimento das relações sociais com a comunidade, bem como a retomada da capacidade produtiva e laboral e a inserção do usuário na rede de serviços e de organizações sociais. Devido a tantas coisas para serem trabalhadas torna-se importante a preparação dos residentes nas instituições para a vida extra-muros.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

Ensinar habilidades necessárias aos moradores do Centro de Convivência Santana (Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina) para lidarem com a realidade cotidiana, tornando-os aptos para o retorno à vida extra-institucional.

### **Objetivos específicos:**

- 1- Construir um espaço para o grupo de moradoras com perfil de independência, permitindo que sejam realizadas atividades com maior liberdade da Instituição, preparando os participantes para a vida na comunidade.
- 2- Fazer atividades de contato com a comunidade, sob supervisão do Serviço de Psicologia do IPq, incentivando as participantes a se envolverem em diversas atividades, que as coloquem próximas da realidade que irão encontrar ao saírem da Instituição.
- 3- Produzir coletivamente textos ao final de cada semana, com o tema trazido pelas participantes do grupo a partir das visitas realizadas na comunidade, visando a reflexão sobre a experiência..
- 4- Possibilitar uma reflexão sobre a questão da loucura, com as participantes, após as atividades de contato com a comunidade.
- 5- Estabelecer um trabalho interdisciplinar com a equipe técnica do IPq, formada por: auxiliares de enfermagem, enfermeiros, psiquiatras, professores, assistentes sociais, psicólogos, visando a reinserção social destas moradoras.
- 6- Contribuir com a reinserção social de cada indivíduo institucionalizado.

## METODOLOGIA

O projeto atingiu diretamente um grupo de nove mulheres, as quais eram residentes do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina e tinham como característica a autonomia para a realização das atividades da vida diária.

Cotidianamente as moradoras foram acompanhadas no processo de reinserção social em suas atividades de aproximação da comunidade extra-muros.

Este projeto é continuidade do desenvolvido em 2008, por outra bolsista de extensão.

Foram realizadas atividades de:

- 1- Contato com a realidade da vida cotidiana do cidadão comum, a partir de visitas à comunidade extra-muros;
- 2- Leitura da realidade cotidiana, a partir da reflexão acerca das visitas;
- 3- Produção de conhecimento sob a forma de texto;

Esses três passos foram realizados semanalmente, desde o mês de maio **até dezembro do ano de 2009:**

1) O contato com a realidade da vida cotidiana do cidadão comum foi realizada sob a forma de grupos de contato com a comunidade. Nestas saídas com os grupos de contato o grande grupo era dividido em dois e estes alternavam os dias de saída. O grupo que saía fotografava algum elemento que achasse interessante para contar para as outras pessoas que não tinham saído, este elemento poderia ser qualquer coisa que instigasse um debate e que ajudasse na reflexão sobre a vida extra-muros e dentro do Ipq, além de contribuir para uma releitura do cotidiano.

O principal objetivo das saídas foi mostrar a realidade concreta, refletindo com elas as regras e comportamentos previstos em diferentes ocasiões extra-institucional. As saídas foram alternadas entre uma simples volta ao redor da Instituição, a visitas a escola profissionalizante, farmácias, lojas, sempre dependendo das condições psicossociais e disposição do grupo.

2) Depois de realizadas os passeios e visitas, foram elaboradas, na sala de atividades do Centro de Convivência Santana, uma reflexão acerca de tudo que foi percebido por eles.

3) Debates e trocas de experiências entre as participantes foram de fundamental importância para o surgimento de diálogos reflexivos, assim, utilizamos essa reflexão para a produção de textos no formato de jornais informativos. Estes continham informações sobre a saída nos grupo de contato e informações pessoais das participantes, as quais faziam uma ligação entre o assunto a o passado delas e contribuía, e muito para o processo de reflexão e desconstrução da loucura.

## **RESULTADOS ALCANÇADOS**

### **Dificuldades enfrentadas:**

No decorrer da realização do projeto foram encontradas algumas dificuldades em incluir as moradoras em atividades desenvolvidas na comunidade. A comunidade em volta do hospital apresentou empecilhos devido a uma compreensão inadequada de que as moradoras não fazem parte desta comunidade por serem moradoras de um hospital psiquiátrico, indicando a necessidade de um trabalho de desconstrução de preconceitos na comunidade vizinha ao IPq. Também houve dificuldades dentro da própria instituição, devido a problemas administrativos e burocráticos que atrapalharam o andamento das atividades.

Desta forma, tentamos utilizar os fatos concretos para realizar reflexões e uma releitura do cotidiano extra-muros, e com isto trabalhamos dentro das condições possíveis para que pudéssemos alcançar os objetivos iniciais de tentativa de reinserção na comunidade.

### **Conquistas:**

O diálogo entre as participantes foi estimulado por meio de debates e troca de experiências, os quais foram imprescindíveis para que elas identificassem situações que ocorreram em suas vidas, anteriores às internações, tirando o misticismo e o fatalismo como explicação central. Dessa forma a insegurança de cada uma em sair da instituição foi diminuindo, pois elas passaram a perceber que não há nada “preso” a elas, que as façam cometer “loucuras” e as lancem na necessidade de permanecer em um hospital.

Foi possível, também, refletir com as participantes sobre as regras e comportamentos previstos em diferentes ocasiões extra-institucional e como isto implica na vida das pessoas, oferecendo-lhes condições práticas e reflexivas de enfrentar a vida cotidiana.

Muito além do aprender a ler-escrever seus nomes e outras palavras de nossa língua, houve um aprendizado de comportamentos necessários para a autonomia das moradoras do hospital, pois antes desse aprendizado as moradoras tinham maior dependência da equipe técnica para realizar suas escolhas. Esse aprendizado também contribuiu para conscientizá-las das condições que as mantêm na instituição e das condições necessárias para ter uma vida mais ativa fora da instituição.

## CONCLUSÃO

Com a experiência proporcionada pelo projeto de extensão, desde as dificuldades encontradas para a reinserção aos resultados positivos, como o trabalho para a autonomia e as reflexões realizadas, pode-se perceber que é essencial o trabalho de desconstrução de princípios e preconceitos já instituídos nas comunidades.

Além da desconstrução dos preconceitos, é necessário atentar-se para que a lógica manicomial não se reproduza nas residências extra-hospitalares evitando uma transinstitucionalização, ou meramente a desospitalização.

Como o público alvo era um grupo de nove moradoras, tivemos como iniciativa o trabalho diretamente com elas, mas na expectativa que esta experiência possa repercutir de maneira a incentivar outras iniciativas que venham ao encontro deste projeto, tanto dentro quanto fora do Ipq.

Mesmo com as dificuldades encontradas na comunidade e na própria instituição na tentativa de reinserção social, pode-se constatar que houve um aumento na autonomia das mulheres já institucionalizadas e uma preparação para a vida extra-muros.

## **RECOMENDAÇÕES**

Um dos pontos preconizados pela Reforma Psiquiátrica é o ganho da independência do paciente do hospital que lhe serviu de residência por tanto tempo, aliada a reinserção na comunidade fora do hospital. Para que isto ocorra de maneira ordenada, é necessário, além de uma política específica, o investimento em projetos acadêmicos que venham a contribuir para a concretização da desinstitucionalização.

O investimento em projetos que visam contribuir para a melhora das condições de vida da população, além de beneficiar o público alvo é de fundamental importância para a formação de futuros profissionais mais preocupados com a realidade extra-instituição acadêmica trabalhando e conhecendo realidades e sujeitos reais e não apenas abstratos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde (2000a). Portaria nº 106/2000.
- Brasil. Ministério da Saúde (2000b). Portaria n.º 1.220/2000.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004b). Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde,.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004c). Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.
- Brêda, M Z et al. (2005 - maio/jun). Duas Estratégias e Desafios Comuns: A Reabilitação Psicossocial e a Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, p. 450-452. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a21.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2010.
- Dimenstein, M. (2006). O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC*, Barbacena, V. 04, N. 06, p. 69-83. Disponível em: <<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/420/42000607.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2010.
- Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, p.785-795. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30993.pdf> > . Acesso em: 03 jan. 2010.
- Junior, H. S.; Silveira, M. F.; Oliveira, C. C. (2009 - mar./abr). Além dos muros manicomial: conhecendo a dinâmica das residências terapêuticas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, p. 187-193.. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a03v62n2.pdf>> Acesso em: 03 jan. 2010.
- Resgalla, R. M.; Freitas, M. A. (2004 - Abr./Jun) A Residência Terapêutica: O Melhor Lugar de se Viver. *Revista Mineira de Enfermagem*, Minas Gerais, v.8, N. 2, p. 283-289. Disponível em: <<<http://www.enf.ufmg.br/reme/remev8n2.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2010.
- Suriyama, R. B.; Rolim, M. A.; Colvero, L. de A. (2007). Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.16, n.3, p.102-110. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/10.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2010.