

# Gestão da psiquiatria na comunidade

Evaristo Pasquale<sup>1</sup>

Tradução: Maria Alice Ornellas Pereira<sup>2</sup>

## Resumo

Este artigo é endereçado sobretudo aos profissionais da saúde mental que exercem funções políticas e assistenciais de base. É apresentada uma moderna proposta de assistência à doença mental grave na comunidade. Essa, embora seja baseada no modelo de Trieste (Itália), é exportável a outros contextos e realidades, onde haja interesse em mudanças estruturais na forma de assistência psiquiátrica, já que o antigo modelo de Hospital Psiquiátrico tem se mostrado pouco civil e antiterapêutico.

**Palavras-chave:** comunidade; contexto; desinstitucionalização; responsabilidade.

PASQUALE, E. Gestão da psiquiatria na comunidade. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 27-34, out. 2000.

## Introdução

Após os movimentos de críticas institucionais aos Hospitais Psiquiátricos Pós-Segunda Guerra nos países ocidentais como os Estados Unidos da América com Goffman, na Inglaterra com a Psiquiatria Social e a Antipsiquiatria, na França com a Psiquiatria de Setores, na Itália com a Psiquiatria Democrática e a Lei 180, atualmente, a prática assistencial mundial, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), consiste na dotação de recursos sempre menores aos Hospitais Psiquiátricos, com utilização moderada de pequenas repartições psiquiátricas nos Hospitais Gerais, e um deslocamento de recursos em direção às estruturas comunitárias mais elásticas, contextualizadas, com a possibilidade de intervir de maneira mais individual e humana. Assim, reduz-se o aspecto da resistência do distanciamento dos serviços sanitários e se acentuam as atividades de confrontar e tratar o sofrimento da pessoa e de seu núcleo micros social.

Nessa ótica, faz-se necessário assumir a coragem científica de não mais aceitar os hospitais psiquiátricos como depositários das doenças mentais fora de um contexto sanitário, como se fossem lugares impenetráveis e de impossíveis mudanças. Também, não se aceitam centros comunitários de saúde que se ocupem só dos níveis psicológicos problemáticos, deixando de lado a saúde mental daquele bairro ou região e, conseqüentemente, sem tratar o sofrimento mental grave.

Faz-se necessária a criação de novas estruturas e recursos. Em Trieste, onde Basaglia fechou o Hospital Psiquiátrico, trabalhamos com a “ilusão” de conseguir gerir toda a psiquiatria no território em estrutura integrada com a comunidade, melhorando a assistência e usando os recursos existentes.

<sup>1</sup> Psiquiatra do Departamento de Saúde Mental do Serviço Sanitário Regional de Trieste, Itália. Endereço para correspondência: Via Dei Capuano, 2. Trieste, Itália. 34124.

<sup>2</sup> Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP). Rua Campos Salles 330, ap. 74. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. CEP 14015-110. E-mail ornelas@glete.eerp.usp.br

Para Basaglia (1968), esse modelo é exportável para qualquer lugar onde existam técnicos interessados mais no doente do que na doença, e haja administradores dispostos a organizarem serviços mais elásticos e civis.

Articularemos essas reflexões dividindo entre crise e cronicidade, sem anteriores especificações.

## **Crise Psiquiátrica**

**Não é só um evento médico que se possa resolver com uma intervenção. É um evento humano muito mais complexo.**

De imediato, a intervenção médico-sedativa pode ser necessária para bloquear os caminhos destrutivos, como o procedimento de sedar a ansiedade com ansiolítico (diazepam) ou a agitação com neuroléptico (clorpromazina).

Faz-se necessário aceitar a frustração de bloquear só os sintomas como a agitação, a agressividade, a confusão, a tentativa de suicídio, a angústia, a ansiedade catatônica (sofrimento interior, comportamentos estranhos) por terem conseqüências para a pessoa que sofre e para as pessoas ao seu redor.

Mas, utilizando os fármacos como mediadores de relações (redutores da ansiedade, da agitação, da confusão), é preciso também voltar a atenção sobre as elaborações dos sistemas, na releitura com o paciente, dando a esses fatos um sentido dentro do seu percurso existencial, evitando recidivas futuras. Às vezes um diagnóstico muito rápido pode trazer prejuízos à pessoa e perdem-se elementos importantes que poderiam ajudar na compreensão do distúrbio atual.

**A crise é o informante da ruptura de um equilíbrio entre a pessoa e seu ambiente externo. Às vezes mais um alarme social do que um risco pessoal.**

Torna-se importante esclarecer o que está rompido nas relações, tais como por que é diminuída ou rompida a tolerância às diferenças, por que a diferença está ligada ou torna-se doença, e que função desempenha na família e no ambiente. Essa ruptura normalmente acontece entre o mundo interno e o externo da pessoa; quanto menos ela pode reconhecer-se positivamente no seu externo, tanto menos sustenta ou tolera a imagem interior de si mesma, podendo abandonar-se à auto-desvalorização.

**A crise é um confuso pedido de ajuda, porque é consumida a capacidade de exprimir corretamente um apelo.**

Se perder a esperança de ser escutado depois de várias vezes, e as instituições não o acolherem ou não puderem ouvir, a voz cai no vazio e pode se dar uma redução de possibilidades existenciais. Com o fim das expectativas positivas da vida, resta um sofrido tatear em um caminho obscuro.

**A crise é um sinal para a ação não especificamente sobre ela própria (crise), mas sobre a situação que a indica e que abre caminhos às intervenções.**

Faz-se necessário moderar a nossa impaciência de fazer tudo e velozmente, para pensar e organizar meios para o seguimento da assistência.

## **Tratamento**

O que fazer? Diagnósticos diferenciais são importantes para não confundir um fenômeno psicológico com graves alterações orgânicas como traumas, tumores, meningoencefalites, doenças do metabolismo etc.

Bloquear os sintomas agudos com a sedação psicofarmacológica ou com comportamentos específicos de acolhimento da ânsia, de co-divisão do sofrimento, da troca humana, segundo a possibilidade afetiva da pessoa e do contexto.

Mas o mais importante é implantar um programa terapêutico fora do modelo médico. Como?

1. Envolvendo os outros sujeitos na leitura e na gestão da crise, evitando o “sequestro da especialidade”, recusando uma leitura somente sintomática, propiciando a reconstrução da história de vida do paciente e recolocando suas dificuldades no jogo dos problemas existenciais.

Nos manicômios, e também nos serviços mais modernos de psiquiatria, encontram-se eficazes repartições e distribuições de pacientes segundo os sintomas (eficazes para o controle), mas sempre se perdem depois de poucas semanas a memória da pessoa, seus gestos, seu contexto, sua trajetória, enfim, é perdido o “fio de Ariana” para se tentar reconstruir o seu presente e o seu futuro.

2. Reestruturar, no paciente e nos familiares, a cultura da diferença, da doença que não é incompreensível, e fazer, dos momentos de incompreensão, uma oportunidade de elaboração da idéia de que não é destino crônico irrevogável de loucura. O destino de cronificação é determinado também pela desconfiança do ambiente na recuperação do paciente, que depois a absorve para si.

Torna-se importante a ajuda dos profissionais envolvidos, a contribuição para o resplandecer nos pacientes, familiares e comunidade, as possibilidades alternativas de leitura da loucura, de tratamento e seu destino depois interiorizados (Warner, 1985).

Segundo Ciompi *et al.* (1992), as expectativas que o ambiente tem sobre a pessoa são talvez a cobertura maior para envolvê-la, ajudá-la ou esmagá-la.

Isso chama os técnicos, familiares e amigos, à responsabilidade de criar um futuro para o paciente de um modo tão forte que se torne a corda que o isenta do angustioso pântano em que está se afundando.

3. Oferecer uma relação de confiança com o mundo, com nosso nível de escuta, de crédito, de dignidade, de encontro e de momentâneo depósito de mal-estar é um esforço emotivo, não só um esforço profissional de repartir a cada vez a construção de uma relação com o paciente em crise. Isso requer a colocação de nossa energia pessoal à sua disposição, para que este sujeito destruído possa ser “aquecido” e possa pensar que vale a pena tentar uma outra vez.

Se pretendemos para nós a segurança do percurso uniforme, no qual se anulam as características distintas das pessoas, podemos também encontrá-la na psiquiatria biológica. Esta responde a cada sintoma com um particular fármaco e assim deduz, considera, julga e acredita ter cumprido o seu dever.

4. Provocar uma carga afetiva nos familiares e na comunidade em direção à pessoa que necessita de ajuda (como um choque afetivo, um psicodrama coletivo). Isso reabre em nós as portas e contribui para as reinvenções de percursos novos, no sulco da cultura local, na qual devemos nos esforçar para que sejam recolocadas as novas possibilidades.

Assim se pode sair da repetitividade das dinâmicas destrutivas da crise, muitas vezes exercidas na assistência do diálogo estéril e da imobilidade. Reaproximando familiares, amigos, vizinhos e instituições à perturbação mental, humanizando e personalizando-a com o contágio das suas tradições e de suas

raízes, mediadas pelas figuras representativas da comunidade que a nossa presença deve pedagogicamente envolver. Ou seja, ajudar a propiciar, dar de novo ao paciente e à rede familiar a possibilidade de um protagonismo humanitário, quase ancestral e tribal, protagonismo esse que reconstrua relações mais eficazes, mais satisfatórias que antes do início da crise.

Alguma coisa a mais pode sempre fazer se existe uma comunidade dotada de atribuições e competências, com uma estratégia de mudança do velho e comprometida na construção do novo.

5. Construir, na equipe de serviço de Saúde Mental, um projeto de mudança com etapas progressivas e concretas. Somente a formação de um grupo pode se encarregar das muitas tarefas e atribuições cotidianas e, sobretudo, tolerar o peso do não resolvido. Nesse grupo cada um dos membros pode colaborar com a sua especialidade profissional, não perdendo a visão de uma estratégia global.

Este projeto deve valorizar ao máximo as energias presentes no contexto, tentando recolocar os recursos públicos concretos (fármacos, hospital-dia, encontros de grupos coordenados, inserção em trabalhos sociais, entre outros). Deve ativar também a possibilidade de troca humana e de habilidades, de auto-ajuda, de condizância experiencial-afetiva com os outros sujeitos que possam ou não estar em crise.

6. Assumir a responsabilidade da situação no caso de não haver outros sujeitos a fazê-lo, também em situações nas quais emergem elementos de hetero e auto-agressividade e periculosidade. Esses são elementos humanos do caráter, às vezes acentuados na paranóia, na confusão tóxica ou demencial, na suspeita do oligofrênico ou na megalomania contrastada, mas, sobretudo, elementos construídos no imaginário coletivo sobre a loucura.

Normalmente, a agressividade, já presente no caráter e na história da pessoa, é acentuada pelo medo de ser agredido e do qual tende a defender-se.

É prudente enfrentar a situação com atenção mas com serenidade, em grupo, evitando provocar temores com efeito espelho (ou seja, mostrando-se agitado). Espera-se construir, antes de afrontar a pessoa, um ambiente que permita um clima sereno, com o fator tempo presente, com mais soluções e não fazê-lo de um modo que os próprios profissionais sintam-se contra um muro, sem opções claras.

É importante, porém, não abandonar a pessoa ao seu próprio sofrer e ao seu destino, obrigando-a inevitavelmente ao confronto, muitas vezes com a polícia, com a sedação e com a internação.

Enfim, quanto maior é o suporte social, menor será a necessidade de repressão e sedação. O verdadeiro tratamento inicia com a abertura da possibilidade de comunicação com o sujeito, e, depois, pode-se envolvê-lo de tal forma que coopere no projeto de superação de suas dificuldades existenciais.

Quando criamos para a pessoa a possibilidade de participar conosco de mudanças para a sua vida, é despertada sua rede social no sustento, é cessada a emergência e inicia-se o trabalho de sua verdadeira recuperação.

### **Reabilitação da Cronicidade Psiquiátrica**

Quando não há uma boa resposta institucional à crise e seus significados, com um tratamento escalonado no tempo, adequado aos problemas psicofísico-sociais interdependentes e coligados, permite-se que os problemas e o mal-estar tornem-se crônicos.

Podemos lembrar percursos institucionais que facilitem a cronicidade:

- A reclusão no Hospital Psiquiátrico, onde o paciente é abandonado sem direitos nem limites de tempo, sofrendo um apagamento ou extinção de sua sintomatologia e de suas potencialidades humanas;

- Silenciamento superficial dos sintomas puramente farmacológicos, executado em qualquer ambulatório ou departamento médico;
- A institucionalização doméstica. Depois de estigmatizado na sua loucura como improdutivo e incommunicante, é abandonado deprimido sobre o leito ou recluso em seu quarto;
- O isolamento dos marginais nos bairros miseráveis fora dos lugares produtivos e de convívio social, associados à real impossibilidade de obter direitos como luz, água, condições mais dignas de vida e de assistência hospitalar etc.

Sabendo desse percurso institucional propiciador de cronicidade, o primeiro objetivo é o de evitar ou não dar lugar a um percurso patogênico, para depois criar um percurso terapêutico.

### **Traços de Recursos Reabilitativos**

1. Garantia de escolhas relativas mesmo que sejam expressas de forma confusa como nos delírios, respeitando o direito de interação mesmo que fora ou além de nossa lógica, garantia da comunicação gestual considerando que talvez seja a única forma de se fazer ouvido, garantia das habilidades residuais nunca indagadas, valorizadas e inúteis em estruturas totais de aniquilamento humano. Dos loucos sem história e sem identidade, necessitamos encontrar os sujeitos e recolocá-los no evento histórico dinâmico da sua doença, na trajetória de sua vida; ou seja, poder ler o sistema complexo no qual se colocam seus eventos pessoais.
2. Descronificar a instituição. Cronificação dos sintomas é, sobretudo, cronificação da falta de respostas institucionais.

Há necessidade de se modificar as regras não mais funcionais que guiam as condutas até então adotadas reproduzindo-se ao infinito as vidas dos pacientes institucionalizados.

Valorizar os sujeitos (pacientes e profissionais) nas suas funções dentro das instituições, valorizar as individualidades, os espaços de afetividade (o quanto a afetividade é permitida dentro da instituição é um indicador de sua elasticidade e humanidade) e de criatividade dos trabalhadores de saúde.

Isso destrói as regras manicomiais, regras baseadas na homologação da ausência de direitos, da não identidade e poderá levar a modificar a dinâmica dos hospitais psiquiátricos, em que a pessoa internada foi muito modificada, normalmente pode modificar muito pouco suas atitudes para consigo mesma no reconhecimento dos direitos de liberdade, de autonomia etc. Dessa forma, é fundamental que se preste atenção às mudanças de cada paciente, ocupando-se de seu espaço pessoal (armário, roupas, saídas etc.).

Desinstitucionalização não significa desospitalização, modificação da etiologia da doença ou o tipo de cuidado, mas principalmente transformar as relações de poder existentes entre instituição e indivíduo, criando assim uma diferente reprodução social das pessoas e inventando saúde (Rotelli *et al.*, 1987).

Desinstitucionalizar uma instituição psiquiátrica significa um procedimento por etapas, partindo do interno, ou seja:

- Eliminar as medidas de contenção física;
- Reconhecer os direitos humanos dos pacientes;
- Abolir as tutelas jurídicas, considerando que o paciente pode, voluntariamente, colaborar com o seu cuidado;
- Abolir o estatuto de periculosidade social dos “loucos”;
- Abolir a ergoterapia como prescrição terapêutica ou prêmio, introduzindo o direito ao trabalho;
- Permitir lugares reais e simbólicos de autonomia e reprodução de hábitos pessoais (objetos, armário, quarto, correio etc.);
- Reensinar aos pacientes a viverem consigo e com os outros.

Após a adoção destes procedimentos no interior da instituição, é possível abrir as portas do manicômio ou do lugar que substitua! Nesta fase, pode-se pensar nos serviços externos substitutivos. São centros de atendimento na comunidade, responsáveis pela saúde mental de uma área geográfica, dotados de estruturas adequadas às necessidades assistenciais dos cidadãos, sem a possibilidade de delegar a outros, ou passar para frente, os problemas e as pessoas.

Dessa forma, cria-se um modelo operativo-social com as outras instituições, além da criação da cultura da solidariedade e vivência de cidadania.

3. Novas legislações são necessárias para a criação do direito à saúde, direito de poder usar serviços de saúde que realmente cumpram o seu papel. Conjugando o direito do paciente a não querer o tratamento e o dever do trabalhador em saúde mental em não abandoná-lo à sua própria sorte, direito ao cuidado e à responsabilidade do Serviço de Saúde Mental de cuidar para que só excepcionalmente use tratamento obrigatório. Nessas situações, busca-se sempre um consenso e bom senso.

A Lei italiana 180 fala da importância dos trabalhadores de saúde mental respeitarem o paciente e sua liberdade, de concretas garantias legislativas sobre os direitos sociais (educação, habitação, trabalho, sexualidade, expressão de idéias, qualidade de vida, entre outros) e os recursos e os meios para efetivá-las.

Faz-se necessário favorecer o acesso aos direitos sociais, lembrando que o direito não é automaticamente garantia de justiça!

Os Indicadores de Acesso aos Direitos Sociais são:

- Autonomia pessoal;
- Educação e formação profissional;
- Capacidade de exprimir, compreensivelmente, as próprias idéias;
- Informações sobre *onde e como* obter recursos;
- Capacidade de usá-los etc.

Reabilitar significa restituir às pessoas a capacidade de exercício pleno dos direitos de cidadania a que deveria ser uma prioridade.

Este trabalho pressupõe, para os trabalhadores de saúde mental, não só saber técnico, mas também uma compreensão do social, a capacidade de edificar, de construir estratégias operativas, para que estas ajudem na mudança da vida dos pacientes, criando uma emancipação progressiva da doença, do estigma e da instituição.

Reabilitar não é preencher o tempo muitas vezes com objetos inúteis, não é dar meios inutilizáveis à pessoa, não é tutelá-la. É um encargo de mediação entre o sujeito e os objetos e depois entre os vários sujeitos: pacientes, familiares, vizinhos... “impele os contra-sensos nas tramas da mediação” (Rotelli *et al.*, 1987). Essa negociação é o reconhecimento do outro, de sua parte e direitos na comunidade, considerando também a sua “ótica diferente”.

4. Reabilitar significa também enfatizar, liberar e potencializar as energias residuais da pessoa e que ficaram escondidas sob os sintomas (Bennet & Watts, 1983). Significa reforçar os comportamentos positivos (autonomia fisiológica e relacional, uso de espaço, uso de habilidades...) de seu contexto (possibilidade afetiva de familiares e amigos, desejo de ajudá-lo), o congelamento dos recursos nas estruturas manicomiais (médicos, enfermeiros, operadores, recursos econômicos...), coligando-os com o restante do circuito (outras agências sociais) e tentando integrar os meios privados com os públicos; estes, sempre em destrutiva competição, em vez de estabelecer uma política de recursos mais saudáveis.

5. A integração dos recursos pode, mais facilmente, derivar a integração dos sujeitos participantes aos lugares comuns, a integração do paciente com os outros cidadãos, em grupo de tempo livre e de atividade de trabalho, de comunidades naturais e organizações institucionais.

Assim, pode-se recriar o calor terapêutico da solidariedade social que dá ao “louco” possibilidades de relação, sem que miseráveis espaços psiquiátricos tentem substituí-lo.

6. Talvez uma abordagem fenomenológica existencial ajude a redefinir, a não deixar institucionalizados também os novos serviços territoriais, tentando compreendê-los e ajudá-los a reprojeta-se.

Quando analisamos as necessidades dos pacientes, emergem várias faces de problemas não resolvidos que a doença personaliza e categoriza, e a intervenção terapêutica deve adequar-se e fazer-se presente.

### Considerações Finais

A compreensão da prática, baseada na participação, pode ser catalisadora e contribuir na mudança que nenhum método técnico e frio sozinho poderia fazer. Ao contrário, esses métodos, excessivamente técnicos, podem servir de referência na tentativa de se evitar reproduções de esquemas patológicos.

A análise das necessidades complexas de um paciente leva-nos a colocá-lo em áreas específicas (assistenciais, relações humanas, familiares, trabalho etc). Então, interagir com o seu sofrimento significará interagir também com essas áreas de problemas.

Isso é imprescindível quando o paciente é muito regredido, pouco estimulado e não consegue iniciar o percurso de expressão das necessidades. É importante a presença calorosa do profissional que o ajude no percurso de reapropriação de habilidades esquecidas e de experiências conflituais, seja da triangulação de sua solidão sobre objetos que o engajem ou que lhe sirvam de referência com o real.

Os significados neste percurso são imprescindíveis. Uma ação aparentemente insignificante pode revelar-se catártica se recolocar o doente em sua própria história de vida. Muitas vezes uma intervenção mais dispendiosa e trabalhosa pode revelar-se absurdamente inútil se não for ao encontro dos símbolos e da história de vida da pessoa.

O ato de recolocá-lo em sua casa, com seu espaço para agir e refugiar-se, oferece-lhe oportunidades de recuperação da socialização, de recuperação de suas habilidades, de ocupação em agências de trabalho mais sensibilizadas, de reabrir os espaços comunicativos na família e no seu ambiente social, de dar-lhe novamente a consciência do próprio corpo simplesmente orientando-o a lavar-se, a cuidar-se, a barbear-se. Se não pode ser autônomo, é possível acomodá-lo em sua casa protegida, para que possa percorrer gradativamente as etapas desfocadas pela doença.

Isso vem pressupor não somente novas epistemologias psiquiátricas, diferentes disponibilidades administrativas e políticas, mudanças culturais sobre a loucura, mas também novas indicações para a *práxis* cotidiana de cada serviço.

Para o profissional, de certa forma frustrado (depois de anos de trabalho com pacientes crônicos, com resultados dúbios e incertos), e contra o risco de defender-se atrás de seu papel, a recomendação ou a receita de uma técnica resolutiva é: “o segredo é que não existem segredos, mas a necessidade de vivermos essa questão e nos colocarmos em busca... destruir a esperança de delegar a alguém (a um mestre) ações fora de nós”.

E quando estivermos conscientes será mais fácil transmitir ao paciente que a única finalidade terapêutica é que ele seja participante do projeto de mudança de sua vida, porque qualquer melhoramento, seja de qualquer nível de destruição humana que se parta, é sempre possível.

BASAGLIA, F. *L'istituzione negata*. Torino : G. Einaudi, 1968.

BENNET, D; WATTS, F. *Theory and practice of psychiatry rehabilitation*. London : J. Wilm, 1983.

CIOMPI, L *et al.* The pilot project "Soteria Berne" Clinical experiences and results. *British Journal of Psychiatry*, v. 18, p. 145-153, 1992.

ROTELLI, F *et al.* Desinstitucionalización: otra vía (la Reforma Psiquiátrica Italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados). *Rev. Ass. Esp. Neuropsiq.*, v. 2, n. 21, p. 3-24, 1987.

WAGNER, R. *Recovery from schizophrenia*. London : Routledge/Kegan P., 1985.

### Administration of psychiatry in community

#### Abstract

This article is addressed to mental health caregivers who exert political and assistance functions of basis. It is presented a modern proposal of assistance to severe mental health in community. Although this one is based on the model of Trieste (Italy) it is exportable to other contexts and realities, where there is interest in structural changes of psychiatric assistance, since the former model of Psychiatric Hospital has been little civilian and it has been antitherapeutic.

**Key words:** community; context; desinstitutionalization; responsibility.

PASQUALE, E. Administration of psychiatry in community. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 27-34, out. 2000.