

A UTILIZAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE CASOS NA ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA: RELATO DE CASO*

THE USE OF CASE MANAGEMENT IN PSYCHIATRIC NURSING: A CASE REPORT

USO DEL MANEJO DE CASOS EN ENFERMERÍA PSQUIÁTRICA: RELATO DE CASO

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo¹

Margarita Antonia Villar Luís²

RESUMO

A compreensão da saúde mental é importante tanto para aqueles que sofrem com o transtorno mental quanto para os profissionais de saúde que trabalham nessa especialidade. O conceito de gerenciamento de casos é proveniente da expressão “qualidade do cuidado”, quando se refere mais precisamente à psiquiatria e à saúde mental. Neste artigo, apresentamos a história de Pedro, acompanhado pelo gerenciamento de casos durante seis meses após seu primeiro surto psicótico. A metodologia empregada no estudo foi a etnografia. Os resultados mostram a capacidade do ser humano em ser resiliente às adversidades da vida em resposta ao investimento que lhe for ofertado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Administração de Caso; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Understanding mental health is important, not only for people who suffer from mental disorders, but also for health professionals working in this specialty area. The concept of case management derives from the term quality of care, when more specifically referring to psychiatry and mental health. In this article, we present the history of Pedro, who was followed by case management for six months after his first psychotic episode. The ethnographic methodology was used. Results show the capacity of human beings to resist to the adversities of life in response to the investment provided for them.

Key words: Mental Health; Case Management; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

Entender bien la salud mental es importante no sólo para los que sufren de trastornos mentales sino también para los profesionales de salud que trabajan con dicha especialidad. El concepto del manejo de casos proviene del término “calidad del cuidado”, sobre todo cuando se refiere a psiquiatria y a salud mental. En este artículo presentamos la historia de Pedro conjuntamente con el manejo de casos durante seis meses, tras su primer brote psicótico. La metodología empleada en el estudio fue la etnografía. Los resultados muestran la capacidad del ser humano para resistir a las adversidades de la vida como respuesta a lo que se le ofrece.

Palabras clave: Salud Mental; Manejo de Caso; Enfermería Psiquiátrica.

* Este artigo é parte da tese de doutorado intitulada Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica comunitária, defendida pela primeira autora na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP/USP), 2005.

¹ Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: EEUFG – Departamento de Enfermagem Aplicada. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, sala 518, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG. CEP 30130-100.

E-mail: amsreinaldo@enf.ufmg.br.

INTRODUÇÃO

O gerenciamento de casos surgiu após os movimentos da reforma psiquiátrica e contra a institucionalização, na década de 1960, nos Estados Unidos, e 1980, na Inglaterra, onde os grandes hospitais psiquiátricos estavam sendo fechados e as pessoas que ali estavam internadas passaram a ser atendidas na comunidade. O cuidado planejado para essas pessoas foi organizado com base no tempo de internação delas e nas dificuldades de socialização que encontravam após a alta.¹

O conceito de gerenciamento de casos (GC) é proveniente da expressão “qualidade do cuidado”, quando se refere mais precisamente à psiquiatria e à saúde mental. A princípio foi criado como uma estratégia inovadora que facilitaria a oferta de cuidados de saúde oferecidos à população e que contemplaria a qualidade sem deixar de lado o custo do serviço.

Gerenciamento de casos “[...] é um modelo que promove engajamento, transição integrada e assegura a continuidade do cuidado, uma vez que possibilita que os pacientes permaneçam na comunidade e se responsabilizem pelo seu cuidado [...]”^{2,93}

O fato de acreditarmos na proposta do gerenciamento de casos aplicado à enfermagem psiquiátrica nos motivou a acompanhar, durante seis meses, 20 pacientes que, após passarem por uma internação psiquiátrica, aceitaram (eles e seus familiares) participar deste estudo. Durante seis meses gerenciamos-lhes a vida e modificamos a nossa, aprendemos com eles o potencial da mobilização das pessoas quando são colocadas em primeiro plano e sentem que serão apoiadas e amparadas em seus propósitos e projetos de vida e saúde. Este é nosso objetivo com este artigo: apresentar um dos casos acompanhados, demonstrando o itinerário de um dos nossos colaboradores durante o gerenciamento de caso proposto por nós.

A estratégia do gerenciamento de casos utilizada possibilitou o envolvimento de diferentes setores e sujeitos sociais. Seus princípios possibilitaram o resgate da autonomia do sujeito doente, suas etapas nortearam o pesquisador para que não cometesse o erro de invadir a privacidade do indivíduo, ajudando o enfermeiro a colocar em prática seus conhecimentos teórico-práticos, à disposição de quem necessitava.

METODOLOGIA

A etnografia tem como objetivo compreender o comportamento humano inserido em seu contexto cultural. Os grupos culturais apresentam características próprias em relação a valores, ideais, normas (de desenvolvimento e comportamento), controle e sanções para desvios de linguagem, rituais, comportamentos, interações parentais, artefatos (tecnologia), estrutura e função entre outros aspectos inerentes à vida em grupo.³

A etnografia é um trabalho descritivo da cultura de um povo ou de um grupo, e a cultura caracteriza o modo de vida desse grupo, incluindo o modo como seus integrantes resolvem seus problemas, se comunicam, interagem, comem, vestem-se, quais são suas tradições, crenças e costumes. Engloba, também, a compreensão de suas ações e sentimentos diante das adversidades. Ainda, segundo esse autor, todos os grupos apresentam um modo constante e complexo de se comportarem diante dos eventos que os rodeiam. Assim, podemos compreender que diferentes sistemas de organização comportamental característicos de grupos sociais distintos e seus meios de organizá-los constituem a cultura desses grupos.⁴

As pesquisas etnográficas descrevem e interpretam a cultura de um grupo por meio da observação prolongada dos comportamentos, linguagens, costumes, interações e modos de vida dentro de um grupo social. Um dos maiores instrumentos de pesquisa da etnografia é o questionamento constante diante do que está sendo observado. Para a autora, é necessário captar o contexto cultural, particularizar detalhadamente cada evento por meio da observação e participação dos eventos culturais do grupo estudado.⁴

É uma forma de compreender como as pessoas vivem e se comportam diante da vida e de eventos internos e externos ao seu meio. A proposta da pesquisa etnográfica, pois, é explicitar o que está implícito por meio do estudo da variedade de comportamentos e modos de vida diferentes dos grupos sociais. O pesquisador que se aventura por esse campo é um fotógrafo do cotidiano grupal. A atitude diante do(s) sujeito(s) da pesquisa deve ser a de um observador atento, que considera como material de trabalho o comportamento, a linguagem e os artefatos culturais (documentos, registros fotográficos, dentre outros) para que possa estar realizando inferências sobre o mesmo.⁵

A enfermagem tem utilizado a etnografia para descrever e explorar as possibilidades de intervenção em grupos, com base na compreensão das experiências vivenciadas por seus clientes durante o processo saúde-doença, pois com esse conhecimento a enfermagem pode tentar compreender as práticas dos membros das comunidades no processo de tratamento e cura de acordo com a realidade de cada grupo, utilizando esse conhecimento em favor da ciência e das políticas de saúde, assim como adequando os programas de saúde às necessidades reais da comunidade.⁶

Os estudos em enfermagem têm adotado desenhos em que o contexto das pessoas, suas práticas e interações têm sido valorizadas. A prática da enfermagem é complexa e possibilita que processos interativos ocorram em contextos diversos.⁵

A implementação do método etnográfico envolve, necessariamente, o trabalho de campo. Antes do início da pesquisa é necessário estar bem claro o fenômeno de interesse do pesquisador, e esse objetivo

não deve ser perdido antes, durante e após a coleta dos dados. O grupo a ser pesquisado também deve ser escolhido previamente. A figura do informante-chave é fundamental para o acesso às informações e o pesquisador deve estar atento para identificá-lo o quanto antes. A amostra dos estudos etnográficos é formada por um recorte da realidade, onde podem ser observados eventos, atividades, informações, documentos em diferentes momentos.³

Antes de iniciar a pesquisa, é necessário, pois, definir o fenômeno a ser estudado, selecionar o grupo que participará do estudo, identificar as possíveis diferenças que poderão ser encontradas entre os grupos, rever a literatura em busca de estudos que já abordaram o tema, preparar e testar os instrumentos de pesquisa e obter a aprovação do comitê de ética da instituição.

O pesquisador experiente conduz diferentes níveis de análise, mesmo que o projeto ainda esteja em andamento. Algumas sugestões em relação à organização da análise devem ser consideradas, tais como apresentar os dados em uma seqüência de domínios de análise, onde possamos visualizar a situação social, ou seja, o local onde se desenvolveu a ação, as pessoas envolvidas e o fenômeno observado, compondo, assim, a cena cultural a ser analisada pelo pesquisador.

O domínio cultural inclui outras pequenas categorias. A primeira se refere à situação observada – por exemplo, a unidade de psiquiatria. As pessoas que circulam na unidade psiquiátrica compõem outro domínio e, sucessivamente, vão se delimitando outros domínios para a compreensão do todo.⁴ Os domínios culturais são apresentados neste estudo na forma de figuras, onde o pesquisador apresenta os pontos que foram utilizados para sua organização, análise e apresentação da seguinte forma:

Fala	Domínio	Situação- problema	Intervenção	Avaliação
------	---------	--------------------	-------------	-----------

FIGURA 1 – Apresentação dos domínios culturais

Podemos recorrer às falas dos sujeitos observados em relação a determinado tema como ponto de partida para análise, o tema cultura determina e faz a conexão entre os demais domínios a serem trabalhados. Para definirmos quais serão essas falas, devemos estar inserido no campo, observando e escutando atentamente para detectarmos quando elas se revelam. O pesquisador também deve realizar a seguinte pergunta: Quem são as pessoas da unidade? Quais são suas características em comum, como elas se relacionam entre si?⁴

- Outra forma de descobrirmos esse tema é mediante a leitura exaustiva do diário de campo, traçando paralelos entre as diferentes anotações das observações que foram realizadas pelo pesquisador. É importante observar as diferenças e similaridades entre os temas de cada domínio, o foco de atenção, portanto a cena cultural que compõe o domínio. Os temas devem incluir⁴:

- Os conflitos sociais – que são os conflitos sociais emergentes. O pesquisador deve identificar, revelar e interpretar esses conflitos. Por exemplo, o conflito entre enfermeiros e médicos em relação ao plano de tratamento.
- As contradições culturais – todas as sociedades apresentam contradições em seu modo de agir e pensar. Quais são as contradições inerentes ao grupo observado?
- As técnicas informais de controle social – quais mecanismos estão sendo utilizados por um ou mais indivíduos para controlar determinado grupo.
- As relações sociais – como são as relações entre os membros do grupo e com outras pessoas que não fazem parte daquele grupo específico.
- Como adquirem e mantêm *status* – quais são os símbolos culturais e os ícones que agregam *status* e prestígio. O que as pessoas fazem para ter e manter *status* dentro do grupo.
- A resolução de problemas – como o grupo resolve os problemas que se apresentam.

Quando o pesquisador consegue reunir todas essas informações, ele deve, então, realizar um resumo da cena cultural. É com base nesse resumo que ele poderá estabelecer a relação entre diferentes comportamentos para a resolução do mesmo problema pelo grupo, ou estabelecer um padrão de conduta de acordo com a situação enfrentada por um de seus membros.

O processo de análise dos estudos etnográficos pode seguir outros caminhos que não o modelo dos domínios culturais. O importante é que o leitor possa visualizar, por meio dos domínios, seus temas e cenas culturais e todos os elementos que compõem o campo da pesquisa.⁵

A pesquisa etnográfica, tanto dos grandes estudos quanto das minietnografias, é composta por uma miscelânea de informações que devem ser decodificadas pelo pesquisador no momento da análise. Alguns autores sugerem que sejam criados mapas nos quais o pesquisador realize o inventário cultural daquele grupo. O inventário cultural é um mapa organizado cronologicamente, composto por nove tópicos, a saber: 1) domínios culturais 2) análise dos domínios; 3) descrição dos lugares, atividades e interações observadas; 4) lista dos grandes e pequenos temas; 5) descrição dos eventos e experiências; 6) descrição dos domínios e dos cenários culturais que os compõe; 7) observações do pesquisador; 8) instrumentos utilizados na coleta das informações; e 9) sugestões para estudos em outras áreas.^{4,5}

O inventário cultural pode ser utilizado tanto nas grandes quanto nas pequenas pesquisas etnográficas, sem prejuízo algum para o pesquisador; trata-se apenas de uma metodologia de organização e análise das informações.

Nessa perspectiva, este estudo configura-se como abordagem qualitativa, de caráter descritivo, em que, com base no método etnográfico, traçamos o planejamento da coleta dos dados, assim como a apresentação e análise deles, em um processo de subjetivação dos sujeitos em sofrimento e daqueles que os cercam, mapeando, assim, nossas ações e intervenções por meio do gerenciamento de casos.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos por amostragem aleatória, mediante sorteio dos pacientes que deram entrada na unidade de urgência psiquiátrica de um hospital universitário em uma cidade do interior de São Paulo, no período de março a abril de 2003. O caso Pedro foi escolhido da mesma forma para este artigo.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde a pesquisa foi realizada, estando de acordo com a Resolução nº 196/96. Para a coleta de dados foi utilizada a observação participante, o registro de diário de campo e a gravação em áudio das intervenções realizadas com os sujeitos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora.

Neste artigo, os nomes são fictícios, preservando, assim, a identidade dos sujeitos envolvidos, e o caso foi escolhido por sorteio entre os 20 acompanhados. Os cenários da pesquisa são diversos e variados, entre eles: a unidade de emergência psiquiátrica que faz parte de uma unidade de emergência geral de um hospital universitário do interior de São Paulo. Além desse local, também foram realizados acompanhamentos na casa de Pedro, em sua escola, na casa de amigos, parentes e vizinhos dele. Todos com a devida autorização dos sujeitos da pesquisa.

Em relação ao uso de diferentes denominações para a pessoa acometida pelo transtorno mental neste texto (doente mental, pessoa em sofrimento), cabe lembrar que não podemos generalizar, pois algumas não vivem em sofrimento o tempo todo. Reportamos ao usuário, ao louco, ao alienado, ao doente mental, ao paciente psiquiátrico, ao doente dos nervos, à pessoa em sofrimento psíquico de diferentes formas, pois acreditamos que, independentemente da nomenclatura que receba de acordo com o contexto político e social no qual está inserido, ele é apenas Pedro, fulana ou beltrana.

São apenas pessoas que, em determinado período da vida, sofrem com sintomas de uma doença estigmatizante, agressiva em relação ao seu novo jeito de ser em suas ações elementares. Nós, profissionais da saúde ou da academia, insistimos em nomear, classificar, organizar; é assim que fazemos com o diabético, o leproso ou hanseniano, o cardíaco ou cardiopata; esquecendo-se de que eles são apenas pessoas (pais, mães, filhos de alguém), tentamos essa compreensão. Para nós, o que realmente importa é a pessoa e sua história ou histórias, e não a nomenclatura que apenas formata o texto.

Como e por que gerenciar casos em enfermagem psiquiátrica

Pedro é um rapaz de 19 anos, estudante, reside com os familiares (pai – 55 anos; mãe – 49 anos; e irmã – 7 anos) em um bairro da periferia de uma cidade do interior de São Paulo. Seu pai é mecânico e sua mãe lava e passa roupas para fora. Quando foi admitido na unidade de emergência em psiquiatria, estava agitado, com discurso desconexo, agressivo, evitando contato com as pessoas à volta dele, gritava muito e estava muito confuso. Foi medicado, contido e ficou internado para observação.

Segundo informações dos pais, Pedro sempre foi um menino muito tranqüilo, nunca havia dado nenhuma preocupação, mas nos últimos meses começou a ficar irritado e isolado. Com o tempo, esse comportamento foi agravado com uma desconfiança de tudo e de todos, até mesmo com relação aos pais. Ele parou de comer, pois alegava que estavam tentando envenená-lo e por esse motivo não comeria mais nada em casa.

Esse quadro perdurou por quatro meses, e Pedro foi piorando a cada dia. Continuava indo à escola até que um dia seu pai foi chamado, pois Pedro havia entrado em surto dentro da sala de aula: agrediu vários colegas e quebrou carteiras. A direção da escola, assustada, ligou para o pai do aluno e este o levou para a emergência psiquiátrica.

A mãe encontrou-o, horas depois, já contido e sedado. Foi-lhe explicado o que havia acontecido, e daí em diante Pedro iniciou sua carreira psiquiátrica. Durante a internação de Pedro, entramos em contato com os familiares, os convidamos para colaborar com nossa pesquisa e, a partir desse ponto, iniciamos o gerenciamento de casos.

Realizamos três visitas domiciliares aos pais de Pedro e lá começamos a traçar as metas com base nos problemas encontrados. Alguns pontos preocupavam a família, dentre os quais: por que Pedro havia adoecido (já que não existia histórico na família de doença mental); como seria a vida dele e da família dali em diante; *essa doença tem cura*; como era o tratamento e que doença era aquela que transformava um rapaz jovem e saudável em alguém agressivo; o que a família deveria fazer para ajudar Pedro após o retorno ao lar; e a principal questão era se ele voltaria a estudar (Pedro estava cursando o último ano da escola).

As expectativas por melhora do quadro clínico acompanham uma lógica que, nós, profissionais de saúde, devemos valorizar. O uso do medicamento considerado *forte* pelos familiares, o tempo de internação, e o médico *atencioso*, segundo a percepção dos familiares de Pedro, são elementos que fazem parte do imaginário dos familiares, dos cuidadores e dos pacientes e que contribuem para o êxito do tratamento e para que os sintomas se dissipem rapidamente.

[...] é a primeira vez que ele interna então eu não sei como vai ser, mas acho que se ele ficar pouco tempo não sei se vai ser bom, porque quando a gente interna

é porque tá doente, ninguém interna por nada... Então ele deve precisar de um tempo bom para ficar curado logo. (Sueli, mãe de Pedro)

Pedro, após o período de observação, foi encaminhado para a internação em uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral, onde permaneceu por trinta dias. Durante esse período o visitamos em seis momentos e conversamos com ele em diferentes fases de sua nova vida: ora agressivo, delirante, logorréico, ora introspectivo, triste e sozinho com suas alucinações.

A esperança é o ato de esperar o que se deseja. Esse sentimento acompanha os familiares-cuidadores, de acordo com o tempo de duração da doença, podendo ser caracterizado como o termômetro da expectativa em relação ao tratamento por parte dessas pessoas e por parte do doente também.⁶

Quanto maior o tempo de duração da doença, mais os familiares-cuidadores e os pacientes perdem a esperança de melhora do quadro clínico do paciente, principalmente em relação aos sintomas negativos das psicoses. Em contrapartida, quanto menor o tempo da doença, mais expectativas são criadas em torno da possível cura por intermédio do tratamento medicamentoso:

[...] tem que ter esperança... Hoje tá tudo tão avançado... Os médicos mesmo falam que antes não tinha nem tratamento... Acho que como ele é novo... logo se recupera... e não sei... pode até não ficar bom de todo... mais deve ser melhor do que os que já tão doente há muito tempo... (Sueli, mãe de Pedro).

Depois da terceira visita que fizemos a Pedro, falamos sobre o nosso trabalho, tentando explicar seus objetivos e perguntamos em que poderíamos ajudar. A maior preocupação dele foi: como voltar à escola depois de tudo, como falar com os amigos da rua, como se cuidar caso sua mãe não estivesse mais presente para fazê-lo. A outra questão era se ele poderia ficar muito tempo sem

internar-se novamente em um local de doidos e realizar o tratamento em casa.

O estado de saúde e doença é determinado pela cultura na qual o sujeito se insere. A categoria doença mental encerra uma marca congênita, que é a da exclusão dos espaços e da vida em comum e que acompanha as crenças dos sujeitos em diferentes contextos.⁷

A exclusão se instala em três etapas: a **desqualificação** – em que à figura do doente mental é associada à imagem de desordem, insegurança, criminalidade; a **desvinculação** – que implica isolamento social e psíquico, pois é por meio dessa etapa que a sociedade rejeita os indivíduos desqualificados; e a **eliminação** – que radicaliza as precedentes e pode se dar pelo extermínio, pela esterilização, pela deportação e pelo genocídio cultural.⁸

De acordo com as falas de nossos colaboradores, começamos a planejar o gerenciamento de caso, estabelecemos que as falas fossem separadas em domínios (desqualificação, desvinculação, eliminação) e com base na situação-problema vigente começamos a trabalhar com Pedro, com os familiares e com os amigos dele, propondo intervenções e realizando avaliações constantes de acordo com as necessidades prementes dele.

A desqualificação implica tornar-se inapto, indigno, inabilitar-se, perder ou fazer perder as boas qualidades, ou seja, nesse caso o doente mental passa a ser uma pessoa desacreditada, excluída pela sua condição de inabilidade. Essa marca o acompanha, em alguns casos apesar do processo de reabilitação.

A desvinculação, como o próprio nome diz, refere-se ao desligamento de algo a que estava vinculado; além de desligado da realidade, o doente também é desvinculado por seus pares da vida que levava antes do adoecimento. No caso da eliminação, a própria história da psiquiatria revela casos de esterilização em massa dos doentes mentais e do extermínio das anormalidades não compreendidas, em prol da limpeza étnica.

Fala	Domínio	Situação- problema	Intervenção	Avaliação
<i>[...] ele não gostava de ajudar agora que ficou assim [...] mas se um dia precisar ficar sozinho como vai ser [...].</i> (Mãe de Pedro) <i>[...] agora fico pensando e se ficar sem a minha mãe... como vai ser...quem vai cuidar de mim [...].</i> (Pedro)	I – Limitação, incapacidade, perda dos papéis sociais. II – Desqualificação, improdutividade	(1) atividades domésticas (2) preparo e manutenção dos alimentos	Planejamento de tarefas a serem aprendidas pelo paciente, dentre elas aprender a preparar alguns alimentos e organizar a casa.	Após um mês – começou a ajudar a mãe nas tarefas da casa e aprendeu a preparar alguns alimentos. Consegue se cuidar e cuidar da irmã mais nova na ausência dos pais.

FIGURA 2 – Apresentação dos domínios culturais I e II, falas a que se reportam a situação-problema encontrada, a intervenção realizada e a avaliação

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
<p><i>[...] eu acho que ele não vai mais poder ir à escola [...].</i> (Geraldo, pai de Pedro)</p> <p><i>[...] talvez fosse melhor procurar uma escola especial... Nem sei se ele vai poder estudar de novo... Eu achei que ele não poderia mais [...].</i> (Mãe de Pedro)</p> <p><i>[...] eu queria voltar pra escola e terminar... mas acho que pegou mal [...].</i> (Pedro).</p>	<p>I – Limitação, incapacidade, perda dos papéis sociais.</p> <p>II – Desqualificação, improdutividade</p> <p>III – Discriminação, estigmatização, doente mental como não-sujeito.</p>	<p>(1) Atividades referentes ao lazer.</p> <p>(2) Atividades referentes à família.</p> <p>(3) Cuidados pessoais</p>	<p>Reunião e realização de oficinas (temas: saúde e doença mental, tratamento, reabilitação) com a direção da escola, professores, funcionários e colegas de sala de aula. Organização entre os amigos da escola e da rua onde mora de um grupo de apoio para as atividades didáticas, identificação de piora do quadro e apoio nos momentos de crise.</p>	<p>Após uma semana de alta, Pedro retornou à escola, onde foi bem recebido e retomou suas atividades. Os pais avaliam após um mês que ele está mais interessado, apesar das dificuldades que enfrenta em manter a atenção nas aulas.</p>

FIGURA 3 – Apresentação dos domínios culturais I, II, III, falas a que se reportam a situação-problema encontrada, a intervenção realizada e a avaliação

O não-fazer nada está atrelado ao conceito de desqualificação atribuído ao doente mental. No imaginário social, a pessoa doente torna-se incapaz de produzir e participar dos processos produtivos e não tem o direito de realizar trocas sociais, nem financeiras ou afetivas. Essa questão é compreensível, visto que vivemos em uma sociedade que se movimenta sempre no sentido da produção, do fazer; o contrário disso não é visto com bons olhos, não é aceito.

Somos partidários da idéia de que os serviços de atenção em saúde mental devem, além de outras atividades, qualificar profissionalmente seus usuários, criar convênios com empresas para viabilizar o trabalho protegido, visto que, não raro, o doente mental, assim como outras minorias, quando não assistido acaba sendo explorado em alguns locais, como se o seu trabalho valesse menos do que o de qualquer outra pessoa.

A doença mental guarda em si o significado de perda, ou seja, nos relatos tanto dos familiares quanto do paciente, fica claro que, após o acometimento pela doença, esses sujeitos articulam ao processo de adoecimento sempre a questão da falta, quer seja de razão, quer de ajuda, de auxílio, de tratamento, dentre outras. Para familiares e pacientes, os melhores anos da vida deles são subtraídos após o adoecimento. A impossibilidade de cura para a maioria dos transtornos mentais desperta sentimentos de menos-valia.

Existe, infelizmente, um mito de que qualquer tratamento para pacientes psicóticos graves é meramente paliativo, o que corrobora para que as dificuldades de relacionamento das pessoas em sofrimento mental são acentuadas pela segregação e pela falta de convívio com a comunidade.⁹

Esse mito foi construído cuidadosamente pela psiquiatria, segundo o autor, para esconder as dificuldades que os profissionais de saúde têm em investir numa pessoa que sofre com uma doença que, entre os transtornos psiquiátricos, é considerada como a de pior prognóstico.

O quadro se agrava se esta pessoa adoecer jovem, como o caso de Pedro.

Diante desse quadro, cabe aos profissionais de saúde "tratar paliativamente e aguardar o desfecho [...] entretê-los, enquanto a morte não vem [...]. A questão do entretenimento no sentido de distração, enquanto se aguarda algo que não vem, ou seja, a não-cura reforça o mau prognóstico atribuído às doenças mentais, a falta de perspectiva para o doente não só em relação ao tratamento, mas também a qualquer possibilidade de continuidade, planos, sonhos e realizações reforçam o estigma que permeia a doença mental".^{6,64}

A história de Pedro em relação à escola foi modificada quando novamente nos reportamos à rede social. As relações sociais que circulam os indivíduos são consideradas como teias que proporcionam a participação social do sujeito na comunidade. Para os autores que avaliaram as medidas de rede e de apoio social utilizadas por pessoas enfermas, a definição delas ainda não é consenso, mas podemos considerá-las como o grau com que as relações interpessoais correspondem a determinada função (emocional, material ou afetiva, por exemplo), com ênfase no grau e satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções.⁷

As relações de amizade, solidariedade entre os membros da rede social em que Pedro estava inserido foram decisivas para sua reintegração ao meio do qual ele foi retirado momentaneamente. Para tanto, da mesma forma que realizamos oficinas na escola, também o fizemos com parentes e vizinhos próximos.

Acompanhamos Pedro a uma unidade do Serviço Nacional do Comércio, onde ele começou a fazer um curso de computação visando à sua capacitação. Após uma semana de curso, Pedro cogitou que após o seu término talvez pudesse trabalhar como digitador em casa, fazendo pequenos trabalhos ou tentando arranjar um emprego após o término da escola. No mesmo período, ele começou a ajudar o pai no final da tarde na oficina, aprendendo um ofício.

Seu retorno à escola de forma tranqüila, em um ambiente que foi previamente preparado para recebê-lo, demonstra que é possível evitar a exclusão, principalmente dos pacientes agudos, que estão cada vez mais se cronicando precocemente por falta de investimento dos profissionais da saúde mental, das pessoas que acompanham esse paciente, entre elas familiares, amigos e membros da comunidade e das políticas de saúde para o setor.

Atualmente, estamos lidando com uma crise na clínica psiquiátrica em relação aos casos novos. Para os autores, os casos agudos estão rapidamente se tornando crônicos, em um círculo vicioso difícil de interromper sem investimento financeiro e afetivo no cuidado em saúde mental. Quando se reportam aos casos novos de transtornos psicóticos, a situação se agrava, pois, segundo os autores, os serviços não estão sendo capazes de intervir nesses quadros.⁹⁻¹¹

Geralmente essa clientela é composta por homens, jovens, que por falta de investimento em poucos anos se envolvem com o uso abusivo de álcool e outras drogas, estabelecendo um quadro de co-morbidade que culmina com a prática de delitos ou com a fuga para as ruas, aumentando, assim, a população de rua com transtornos mentais em meio às pessoas que vivem a exclusão social por outros motivos nesse ambiente.

O apoio social também é definido como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, portanto, importante.¹² O afeto envolvido nessas relações que foram estabelecidas entre os sujeitos nessa intervenção realizada na escola possibilitou o crescimento desse paciente, sujeito, doente, mas que se vê como alguém capaz de planejar e concretizar projetos, independentemente do que a clínica define como mau prognóstico.

A inserção da pessoa em sofrimento mental na comunidade também passa pelas relações de troca que ele possa estabelecer em ambientes determinados considerados socialmente aceitos, e é assim quando pensamos na questão do trabalho.

O mundo do trabalho tem dois sexos, e homens e mulheres em sofrimento mental vivenciam o trabalho diferentemente. Para a mulher doente, o não-fazer nada é aceito desde que ele não interfira na rotina doméstica; o trabalho fora de casa não é visto como uma forma de se furtar a ele, mas, sim, como uma incapacidade socialmente aceita.¹³

O não-fazer nada para o homem é diferente: reforça a concepção de que a doença mental não é somente uma incapacidade pessoal, mas também um traço da personalidade do sujeito doente. Na subcategoria encontrada relativa aos conflitos sociais, os autores referem que para os familiares esses conflitos propiciam o adoecer, mas na visão dos usuários o doente mental está ausente destes conflitos, pois não pertence à sociedade, e a doença constitui um mundo à parte.¹⁴

Nesse mundo à parte, não há espaço para trocas, não só na visão dos familiares, mas também na visão dos pacientes. Um mundo onde não se produz não se tem poder de decisão, tampouco de argumentação. A palavra do outro, que tem juízo e, portanto, tem razão, deve ser recebida como norma, como lei. Essa tirania dos sujeitos providos de razão inviabiliza qualquer projeto de retomada para a vida por parte da pessoa em sofrimento mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental, física e social estão intimamente interligadas. Não há como trabalhar apenas os sintomas em um local determinado para isso, convocar a família para participar do tratamento sem conhecer o ambiente familiar dessas pessoas, discutir direitos humanos, estigma e discriminação sem entrar em contato com a comunidade e conhecer o que as pessoas que compõem esse cenário pensam a respeito desses temas.

A integração dos diferentes setores que produzem e operam sob a ótica do cuidado reduz a desabilidade, o estigma e a marginalização do doente nos serviços e na comunidade, promovendo, assim, o reconhecimento das potencialidades do sujeito, que se mantém intactas, mesmo depois da doença. Elas renovam as relações desgastadas pelos anos de convívio, favorecem o estabelecimento de novas relações, novos comportamentos e formas de se ver diante do mundo.

Mário Pedrosa, crítico de arte do Museu de Imagens do Inconsciente, no Rio de Janeiro, dizia que "curado é aquele que encontra seu destino".¹⁵ Qual é o destino que estamos propondo para a clientela com a qual trabalhamos?

Quais são os desejos dessas pessoas? O que elas realmente querem? Que espaços querem ocupar? Percebemos que a pessoa em sofrimento mental tem desejos simples e ao mesmo tempo complexos diante de sua condição vulnerável. Ela quer poder sair de casa sem ser apontada como a louca da rua, quer trabalhar e conversar com seus familiares, produzir, estudar, manter sua vida o mais próximo do que era antes de adoecer, não quer ser internada, nem ser vista como pobre coitada ou desafortunada.

A realização desses desejos esbarra em fatores internos e externos. Os fatores internos estão relacionados às dificuldades dos pacientes em interagir, em manter seus papéis sociais, em perceber que são capazes de prosseguir com sua vida de forma produtiva e de se responsabilizarem pelo seu cuidado.

Os fatores externos caracterizam-se pela falta de apoio da família, abandono pelo serviço que se esmera em tratar e informar, mas se esquece de cuidar e de compartilhar experiências, pelo preconceito dos familiares, vizinhos e amigos e pela desinformação, crença de incapacidade, simulação, limitação, preguiça e desvio de caráter que cercam a figura do doente mental.

O gerenciamento de casos comprovou que o trabalho individualizado para atender às demandas dessas pessoas talvez seja um caminho viável para acolher seus desejos. Foi com base nesses desejos que planejamos, com a colaboração de vários sujeitos, nossas intervenções e percebemos que o trabalho com o sujeito em sofrimento mental deve se ater tanto na parte que se acredita doente, quanto na parte sã. Valorizar os saberes populares, as convicções, os valores pessoais, a religião, somando-os ao saber técnico, possibilita ao profissional da saúde mental compreender o modo de vida que esses sujeitos desejam para si – esse é o caráter do cuidado sensível.¹⁶

Para a enfermagem psiquiátrica, acredita-se ser essa uma estratégia de trabalho interessante, pois possibilita que o enfermeiro entre em contato com diferentes cenários e atores sociais envolvidos na questão. Em relação às competências postas em prática e apreendidas durante o processo, pode-se afirmar que é um trabalho que exige disciplina, dedicação e afeto quando posto em prática. O enfermeiro, em sua formação acadêmica, tem a possibilidade de estar presente em diferentes cenários da saúde. Com a especialização, é comum que ele passe a exercer suas atividades em um local tecnicamente definido para tal, embora sua formação o prepare para intervenções mais amplas.

O enfermeiro psiquiátrico que atua como gerente de caso resgata a possibilidade de transitar por diferentes contextos onde o sujeito que vivencia o processo saúde-doença circula, independentemente de esses locais serem serviços de saúde ou não. As possibilidades de trabalho são infinitas diante dos cenários que a sociedade, a comunidade, enfim, as cidades nos apresentam, além de possibilitar ao enfermeiro utilizar outras competências que não somente as da enfermagem psiquiátrica, para estar acompanhando o sujeito em sua existência de sofrimento.⁷

O gerenciamento de casos nos ensina sobre a necessidade do compromisso, comprometimento e desenvolvimento da capacidade de lidar com o outro em sua singularidade, não deixando de lado a pluralidade que é o ser humano quando inserido em um meio social é extremamente dinâmico.

Consideramos o apoio da comunidade e dos familiares como o ponto alto de nossas intervenções. Sem a

participação dessas pessoas, dificilmente alcançaríamos o objetivo definido no início da pesquisa. Saber que a comunidade e a família, quando envolvidas no processo do cuidar, se apresentam como parceiros nos mostraram que é possível trabalhar fora dos serviços, independentemente da estratégia empregada.

Quanto a Pedro, depois de 6 meses e 32 contatos, é um rapaz de 19 anos que, após vivenciar um surto psicótico diagnosticado como um quadro de transtorno esquizoafetivo, caracterizado por uma condição intermediária entre distúrbio de humor e esquizofrenia, voltou à escola e lá foi recebido de forma acolhedora pelos colegas, professores, funcionários e diretores.

Ele apresenta dificuldades na aprendizagem, mas, como está no término de sua formação escolar, consegue, com o apoio dos colegas e dos professores, tirar as notas necessárias para terminar o ano sem problemas. Sente-se feliz por cuidar da irmã menor e ajudar a mãe em algumas atividades que não realizava antes, pois agora sabe que poderá se cuidar sozinho se for preciso. Planeja trabalhar com informática e, mesmo sentindo alguma dificuldade em manter a atenção, segue seus planos.

Pedro aprendeu a se relacionar melhor com o pai e está acompanhando seu trabalho na oficina, o que tem unido os dois. Continua um rapaz como tantos outros, ainda está apaixonado por uma garota da rua, toma seus remédios sozinho todos os dias, vai às consultas no ambulatório de saúde mental mensalmente, possui textos de revistas e livros em uma pasta sobre sua doença e o tratamento, e gosta de se exibir mostrando o que aprendeu enquanto percorremos esse caminho juntos. Sempre manda notícias por e-mail sobre sua nova vida. Brigou com a mãe um tempo atrás porque queria ir a uma festa tarde da noite com amigos que bebem e fumam, mas a moça por quem está apaixonado estaria lá e ele não poderia ficar de fora. Foi à festa bebeu, fumou e passou mal no outro dia e agora sabe que não deve fazê-lo. Continua jogando bola nos finais de semana e ouvindo música *alta e barulhenta*, para desespero de sua mãe.

Pedro, em alguns momentos, fica triste e sem vontade de fazer nada, então, pega sua pasta e lê o que ele denomina *manual do doidão* e sabe que tem de prosseguir. Não é a doença mental que vai deixá-lo de fora da vida.

REFERÊNCIAS

1. Jacobson L. The transitions from mental hospital based to community based psychiatry. *Med Arh.* 1999; 53(3): 131-3.
2. Lee D, Mackenzie A, Dudley-Brown S, Chin T. Case management: a review of the definitions and practice. *J Adv Nurs.* 1998; 7(2): 933-9.
3. Germain CP. Ethnography: the method. In: Munhall P, Boyd CO. *Nursing research a qualitative perspective.* 2nd ed. New York: National League for Nursing Press; 1993. p. 237-68.
4. Jackson W. *Methods.* 3th ed. Toronto: Pearson Education; 2003. p.592.
5. Roper JM, Shapira J. *Ethnography in nursing research.* Thousand Oaks: Sage; 2000. p. 321.
6. Ferreira ABH. *Minidicionário da língua portuguesa.* 3^o ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993. p. 577.
7. Bezerra Jr B, Amarante P, Organizadores. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume-Dumar; 1992. p.135.

8. Bursztyn M. Da pobreza à miséria, da miséria á exclusão; o caso das populações de rua. In: Bursztyn M, Organizadores. No meio da rua: nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond; 2000. p. 27-55.
9. Zusman JA. Mitos e manicômios. Cadernos IPUB. 2001; 3(14):59-66.
10. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede de apoio social no Estudo Pró-Saúde; pré-teste e estudo piloto. Cad Saúde Pública. 2001 jul./ago.; 17(4):887-96.
11. O'Connor FW, Lovell D, Brown L. Implementing residential treatment for prison inmates with mental illness. Arch Psychiatr Nurs. 2002 Oct; 16(5): 232-8.
12. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Med. 1976; (38):300-14.
13. Ludemir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. Cad Saúde Pública. 2000 jul./set; 16(3):647-59.
14. Rodrigues CR, Figueiredo MAC. Concepções sobre doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. Est Psicol. 2003; 8(1):177-25.
15. Pedrosa M. Mundo, homem, arte em crise. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1986.
16. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. 2004 fev.; 8(14):73-92.

Data de submissão: 19/3/2007

Data de aprovação: 10/6/2008