

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

CLÁUDIA GAMA XAVIER

**AVANÇOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE
TRANSTORNO MENTAL**

SÃO LUÍS - MA

2013

CLÁUDIA GAMA XAVIER

**AVANÇOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE
TRANSTORNO MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Marisa Régia Machado Chaves Rabelo

SÃO LUÍS - MA

2013

Xavier, Cláudia Gama

AVANÇOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE
TRANSTORNO MENTAL - São Luís, 2013.

16 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) –
Curso de Especialização em Saúde Mental, Universidade Federal do
Maranhão/UNASUS, 2013.

1. Saúde mental. 2. Transtorno mental. 3. Qualidade de vida.

CDU 616.89

CLÁUDIA GAMA XAVIER

**AVANÇOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE
TRANSTORNO MENTAL**

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Marisa Régia Machado Chaves Rabelo

(Orientador)

Mestre em Ciências da Saúde

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

1º Membro da banca

Maior titulação

Nome da Instituição

2º Membro da banca

Maior titulação

Nome da Instituição

RESUMO

Este trabalho objetiva uma reflexão sobre a qualidade de vida dos portadores de transtorno mental na sociedade brasileira contemporânea a partir da análise das transformações ocorridas após a Reforma Psiquiátrica. Historicamente no Brasil, a psiquiatria recebeu a incumbência de isolar o louco com o objetivo de reduzir o perigo de violência inerente à loucura, assim como impossibilitar o seu efeito destrutivo e desagregador no ambiente social. Nasceu desta forma, no Brasil, em meados do século XIX, uma psiquiatria restritiva e, por vezes, punitiva, bastante distante da psiquiatria preventiva e que objetiva a reinserção social, proposta pela Reforma Psiquiátrica. Até pouco tempo, as pessoas com transtorno mental eram confundidas com os criminosos, relegados ao fundo de calabouços ou presas nas celas de algumas casas religiosas, deixadas em situação de abandono. Hoje, graças aos muitos esforços da sociedade em geral os doentes mentais estão sob a proteção da lei. As novas diretrizes da Saúde Mental propõem a reinserção social do doente e o foco de cuidado na família, e não apenas no doente. Este novo paradigma de cuidado trouxe importantes incrementos na qualidade de vida dos portadores de transtorno mental.

Palavras-chave: Qualidade de vida, transtorno mental.

ABSTRACT

This paper aims to reflect on the quality of life of the mentally ill in contemporary Brazilian society from the analysis of the changes occurring after the Psychiatric Reform. Historically in Brazil, psychiatry was given the task of isolating the madman in order to reduce the danger of violence inherent to the madness, as well as to disable its effect destructive and disruptive social environment. Born this way, in Brazil, in the mid-nineteenth century, psychiatry restrictive and sometimes punitive, rather distant and preventive psychiatry that aims to probation, proposed by the Psychiatric Reform. Until recently, people with mental disorders were mistaken for criminals, relegated to the bottom of dungeons or trapped in the cells of some religious houses left in neglect. Today, thanks to the many efforts of society as a whole, the mentally ill are under the protection of the law. The new guidelines propose Mental Health social reintegration of the patient and family focused care, not just the patient. This new paradigm of care brought significant increases in quality of life of patients with mental disorders.

Keywords: Quality of life, mental disorder

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	OBJETIVOS	07
2.1	Geral.....	07
2.2	Específicos.....	07
3	METODOLOGIA	07
4	REVISÃO DE LITERATURA	08
4.1	Historicidade e produção da “loucura” na realidade social	08
4.2	Reforma Psiquiátrica e o novo paradigma de saúde mental	12
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
	REFERÊNCIAS.....	16

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe-se a apresentar os avanços na qualidade de vida das pessoas portadoras de transtorno mental ao longo da história moderna e contemporânea, através de Revisão Bibliográfica. Este estudo possibilita a contextualização e melhor compreensão da atual Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como uma percepção mais clara dos paradigmas norteadores deste movimento social, notadamente os direitos a dignidade de vida, a socialização e a cidadania.

As conquistas legislativas e a reestruturação do modelo de assistência aos doentes mentais no Brasil trouxeram amplas e inquestionáveis melhorias na qualidade de vida destas pessoas. Estes ganhos podem ser mais facilmente observados quando contextualizamos historicamente a compreensão da doença mental.

Em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional da Saúde Mental, que recomendou o combate à psiquiatrização do social, promovendo a Saúde Mental, a defesa dos direitos dos doentes mentais e a priorização dos investimentos extra-hospitalares. O processo da reforma psiquiátrica, também conhecida como psiquiatria da desinstitucionalização, busca atender o novo paradigma emergente da Saúde Mental, que dá enfoque à desospitalização do cuidado, à abordagem comunitária, ao atendimento multidisciplinar, à reabilitação, à ressocialização do indivíduo e ao apoio dos familiares no cuidado (KAPLAN, 2001).

Atualmente, cerca de 400 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de perturbações mentais, ou neurológicas, ou de problemas psicossociais. A grande maioria sofre com a doença, e também com a exclusão social que a doença provoca (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

O interesse por esse assunto decorre da observação e vivência como profissional de saúde mental das intensas e radicais mudanças na forma de cuidado, convívio e tratamento oferecido aos doentes mentais e seus familiares no Brasil.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Compreender melhor o impacto na qualidade de vida das pessoas portadoras de transtorno mental a partir das ações produzidas pela Reforma Psiquiátrica.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil dos portadores de transtorno mental
- Refletir as transformações ocorridas na qualidade de vida do portador de doença mental
- Apontar os avanços na qualidade de vida do portador de doença mental

3 METODOLOGIA

Para esta revisão, foi utilizado o mecanismo de busca Google, e consultas aos bancos de dados Scielo e Lilacs. Alguns artigos foram encontrados em sítios da ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria, CFP- Conselho Federal de Psicologia, Ministério da Saúde, dentre outros. Livros para download foram encontrados em sítios de bancos de dados para compartilhamento livre, como o 4shared.com.

As palavras utilizadas nas buscas foram: saúde mental, transtorno mental e, qualidade de vida.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Historicidade e produção da “loucura” na realidade social

Na história da saúde mental, encontramos, em regra, a desassistência e o abandono dos doentes mentais por toda a sociedade humana. Cuidar, mesmo que em suas expressões mais simples, como disponibilizar comida e abrigo, não aparece na sociedade humana senão em nossa história moderna. Tratados como párias viviam os doentes mentais à margem da sociedade, abandonados a sorte, quando não mal tratados impiedosamente.

Diz SPARDINI (2006, p123.) que “a história da doença mental é relatada desde os primórdios da civilização, onde a pessoa considerada anormal era abandonada à sua própria sorte para morrer de fome ou por ataques de animais”. Não apenas a sociedade portava-se de forma omissa, mas “a assistência a doença mental [...] sempre apontou para a impossibilidade da família cuidar do doente mental” (VIANA,2004).

Desta forma, os portadores de transtorno mental desde a antiguidade até meados de século XVIII eram vistos como escórias da sociedade e excluídos do convívio social. Afirma Foucault que:

No século XVIII ocorre a experiência-limite entre a razão e a desrazão. Desde então, o homem contemporâneo deixou de se comunicar com o louco. Com o estabelecimento desta divisão originária, a ciência transformou a loucura em um acidente patológico. O homem da loucura passou a ser visto e compreendido através de uma razão igualmente abstrata.

Em uma retrospectiva histórica, percebemos ainda que, até a Idade Média, o adoecimento psíquico era visto como algo divino e religioso.

Até a Idade Média, a loucura era praticamente despercebida como doença e, quando notada, era vista como fator cotidiano ou como uma dádiva divina, por meio de significações religiosas e mágicas (FOUCAULT, 1987).

Assim, a loucura, que desde os primórdios permeia a humanidade, era mote para fantasias de diversas formas, desde demônios produzindo ou promovendo a danação humana, presente dos deuses, ou mesmo parte do destino.

Mas, a partir da Idade Média, a ideia de que os loucos deveriam ficar confinados, torna-se a tônica social e são criados os grandes asilos. Estas instituições abrigavam todo tipo de pária social: doentes mentais, inválidos, portadores de doença venérea, mendigos. Os mais violentos eram acorrentados.

Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranquilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas dos doentes o permitiam e nos parentes, por si ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pela cidade, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente (MEDEIROS, 1993, p. 75).

O medo e o preconceito, sendo as principais ideias que envolviam os portadores de doença mental, implicavam em segregação, isolamento e abandono.

Ainda que houvesse o clamor por um tratamento mais digno aos alienados, e conseqüentemente se fizesse uma seleção mais nítida das anomalias mentais, a ideia de que os loucos eram perigosos e inúteis permaneceu na sociedade até o fim do século XVIII. Tal concepção fazia com

que essas pessoas fossem mantidas em casas de internamento, levando uma vida de prisioneiros (PESSOTTI, 1996).

O mundo das doenças mentais, em meados do século XVIII, torna-se o mundo da exclusão. Cria-se em toda parte instituições para internação de loucos, mas também para inválidos, pobres, mendigos, idosos que estavam na miséria e desempregados. Tinham como objetivo asilar estas pessoas, mas não com o intuito de dar assistência, algum cuidado ou tratamento. Antes, os objetivos eram o de afastá-las da comunidade, como se elas não fizessem parte da sociedade, colocando-as a margem de tudo e de todos. Afinal, estas pessoas não tinham função alguma, sem produtividade alguma. Eram inúteis incômodos.

Porém, por volta de 1790, Phillippe Pinel, alienista e médico chefe do Hospício da Salpêtrière, considerado por muitos o pai da psiquiatria, foi o primeiro a considerar que as pessoas que sofriam de perturbações mentais eram doentes e não deveriam ser tratadas de forma violenta. Esta abordagem das perturbações mentais, ou seja, como doenças, foi o começo da mudança de paradigma na compreensão dos transtornos mentais. Propunha ele que as pessoas que sofriam de perturbações mentais eram doentes, e que estas doenças derivavam de uma exposição excessiva a estressores sociais, psicológicos e hereditários, que afetavam o funcionamento do cérebro.

Os tratamentos utilizados até aquele momento como sangrias, vômitos e purgações, além do aprisionamento por correntes, foram substituídos por uma proposta inovadora: o tratamento moral para os doentes. Propõe ele, então, a libertação das correntes e a especialização dos manicômios a cuidados somente de doentes mentais.

Defendia uma reeducação dos portadores de transtorno mental a partir de função disciplinadora dos médicos nos manicômios. Isto, porém, deveria ser feito com certa gentileza, reconstruindo o caráter e a moral dos doentes.

Contudo, suas ideias deformaram-se com o tempo, e o tratamento baseado na moral vai se transformando em imposições corretivas de

comportamento, coação para a ordem e disciplina institucional. Assim, no século XIX, os cuidados e tratamentos oferecidos eram baseados em sangrias, chicotadas, máquinas giratórias e banhos frios.

Em meados do século XIX, o hospital psiquiátrico se estabeleceu como um lugar de diagnóstico e de classificação, no qual as espécies de doenças eram divididas. O médico do hospital era ao mesmo tempo aquele que podia produzir a doença em sua verdade e submetê-la pelo poder que sua vontade exercia sobre o próprio doente, usando procedimentos como isolamento, punições, pregações morais, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório. Tal espaço tinha como função fazer do médico o mestre da loucura (AMARANTE, 1995).

Segundo Machado (1978), o tratamento atribuído aos internos tinha como objetivo dizimar a loucura. Para isso, alguns princípios iriam organizar e melhorar o espaço e a vida asilar. O isolamento e a vigilância tornaram-se princípios primordiais no tratamento e na segurança dos doentes. Acreditava-se que a cura era através do isolamento, restringindo o tratamento ao espaço do asilo. Entendia-se que excluir o doente da sociedade era uma forma de tratá-lo e, após a cura, inseri-lo novamente na sociedade.

No Brasil, a situação dos doentes mentais era similar e bastante precária. Na capital da época, o Rio de Janeiro, os loucos vivam pelas ruas, desprovidos de qualquer assistência, ou trancafiados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. O Hospício Dom Pedro II foi inaugurado em 1852, marco importante da assistência aos doentes mentais no país.

A parte reservada aos doentes mentais no Hospital da Santa Casa continha em um corredor estreito, situado sob uma sala destinada às aulas da faculdade. Os enfermos mentais ficavam separados dos outros doentes do hospital apenas por um assoalho de tábuas sem forro. O local em que se encontravam tinha um pé direito muito baixo, e estava dividido em doze pequenas células, onde se acumulavam quarenta pacientes... Lá havia um tronco de madeira onde durante o dia, em uma casa religiosa e de caridade, prendiam os escravos do hospital que tinham que ser supliciados à chicote.

Durante a noite, os guardas sempre se utilizavam de tão aviltante meio de contenção para imobilizar os doentes em acesso de delírio, por força furioso, aos quais também fustigam com a pretensão de acalmá-los (PAIM apud DE-SIMONI, p. 7).

A assistência aos loucos no Brasil foi centrada no hospital psiquiátrico, com internações por longos períodos e poucas chances de se reinserir na sociedade. Esta situação perdura até a segunda metade da década de 80 quando tem início processo da Reforma Psiquiátrica. Acontecimentos importantes como o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru-SP, e o fechamento da Clínica Anchieta em Santos-SP, marcaram o começo da mudança paradigmática na saúde mental, na qual surgiu a preocupação com a condição de vida, social, política e cultural do doente mental.

4.2 Reforma Psiquiátrica e o novo paradigma de saúde mental

A revisão legislativa proposta pelo deputado Paulo Delgado por meio do Projeto de Lei 3.657, ambos ocorridos em 1989, impulsionaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 1989).

Em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A partir daí, os doentes mentais são reconhecidos como cidadãos de fato, com direitos assegurados por lei. Tornam-se, desta forma, pessoas não mais fadadas ao isolamento e a segregação, mas com direitos ao cuidado por parte da família e de toda a sociedade. A assistência aos pacientes com transtorno mental deverá ser realizada em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Residência Terapêutica, Ambulatório, Hospitais Gerais e Centros de Convivência. Substituem-se, dessa forma, os hospitais psiquiátricos.

Como explica o Ministério da Saúde, a reforma psiquiátrica “significa a mudança no modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade”.

A lei 10.216 dá suporte a Política de Saúde Mental no Brasil, que promove a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência. As internações psiquiátricas, quando forem necessárias, serão realizadas em Hospital Geral, por curto período.

Outra importante ferramenta é a territorialização da assistência, permitindo que o portador do transtorno mental receba todo cuidado necessário ao seu bem-estar na sua própria comunidade, permitindo-o participar das ações para uma reabilitação psicossocial através do trabalho, da cultura e do lazer.

Observamos ainda que a Portaria 336/2002, apesar de representar um grande avanço, classifica os CAPS: I, II, III. Caracteriza os dois primeiros como algo muito próximo de “Centro Comunitário de Saúde Mental”, entendido este como intermediário, portanto concebendo o Hospital Psiquiátrico ainda como parte integrante do Sistema. Ao instituir um CAPS que não têm prontidão à crise, o que se está fazendo é reafirmar o modelo preventivo comunitário. Os CAPS III apresentam-se como algo equivalente aos NAPS (experiência santista), colocando-se como substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Aqui há avanço (DISETE DEVERA).

A partir dos primeiros anos da primeira década do ano 2000, o Ministério da Saúde elege o significante CAPS como designação oficial das experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, outorgando-lhe, em

alguns casos (CAPS III), o estatuto de instância-eixo da Atenção no Território; assimilando, dessa forma, um dos princípios importantes que norteavam os NAPS (DISETE DEVERA).

A lei 10.216 redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, prevendo, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; regulamentando cuidados especiais à clientela de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para a internação involuntária e/ou desnecessária (DISETE DEVERA).

Percebemos que nos últimos 10 anos, o SUS avançou na assistência e no tratamento aos brasileiros com transtorno mental. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde é o redirecionamento da assistência, fechando os Hospitais Psiquiátricos, e implantando serviços de saúde mental em todo o país, ou seja, a expansão da rede de CAPS.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtorno mental estimulando sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é a de buscar integrá-los a um ambiente social e cultural, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. (MANUAL DE SAÚDE MENTAL).

Atualmente, os portadores de transtorno mental têm uma assistência centrada no território, permanecendo na sua estrutura familiar e no seu nicho social, construindo a sua inserção na sociedade com a preservação de seus direitos. A prática de maus-tratos aos doentes mentais é crime passível de punições. Hoje, ele tem voz, e direitos garantidos pela legislação, tornando a sociedade responsável pelos seus cidadãos ainda que doentes mentais. O isolamento e o afastamento são práticas não mais aceitas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As melhorias na qualidade de vida dos portadores de transtorno mental em nosso mundo contemporâneo são conquistas sociais inegáveis. Atenção e zelo aos doentes, no contexto que vivemos, é construído por todo aquele envolvido nesse processo, como pacientes, familiares, profissionais e sociedade. Adquire-se a cada momento uma maior compreensão da doença e tolerância para com o doente, oferecendo um cuidado digno, como tanto enfatiza o Manual de Saúde Mental.

A hospitalização deve ter uma orientação prática para questões da vida diária, cuidados, emprego e relacionamentos sociais e qualidade de vida.

Os centros de cuidados-dia e visitas à casa do paciente podem, ocasionalmente, ajudá-lo a permanecer fora do hospital por longos períodos e melhorar seu cotidiano. O apoio da família e da equipe de saúde é de grande importância.

As unidades de saúde devem atender ainda as necessidades em saúde de forma totalizadora, entendendo-as não apenas como fisiopatológicas, mas também visando à modificação do processo na saúde, na humanização, é exigir de todos um esforço de reconhecimento, da cidadania, conviver com o diferente, respeitando-o e tolerando as incapacidades de cada indivíduo.

Dentro do contexto da reforma psiquiátrica, a Unidade de saúde, juntamente com sua equipe, apresenta um papel fundamental, pois é a porta de entrada do paciente ao sistema de saúde. Além disso, apresenta a responsabilidade de propor novas estratégias de atendimento buscando aumentar a rede de atenção aos pacientes e familiares.

Concluimos assim que o transtorno mental é abrangente e complexo, em que fatores biológicos, psicológicos e sociais estão envolvidos no processo de adoecimento mental. Mas com sensibilidade, determinação e uma sincera disposição de se reintegrar este indivíduo doente ao seu meio social, pode-se melhorar substancialmente a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D de C., (coordenador) 1995. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

FOUCAULT, M. História da loucura na Idade Clássica. 2ª ed., São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____. Microfísica do Poder. 10ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1979.

KAPLAN, S.G. Compêndio de Psiquiatria, Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica, 4 Edição, Rio de Janeiro, 2009.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo de. Saúde e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MEDEIROS, T. (1993). Uma história da Psiquiatria no Brasil. In: F. Silva Filho & J. Russo (orgs.) Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na Legislação, na ideologia e na práxis Disete Devera. Abílio da Costa. Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP.

MACHADO, R. et al. Da (n)ação da norma. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

SAÚDE MENTAL DO SUS: Os centros de Atenção Psicossociais. Brasília, 2004.

MANZOLLI, M.C., Enfermagem psiquiátrica a saúde mental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

PESSOTTI, I.A formação humanística do médico. Medicina, Ribeirão Preto, 1996.

SPADINI, L.S & SOUSA, M. C. B. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares, Ver. Esc. Enfermagem da USP, São Paulo Ago./Dez de 2006, v. 40 (1) p. 123-7, Disponível em: www.google.com.br Acesso em 11 de maio de 2013.

VIANA, P.C.M e BARROSS. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. Reme-Rev.Min.Enf.8(1).165-252., jan/mar.2004.