

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

VIVÊNCIA DE ESTÁGIO NO CAMPO DE SAÚDE MENTAL EM UM
HOSPITAL PÚBLICO DE GRANDE PORTE DA ZONA NORTE DE
PORTO ALEGRE

Fabiane Figueiredo Ribas

Orientadora: Daniela da Motta Esteves

PORTO ALEGRE
2012

FABIANE FIGUEIREDO RIBAS

**VIVÊNCIA DE ESTÁGIO NO CAMPO DE SAÚDE MENTAL EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DE GRANDE PORTE DA ZONA NORTE DE PORTO ALEGRE**

Relatório apresentado como pré-requisito de Conclusão do
Curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC.

Orientadora: Daniela da Motta Esteves

Porto Alegre

2012

“O homem, através do uso de suas mãos, uma vez que elas energizadas pela mente e vontade pode influenciar o estado de sua própria saúde”. (Kielhofner)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por ter me guiado até aqui, a minha família em especial minha mãe pelo apoio incondicional, a minha filha pela paciência e compreensão da minha ausência, a minha orientadora Daniela, a bibliotecária Luciane, aos funcionários da biblioteca Alexandre, Ilse e Meri, aos meus colegas em especial Altair Freitas, Jair Oliveira, Jessica Mello, Daniela Alves, Giane Osório e Leticia Silva que foram mais do que colegas foram grandes amigos (as) em momentos difíceis, e ao GHC e IFRS.

RESUMO

Este trabalho é resultado da experiência vivenciada em estágio de campo de saúde mental realizado no 3º semestre do curso técnico em enfermagem da escola GHC-Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde em parceria com IFRS-Instituto Federal do Rio Grande do Sul, em uma unidade psiquiátrica de um hospital 100% SUS de grande porte em Porto Alegre e referência de atendimento no Rio Grande do Sul. Nele faço uma breve abordagem sobre a história da reforma psiquiátrica e dos fatores essenciais que levaram ela acontecer e como surgiram os CAPS que hoje são um dos pontos fundamentais para dar continuidade ao tratamento de uma pessoa que sofre de alguma doença psíquica e de sua (re) inserção perante a família e a sociedade. Também faço uma síntese sobre a história da terapia ocupacional, como ela surgiu e como foi implantada no Brasil, fazendo uma reflexão sobre a importância de desmistificar o campo de saúde mental que é vinculada a imagem de loucos em surtos. Ressalto a importância do trabalho desenvolvido pela terapia ocupacional que ainda precisa ser mais divulgado e trabalhado com os profissionais da saúde para que todos possam entender qual a finalidade das atividades propostas e, que não são passatempos ou entretenimentos e sim, uma continuidade do tratamento e uma busca ou reconquista da autonomia perdida, (re) conhecimento pessoal e integração social que estas pessoas perderam por algum sofrimento psíquico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 BREVE CONTEXTO SOBRE A REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL	7
3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	09
4 A TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE MENTAL.	11
4.1 TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL.....	12
4.2 OFICINAS DESENVOLVIDAS PELA TERAPIA OCUPACIONAL.....	14
5 RELATO DE EXPERIÊNCIA	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

Este relato de experiência é baseado no estágio do 3º semestre no campo de saúde mental realizado na unidade 4ºF do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) ao qual faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que é referência em atendimento na rede SUS. O 4ºF foi inaugurado em março de 2009 e presta atendimento a pessoas com distúrbios psiquiátricos, buscando desenvolver tratamento e acompanhamento necessário e adequado para cada caso, visando sua estabilização mental, emocional e também sua (re) inserção familiar e social.

A partir deste relato de experiência, abordarei um pouco sobre as mudanças que o serviço de saúde mental sofreu no decorrer das últimas três décadas. Essas mudanças foram fundamentais para os usuários que por muito tempo foram julgados como incapazes de manter uma vida “normal” e assim eram enclausurados em lugares com condições precárias sendo privados de conviver no seu ambiente familiar e em sociedade.

Outro aspecto a ser abordado é a terapia ocupacional, um campo ainda pouco conhecido, mas que está sendo ampliando cada vez mais dentro desse espaço da saúde mental. O trabalho da terapia ocupacional é desenvolvido por meio de oficinas, artes lúdicas, rodas de conversa, entre outras atividades desenvolvidas em grupo, que ajudam os pacientes a criarem um elo entre passado, presente e futuro, trazendo seus sentimentos, recordações, medos, incertezas e esperanças que cada um carrega consigo.

Com esta passagem por este campo de estágio comecei a ter uma nova visão sobre o serviço prestado pela saúde mental. A observação destas atividades desenvolvidas pela terapia ocupacional me fez refletir sobre os pacientes da saúde mental, percebi que eles necessitam mais do que os cuidados de enfermagem, cuidados físicos, medicamentoso, consultas e ou entrevistas com psicólogos ou psiquiátricas. Há uma necessidade muito grande de este espaço ser ampliado, esclarecido e fortalecido por nós profissionais da saúde e assim desmistificar que saúde mental não é só para loucos que a qualquer momento vão surtar e terão que ficar contidos e ou totalmente dopados pelos medicamentos, sem terem nem uma noção de tempo ou espaço, mas saber e conhecer que este é um espaço de transformação, criação, adaptação e inclusão.

2 BREVE CONTEXTO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A luta pela reforma psiquiátrica no Brasil teve seu início efetivo no ano de 1978, com um movimento social formado por trabalhadores em saúde mental (MTSM) e também contava com o apoio dos trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, associações de familiares e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Este movimento traz a público denúncias de violência dos manicômios. Em 1986, é inaugurado em São Paulo o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) do país, após um intenso movimento social formado inicialmente por trabalhadores da saúde mental que buscavam uma melhoria na assistência dos usuários do serviço de saúde mental no Brasil. Esse movimento denunciou a situação precária que os hospitais psiquiátricos viviam, sendo estes hospitais, o único recurso de tratamento e ligação que seus usuários tinham com a saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

Em 1987, é realizado o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru (São Paulo) com o lema “Por uma sociedade sem manicômios e também neste mesmo ano acontece a 1ª Conferência de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro”. Neste mesmo ano, surge em Santos (SP), o primeiro CAPS / NAPS que funcionava 24 horas e também começam a serem criadas as residências terapêuticas (SRT) no Brasil (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

Em 1989, houve o início de um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), com repercussão nacional no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, onde aconteciam mortes e maus tratos dos pacientes. A partir da repercussão desse acontecimento, mostrou-se que era possível a construção de uma rede de cuidados eficaz substituindo as práticas dos hospitais psiquiátricos.

No ano de 1989, surge um projeto de lei no Congresso Nacional, do deputado Paulo Delgado (PT/Minas Gerais) com o propósito de regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e o término dos manicômios no país. Neste momento começam as lutas do movimento da reforma psiquiátrica nos campos legislativos e normativos. (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005).

A década de 90 é marcada pelo compromisso do Brasil na assinatura da declaração de Caracas, e também pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a se tornar política pública no Brasil a partir dos anos 90 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

Nessa época iniciam-se no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de atenção diária realizadas nas experiências dos primeiros CAPS/NAPS, hospitais-dia e também as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, motivados pelo projeto lei do deputado Paulo Delgado. Sendo assim, os movimentos sociais conseguem aprovar essas primeiras leis sobre a determinação da substituição progressiva dos leitos psiquiátricos e implantação de uma rede integrada de atenção à saúde mental. Porém mesmo com as leis de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental ainda estavam sendo destinados aos hospitais psiquiátricos, dificultando assim, o desenvolvimento e crescimento da rede de cuidados integrais às pessoas com transtornos mentais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

No ano 2001, finalmente, a lei do deputado Paulo Delgado é aprovada no país, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, porém para sua aprovação sofreu algumas alterações do projeto original da lei.

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

Imediatamente, após divulgação da lei 10.216, foi realizada em Brasília, no ano de 2001, no mês de dezembro, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação de 1.480 delegados, sendo representantes de usuários do serviço de saúde, familiares, integrantes de movimentos e profissionais de saúde. A etapa municipal e estadual envolveu cerca de 23.000 pessoas com presença ativa dos participantes. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

Com este amplo envolvimento dos usuários do serviço, seus familiares, movimentos sociais e profissionais da saúde fizeram a III Conferência Nacional de Saúde consolidando reforma psiquiátrica como uma política de governo, tornando os CAPS estratégicos para mudar o modelo de assistência aos usuários do serviço de saúde mental. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental conseguiu que a política de saúde mental do governo federal alinhada com as diretrizes da reforma psiquiátrica ficasse mais concreta conquistando assim mais estabilidade e visibilidade no âmbito nacional. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O primeiro CAPS (Centro de atenção psicossocial) ou NAPS (Núcleo de atenção psicossocial) surgiu no ano de 1986, em São Paulo e foram oficialmente criados a partir da portaria GM/22492. Os CAPS se tornaram uma das principais estratégias para mudar a história dos usuários do serviço de saúde mental.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

Os CAPS prestam assistência a pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, para pessoas com transtornos relacionados a álcool e outras drogas e também para crianças e adolescentes com transtornos mentais. E estão divididos em: CAPS I e CAPS II destinados para atendimento diário de adultos; CAPS III presta atendimento diário e noturno durante os sete dias da semana para adultos; CAPSi, para atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais e CAPSad que atende dependentes de álcool e drogas. No CAPS ad existem leitos de repouso visando o tratamento para desintoxicação. (BRASIL, 2004).

Todos os CAPS buscam oferecer um atendimento eficaz e diferenciado promovendo a (re) inserção social dos usuários do serviço através de projetos terapêuticos e outras ações que envolvam educação, esporte, cultura, trabalho e lazer. São várias estratégias montadas em conjunto que ajudam seus usuários e também seus familiares a enfrentar ou amenizar os seus dramas vividos decorrente do seu transtorno mental ou dependência de substâncias psicoativas. O CAPS também é responsável em organizar a rede de serviços de saúde mental do seu território. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b).

Para um CAPS funcionar sua estrutura física deve contar no mínimo com:

- Sala para atividades em grupo;
- consultórios para entrevistas, consultas ou terapias individuais;
- espaço para desenvolver oficinas;
- refeitório (ofertando refeições de acordo com o tempo de permanência de cada um);
- área externa para oficinas, recreação e esportes;
- sanitários.

A equipe para atendimento dos usuários deve ser multiprofissional, composta por psiquiatras, psicólogas, nutricionista, terapeutas ocupacionais, assistente social, funcionário administrativo, profissional da área da educação. Alguns CAPS contam até com artesãs para suas oficinas de atividades, além da equipe de enfermagem. (BRASIL. Ministério da Saúde 2004).

Os CAPS, além de prestar assistência médica e medicamentosa, buscam desenvolver atividades tanto de grupo, individual, familiar, comunitária e social visando sempre a (re) inserção dos seus usuários no âmbito familiar e na sociedade. A participação ativa dos usuários dos CAPS nestas atividades é de suma importância para seu desenvolvimento psicossocial e para o tratamento de seu transtorno mental e, também assim, ajudam os CAPS a atingirem suas metas pelas quais foram criados, como a de promoção em saúde, de um atendimento diferenciado, eficaz e humanizado. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

Para uma pessoa com transtorno mental e/ou dependência química ser atendida por um CAPS, pode procurar diretamente esse serviço, mas de preferência o que atenda a região que reside, caso não exista esse tipo de serviço no território residencial, será necessário procurar outro serviço de saúde para seu encaminhamento, como uma UBS (Unidade básica de saúde) ou poderá até procurar outros programas do governo voltados para a saúde mental, através de algum serviço social de bairro, escolas, instituições ou em caso de internações através dos hospitais. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

É extremamente importante que as pessoas saibam o que são os CAPS, entendam por que ele foi criado, conheçam sua estrutura e também conheçam o trabalho feito e desenvolvido dentro deste serviço. Precisam saber ou mudar a idéia que é um espaço para loucos ficarem pintando ou desenhando, para passar o tempo ou para manter eles menos agitado, mas que este é um lugar de suporte social, psicológico e clínico, que é uma importante conquista para a psiquiatria no Brasil e, principalmente, para quem é usuário do serviço da saúde mental, que por muitas décadas foram estigmatizados, mal tratados e considerados incapazes de conviver em sociedade e obrigados a ficarem enclausurados em lugares em total precariedade em decorrência do seu transtorno mental.

4 A TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE MENTAL

Em datas remotas se criou uma crença de que a ocupação tinha uma capacidade exclusiva para restaurar e manter a organização dos sistemas humanos que foram afetados por alguma doença e ou trauma. Os egípcios (2000 a.c) e os gregos (200 a.c) descreviam a diversão e a recreação como um meio de tratar o doente. Hipócrates considerado o “pai da medicina” (359 a.c) e Galeno seu sucessor (200 a.c) recomendavam que seus pacientes se exercitassem nos ginásios como meio de recuperar-se da doença, porém ainda não poderia ser considerado um serviço de terapia ocupacional, mas mostra que eles já tinham a visão de que, de alguma forma, aquele estímulo a atividades e os meios de ocupação desenvolvidos traziam algumas mudanças no comportamento dos doentes. Isso tudo nos vem mostrar a presença da atividade na questão da saúde, mas não dizem respeito à terapia ocupacional (Medeiros, 2010).

De acordo com Medeiros (2010), a história da terapia ocupacional originalmente surge, primeiramente, no Canadá e em seguida, surge nos Estados Unidos. Segundo Hopkings e outros historiadores, essa prática era desenvolvida por enfermeiros e assistentes sociais que recebiam treinamentos específicos por médicos que acreditavam nesse tipo de intervenção terapêutica como eficaz para a recuperação do doente e para o próprio ambiente hospitalar, Durante a primeira guerra mundial foi preparado um número maior de pessoas para auxiliar no tratamento de acidentado e neurótico pós-guerra. Foram criadas várias sistematizações metodológicas, quanto à seleção e ao emprego das atividades, de acordo com o grau de incapacidade do doente. Somente em 1917, nos Estados Unidos é criada a primeira escola formadora de terapeutas ocupacionais vinculada à universidade a partir daí, a profissão começa a se firmar e ganha área própria. Os currículos se oficializam e começa o aparecimento de várias escolas em todo o país, se cria um código de ética profissional e a realização de congressos mundiais.

Mas afinal o que é terapia ocupacional e para que ela serve ?

É um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que por razões ligadas a problemáticas especificadas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam, temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social. As intervenções em terapia ocupacional dimensionam-se pelo uso da atividade, elemento centralizador e orientador na construção complexa e contextualizada por processo terapêutico (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2010 apud MEDEIROS, 2010).

4.1 A TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL

No Brasil, após a independência em 1822, um movimento por uma assistência humanitária tomou força e como resultado houve a libertação dos loucos de suas masmorras e a construção do hospício D. Pedro II. Em 1852 são criadas oficinas de trabalho acreditando que poderiam ser “como meio de distração e talvez cura”. Arruda (1962 p. 63) Bartalotti; (2001).

No decorrer da década de 1940, a psiquiatria hegemônica brasileira se voltou para inovações científicas e tecnológicas, tais como eletrochoques e cirurgias neurológicas e para a sedimentação de uma visão orgânica de doença mental que abriria caminho para o incremento dos neurolépticos uma década depois. Nesse contexto, uma médica psiquiatra, movida pela força de sua indignação com o tratamento oferecido aos pacientes dos hospitais psiquiátricos e pela “aposta de que lá onde eram jogados os rebotalhos da sociedade utilitarista, havia sujeitos”(QUINET, 2000, p. 209), investiu na pesquisa e no desenvolvimento de uma prática clínica em terapia ocupacional (CASTRO; LIMA 2007).

Sob a direção da doutora psiquiátrica Nise da Silveira, no engenho de dentro, na cidade do Rio de Janeiro começa a se desenvolver os primeiros trabalhos do serviço de terapia ocupacional. “A forma de tratamento era pela ocupação dos pacientes internados, em atividades rurais ou oficinas como as de ferraria, mecânica, elétrica, marcenaria, entre outros”. (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 30). Uma oficina em especial, chamou a atenção da doutora Nise. Foi à oficina de pintura que a surpreendeu mostrando de como o ato da atividade se revelava com qualidades terapêuticas.

Assim, a pintura revelava que o mundo interno do psicótico podia tomar forma se encontrasse meios de expressão que o aproximassem cada vez mais do consciente, passando a ser vista como um instrumento a ser utilizado pelo paciente para reorganizar seu mundo interno e, ao mesmo tempo, reconstruir sua relação com a realidade exterior (CASTRO; LIMA 2007). Mediante a quantidade e qualidade dos trabalhos desenvolvidos no ateliê de pintura pelo pacientes, Nise da Silveira, juntamente com Maviginer, psiquiatra e artista plástico iniciante, organizaram a primeira exposição destes trabalhos no Ministério da Educação em 1947, na cidade do Rio de Janeiro. Com o sucesso da primeira exposição e o aumento das produções no ateliê, foi criado o “Museu do Inconsciente”, com objetivo de organizar com cautela e critério o que era desenvolvido no ateliê de pintura e, assim permitia ser realizada pesquisa nas imagens que eram pintadas pelos pacientes de saúde mental. Em 1949 com as boas críticas recebida levou os trabalhos do ateliê a serem expostos no Museu de Arte Moderna em São Paulo.

O crítico e também diretor do museu na época Leon Degand ficou impressionado pelas produções feitas, esse trabalho desenvolvido no ateliê de pintura pela psiquiátrica e junto com alguns artistas plásticos foi uma parceria inédita na cultura brasileira (CASTRO; LIMA, 2007).

Esses trabalhos que estavam sendo desenvolvidos pela psiquiátrica Nise da Silveira no engenho de dentro, sofriam com a rejeição e preconceito por parte de outros psiquiatras, “em sua grande maioria, se recusavam a aceitar qualquer valor artístico de trabalhos plásticos realizados por doentes mentais, insistindo na idéia de “arte psicopatológica”, procurando neles apenas sintomas e reflexo de ruína psíquica” (CASTRO; LIMA 2007). Eles não indicavam este tratamento para seus pacientes, nem se quer falavam ou incentivavam para pelos menos conhecerem as atividades desenvolvidas naquele espaço. As pessoas que frequentavam as oficinas, geralmente, chegavam ali por vontade própria, ou por indicação de alguém que conhecia o trabalho e/ ou frequentava também, ou através do convite por parte de algum monitor das oficinas.

Nise da Silveira teve um papel muito importante no campo de saúde mental e da terapia ocupacional no Brasil, ela ajudou a abrir caminhos para vários outros profissionais que também decidiram conhecer e investir mais nestas áreas e nos seus usuários. Trouxe ideias inovadoras para uma ajuda terapêutica com um olhar e gestos mais humanizados no tratamento dos doentes mentais e conseguiu implantar essas técnicas mesmo com muita resistência de alguns profissionais da própria área.

Porém o estabelecimento da profissão de terapia ocupacional no Brasil só foi acontecer em 1957, com o início de um curso instalado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pela equipe da ONU (Organização das Nações Unidas) com duração de doze meses. Inicialmente em 1964 com a duração de três anos, o curso é regulamentado e em 1969 é reconhecido como nível superior. A profissão foi oficializada em 1971, em 1975 é criado o Conselho profissional juntamente com os fisioterapeutas – COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) (MEDEIROS, 2010).

4.2 OFICINAS DESENVOLVIDAS PELA TERAPIA OCUPACIONAL

A terapia ocupacional realiza atendimento tanto individual como em grupo. As oficinas terapêuticas em grupo podem ser oficinas expressivas (expressão plástica como pinturas desenhos), atividades com argila; expressão corporal através da dança, ginástica, técnicas teatrais, entre outros; expressão verbal como contos, leitura de poesia, redação de textos de peças teatrais e de letras de músicas; expressão musical realiza atividades musicais, também fotografia e até teatro; oficinas geradoras de renda; estas servem como instrumento para uma geração de lucros através do aprendizado de uma atividade específica podendo ser igual ou diferente da profissão do paciente; oficinas de alfabetização; desenvolvida para exercitar escrita e a leitura daqueles que não tiveram acesso ou não puderam permanecer na escola. E esta oficina se torna um método muito importante para a (re) construção da cidadania destas pessoas (CAVALCANTI; GALVÃO 2007).

As atividades propostas pela terapia ocupacional são mais do que oficinas de arte ou brincadeiras feitas para distrair ou passar o tempo dos internados, além das transformações dos materiais utilizados nas oficinas, elas possibilitam a criação e transformação da expressão de cada participante, que vai tomando formas e ou cores, tudo expresso em folhas, objetos, rabiscos, frases ou palavras soltas. Tudo isso ajuda e aumenta a capacidade de relacionamento, comunicação e execução de habilidades diversas dos pacientes e assim acaba se formando um canal de comunicação entre eles mesmos e com os profissionais de saúde envolvidos nesse processo de recuperação. Neste espaço é possível sim começar a ser construída ou reconquistada a sua inclusão social, este espaço na saúde mental é uma experiência muito rica para ambas as partes envolvidas.

5 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência que serviu como base para a criação deste trabalho, ocorreu no HNSC na unidade 4°F. Iniciou em oito de maio de 2012 no estágio do 3º semestre, do curso Técnico em Enfermagem da escola GHC. O estágio teve a duração de cinco dias no total, estando distribuídos em dois dias por semana com supervisão de um docente da escola GHC.

A unidade teve sua inauguração em março de 2009. Conta com 14 leitos, um posto de enfermagem, uma sala com televisão para os pacientes, uma sala onde é realizada a oficina de terapia ocupacional e também onde são realizadas suas refeições, um banheiro feminino e outro masculino e dois consultórios para atendimentos e/ou conversas com psicólogos e psiquiatras e uma sala para o lanche dos funcionários.

A unidade conta com uma enfermeira por turno, um fisioterapeuta, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional todos compartilhados com a outra unidade o 4°F1. Entre os três turnos são em torno de 20 funcionários da enfermagem, sendo alguns auxiliares e outros técnicos e também conta com residentes e acadêmicos de psiquiatria e psicologia. Os pacientes que internam são oriundos da central de regulação de leitos, geralmente são provenientes das emergências.

Quando começamos o estágio, estava nervosa, com receio, pois fazia a ideia que os pacientes poderiam entrar em surto e começar a bater, gritar e quebrar tudo a qualquer momento. Não sabia bem o que podia fazer como agir ou falar com aqueles pacientes. Porém no decorrer dos dias, fui aprendendo e conhecendo melhor eles, comecei ter a percepção de que aquele espaço não era e nem deve ser de exclusão, mas sim de inclusão para todos aqueles que estão de passagem por ali, buscando trabalhar sua autonomia e desenvolver sua capacidade para (re)integração perante a sociedade.

As atividades realizadas neste estágio, além das de praxe como a verificação de sinais vitais, medicações e auxílio na alimentação e higiene, tivemos a oportunidade de conhecer mais os pacientes, não só o histórico da doença, mas as histórias de vida deles, como chegaram até a internação naquela unidade. Pudemos ter um contato maior com as atividades oferecidas pelo serviço de terapia ocupacional, realizamos oficinas de pintura com tintas, com massa de modelar, com brinquedos e jornal, participamos do Chalé da Cultura que fica localizado no pátio do hospital, onde eles desenvolvem atividades de expressão, como rodas de conversa ou produção de textos ou frases com o que estão sentindo, o que desejam para si próprio, lembranças do passado. Também são realizadas oficinas de artesanato, de pinturas, recortes entre outras atividades que ajudam no seu desenvolvimento psicossocial e no tratamento do seu transtorno mental.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho realizei uma reflexão e percebi que a saúde mental passou por várias mudanças notáveis no decorrer de décadas e isso só foi possível pela indignação da situação que estava sendo vivenciada no país e com a união e persistência dos profissionais da saúde e também de pessoas que de alguma maneira estavam envolvidas com este tema. Assim foi possível se concretizar mudanças para os usuários do serviço de saúde mental, elas lhe proporcionaram um atendimento mais digno e humanizado que fez muitas pessoas enxergarem que por trás daquele diagnóstico de transtorno mental existia um indivíduo com uma história de vida e que possuem os mesmos direitos de ir e vir, porém necessitam de algum cuidado em especial, mas nada que possa lhe privar da condição de viver em sociedade.

Percebi que os CAPS exercem um papel fundamental na vida das pessoas com sofrimento psíquico, eles buscam desenvolver a capacidade de autonomia, incentivo a participação no seu tratamento e o que eu considero mais importante a sua (re) inserção familiar, social e por que não também cultural.

O trabalho da terapia ocupacional ainda é um campo pouco explorado, principalmente, dentro dos hospitais psiquiátricos, estando mais presente nos CAPS e que a terapia ocupacional ainda sofre preconceito por parte de alguns profissionais da saúde, talvez seja por que eles desconhecem a importância que ela tem nesse campo, pois suas oficinas desenvolvidas possibilitam uma troca social e faz com que seus participantes reconheçam suas dificuldades e capacidades, além de comunicação verbal as oficinas acabam revelando a identidade criativa de cada um e isso faz que os usuários expressem seus sentimentos, desejos, pensamentos e angústias, este processamento de emoções pode despertar a consciência fazendo assimilar a sua realidade e podendo proporcionar uma renovação e/ou transformação da sua própria história de vida até aquele momento.

Termo este trabalho com uma nova visão sobre esta área da saúde, pois quando decidi por este tema de saúde mental, ainda existia um pouco de preconceito da minha parte, talvez porque ainda como uma estudante ansiosa da saúde, só estava focando em doença física, tratamento e procedimentos que cabiam a mim e também existia intimamente um medo talvez da possível periculosidade, irracionalidade, imprevisibilidade, da sexualidade mais aguçada, da irresponsabilidade e/ou da perda de controle daquelas pessoas.

Porém, ao passar dos dias no estágio e as participações das atividades da unidade, este medo e preconceito foi sendo sufocado pela curiosidade, descobertas e envolvimento que fomos tendo a cada dia com aqueles pacientes, principalmente nas oficinas de terapia ocupacional, que para mim parecia que neste momento eles se sentiam livres, livres da vigilância, livres de rótulo de loucos e livres para expressão. Com esta vivência de campo de estágio descobri os “loucos”, loucos de vontade de mudar, de superar suas dificuldades psíquicas, loucos de vontade viver suas vidas e de retomar o controle delas e de ser normal, se é que ser normal é não ser considerado “louco”, mas foi este medo e preconceito que me impulsionaram a buscar conhecer mais e continuar a busca por mais conhecimento nesta área da saúde, e a ter vontade e entusiasmo de trabalhar com estes usuários do serviço da saúde mental.

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília DF, Ed: Ministério da saúde, 2005. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br> > Acesso em: 21 mai. 2012.

_____. Grupo Hospitalar Conceição. **GHC 100% SUS de portas abertas para comunidade: Relatório Social (2009-2010)**, Porto Alegre, 2010.

CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia. **Terapia ocupacional fundamentação e prática**. Rio de Janeiro. Guababara Koogan, 2007.

CARLO, Marysia de BARTALOTTI, Celina. **Terapia ocupacional no BRASIL**. São Paulo. Plexus, 2001.

CASTRO, Eliane Dias, LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. **Resistência, Inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira**. Interface, Botucatu, V.11, p.365-376,2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo> > Acesso em: 22 jun.2012.

MEDEIROS, Maria Heloisa da Rocha. **Terapia ocupacional um enfoque epistemológico e social**. São Paulo. UFSCar, 2010.

QUINET, Antonio. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2000.

RIBEIRO, MARLI; DE OLIVEIRA, LUIZ. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. Interface, Botucatu, v. 9,.n.17, ago.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> > Acessoem 22 jun.2012