

A instituição psiquiátrica e o doente mental:

a percepção de quem vivencia esse cotidiano¹

Lilian Hortale de Oliveira
Cristina Maria Loyola Miranda

Resumo

O presente estudo busca caracterizar as experiências do doente mental nos processos de internação e alta hospitalar e discutir as suas perspectivas e percepções nestes processos. Trata-se de um estudo de caso, com pacientes atendidos em uma instituição psiquiátrica, em três modalidades de assistência existentes: Internação, Centro de Atenção Diária e Ambulatório. A vivência do doente mental no contexto de uma instituição psiquiátrica compreende diversos aspectos como solidão, abandono, dúvidas, insegurança, a perda da auto-estima, mas, principalmente, o medo de ser louco, estigmatizado e rotulado como um indivíduo incapaz e a dor de estar louco, tendo que vivenciar o cotidiano de enfermarias, remédios e a indiferença aos seus desejos enquanto pessoa. Estes sentimentos podem ser minimizados ou acentuados pela participação da família e grupos sociais dos quais faz parte, como também através da atuação da equipe de saúde mental, que o assiste diariamente.

Palavras-chave: Doenças mentais - Experiência vivida - Instituições de saúde

Considerações iniciais

Muito se tem discutido sobre loucura, hospícios, louco², internações, modalidades de assistência, formas e fórmulas de atendimento. Muito se fala, às vezes escuta-se, poucas vezes resolve-se. Porém permanece uma questão: como o doente mental vive e sente os processos de internação e alta?

Em princípio, deveríamos saber como são vividas e avaliadas as transformações na vida de um doente mental durante o período entre admissão e alta e quais são as propostas de acompanhamento subseqüentes. Quais são as perspectivas e percepções dos pacientes, suas dúvidas e seus medos? E como torná-los ativos na manutenção de sua própria saúde mental?

Saber quando poderá ir para casa, se terá que tomar remédios por toda a vida, ou quando poderá ir ao banco retirar seu pagamento, são algumas perguntas feitas pelos pacientes durante a internação e que nem sempre são merecedoras de atenção pelos profissionais que os assistem diariamente.

Costumam, na verdade, ser respondidas - quando são respondidas - de forma indiferente por profissionais que, algumas vezes, se mostram insensíveis às suas angústias.

Sabemos que *adoecer* em nossa sociedade é sinônimo de não produzir, e é considerado "vergonhoso", devendo esta pessoa ser afastada do convívio social, para que não se torne um estorvo para aqueles que a cercam (Pitta, 1990).

Não obstante o que poderíamos pensar, o doente mental vive e sofre transformações com a mesma intensidade que qualquer outro doente, sendo que há o agravante de, em sua doença, ser rotulado como louco, acrescido ainda de solidão, alucinações, delírios, impregnações, que podem implicar em prejuízos, temporários ou definitivos, da marcha e da fala.

Não podemos negar a importância e a necessidade da internação em situações onde o tratamento exija acolhimento, rigor e avaliação diária das respostas às condutas medicamentosas, pois observamos a grande valia que pode ter este recurso quando associado de forma eficaz a outras

condutas terapêuticas, como oficinas, terapia ocupacional, terapia de grupo, terapia de família e outras.

O objetivo final desta intervenção deverá ser a reintegração social, que não é um processo fácil, mas antes significa a reorganização pessoal, difícil e dolorosa, sobretudo para aqueles que não contam com um suporte familiar ou com outros laços de afeto que possam vir a ajudar e sustentar na superação desse momento.

As necessidades dos pacientes em se reintegrarem incluem suporte material como casa, comida, família e trabalho, e desta forma a internação, às vezes, se constitui em um espaço de segurança e liberdade para esta pessoa. Incluem também um local de referência que o paciente possa procurar quando sentir necessidade ou vontade, onde um técnico que ele já conheça possa atendê-lo, seja este local um Centro de Atenção Diária (CAD) ou um ambulatório; locais em que o paciente possa ter opções de atendimento de acordo com suas necessidades naquele momento, locais onde possa formar vínculos (Cavalcante, 1992).

Seguindo o caminho do imaginário de uma sociedade que visa como "bom" o belo e o limpo, que aceita como ser social apenas o afável e que tende a extirpar o que é complexo, heterogêneo e irresoluto, o doente mental vai ser compreendido como marginal, incongruente, intratável, e será mantida uma distância segura desse indivíduo, seja por intolerância ou por medo, incapacitando-o de forma taxativa a não ter direito de pensar, agir, opinar, escolher, enfim retirando-lhe o direito de ser.

Isto posto, concordamos com os estudos que apontam que o diagnóstico de doença mental ou a internação em clínica psiquiátrica não devem implicar em perda da capacidade civil, e desta forma, toda a limitação aos direitos civis e políticos do doente mental deve ser rigorosamente reavaliada em curto espaço de tempo (Pitta & Dallari, 1992).

Temos presenciado pacientes que procuram a internação em momentos agudos da doença. Demonstram e relatam alívio por poderem ficar em algum isolamento social e emocional, que neste momento agudo funcionam como proteção e acolhimento. Nestes casos, caber-nos-ia investigar as origens desses indivíduos, suas relações familiares e sociais, ou mesmo avaliar a assistência prestada, para tentarmos identificar se este desejo, o de estar internado, reside na expectativa que este indivíduo tem de que será cuidado, assistido, ou

se reflete apenas uma vontade de isolamento, e a necessidade de escapar de um convívio social para o qual ele considerase incapaz. Ou simplesmente por resignar-se à falta de opções nos momentos de crise.

A realidade que vivemos ainda é indefinida: Internar é bom ou ruim?

Ao falar sobre Instituições Totais, Goffman (1974) resalta que atividades de trabalho, lazer e descanso habitualmente são realizadas em ambientes diferentes e, quando realizadas nessas instituições, são reduzidas e limitadas a um mesmo espaço, rompendo-se as barreiras da individualidade do EU de cada um.

Nos espaços institucionais, as atividades têm horários marcados para serem realizadas e as pessoas são tratadas da mesma forma, como se todos possuíssem as mesmas características e as mesmas vontades, e sobretudo a mesma noção de tempo.

Observamos os dois aspectos: é ruim para qualquer pessoa perder sua individualidade e a privacidade para fazer coisas, como tomar banho, comer e dormir com estranhos ao seu lado, e todos fazendo as mesmas coisas, ao mesmo tempo. Por outro lado, é importante para um indivíduo, que esteja sofrendo de uma desorganização mental, que haja uma rotina de atividades que o ajudem a recuperar um certo equilíbrio e a organização mínima de suas idéias e emoções.

Hoje, passados mais de vinte anos do que Goffman (1974) denominou Instituições Totais, observamos algumas de suas características em grande parte dos hospitais psiquiátricos, mesmo aqueles com propostas de desinstitucionalização e que investem na liberdade de escolha dos doentes mentais. Esta liberdade, porém, deverá incluir tanto uma opção por um tratamento ambulatorial quanto a escolha por uma internação, com todas as suas vantagens e limitações.

Se buscamos o conforto, o acolhimento, a reintegração social do doente mental e se pudermos encontrar isto somente através da internação, ela será certamente a melhor opção de tratamento, pois teremos certeza de que, naquele momento, estaremos realmente cuidando de alguém doente, que precisa do espaço protetor que a enfermagem pode ser capaz de oferecer. Mas esta escolha tem de ser submetida à avaliação do paciente, e a

internação compulsória tem que ser alvo de ampla discussão. E se a internação for a ação proposta pelo paciente, atendê-la já será uma forma de assisti-lo e de tratá-lo.

Visando direcionar o estudo de forma a abranger toda a sua vivência durante e após os processos de internação e alta hospitalar, bem como seu reingresso no convívio social, no lar, trabalho, lazer, objetivamos caracterizar as experiências vivenciadas pelo doente mental durante os processos de internação e de alta hospitalar e discutir as suas perspectivas e percepções durante os referidos processos.

Os caminhos metodológicos

O estudo foi desenvolvido pelo método de Estudo de Caso, sendo o procedimento de coleta de dados realizado em duas etapas.

Na primeira etapa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas gravadas, seguindo-se um roteiro previamente elaborado, com os pacientes nas três situações (internação, Centro de Atenção Diária (CAD) e ambulatório), tendo como critério de seleção que o paciente (de CAD ou ambulatório) já tenha vivenciado pelo menos uma internação. Estas entrevistas foram compostas de perguntas bem objetivas que facilitassem o entendimento e as respostas dos pacientes, sendo feitas apenas 05 (cinco) perguntas para cada paciente, pois consideramos as características da clientela estudada.

A segunda etapa da coleta de dados constou de observação participante, a partir de um roteiro previamente elaborado, onde o observador, através de sua participação no cotidiano da clientela, pôde registrar as ações e comportamentos dos pacientes nas diversas situações vividas (Becker, 1993). O conteúdo dessa observação foi registrado sob a forma de diário de campo.

O objetivo desta segunda etapa foi confrontarmos o discurso do paciente com o que pudemos observar do seu cotidiano nas enfermarias, nas atividades do CAD e durante as consultas ambulatoriais.

Foram descritos, então, o discurso - baseado nos depoimentos dos pacientes durante as entrevistas - e o cotidiano - registrado em um diário de campo - do doente mental e suas vivências, sob a perspectiva de cada paciente em diferentes modalidades de assistência: Internação, Ambulatório

e CAD. Cabe ressaltar que a coleta de dados foi realizada após o consentimento esclarecido dos pacientes envolvidos no estudo, garantindo-lhes o anonimato, bem como uma autorização formal da instituição onde o mesmo foi realizado.

Os três olhares

Apesar de estarmos estudando a vivência de doentes mentais assistidos em um único hospital, percebemos que os pacientes atendidos nas diferentes modalidades assistenciais - enfermaria, CAD e ambulatório - mostram, em algumas ocasiões, um olhar diferente, uns dos outros, como se estivéssemos em três hospitais distintos, três diferentes ilhas de assistência.

Ouvir o doente mental nem sempre se constitui em uma tarefa difícil ou delicada, uma vez que, antes de tudo, estamos ouvindo uma pessoa que sente, sofre, sorri, tem medos e dúvidas. Ao iniciarmos este estudo, era certo que teríamos contato com pessoas que vivenciam o sofrimento da internação em uma instituição psiquiátrica, e, para aqueles que não mais se encontravam reclusos em uma enfermaria, a lembrança desta vivência não seria, espontaneamente, opção de tema para uma conversa. Pedir para um doente mental reviver seus dias de interno em um hospital psiquiátrico talvez tenha sido o momento mais difícil da etapa de coleta de dados, e, com certeza, o mais rico.

Quebrar um silêncio, guardado por proteção às lembranças dolorosas, algumas vezes se fez terapêutico para aqueles que não têm com quem falar ou não tomam iniciativa de fazê-lo.

No que se refere ao sentimento do doente mental sobre a internação, não observamos nenhuma diferença significativa de opinião entre os pacientes que viviam, naquele momento, há diferentes situações assistenciais. Parece existir uma resignação sobre a doença e os limites que essa lhe impõe enquanto indivíduo, transmitindo a mensagem da internação como um mal necessário.

A grande vitória não consiste na cura, mas na permanência prolongada fora das enfermarias. Na verdade, a internação para alguns pacientes tem significado literal de tratamento, sem entrelinhas ou conotações obscuras, enquanto que outros a vêem como sua própria incapacidade de manter a saúde mental. Isto nos leva a pensar em questionar

onde estará realmente a diferença: se no processo de internação ou na assistência prestada.

Concordamos com Goffman (1974) quando afirma que os doentes mentais podem descobrir-se em uma "atadura" muito especial. Para receber a alta hospitalar, ou melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar que lhes foi atribuído, e este lugar consiste em apoiar o papel dos profissionais, que parecem impor-lhes essa condição.

O que os pacientes dizem sobre o cuidado prestado durante a internação incluem palavras como "bom", "ótimo", "melhor" e geralmente, os pacientes que já têm experiências de internações anteriores, fazem comparações e afirmam sempre que esse é o melhor de todos os hospitais em que já estiveram internados. Os pacientes explicam suas opiniões, falando sobre o grande número de profissionais para assistí-los, afirmando que recebem atenção, remédios e que têm sempre alguém para conversar.

O enfermeiro e a equipe de auxiliares e técnicos são para o paciente internado fonte da mais profunda gratidão, pela atenção, pelo cuidado, por chamar o médico, por parar o que está fazendo para bater um "papo-furado" ou interagir de forma terapêutica, realizando uma relação de ajuda 24 horas por dia. Mas esta equipe também funciona como "válvula de escape" para as frustrações, os medos, as dúvidas e a raiva dos pacientes e pela mesma característica de permanência.

A qualidade da assistência de enfermagem prestada pelos profissionais da instituição pesquisada foi uma agradável surpresa para quem já estava acostumado a lidar com ineficiência, impaciência e descuido, e esta qualidade é ponto-chave para as grandes transformações ocorridas na instituição. Miranda (1994) afirma que é necessário romper definitivamente com uma assistência de enfermagem psiquiátrica de descompromisso, descaso e indiferença para o paciente, para termos uma assistência de qualidade em que possamos garantir ao doente mental eficiência, solidariedade, competência técnica e zelo, e a certeza de uma assistência continuada em que o profissional se esmere em dar o melhor de si mesmo.

Segundo os pacientes das enfermarias - que referem não conhecer, não terem vontade ou não terem sido orientados pelos seus médicos assistentes, sobre a importância de freqüentarem as oficinas terapêuticas, a sua freqüência às

oficinas é esporádica e registra apenas um pequeno número deles, se o comparamos ao número de internos.

A nova proposta do CAD/Hospital-Dia possibilitou uma ruptura no muro de isolamento que existia entre pacientes/profissionais das enfermarias e pacientes/profissionais do CAD, pois observamos claramente que os pacientes do CAD eram reticentes quanto ao fato de os pacientes internados se "misturarem" a eles em "suas" oficinas e mais, o que é pior, é que esta reticência partia, na maioria das vezes, dos próprios profissionais do CAD, onde alguns técnicos de saúde mental não viam com bons olhos essa mistura de enfermaria e CAD.

Os pacientes do CAD, assim, criavam a ilusão de serem diferentes e melhores que os pacientes internados e, algumas vezes, repetiam o discurso de alguns profissionais que não concordavam com essa nova proposta de unificar, em um só hospital, as modalidades assistenciais existentes na instituição.

No que se refere à família, sabemos que em todo processo de hospitalização esta detém para si um papel que pode ser definitivo para o futuro do paciente. Tanto a família que participa, que divide com o paciente sua dor e seus momentos de crise, quanto aquela que se ausenta ou se acomoda com a possibilidade de a internação lhe tirar o fardo que pode ser ter um psicótico em casa.

O que a maioria dos pacientes internados nos revela em seu discurso é que a família participa ativamente de seu tratamento, fazendo visitas constantes, indo às reuniões de família, conversando com médicos, assistentes sociais e psicólogos, tratando os pacientes com carinho e muita atenção.

Saber que, ao sair do hospital, existe alguém a esperá-lo, torcendo por ele e estando ao seu lado contra todos os seus fantasmas e sua dor, é fundamental para uma melhora rápida. Porém a família do doente mental - na maioria das vezes - parece ter dúvidas sobre o que fazer por ele ou como fazer por ele.

A família do doente mental angustia-se quando se depara com a possibilidade de ser evitada pela sociedade e tende a distanciar-se deste convívio em comunidade. Na maioria das vezes, as pessoas ficam atordoadas, inseguras sobre como agir com o doente mental e são estes sentimentos que levam ambos - doente e família - a se afastarem do convívio com vizinhos e amigos (Lalanda, 1995).

A não ser pela liberdade de ir e vir, de não estar “preso” em uma enfermaria, os pacientes de ambulatório não são diferentes em reconhecer a importância da família e também de ressentirem-se de sua ausência. Porém, alguns pacientes menos comprometidos conseguem discernir a família que o ajuda, que o acolhe, que cuida, daquela que contribui com o agravamento da doença ou até mesmo com o desencadeamento da crise, considerando que o desejo da família de que ele volte para casa pode ser um grande determinante de sua resposta positiva ao tratamento.

Quando abordamos os pacientes sobre um tema que não envolve rotinas hospitalares, remédios e oficinas, mas o lar o cotidiano dos pacientes fora do hospital, percebemos que eles ficam mais relaxados, falando como pessoas comuns, às vezes sem sequer mencionar sua condição de doente mental.

Os pacientes internados, ao falarem de suas casas, referem um certo desconforto por dividirem a casa com um grande número de pessoas, ficando evidente a necessidade de ter um pouco de privacidade, um espaço individualizado. Não conseguimos perceber afeto ou apego dos pacientes às suas casas, como aquela sensação de acolhimento e refúgio que temos quando chegamos à nossa casa, após estarmos um longo tempo afastados dela.

Esta nossa percepção fica mais evidente quando abordamos os pacientes do CAD - que permanecem em casa durante a noite, finais de semana e feriados - e notamos que não há um sentimento de prazer por ficarem em casa, desfrutando a “liberdade” de ir e vir, passear, ver televisão à hora que quiser, no canal que preferir; poder ir à lanchonete, à praia, ao cinema; conversar com os amigos na esquina, namorar, passear com os filhos. Enfim, viver de forma plena e com um mínimo de restrições. Na verdade, a maioria dos pacientes realiza poucas atividades sociais, e mais, grande parte revela o desejo de chegar a segunda-feira para poder estar no CAD e passar lá toda a semana.

Isto nos reporta à história de Hélio, o paciente referido por Goldberg (1994), que se queixava de não ter com quem conversar, não fazer amizades e que seu único passatempo era viajar para São Paulo (ele morava em Santos), comer um lanche, ir à consulta ambulatorial e retornar para casa.

O hospital revela-se, assim, um local de tratamento, lazer, relações sociais e trabalho, sem que o doente mental precise ao menos sair pelos seus portões.

Um aspecto relevante da questão do cotidiano do doente mental é o de que, quando perguntamos sobre os dias festivos, os pacientes referem apenas festas familiares - natal, ano-novo e aniversários - e sentem prazer - em especial as mulheres - nos aspectos relativos aos preparativos das festas, ao preparo das comidas e a arrumação da casa.

Uma paciente do ambulatório nos chamou a atenção ao dizer que “nunca mais teve uma festa de aniversário” e que a melhor festa que teve na vida, e que jamais irá esquecer, foi a festa de natal realizada no hospital, referindo-se à festa como “a coisa mais linda do mundo”.

Mais uma vez aparece no discurso do paciente a imagem da instituição como um local agradável, acolhedor e acima de tudo terapêutico para o doente mental, principalmente para aqueles que não estão mais internados e assim podem optar por ficar em um local que lhes faça bem.

Porém, isto não nos tira a preocupação - muito pelo contrário, aumenta - em relação à receptividade da comunidade (e isso inclui a família) aos pacientes. Se eles preferem permanecer no hospital e até mesmo anseiam durante os finais de semana poderem estar lá, em detrimento de estarem em casa com família e amigos, é um sinal de que o trabalho terapêutico, de conhecimento e compreensão sobre o doente mental, deveria estender-se para fora dos portões do hospital.

Perguntar sobre o futuro e sobre as perspectivas foi sinônimo da palavra trabalho. Todos os pacientes - enfermaria, CAD e ambulatório - falam no trabalho como um grande objetivo de vida. Aqueles que estavam trabalhando falam em retorno; aqueles que não trabalhavam ou estão doentes há anos falam na possibilidade de trabalhar como um sonho. Um sonho de fazer o que quer, o que gosta e sabe fazer - costureira, professora, balconista - ou simplesmente deixar de não fazer nada, o que parece adoecê-los ainda mais.

O problema consiste, mais uma vez, na questão já abordada sobre o papel castrador da sociedade em relação à reintegração psicossocial do doente mental e como é difícil para ele retomar as rédeas da própria vida ou de sentir-se seguro como cidadão com direitos e deveres comuns. Porém, quem investe em uma assistência a pacientes, que têm toda uma história de

exclusão e crueldade, como são os doentes mentais, realmente acredita no que chamam de utopia. E acreditar em uma transformação efetiva na psiquiatria é investir na humanização e dignidade da assistência ao doente mental.

Não há nada que indique que um doente mental, fora do estado agudo, não possa realizar atividades laborativas. Mesmos os mais comprometidos - como são os pacientes do CAD - podem e devem ser produtivos, bastando procurar um ponto de equilíbrio entre seus limites e suas possibilidades.

Os estudiosos em desinstitucionalização, ao avaliam o conhecimento dos profissionais de saúde mental a cerca do assunto, comentam que de acordo com a proposta de Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, seria incluído um programa multidisciplinar de atendimento ao doente mental, que compreenderiam psiquiatra, psicólogo, assistente social e enfermeira, atuando como na adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, no controle da sintomatologia, na orientação à família, à reabilitação e preparo do paciente para a sua reintegração social e manutenção na sociedade. Haverá também um trabalho em que estes profissionais atuariam como agentes de ligação entre núcleos comunitários e os hospitais e a preparação e orientação profissional do doente mental (Bandeira e Soares, 1996).

A proposta é cativante e de maneira nenhuma impossível no que se refere à capacidade, pois contamos com uma gama de bons profissionais de saúde mental. Mas estamos ainda engatinhando no que se refere à implementação de projetos deste tipo. E já é um bom começo sabermos que muitas vezes o trabalho pode ser um fator desencadeante da doença mental associado a *n* fatores como pressões, concorrências, jornada de trabalho e baixos salários, mas que absolutamente contra-indica o retorno deste indivíduo após o período de crise às suas atividades profissionais.

O trabalho é essencial para que ele possa sentir-se importante como pessoa e a instituição pesquisada tem procurado, através das oficinas terapêuticas, despertar no paciente o interesse e a vocação para alguma atividade ou profissão.

Resta-nos acreditar que a sociedade compreenda que o doente mental não morde, nem esfaqueia pessoas e que empregá-los - como tem sido feito com os deficientes físicos e mentais - é um ato de cidadania e não de caridade.

Por fim, acreditamos que as pacientes que não almejam nenhuma profissão, têm imenso prazer em falar sobre as suas atividades do lar, cuidar da casa, e dos filhos, por exemplo, e que isto as faz sentir-se tão importantes como qualquer outra pessoa, pois sentem-se, com muito orgulho, "doutoras" de seus lares, e ainda sentem-se importantes e recompensadas por serem ótimas donas-de-casa.

Considerações finais

As experiências vivenciadas pelo doente mental durante a internação, a alta da enfermaria e a assistência prestada no CAD ou no ambulatório são pontuadas por diversos aspectos que transpõem uma análise baseada nas entrevistas e observações de um estudo.

Na realidade, este estudo não nos possibilita chegar a conclusões, mas alerta-nos, profissionais de saúde mental, para a necessidade de pararmos para refletir.

Refletir sobre esse "gostar" e "adorar" a que se referem os pacientes, de estarem lá, de serem tratados preferencialmente pelas equipes desta instituição, em detrimento de qualquer outra, pelo fato de poderem falar, serem ouvidos, tomarem remédio e serem acolhidos com a dignidade merecida por qualquer pessoa que necessite de cuidados.

Refletir, ainda, sobre o que podemos fazer para cuidarmos da doença mental, minimizando os seus efeitos na sua segurança e na sua auto-estima.

Não nos é possível garantir a um doente mental que haverá um emprego esperando-o após a alta hospitalar - pois se nem mesmo os "sãos" o conseguem - com facilidade - mas podemos ajudá-lo a conhecer-se e aprender a valorizar as suas capacidades produtivas como jardineiro, escultor ou poeta, recuperando, assim, um pouco da auto-estima que a doença lhe tirou.

Quando um doente mental consegue inserir-se em um contexto social de forma plena, como cidadão, como profissional e acolhido por uma família que o aceite e o ame, o tratamento a que será submetido - seja internação, CAD ou ambulatório - passa a ser visto por ele como uma necessidade terapêutica que lhe traz limitações temporárias e que afeta de forma menos contundente a sua estabilidade enquanto pessoa.

O que foi possível constatar com esta pesquisa é que a segurança, dignidade e estabilidade emocional do doente

mental são mantidas na maioria das vezes através da assistência que ele recebe dos profissionais, alunos e residentes da instituição. Sua vida social reduz-se aos contatos com profissionais e demais pacientes da sua convivência diária e o estímulo à recuperação da auto-estima parte de pessoas com quem não tem laços de sangue e que, há algumas semanas ou meses atrás, nem o conheciam.

Nossas percepções e questionamentos diários sobre o exercício e compromisso profissional absolutamente se assemelham à visão dos pacientes, quando falamos de uma assistência de qualidade.

Enquanto questionamos sobre instalações precárias, prescrições médicas atrasadas, ausência da equipe multiprofissional completa em finais de semana e feriados, por exemplo, os pacientes nos agradecem pelo cuidado, pelo estímulo, pelo carinho e por sentirem-se gen-

te, por inteiro, com capacidade e possibilidade de produzir como qualquer pessoa dita normal, que faz da sua vivência em uma instituição psiquiátrica, uma experiência menos sofrida.

Esta resposta positiva e reconfortante dos pacientes ao trabalho, dedicação e compromisso de muitos, deve nos alertar a não acreditarmos que podemos nos acomodar em um suposto sucesso terapêutico, pois esta é uma realidade parcial de nossa instituição. Mas deve levar-nos mais uma vez a refletir sobre o nosso compromisso profissional e, assim, apostarmos de verdade em uma grande transformação na assistência psiquiátrica, para que possamos atender e cuidar do doente mental a fim de que ele saiba conviver com a sua doença, as internações, remédios, consultas e oficinas terapêuticas, com confiança, estímulo e esperança de que enfrentará momentos difíceis sim, mas *sem medo e sem dor*.

The psychiatric institution and the mental patient: perceptions of those who live the daily routine

Abstract

The purpose of this paper is to characterize the experiences underground by mental patients during hospital admission and discharge as well as to discuss their perspective in such process. This case-study investigated patients in a psychiatric institution that offered three kinds of assistance: hospitalization, daily attention care center and ambulatory medical care.

Mental patients' experiences in psychiatric institutions include several aspects as solitude, abandonment, doubt, insecurity, loss of self-esteem, but more importantly, the fear of being insane, stigmatized and labeled as an incapable person. They also feel the pain of being insane and forced to live the daily routine of hospital wards and medicines, facing people's indifference to their desires as individuals. Such feelings may be reduced or aggravated by the participation of their family or social groups to which they belong as well as by mental health professionals, who assist them on a daily basis.

Keywords: *Mental diseases – Lived experience – Health institutions*

La institución psiquiátrica y el enfermo mental: la percepción de quien vive el cotidiano

Resumen

El presente estudio pretende caracterizar las experiencias del enfermo mental durante los procesos de internamiento y alta hospitalaria, así como discutir sus perspectivas y percepciones en dichos procesos. Se trata de un estudio de caso con pacientes de una institución psiquiátrica, cuya asistencia ocurre en tres modalidades: internamiento, centro de atención diaria y ambulatorio. La vivencia del enfermo mental en el ámbito de una institución psiquiátrica incluye varios aspectos como la soledad, el abandono, la duda, la inseguridad, la pérdida del amor próprio pero, sobretudo, el miedo de ser loco, de ser estigmatizado y rotulado como um individuo incapacitado y el dolor de estar loco, de verse obligado a vivir el cotidiano de las enfermerías, las medicinas y la indiferencia a sus deseos como persona. La participación de la familia y de grupos sociales a que pertenece así como la actuación del equipo de salud mental que asiste al enfermo diariamente pueden minimizar o acentuar dichos sentimientos.

Palabras claves: *Enfermedades mentales – Experiencia vivida – Instituciones de salud*

Referências bibliográficas

- BANDEIRA, Marina, SOARES, Neile L.. Desinstitucionalização: estão os profissionais de saúde mental bem informados? Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.45, n.3, p.159-165, mar., 1996.
- BECKER, Howard S.. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- CAVALCANTI, Maria Tavares. Transformações na assistência psiquiátrica ou uma assistência psiquiátrica em transformação. In: RUSSO, Jane, SILVA FILHO, J.F Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- DIB, Mônica. Escutando a enfermaria: sobre a noção de “tratamento” dos pacientes internados no Instituto de Psiquiatria/UFRJ: um estudo de caso. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 163-190, jan.1995.
- GOLDBERG, Jairo. A clínica da psicose. Rio de Janeiro: Instituto Franco Baságli, 1994.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- HECKERT, Uriel. A interdição do doente mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.45, n.3, p.139-142, mar.1996.
- LALANDA, Piedade. A família do doente mental internado. Nursing, Lisboa, v.8, n. 95, dez.,1995
- MIRANDA, Cristina Maria Loyola. O parentesco imaginário. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 1994.
- _____. Algumas questões sobre assistência de enfermagem psiquiátrica de qualidade. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 77-82, jan.,1996.
- PITTA, Ana. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: HUCITEC, 1990.

PITTA, Ana, DALLARI, Suely Gandolfi. A cidadania dos doentes mentais no Sistema de Saúde do Brasil. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2. , agosto, 1992, Brasília.

RUSSO, Jane, SILVA FILHO, J.F.. Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

SILVA FILHO, J. F. et al.. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói / RJ . A satisfação do usuário como critério avaliador. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.45, n.7, p.393-402, jul.,1996.

Notas

¹Este artigo constitui-se de alguns capítulos desenvolvidos na Dissertação de Mestrado "O medo de ser, a dor de estar: a instituição psiquiátrica e o louco", da EEAN/UFRJ, orientada pela Prof^a. *Cristina Maria Loyola Miranda*.

²As palavras louco e doente mental terão o mesmo sentido neste estudo.

Sobre o autor

Lilian Hortale de Oliveira

Professora assistente da EEAN/UFRJ. Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica - LAPEPS-IPUB/UFRJ

Cristina Maria Loyola Miranda

Professora Titular da EEAN/UFRJ. Diretora de Enfermagem do IPUB/UFRJ. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica - LAPEPS-IPUB/UFRJ. Pesquisadora do CNPq

