

ENTRE ECOS E SILÊNCIOS: A REINVENÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE OBSERVAÇÃO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA E SAÚDE REALIZADO EM UMA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

Poliane Lagner de Silveira¹

Regina Machado²

Diego da Silva³

RESUMO: O trabalho em questão é uma narrativa sobre a experiência vivenciada durante o estágio supervisionado de observação em residência terapêutica, com pacientes com transtornos mentais institucionalizados em Residência Terapêutica, no curso de Psicologia, na Disciplina de Saúde Mental. Essa experiência ocorreu no ano de 2025, em uma Instituição Particular de Residência Terapêutica, localizada em Curitiba, Paraná. Durante esse período, foi observada a rotina de convivência diária com pacientes psiquiátricos femininos e masculinas, em idade entre 18 a 60 anos de idade, com o objetivo de destacar a importância do desenvolvimento de um possível futuro projeto de intervenção, a partir da criação de Grupo Psicoterapeútico de Escuta Ativa, a fim de dar melhor qualidade de vida às relações sociais, notadamente nos processos de doenças mentais, notadamente dos quadros de Esquizofrenia (CID10 F20), bem como, proporcionar um ambiente de conforto e bem-estar entre as conviventes do local. O foco central dos trabalhos era incentivar a integração dos pacientes, em relação à sua própria condição clínica e em sua convivência com os demais agentes do local, destacando a relevância deles para a experiência acadêmica. O objetivo deste artigo é buscar contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pacientes em tratamento de saúde mental. Planejamos nossa metodologia para que grupos de discussão com rica interação entre os pacientes com transtornos mentais graves pudessem ser desenhados. Foram cinco encontros organizados incentivar a reflexão sobre diferentes temas. Como resultados progressivos, houve melhor interação interpessoal juntamente com a desnaturalização de crenças/mitos em torno da doença mental, que impedem a qualidade de vida dos pacientes acompanhados, abrindo espaço para uma “nova” prática psicológica. Assim, o projeto de intervenção, caso seja implementado, é um repensar e reinvenção nas práticas psicológicas. A fundamentação teórica foi baseada em conceitos relacionados à atuação da psicanálise (FREUD (1905/1996)); Teoria Cognitivo Comportamental, bem como ensinamentos de CAYRES ET AL., 2015; GOMES ET AL., 2002; MELO ET AL., 2015; SILVEIRA ET AL., 2011, sobre a importância das experiências e interações com o ambiente para o desenvolvimento, com as adaptações necessárias para os pacientes portadores dos transtornos e doenças indicados. As observações possibilitaram prever, como os pacientes desempenharam papéis ativos nas atividades de grupo de convivência e fala ativa, e quais as dificuldades enfrentadas diárias por eles, em suas rotinas, decorrentes de suas limitações, em comparação à população que em geral não se submete à tais práticas. Por meio das experiências oferecidas, surgiram reflexões e relatos acerca de comportamentos e conceitos que impactam de maneira favorável ou desfavorável no desenvolvimento cognitivo desses indivíduos.

1233

Palavras-chave: Saúde Mental. SRT. Esquizofrenia. Psicanálise. Teoria Cognitivo-Comportamental.

¹Advogada, Graduanda em Psicologia pela Uniensino.

²Profa. Mestra. Coordenadora do Curso de Psicologia da Uniensino.

³Psicólogo. Docente do curso de psicologia da Uniensino.

I. INTRODUÇÃO

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são uma forma de moradia destinada a pacientes que foram hospitalizados por um longo período de tempo e não têm conexões familiares ou sociais, ou são considerados de alto risco devido ao seu status social. A ideia básica deste serviço é criar um espaço que permita às pessoas reconstruir sua autonomia e retornar às suas vidas diárias e obrigações sociais. Ordenado por Lei A definição de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) de acordo com a 2006/0006 do Ministério da Saúde é a seguinte:

Moradia ou casa que está inserida na comunidade e destinada a cuidar de indivíduos com transtornos mentais, esses indivíduos foram liberados de hospitais de longa permanência e não são afiliados a apoio social ou familiares, essas características permitem sua assimilação social. (BRASIL, 2000, P. 1).

Esses dispositivos tinham como objetivo contribuir para a redução de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos ocupados por moradores que, apesar de apresentarem um perfil clínico que lhes permitisse viver na comunidade, tinham suas relações familiares e sociais alienadas ou fraturadas devido à associação entre transtornos mentais e longos anos de reclusão e distanciamento de seus pares (SILVEIRA; SANTOS JUNIOR, 2011).

1234

I. REFERENCIAL TEÓRICO

I.I. Ancoragem Teórica

A importância dos SRTs na implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e na retirada de pacientes dos hospitais em casos em que eles têm pouca ou nenhuma conexão social é incontestável. Apesar do reconhecimento oficial de tais dispositivos há 25 anos, há poucos estudos científicos na literatura que discutam o real perfil dos moradores desses serviços.

Estudos aprofundados do perfil populacional que incluem grandes amostras da população são importantes para revelar as características genuínas dessa demografia. Isso facilita a elaboração de planos de cuidados e políticas públicas que levem em consideração os reais atributos desses moradores.

Estudos de epidemiologia que focam na prevalência de transtornos mentais entre os gêneros demonstram que as mulheres são mais suscetíveis aos transtornos mentais, com ênfase nos sintomas de ansiedade e depressão, transtornos alimentares e consequências da

violência de gênero (ALVES ET AL., 2010; CAYRES ET AL., 2015; GOMES ET AL., 2002; LAGO ET AL., 2014; MELO ET AL., 2015; ROSA; CAMPOS, 2012).

O efeito dos transtornos mentais na vida doméstica depende da posição do paciente na família. Culturalmente, os homens servem como provedores financeiros para a casa, enquanto as mulheres, apesar de atualmente terem completado dois turnos, ainda assumem o papel de cuidadoras da casa, da família e de seus membros, estejam eles doentes ou não (ROSA; CAMPOS, 2012; SANTIN; KLAFKE, 2011).

Como resultado, as famílias que acolhem pacientes com transtornos mentais após longos períodos de internação hospitalar têm expectativas diferentes entre homens e mulheres, com base no contexto cultural.

A presença predominante de homens em instituições psiquiátricas pode estar associada à expectativa de que sejam os responsáveis financeiros pela família. No entanto, essa expectativa pode não se concretizar devido ao transtorno mental que afetam esses indivíduos. Por outro lado, nas mulheres, mesmo diante de algumas limitações, muitas vezes é possível que realizem tarefas domésticas simples, que são culturalmente reconhecidas como uma contribuição social adequada (FRAZÃO, 2007).

Uma pesquisa ecológica, utilizando dados secundários do Ministério da Previdência Social entre 2008 e 2011, revelou que os transtornos mentais e comportamentais são a terceira principal causa para a concessão de benefícios. A perda da capacidade produtiva pode acarretar custos significativos para o governo, e a exclusão social pode intensificar o sofrimento desse grupo. Ademais, ao atingir a idade de 18 anos, que marca o início da vida adulta no âmbito econômico, os jovens ainda podem estar inseridos no ambiente escolar e desenvolver suas habilidades sociais e profissionais. Além do transtorno mental, que já dificulta a interação social, o isolamento resultante de longos períodos de internação agrava ainda mais o comprometimento social.

Atualmente, o acesso ao emprego formal é desafiador para uma parte significativa da população, independentemente de terem ou não transtornos mentais. A intensa concorrência nas empresas e no mercado de trabalho resulta em uma grande quantidade de pessoas excluídas, sem acesso a vagas de trabalho. Embora um transtorno mental não seja um obstáculo absoluto para a busca de emprego, é evidente que as oportunidades disponíveis são escassas. Além disso, a população que reside em SRT na cidade do Recife geralmente apresenta níveis baixos de escolaridade e um histórico elevado de internações psiquiátricas (variando de 3 a 10), o que

dificulta a inserção desse grupo no mercado de trabalho, a menos que haja uma abordagem equitativa que permita condições diferenciadas para acesso e permanência nesse cenário (FRAZÃO, 2007).

Pesquisas revelaram que a taxa de falta de laços familiares em hospitais psiquiátricos varia de 39,5% a 74,4%. É importante ressaltar que a prevalência observada nos Serviços de Reabilitação Terapêutica (SRT) é bastante semelhante, indicando que, mesmo com mudanças no ambiente, a reconexão com os familiares continua sendo frágil. Isso demonstra a necessidade de realização de mais estudos e investimentos para entender e, possivelmente, reverter essa situação. Um levantamento feito nos hospitais psiquiátricos de São Paulo mostrou que a fragilidade desses vínculos tende a aumentar com a duração da internação (CAYRES ET AL., 2015; GOMES ET AL., 2002; MELO ET AL., 2015).

A educação dos habitantes revelou-se abaixo da média do país em relação ao tempo de escolaridade, com uma taxa de analfabetismo de 43,7% nas SRT. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2011, a proporção de brasileiros sem escolaridade foi de 11,48%, valor que é três vezes inferior ao observado neste estudo. Pesquisas em dois SRT apontaram uma taxa de analfabetismo superior à média nacional, mas ainda assim menor do que a deste artigo (36,4%), com predominância do ensino fundamental (54,5%). Investigações em hospitais psiquiátricos mostraram taxas de analfabetismo de 50% e 66,7% (IBGE, 2011; LAGO ET AL., 2014).

A duração média de internação em hospitais psiquiátricos foi de 9,5 anos, com 38,4% dos pacientes internados por 10 anos ou mais. Essa tendência foi particularmente notável nos hospitais psiquiátricos de São Paulo, onde 75,5% dos pacientes se encontram nessa situação, em comparação com 36,5% no Rio de Janeiro.

Em relação ao diagnóstico psiquiátrico entre os habitantes do estado do Recife, por exemplo, demonstrou que a esquizofrenia residual destacou-se como a mais comum, com uma taxa de 51,6%, seguida pela esquizofrenia paranoide, que apresentou 15,3%. De acordo com a literatura, essa condição afeta cerca de 1% da população global. Com o passar do tempo, os sintomas positivos mais intensos, como delírios e alucinações, tendem a se atenuar, enquanto os sintomas negativos, como embotamento afetivo e comportamentos peculiares, podem se tornar mais pronunciados (CAYRES ET AL., 2015; GOMES ET AL., 2002; MELO ET AL., 2015; SILVEIRA ET AL., 2011).

A esquizofrenia residual, frequentemente, representa uma fase avançada da doença, caracterizada pela permanência de sintomas negativos, tais como lentidão psicomotora, falta de energia, diminuição da expressividade emocional, negligência nos cuidados pessoais, afastamento social e escassez de verbalização. A alta proporção de casos de esquizofrenia residual evidencia a longa duração da doença observada entre os residentes em SRT.

II. DESENVOLVIMENTO

A Casa de Apoio Gabriela de Carvalho Ltda, tem sua sede em Curitiba, PR. Sua principal preocupação é a prestação de serviços psicossociais e relacionados à saúde para indivíduos com transtornos mentais, deficiências e dependência química, bem como grupos semelhantes.

A Instituição conta atualmente, com 25 pacientes, tendo capacidade total para 32 pessoas, porém, por recomendação da Vigilância Sanitária do Município de Curitiba, não deve acolher mais pacientes.

É uma unidade mista, com atendimento feminino e masculino, mas atualmente, possui principalmente o atendimento à pacientes masculinos.

Os pacientes acolhidos contam com idades que variam de 18 à 60 anos, e, após a idade limite, são encaminhados para lares de idosos, não podendo permanecer institucionalizados após esta idade.

Os pacientes possuem uma rotina muito bem organizada, com horários definidos para alimentação, higiene pessoal, descanso, exercícios físicos, atendimento psicossocial, sendo as visitas de familiares livre, de acordo com disponibilidade dos familiares, sem dias e horários pré-determinados, de onde se vislumbra um atendimento altamente humanizado, como se os institucionalizados pertencessem à uma grande família.

Realizadas as considerações iniciais, passamos a analise das observações realizadas, nas datas abaixo mencionadas, com as considerações acerca das mesmas:

1º DIA – 24.03.2025

Em nosso primeiro dia de estágio de observação, fomos apresentados aos institucionalizados, que nos acolheram com grande entusiasmo, principalmente os pacientes que apresentavam características de maior lucidez, neste dia em especial.

Muitas pacientes mulheres, com idades que variavam de 45 à 60 anos, demonstravam uma identificação, demonstrando vários elogios às vestimentas e acessórios que possuíamos.

Uma paciente em especial, neste dia, Sra. N. paciente com diagnóstico de Transtorno de Humor Persistente Não Especificado (CID10 F34.9) e Esquizofrenia (CID10 F20) , apresenta diminuição de mobilidade, dificuldade de fala, deficiência auditiva, se mostrou muito atenciosa, nos convidando para jogar cartas, dominó, e cantava cantigas tradicionais de seu país de origem, nos parecendo feliz, tentando a todo momento contato físico, como toques, abraços, pelo que explicamos que estávamos lá para acolher a mesma, mas não poderíamos ter contato físico, pelo que a mesma entendeu perfeitamente, permanecendo ao lado, para tentativas de diálogo, por diversas horas seguidas, até que, após seu horário de almoço, por volta das 11:40h, recolheu-se ao seu quarto, para dormir, após a medicação psiquiátrica.

Neste mesmo dia, fomos abordados pela paciente A., de 53 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia (CID10 F20) e Retardo Mental Leve (CID10 F70) a qual nos relatou que se encontra institucionalizada no local há 6 anos, após ter sido resgata de situação de rua, após seu divórcio, e pela família não poder acolher a mesma, diante do transtorno de esquizofrenia apresentado pela paciente, seu alto grau de entendimento de perseguição, e que “sabe que precisa estar internada, porque é perigosa quando surta” (sic) “mas que toma os remédios e fica bem e não escuta as vozes” (sic), que “não sabe entender o que as vozes falam, mas sabe que são coisas que dão medo e que faz mal” (sic). Relatou que, diante das vozes, essa foi a principal motivação para seu divórcio, e que permaneceu em situação de rua por um período de 3 (Três) anos, até que sua mãe providenciasse seu internamento, pois relatou que “ela não sabe mais cuidar dela” (sic). Quando nos mencionou essa fala, pediu para parar de conversarmos, pois “era muito ruim lembrar de coisa ruim” (sic). Disso, se percebe que, de acordo com os ensinamentos de Freud, os pacientes tentam fugir de suas lembranças, pois a realidade pode lhes parecer muito difícil de serem encarados.

Neste dia, antes do período do almoço, os pacientes foram incentivados a realizar atividade física com um professor de educação física, para evitarem o sedentarismo, bem como, evitar-se a piora do estado de dificuldade de mobilidade de muitos pacientes.

A paciente L., de 51 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia (CID10 F20) e Psicose Não Orgânica (CID10 F29), nos relatou que, além de ser esquizofrênica, é uma pessoa “altamente egocêntrica e narcisista, e que precisa estar internada, pois não quero ter problemas

com a justiça, não por medo do que faria com os outros, mas com receio das consequências de meus atos, eu me amo demais para sofrer” (sic).

Esta paciente nos pareceu extremamente racional de sua condição de transtorno mental; relatou que troca de médico psiquiatra sempre que ele “não faz o que ela quer”, e que está acostumada “a todos fazerem o que eu quero, até porque me adapto em qualquer lugar” (sic), possivelmente em claro quadro de Transtorno Narcisista. Não tivemos o acesso ao laudo psiquiátrico da paciente, o que poderia auxiliar no estudo do quadro psicológico apresentado pela paciente.

Outro paciente A., de 59 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia (CID10 F20) foi muito simpático, demonstrando clara dificuldade de mobilidade, dificuldades de fala, bem como, uma postura de inferioridade, nos tendo sido relatado pelos enfermeiros do local, que o mesmo tem surtos esquizofrênicos graves, e, neste quadro mental, intenta fuga, ocasionando quedas graves, tentativas de suicídio, machucou-se gravemente em algumas ocasiões, nas quais, mesmo apresentando cortes profundos, não reclamou da sensação de dor aos ferimentos ocasionados de sua conduta.

Outro paciente, Sr. E., de 49 anos, com diagnóstico de Epilepsia Não Especificada (CID10 G40.9) com dificuldade de mobilidade, apresentando tremor essencial no corpo, mesmo medicado, podendo ser oriundo também, do quadro de epilepsia que apresenta, bem como, deficiência intelectual não especificada (CID 10 F79), demonstrou uma carência afetiva muito grande, tentando ganhar atenção a todo custo, com grande hiperfoco em relógios e ouro, relatando inúmeras histórias sobre o funcionamento e invenção do relógio, e tudo que mais lhe parecia interessante quanto à tal objeto. Nos convidou a jogar dominó, pelo que, ganhando o jogo, mostrava grandioso entusiasmo, até que, após o horário de sua refeição, se despediu e nos avisou que precisava dormir um pouco e que falávamos outro dia, mas questionando se voltaríamos lá, pelo que, informado que sim, demonstrou grande entusiasmo.

1239

Estes foram as principais observações deste dia.

2º DIA – 25.03.2025

Enfermeira conversou comigo, explicando que, atualmente, a instituição conta com grande maioria de pacientes homens, pois a ala feminina é menor que a masculina. Alguns pacientes de gênero sexual diferente, acabam permanecendo na mesma ala, mas em quartos

separados, ainda que, alguns pacientes mais lúcidos, não sejam possibilitados de se dirigirem à ala diversa da sua, à fim de evitar-se problemas (sic).

O paciente Sr. L., de 54 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia (CID 10 F 20) neste dia, nos relatou é que namorado da paciente Sra. L, e nos pareceu muito mais agitado que aparentou no dia anterior, contando histórias mágicas, cantando músicas sobre a loucura, andando de um lado para o outro, sem expressar um sentido em suas atitudes.

As demais pacientes estavam fazendo manicure das mãos com a enfermeira, demonstrando grande cuidado com a vaidade, pelo que identificamos um claro cuidado humanizado com as pacientes, que poderiam pintar as unhas, arrumar os cabelos.

Algumas pacientes estavam muito agitadas por conta do vício em cigarros, e pelo fato do mesmo estar acabando, demonstrando até agressividade entre si, posto que havia desaparecido cigarros de uma paciente, e esta demonstrava um grande nervosismo por tal fato.

Diante deste cenário, a paciente L. demonstrava grande indignação com as demais pacientes, sendo até mesmo agressiva em sua fala, “saia de perto de mim senão te arrebento, porque eu não penso em ninguém, penso só em mim” (sic). Nos relatou que está institucionalizada há 12 anos neste local; nos relatou que já teve uma vida “normal, antes de ficar louca, tive trabalho registrado, 2 filhos, os dois já maiores, e que tem netos já”. Reclamou que seus familiares não a vem visitar, mas que “ela vai atrás deles para infernizar eles” (sic), dizendo isso e rindo muito. Após conversar bastante, disse que iria “dormir, porque assim passa um pouco a vontade de fumar, mesmo eu tendo quem compre cigarro pra mim, quero que eles pensem sim na minha necessidade, não penso em ninguém, só em mim” (sic).

1240

3º DIA – 27.03.2025

Paciente A.M., 52 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia (CID10 F20) nos relatou estupro por um familiar muito próximo (irmão que, naquela época, o mesmo contava com 26 anos), quando tinha 12 anos. Relatou o trauma com muita dor, mas, ainda que sentindo dor emocional, relatava o fato rindo , à todo momento dizendo que perdoava o mesmo, demonstrando um conflito interno e situação clara de amor e ódio, pois da forma como relatava a situação, sorrindo e falando que “Jesus falou para perdoar porque ele não sabia o que faz” (sic). Falou de muitas questões sexuais, de namoros que teve em sua infância em pessoas comprometidas, mas que não sente arrependimento, pois “estavam apaixonados” (sic). Enfermeira nos relatou que o diagnóstico da paciente é esquizofrenia, conduta diagnóstica

bem comum entre os internos, que. Além dessa condição, possuem Transtorno Bipolar de Humor – Tipo I e Tipo II.

Ocorreu neste dia, a visita de um grupo de oração evangélico e uma pastora evangélica, que reuniu os pacientes em roda, contaram e fizeram orações com os pacientes. Ao final, lhes deram doces de presente, que motivou uma conotação de alegria intensa entre os pacientes.

O paciente E., ao qual já nos referenciamos, é o mais novo interno. Ele auxiliou, neste dia, nas atividades da residência, auxiliando os pacientes que demonstram dificuldades para se alimentarem, varreu o refeitório após o lanche das 15h, denotando muita independência e colaboratividade.

O paciente L., já referenciado, nos relatou que ele e a paciente L., também já referenciada, são namorados, mas que só podem ter contato íntimo concernentes à abraços e beijos, mas “que não podem fazer amor” (sic).

A filha de uma cuidadora, I. de 02 anos, estava passando o dia na residência terapêutica, o que denota grande alegria aos pacientes. Rapidamente, uma paciente, a qual denominamos de B., que sofreu acidente cerebral durante a infância, aos 02 anos de idade, denotando ser esta, inclusive, sua idade mental, e estacionou seu desenvolvimento neurocognitivo nesta faixa etária, estabeleceu tamanha identificação com a criança, que passou a criar problemas de conduta e comportamento, demonstrando atitudes altamente infantilizadas, ao chorar, fazer birra, chamar a mãe, implicando com a proximidade de I., comportamentos de uma criança em tenra idade, não condizentes com sua idade cronológica, na faixa dos 50 anos.

1241

Outro paciente que nos chamou atenção, é o paciente O., portador de Síndrome de Down (CID 10 Q90), com grandes comorbidades advindas da doença, institucionalizado há mais de 20 anos no local, o qual jamais recebeu visitas de qualquer familiar, tendo sido abandonado no local, logo após sua internação, nunca mais sendo procurado por nenhum familiar. Este paciente demonstra sério comprometimento neurocognitivo, certas dificuldades de mobilidade, sem verbalização, demonstrando comportamentos infantilizados e baixo desenvolvimento corporal, demonstrando quando necessidade dos cuidados dispensados pelos cuidadores, e demais pacientes da casa, que estavam sempre dispostos à lhe auxiliar.

Denota-se entre os pacientes, em algumas ocasiões, grande senso de comunidade e compartilhamento de experiências, expectativas de melhora do quadro clínico uns dos outros, bem como, momentos de empatia. O contrário também ocorre: vislumbramos momentos de

falta de paciência com os pacientes entre si, chamando uns aos outros de “loucos” (sic) nestes momentos, denotando-se também, instabilidade emocional, principalmente nos pacientes com diagnóstico de transtornos afetivos e esquizofrenia, onde modulavam entre momentos de demonstrações de afeto positivo, e, em outros, demonstrações de agressividade, impaciência, sendo que relatavam já ter ocorrido violência física entre si (sic).

4º dia - 31.03.2025

Neste dia, vislumbramos a paciente D., de 50 anos, com diagnóstico de Retardo Mental Moderado (CID10 F71), Psicose Não Orgânica (CID10 F29) e Convulsão Não Classificada (CID10 R56). Foi nos relatado que, até os dois anos de idade, a paciente possuía comportamento normal, e, após sofrer um acidente doméstico que ocasionou um traumatismo crânio-encefálico, tratado de forma errônea, ocasionou lesões cerebrais severas, que levaram ao quadro clínico atual. Esta institucionalizada no mesmo local, há mais de 20 anos. Tem conduta extremamente infantilizada, comportamento compatível com uma criança de 02 (Dois) anos, chorando e balbuciando como se fosse um bebê. Demonstra ciúmes das cuidadoras, como se essas fossem sua mãe, disputava atenção a todo momento com os demais pacientes, e se irritava facilmente. Apresenta grave dificuldade motora, de deambulação 1242 restrita.

Já a paciente A.M., já mencionada, estava muito ativa neste dia, com grande ânimo para conversar e apresentava necessidade de estreitamento de laços afetivos: nos relatou que estudou até a 4ª série do ensino fundamental, mas parou de estudar, por conta dos 14 (quatorze) internamentos em um Hospital Psiquiátrico, na Cidade de Ponta Grossa. Possui diagnóstico de Retardo Mental Leve (CID10 F70) e Esquizofrenia (CID10 F20). Foi nos relatado pela equipe de enfermagem, que sua condição clínica de Esquizofrenia, é uma condição genética familiar, posto que seus outros 6 (Seis) irmãos também possui este diagnóstico, se encontrando também institucionalizados em outras residências terapêuticas.

A paciente A.A., de 63 anos, diagnosticada com Psicose Não Orgânica (CID10 F29) e Transtornos Esquizoafetivos (CID10 F25), teve uma trajetória clínica peculiar: possuía Transtorno Bipolar com Episódios de Mania com Sintomas Psicóticos (CID10 F31.2), os quais evoluíram para o Transtorno Esquizoafetivo, após a paciente desenvolver um amor platônico por seu médico psiquiatra, não sendo correspondida, e, à cada nova consulta médica, entrava em surto psicótico, demonstrando agressividade quando o médico lhe dizia que não poderia se

casar com ela, mesmo diante dos protestos desesperados da paciente. Diante do agravamento do quadro clínico, o profissional entendeu por bem se afastar do atendimento à paciente, tendo em vista a perseguição demasiada da paciente, que teve que ser institucionalizada na residência terapêutica, diante do quadro grave psicótico apresentado. A paciente demonstra grande facilidade de comunicação, quando está mais orientada e lúcida, tendo realizado curso superior, sendo professora por mais de 20 anos em uma escola particular, se aposentando devido aos surtos psicóticos que apresentava. Nos momentos de crise, se isola de todos, demonstra agressividade, quer se manter em silêncio sem ser incomodada, e fica reclusa no quarto, características bem marcantes do quadro de Transtorno Esquizoafetivo, sendo rotineiramente vislumbrados na paciente: Alterações de humor; Pensamento desorganizado; Falta de motivação e Isolamento social.

Neste dia, realizamos uma atividade sensorial com os pacientes, juntamente com a equipe de estagiários do local, onde colocamos uma música animada e realizamos alongamentos, uma dança com troca de pares. Eles demonstraram grande alegria e gratidão aos estudantes, pois, segundo o relato de um dos pacientes “as pessoas não gostam de tocar na gente” (sic) “porque loucura pode pegar” (sic).

Esta fala, além de causar grande emoção, denota a dificuldade com a qual a doença mental é tratada como tabu e com grande preconceito, até mesmo por parte dos profissionais que se dedicam aos cuidados dos transtornos mentais, uma lição valiosa de que, a empatia e o tratamento humanizado que deve ser instigado nos profissionais que atuam nesta área tão importante.

5º Dia – 01.04.2025

Notoriamente neste dia, os pacientes estavam muito agitados na parte da manhã, e muito sonolentos à tarde, após tomarem a medicação psiquiátrica, tendo vários deles a necessidade de dormir após o almoço.

Começaram a se sentir mais responsivos, após às 14h, quando foram para o pátio de convivência, e conversaram bastante com a equipe de estagiários.

Interessante observar que, os pacientes mais dispostos e que, no dia, estejam mais lúcidos, tem autorização da direção da residência terapêutica, para saírem do local, passear sozinhos, desacompanhados, sendo alertados quanto ao horário de retorno, e alguns pacientes

inclusive, possuem aparelhos celulares, que usam livremente, para comunicação com seus familiares, atitude oriunda de um tratamento altamente humanizado para com os pacientes.

Foi também bastante observado a forma de trocas de carinho e demonstração de afeto dos pacientes L. e L., que se denominam namorados, e como os dois, mesmo institucionalizados há mais de 15 anos, fazem planos de se casarem.

As ideações de constituição familiar, mesmo com as dificuldades encontradas pelos pacientes, não limitaram os sonhos que ainda persistem em manter, dadas as condições do quadro clínico, uma vez que, os pacientes sendo muito carinhosos em alguns momentos, denotavam vislumbres de rispidez, sarcasmo e agressividade.

A paciente L. estava em estado de mania, eufórica, nos relatando várias lendas indianas, com uma clareza e riqueza de detalhes notavelmente impressionantes, contando as histórias com fantástica expressividade, até que se cansava, saía andando e rindo muito sozinha, sendo observada pelos pacientes e estagiários presentes, demonstrando estar gostando muito da atenção que recebia. No entanto, na 3^a vez em que realizou tal ato, chegou-se bem próxima à equipe, e nos falou: “agora vou te contar uma coisa que vai explodir sua mente” (sic), e nos relatou a história da chapeuzinho vermelho, na condição de que o Lobo seria a vítima da vovozinha, e que teria cometido atos sexuais graves com o animal, e que, por isso, ele teria cometido os atos graves contra a vida dela e da Chapeuzinho, e que o Lobo seria “pedófilo” (sic).

A atitude da paciente, que prendeu a atenção de todos por mais de 2h com suas narrativas, denotava claramente um quadro de delírio, tendo claros sintomas de Comportamentos inadequados, Agitação e Hiperatividade, que faz com que um indivíduo apresente uma visão distorcida da realidade, sendo que isso pode ser demonstrado das diferentes formas, como a paciente se comportou nesse espaço de tempo. Ainda, quando era interrompida por seu namorado, o paciente L., esta demonstrava alto grau de irritabilidade, impaciência e agressividade, demonstrando, ademais, que a paciente nos tentava impor medo com as suas atitudes, e, até mesmo nos questionava: “não está com medo de mim?” (sic), pelo que, ao não demonstrarmos reações, ela nos pareceu frustrada.

Ao final destes dias de observação, pudemos perceber tantas nuances apresentadas pelos comportamentos dos pacientes, característicos de suas condições clínicas e derivadas de seus estados mentais, que relatar todos eles se tornaria uma tarefa hercúlea.

Os dados apresentados acima, servem apenas como referencial, acerca de uma bagagem de estudos tão rica, que disseminaram todos os nossos maiores preconceitos arraigados pelo senso comum: a doença mental não se denota como algo incurável, nem que não possa ser tratado com a dignidade e humanidade que se exige para todos os outros problemas de saúde que acometem os mais variados graus de doenças gerais do corpo humano, mas que tão mal interpretados são, conduta que o estágio possibilita desmistificar e trazer um olhar apurado sobre a necessidade de falarmos mais sobre esse assunto, de maneira empática e social.

Durante as observações, dos 25 pacientes institucionalizados, pudemos conviver mais ativamente com 12 pacientes, dos quais: 7 pacientes tiveram diagnóstico de Esquizofrenia (CID10 F20); 4 pacientes tiveram diagnóstico de Psicose Não Orgânica (CID10 F29); 2 pacientes tiveram diagnóstico de Transtornos Mentais Causados pelo Álcool (CID10 F10); 2 pacientes tiveram diagnóstico de Transtorno do Humor Persistente Não especificado (CID10 F34.9); 1 paciente teve diagnóstico de Retardo Mental Leve (CID10 F70); 1 paciente teve diagnóstico de Retardo Mental Moderado (CID10 F71); 2 pacientes tiveram diagnóstico de Transtorno do Humor Afetivo (CID10 F41.2); 1 paciente tive diagnóstico de Epilepsia (CID10 G 40.9); 1 paciente teve diagnóstico de Transtorno Psicótico Agudo (CID10 F23).

Tendo em vista que a maior ocorrência de casos, se deu com quadros de Esquizofrenia 1245 (CID10 F20), iremos analisar com maior profundidade esta condição clínica, e como tal circunstância afeta o paciente em sua globalidade.

Apesar da estigmatização e da associação comum da esquizofrenia com comportamento violento, os pacientes não são violentos. Em muitos casos, os pacientes reconhecerão que tiveram comportamentos inapropriados ou sem sentido. Depois de saírem do episódio, eles revisarão esses comportamentos. Como resultado, é crucial atender ao paciente e ajudá-lo a compreender sua condição.

III. O TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA (CID10 F20) NA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E SUAS IMPLICAÇÕES LEGAIS

Os indivíduos com esquizofrenia costumam ter dificuldade em lidar com altos níveis de estresse. Por essa razão, é fundamental que o terapeuta atue de forma proativa, observando como as emoções são expressas durante as sessões terapêuticas, para cultivar um ambiente de empatia, respeito e compreensão. É possível sugerir tópicos, promover a participação e estruturar a conversa, ou seja, coordenar a sessão de maneira ativa. A comunicação do

terapeuta deve ser clara e acessível, buscando se alinhar ao contexto e à linguagem dos pacientes. Algumas intervenções que o terapeuta pode utilizar incluem: afirmações, conselhos, validações, incentivos, reforços, esclarecimentos, confrontos, elaborações e atribuições de significado. A interpretação é uma forma específica de atribuição de significado, geralmente voltada a trazer à consciência pensamentos e emoções que estavam inconscientes anteriormente. Comparativamente, grupos terapêuticos têm menor eficácia do que sessões individuais na identificação de processos emocionais inconscientes. Na psicoterapia de pessoas esquizofrênicas, as interpretações tendem a ser mais benéficas quando estão ligadas a sentimentos evidentemente presentes, como aqueles que podem ser deduzidos de expressões faciais ou gestos, mesmo que não sejam percebidos de forma consciente pelo paciente. A análise da transferência deve ocupar uma posição secundária no tratamento. O terapeuta precisa ter habilidade ao realizar suas intervenções, evitando confrontar ou desautorizar excessivamente os pacientes.

Esses indivíduos podem transferir suas expectativas para o terapeuta, distorcendo a percepção da realidade. Um profissional que não mantém uma postura neutra pode auxiliar o paciente a diferenciar o que é imaginário do que realmente acontece. É mais apropriado focar nas experiências presentes, priorizando o momento atual, sem se aprofundar muito em investigações ou referências ao passado. Muitos pacientes apresentam dificuldade em distinguir memórias de fantasias.

1246

O terapeuta precisa acolher, entender, elaborar e expressar em palavras ou ações o que está acontecendo durante a sessão. Dessa maneira, aumenta-se a probabilidade de a psicoterapia ser bem-sucedida.

Uma função adicional essencial do terapeuta é permanecer vigilante para proporcionar a intervenção apropriada para cada tipo de paciente, levando em consideração o estágio específico da doença. É fundamental não exagerar nas expectativas em relação aos pacientes, nem subestimar suas habilidades ao apresentar propostas.

A terapia cognitivo-comportamental é a mais recomendada para o tratamento da esquizofrenia. O terapeuta que acompanha o paciente durante as sessões é capaz de reconhecer elementos estressantes que tendem a agravar a situação, e, com base nisso, orienta o paciente sobre como evitá-los.

A psicoterapia tem se revelado um recurso terapêutico fundamental, complementando o tratamento medicamentoso, na recuperação e reabilitação de pessoas com esquizofrenia.

Através de métodos educativos, de apoio, interpessoais ou dinâmicos, busca-se promover a recuperação do indivíduo em aspectos psíquicos, sociais e de relacionamento.

A esquizofrenia está frequentemente relacionada a sérias dificuldades nas relações familiares e nas funções emocionais que têm origem na família, independentemente de haver ou não um fundamento biológico ou orgânico. Nesse contexto, destacam-se as pseudointimidades, as pseudomutualidades e as pseudo-hostilidades dentro do núcleo familiar, que impactam significativamente os relacionamentos da pessoa (Tizón, 2003/2004). É comum encontrar pais que demonstram frieza, afastamento e falta de afeto genuíno em relação aos filhos. Além disso, há aqueles que não...

Muitas vezes, os pais não estão atentos à vida emocional de seus filhos, nem os percebem como indivíduos livres, significativos e cheios de vitalidade. Na realidade, é mais comum que os vejam como objetos, mostrando-se indiferentes às suas necessidades emocionais fundamentais. Embora a rejeição clara e direta seja desafiadora, é evidente para aqueles que analisam essas famílias que a ambivalência, a comunicação confusa e a falta de conexão dos pais com a verdadeira essência dos filhos representam barreiras ao seu desenvolvimento e amadurecimento, resultando em uma integração psíquica inadequada. As mensagens ambíguas e que geram conflitos presentes nos pais podem criar nos filhos sentimentos de impotência, inadequação e fracasso, afetando de maneira significativa a forma como eles se veem e a relação que mantêm com o mundo. Quando o ódio e a rejeição se entrelaçam com mensagens que aparecem amor, é provável que as crianças fiquem confusas, acreditando que a hostilidade é tão legítima quanto o amor que recebem, dificultando a distinção entre ambos. Isso estabelece, portanto, um fundamento e uma justificativa para comportamentos autodestrutivos.

1247

Dessa forma, Winnicott (1970) vinculou a esquizofrenia a deficiências na maternagem inicial, quando o recém-nascido encontra-se em uma dependência absoluta do meio que o rodeia. Nesses períodos, uma postura materna marcada por falhas significativas nos cuidados essenciais resulta na interrupção da continuidade da vida, levando ao esvaziamento da individualidade. Tenho sustentado que o eu é invadido por elementos externos, os quais não dizem respeito à predominância da influência interna. Na esquizofrenia, destacam-se os aspectos sensoriais primordiais e os processos vinculados à pulsão de morte, que se distanciam dos elementos fundamentais que conferem um "sentido inato" à existência pessoal (Masi, 2002).

Um aspecto essencial da psicanálise que fundamenta a estrutura mental da esquizofrenia é o uso extremo e crescente de ações eliminatórias. Essas ações resultam em experiências como anestesia, colapso e destruição, destacando-se certos momentos de desconexão com o próprio eu, além da formação de universos mentais alternativos que substituem o envolvimento com a realidade interna e externa. Dentro desse cenário, a percepção gerada por meio da exclusão e do corte aparece como um efeito do que permanece após a execução desse processo de eliminação.

É fundamental eliminar a ideia de identidade de maneira abrangente, afastando-se da angústia de se sentir aprisionado pelo ódio em todas as suas formas. Essa condição refere-se à maneira como o indivíduo lida com a autodestruição, que age como um destruidor em sua vida mental, mesmo que em um nível diferente, a autodestruição não seja de fato extinta e continue a gerar diversos tipos de confusão e degradação mental.

O fenômeno esquizofrônico pode ser caracterizado por uma descrição que envolve diferentes graus de diminuição da sensibilidade, apatia e inatividade, simbolizando um distanciamento da dinâmica psíquica. O indivíduo afetado se vê incapaz de utilizar de maneira apropriada suas capacidades de sentir, pensar e agir devido ao desligamento que ocorre. Por essa razão, Bion (1966) observou que o paciente vivencia emoções e sensações, mas não consegue aprender com elas ou compreender seu significado. Isso resulta em uma interrupção da sensibilidade e um esgotamento da atividade mental, que se reflete na interação com a vida em geral.

A efetividade da psicoterapia depende do diagnóstico, que é um elemento fundamental desse processo. Uma análise detalhada e um diagnóstico minucioso são cruciais para identificar se o paciente é apto para a psicoterapia e, caso afirmativo, qual abordagem será mais vantajosa para ele.

Para a análise e obtenção de dados, é recomendável realizar entrevistas particulares com cada paciente antes de iniciar a psicoterapia. Esse procedimento auxilia na elevação da taxa de comprometimento com o tratamento.

Assim, é importante levar em consideração no paciente o diagnóstico específico, o nível de afetação e a duração da enfermidade, os principais sintomas psicopatológicos, a etapa da doença, a habilidade de lidar com situações estressantes, as condições de vida, a maneira habitual de se relacionar, os mecanismos de defesa mais utilizados, a eficácia no gerenciamento e manifestação de impulsos e emoções, a habilidade de diferenciar os

sentimentos ou emoções como oriundos de seu mundo interno ou externo, a capacidade de se expressar verbalmente, o estilo de comunicação e a presença de um tema ou questão problemática que se destaque em relação às demais.

É importante também analisar o interesse do paciente em se submeter ao tratamento. Se esse interesse não estiver presente, pode ser necessário desenvolver abordagens para engajar ou conscientizar. As capacidades ou gostos dos pacientes, bem como suas experiências passadas, sejam elas favoráveis ou desfavoráveis, devem ser levadas em conta.

Os indivíduos com doenças ou deficiências mentais não são mais considerados totalmente incapazes, conforme estabelecido anteriormente no artigo 3º, inciso II, do código civil, e agora são abordados na Lei nº 13.146/2015, que institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência.

No entanto, até que ponto a alteração legislativa impactou os direitos das pessoas com transtornos mentais, em particular aquelas diagnosticadas com esquizofrenia? O direito civil começou a considerar os indivíduos com essa condição como quaisquer outros cidadãos, abandonando a proteção de seus interesses na vida civil, nas interações cotidianas e em suas obrigações.

Uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia pode ser capaz de assumir 1249 responsabilidades, sejam elas objetivas, subjetivas, solidárias ou subsidiárias?

A mudança na legislação foi significativa, mas ainda assim deixou espaços em branco em relação aos direitos e interesses das pessoas que sofrem dessa condição mental. A interdição de indivíduos incapazes deixou de ser uma forma de proteção para aqueles com problemas mentais, uma vez que passaram a ser considerados aptos para exercer direitos e responsabilidades conforme estabelece o artigo 1º do Código Civil.

Com a nova interpretação da legislação, uma pessoa com esquizofrenia é considerada igual a qualquer indivíduo capaz, mas até onde vai a responsabilidade que ela assume por suas ações? Anteriormente, um esquizofrênico não poderia realizar um financiamento comercial sem a supervisão de seu curador ou responsável.

Atualmente, se proporcionarmos a mesma abordagem a essa situação, a pessoa poderá realizar qualquer tipo de contrato legal. A responsabilidade pelo ato realizado ficará sob os familiares, os bens do paciente ou a outra parte que decidiu assumir o risco de firmar um acordo com alguém que possui uma condição de saúde.

A afirmação de que todos têm os mesmos direitos perante a legislação, conforme expresso no "caput" do artigo 5º da Constituição Federal, levou à interpretação de que um indivíduo com transtorno mental pode se casar, assumir obrigações alimentares e ser sujeito a outras penalidades.

De acordo com João Alfredo Medeiros Vieira, a esquizofrenia é entendida como uma "divisão interna na estrutura da própria personalidade, caracterizando uma anormalidade funcional psicótica que resulta em comportamentos extremamente retraídos, ideias confusas e absurdas, e uma anulação quase total da vida emocional" (VIEIRA, 1997, p. 171).

A forma mais simples e facilmente identificável dessa condição é a esquizofrenia do tipo paranoide, marcada pela presença de sintomas positivos, com uma dominância de delírios. A esquizofrenia pode ser classificada em cinco categorias: 1. Catatônica: Nesse tipo, os indivíduos apresentam distúrbios psicomotores significativos que podem oscilar entre hipercinesia e estupor, bem como obedecer a comandos de forma automática ou adotar posturas negativas. Podem ocorrer episódios de excitação intensa e os pacientes mantêm posturas por longos períodos, além de movimentos peculiares e eco de fala ou ações. O estado catatônico pode se associar a experiências oníricas com alucinações vívidas. - CID F20.2 2. Hebefrênica: Esta forma é caracterizada por alterações significativas das emoções, com ideias delirantes e alucinações breves e fragmentadas. O comportamento tende a ser irresponsável e imprevisível, apresentando maneirismos. Os afetos costumam ser superficiais e inadequados, com pensamento desorganizado e discurso incoerente. O prognóstico é geralmente negativo devido ao rápido surgimento de sintomas "negativos", como embotamento afetivo e perda de motivação. Normalmente, é diagnosticada em adolescentes e jovens adultos, sendo popularmente referida como esquizofrenia desorganizada. - CID F20.1 3. Paranoide: A esquizofrenia paranoide é marcada por delírios estáveis, frequentemente de natureza persecutória, acompanhados de alucinações, especialmente auditivas. Neste tipo, os sintomas relacionados a afeto, vontade, linguagem e catatonismo são ausentes ou discretos. - CID F20.0 4. Residual: Este é um estágio crônico da esquizofrenia, onde há uma clara progressão de um estado inicial para um final, caracterizado pela persistência de sintomas "negativos", que não são necessariamente irreversíveis. Esses sintomas incluem lentidão psicomotora, hipoatividade, embotamento emocional, apatia, discurso empobrecido e comunicação não verbal escassa. Também podem aparecer sintomas atenuados como crenças estranhas e experiências perceptuais anômalas. - CID F20.5 5. Indiferenciada: Nesta

classificação, os pacientes apresentam sintomas que satisfazem os critérios para esquizofrenia, mas não se enquadram nas categorias de esquizofrenia paranoide, desorganizada ou catatônica. - CID F20.3.

Pacientes com esquizofrenia do tipo paranoide costumam ser desconfiados e reservados, podendo até demonstrar comportamentos violentos, mantendo assim suas características. É importante observar que toda pessoa é impulsionada por sentimentos, que podem se manifestar de formas positivas ou negativas. A emoção, por sua vez, é um sentimento passageiro, uma explosão momentânea, como o conceito de "emoção violenta" que pode influenciar um ato de homicídio. Às vezes, sentimentos como ciúmes ou possessividade podem se transformar em uma patologia, só podendo ser confirmada a loucura do indivíduo através de uma avaliação médica.

A esquizofrenia é uma condição psiquiátrica sem cura (endógena) e se configura como um estado de desorganização cerebral profundo, que afasta o indivíduo da realidade. Os sintomas costumam manifestar seu auge aos 25 anos nos homens e por volta dos 29/30 anos nas mulheres, apresentando características que variam entre os pacientes. Comumente, o início é marcado por isolamento social, descuido com a aparência e um mundo que parece desconectado da realidade, repleto de fantasias e imaginações. Em seguida, surgem delírios e alucinações, levando a uma percepção distorcida do mundo. O delírio mais prevalente na esquizofrenia é o delírio persecutório, onde o indivíduo acredita ser alvo de perseguições. (SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A, 2007)

1251

Na esquizofrenia, observam-se tanto sintomas positivos quanto negativos. Os sintomas positivos incluem delírios e alucinações, sendo considerados "positivos" por sua boa resposta ao tratamento. Já os sintomas negativos manifestam-se de forma mais interna e têm um impacto menor no convívio social. Um exemplo é o indivíduo que, em determinado dia, decide não ir trabalhar, não avisa ninguém e passa a maior parte do tempo deitado, consumindo café e fumando. Seu mundo afetivo se fecha, e ele deixa de se importar com questões que antes eram significativas. Conforme ressaltam Abreu e Gil, os sintomas negativos se caracterizam por: [...] a escassez de conteúdo no pensamento e na fala, embotamento afetivo, isolamento, apatia, anedonia, falta de persistência em atividades profissionais e acadêmicas, dificuldades de atenção e desleixo nas rotinas pessoais [...] (ABREU; GIL, 2003, p. 374).

Esses sintomas são considerados negativos precisamente porque não respondem ao tratamento com a mesma eficácia que os sintomas positivos. Embora a esquizofrenia não tenha cura, um tratamento precoce pode prevenir danos mais profundos à personalidade do paciente. Isso é viável devido ao avanço dos medicamentos na última década, os quais melhoram a qualidade de vida dos pacientes. Estes fármacos atuam na redução dos sintomas, controle de crises, prevenção do progresso da doença e na ajuda ao paciente para restabelecer seu contato com a realidade, evitando que abandonem suas rotinas, estudos e atividades profissionais, o que preserva a estrutura socioeconômica e melhora o prognóstico (SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A, 2007). Aqueles que respondem bem ao tratamento podem se beneficiar de programas variados que visem a reintegração social. Tais programas englobam desde terapia cognitiva específica para transtornos esquizofrênicos, com o intuito de ajudar os pacientes a lidarem com seus sintomas e com a condição, até treinamentos para reintegração ao mercado de trabalho, para aqueles que não conseguem retornar às suas atividades anteriores, ou oficinas abrigadas que auxiliam no processo de reintegração à sociedade. O tratamento ideal é aquele que melhor facilita essa reintegração social do paciente (SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A, 2007).

A esquizofrenia é uma condição que pode dar acesso ao Benefício de Prestação 1252 Continuada, sempre que o indivíduo atenda aos critérios estabelecidos pela legislação.

Para se qualificar para o BPC (Benefício de Prestação Continuada), a legislação brasileira estabelece que é imprescindível que o indivíduo apresente uma deficiência que o torne incapaz de trabalhar e de garantir seu próprio sustento. Dessa forma, no caso de uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia, existe a possibilidade de que o paciente tenha direito ao BPC, caso a condição o impeça de realizar atividades profissionais e de conseguir uma renda adequada para sua manutenção, ou depender do apoio de sua família.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, de acordo com a Lei 13.105/2015, define, no artigo 2º, a pessoa com deficiência como aquela que possui um impedimento duradouro, seja de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o que, ao interagir com uma ou mais barreiras, pode dificultar sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de condições com os demais. Para a análise da responsabilidade civil, é essencial compreender a deficiência psíquica ou intelectual a fim de identificar as situações em que o Estatuto é aplicável. Isso é especialmente relevante, considerando que o artigo 6º afirma que “a deficiência não prejudica a plena capacidade civil da pessoa”, e o artigo 84 garante que “a

pessoa com deficiência tem o direito de exercer sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais”, promovendo uma mudança significativa na teoria das incapacidades. Essa mudança é evidenciada pela revogação expressa dos incisos I, II e III do artigo 3º, e pela alteração do texto dos incisos II e III do artigo 4º do Código Civil, que anteriormente utilizavam o critério do discernimento como base para a declaração de incapacidade. Dessa forma, surgem naturalmente questões sobre a validade dos atos jurídicos e a responsabilidade de indenização em relação às pessoas com deficiências psíquicas e/ou intelectuais.

No entanto, o artigo 4º, inciso III, do Código Civil, que foi alterado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, define como relativamente incapaz “aqueles que, por motivos transitórios ou permanentes, não consigam manifestar sua vontade”. Embora essa disposição e seu inciso não mencionem a capacidade de discernimento como critério para a declaração de incapacidade relativa, a manifestação da vontade – entendida como um exercício da autonomia – se torna o parâmetro para a atribuição da capacidade. Assim, se um indivíduo não for capaz de expressar sua vontade, seja devido a uma situação temporária – como em casos de intoxicação – ou a uma condição permanente – como em situações de deficiência psíquica e/ou intelectual severa (como esquizofrenia, autismo ou Alzheimer), essa pessoa será classificada como relativamente incapaz.

Os efeitos da Lei nº 13.146/2015 indicam que a curatela é excepcional e se limita a ações de natureza patrimonial ou financeira, eliminando, portanto, a concepção de interdição total e do curador com autoridade irrestrita.

A curatela é uma responsabilidade pública concedida a um indivíduo, conforme a legislação, para cuidar e proteger a pessoa, bem como gerenciar os bens de maiores que, devido a incapacidades ou transtornos mentais, não conseguem fazê-lo sozinhos.

Para a concessão da curatela a indivíduos com transtornos mentais, era necessário que houvesse uma interdição prévia, a qual é o mecanismo processual apropriado para se obter a declaração de incapacidade.

Contudo, com a promulgação da Lei nº 13.146/2015, a restrição total da capacidade civil para pessoas com deficiência deixou de existir na nova estrutura legal. Isso se deve ao fato de que a nova normativa estabelece que a deficiência não compromete a plena capacidade civil do indivíduo, garantindo a essas pessoas o direito de exercer sua capacidade legal em situações equivalentes às dos demais cidadãos.

Apesar de ser uma condição mental intricada, a esquizofrenia pode ser tratada. A intensidade do distúrbio varia conforme cada indivíduo. Muitos pacientes recebem acompanhamento de psiquiatras e outros profissionais de saúde, além de se beneficiarem de medicamentos e diversas terapias que ajudam a aliviar os sintomas, reduzindo o sofrimento emocional e promovendo uma melhor qualidade de vida, tanto para os indivíduos afetados quanto para seus familiares e amigos. Aqueles que apresentam formas menos severas do transtorno costumam ter um convívio familiar mais harmonioso, desenvolvendo habilidades sociais e profissionais, e muitos conseguem estabelecer casamentos e levar uma vida conjugal semelhante à de outras pessoas. Em contrapartida, nos casos mais severos, onde o paciente tem dificuldade em se conectar com a realidade, as limitações se tornam mais evidentes. Entretanto, o mais relevante é garantir que as pessoas com esquizofrenia tenham acesso a tratamentos adequados, para que possam desfrutar de uma qualidade de vida superior. No passado, a legislação impediu a celebração do casamento por parte de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, assim como restrições a outros direitos.

Ementa: REMESSAEX OFFICIO.ANULAÇÃO DE CASAMENTO. ERRO ESSENCIAL CONSUBSTANCIADO EM UM DOS CÔNJUGES. SENTENÇA PROFERIDA ANULANDO O MATRIMÔNIO. ANULAÇÃO DA SENTENÇA DE PISO. MERA DECLARAÇÃO MÉDICA. AUSÊNCIA DE PLENITUDE PROBATÓRIA. RETORNO AO JUÍZO DE PISO PARA PRODUÇÃO DE PROVA. DAR PROVIMENTO AO RECURSO. Não há plenitude probatória no processo quando neste houver apenas mera declaração médicopsiquiatra, dando conta de que o cônjuge varão é portador de esquizofrenia catatônica. Cabe ressaltar que não quer dizer necessariamente que o aparecimento da moléstia denominada esquizofrenia constitua a qualquer momento erro essencial, porquanto se assim fosse, a anterioridade da moléstia, ao casamento, passaria a ser de presunção obrigatória. Portanto, é necessária a anulação da sentença de piso para que haja produção de prova que demonstre o histórico e real quadro psíquico do réu, mediante laudo médico subscrito por perito devidamente habilitado na especialidade que se exige na espécie, em tudo relevando-se a necessidade imperiosa de se esclarecer se a parte encontra-se em estado mental que enseja a anulação do casamento. Recurso provido." (TJ-ES - Remessa Ex-officio 24970157376 ES 024970157376 Data de publicação: 23/04/2002)

1254

Entretanto, a Lei nº 13.146/2015, em seu artigo 6º, estabelece que a deficiência não compromete a plena capacidade civil do indivíduo, permitindo que este: a) se case ou forme uma união estável; b) exerça seus direitos relacionados à sexualidade e à reprodução; c) decida sobre a quantidade de filhos que deseja ter e tenha acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; d) mantenha sua capacidade reprodutiva, sendo proibida a esterilização forçada; e) tenha o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e f) tenha acesso à guarda, tutela, curatela e adoção, tanto como adotante quanto como adotado,

em condições iguais às de outras pessoas. Em síntese, no contexto familiar, há uma inclusão total das pessoas com deficiência.

Anteriormente, a união matrimonial estabelecida com indivíduos que possuíam transtornos mentais era considerada inválida de acordo com o inciso I do artigo 1.548 do Código Civil, o qual foi revogado pelo artigo 123, inciso IV, da Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. Assim, a nulidade do casamento de pessoas com doenças mentais, como a esquizofrenia, não é mais aplicada quando se verifica a falta de capacidade para realizar os atos da vida civil.

Dessa forma, um indivíduo com deficiência mental ou intelectual que esteja em idade de se casar poderá oficializar a união, manifestando sua intenção de maneira direta ou através de seu responsável ou curador.

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE RECONHECIMENTO DE UNIÃO ESTÁVEL. 1. ALEGAÇÃO DE RELAÇÃO DURADOURA, CONTÍNUA, NOTÓRIA, COM PROPÓSITO DE CONSTITUIR FAMÍLIA SUPOSTAMENTE ESTABELECIDA ENTRE PESSOA ABSOLUTAMENTE INCAPAZ, INTERDITADA CIVILMENTE, E A DEMANDANTE, CONTRATADA PARA PRESTAR SERVIÇOS À FAMÍLIA DO REQUERIDO. 2. ENFERMIDADE MENTAL INCAPACITANTE, HÁ MUITO DIAGNOSTICADA, ANTERIOR E CONTEMPORÂNEA AO CONVÍVIO DAS PARTES LITIGANTES. VERIFICAÇÃO. INTUITU FAMILIAE. NÃO VERIFICAÇÃO. MANIFESTAÇÃO DO PROPÓSITO DE CONSTITUIR FAMÍLIA, DE MODO DELIBERADO E CONSCIENTE PELO ABSOLUTAMENTE INCAPAZ. IMPOSSIBILIDADE. 3. REGRAMENTO AFETO À CAPACIDADE CIVIL PARA O INDIVÍDUO CONTRAIR NÚPCIAS. APLICAÇÃO ANALÓGICA À UNIÃO ESTÁVEL. 4. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. [...] 2. Ressai evidenciado dos autos que a sentença de interdição, transitada em julgado, reconheceu, cabalmente, ser o ora recorrente absolutamente incapaz de discernir e compreender os atos da vida civil, o que, por consectário legal, o torna inabilitado, por si, de gerir sua pessoa, assim como seu patrimônio, nos termos do artigo 3º, II, da lei substantiva civil 2.1. Sem adentrar na discussão doutrinária, e até jurisprudencial, acerca da natureza da sentença de interdição civil, se constitutiva ou se declaratória, certo é que a decisão judicial não cria o estado de incapacidade. Este é, por óbvio, preexistente ao reconhecimento judicial. Nessa medida, reputar-se-ão nulos os atos e negócios jurídicos praticados pelo incapaz anteriores à sentença de interdição, em se comprovando que o estado da incapacidade é contemporâneo ao ato ou negócio a que se pretende anular. Em relação aos atos e negócios jurídicos praticados pessoalmente pelo incapaz na constância da curadoria, estes afiguram-se nulos, independente de prova. 2.2. Transportando-se o aludido raciocínio à hipótese dos autos, em que se pretende o reconhecimento do estabelecimento de união entre as partes litigantes, a constatação do estado de absoluta incapacidade do demandado durante o período de convivência em que a suposta relação teria perdurado enseja a improcedência da ação. 2.3. Sobressai dos autos, a partir do que restou apurado na presente ação, assim como na ação de interdição, que a enfermidade mental incapacitante do recorrente, cujo diagnóstico há muito fora efetuado, não é apenas contemporânea à suposta relação estabelecida entre os litigantes, mas também anterior a ela, circunstância consabida por todos os familiares do demandado, e, especialmente, pela demandante. 2.4. Nesse contexto, encontrando-se o indivíduo absolutamente inabilitado para compreender e discernir os atos da vida civil, também estará, necessariamente, para vivenciar e entender, em

toda a sua extensão, uma relação marital, cujo propósito de constituir família, por tal razão, não pode ser manifestado de modo voluntário e consciente. 3. Especificamente sobre a capacidade para o estabelecimento de união estável, a lei substantiva civil não dispõe qualquer regramento. Trata-se, na verdade, de omissão deliberada do legislador, pois as normas relativas à capacidade civil para contrair nupcias, exaustivamente delineadas no referido diploma legal, são in totum aplicáveis à união estável. Assim, aplicando-se analogicamente o disposto no artigo 1.548, I, do Código Civil, afigurar-se-ia inválido e, por isso, não comportaria o correlato reconhecimento judicial, o suposto estabelecimento de união estável por pessoa acometida de enfermidade mental, sem ostentar o necessário discernimento para os atos da vida civil. 4. Recurso provido, restabelecendo-se a sentença de improcedência". (REsp 1414884/RS, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 03/02/2015, DJe 13/02/2015)

IV. DA PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO

Considerando esses fatos, e diante do exposto, foi-nos proposto, realizar um projeto de intervenção em uma SRT localizada na cidade de Curitiba – Estado do Paraná, para a melhoria da qualidade de vida de um grupo específico de pacientes institucionalizados.

O objetivo geral possibilitou discutir e refletir sobre temas referentes ao processo de institucionalização de pacientes com transtornos em saúde mental; trabalhar o sentimento de abandono; discutir perspectivas com os pacientes: seus anseios, sonhos e desejos; e contribuir para um ambiente de valorização do cuidado quanto ao paciente de transtornos mentais.

A modalidade que se mostrou de interessante abordagem de aplicação prática, seria a de utilizar-se de grupos de discussão realizados de forma horizontal, sem qualquer julgamento moralizante.

Nessa intervenção, seria oportunizado aos participantes, para que os pacientes expressassem suas opiniões, valores, crenças, emoções e tudo o que sentem em relação aos temas de discussão, notadamente ao tema da sexualidade, troca de afeto entre os pacientes, que sempre aparecia nas rodas de conversas.

A participação no processo de interação deveria ser ativa em cada tema proposto para os pacientes institucionalizados. Assim, o objetivo específico do trabalho em grupo é permitir trocas que construam subjetividades, empoderem os sujeitos, aumentem a interação entre eles e, por fim, promovam a promoção da saúde e da qualidade de vida, de acordo com os princípios preconizados pela Teoria Cognitivo Comportamental, e, em alguns casos, pela Psicanálise.

As técnicas a serem utilizadas para a realização do trabalho em grupo são dinâmicas de grupo, oficinas criativas, discussão em grupo a partir de situações-problema, relaxamento e

dança; como temas de intervenção foram tomados: morte, afetividade, autoestima, sexualidade, traumas vividos ao longo da vida, felicidade.

É fundamental levar em conta os propósitos de cada grupo nas atividades coletivas. Ao criar novos grupos, é benéfico procurar uma homogeneidade maior entre as características pessoais ou necessidades de cada paciente, o que ajudará a promover a coesão.

Em relação a cada intervenção, de acordo com os objetivos estabelecidos, existirão distintos critérios para inclusão e exclusão. Com base no modelo tridimensional que categoriza sintomas psicopatológicos em negativos, positivos e desorganizacionais, propomos que:

a) Indivíduos que apresentam sintomas positivos intensos tendem a não se beneficiar de atividades em grupo. Até que haja uma estabilização em seu estado clínico, resultando em uma diminuição dos sintomas, geralmente não é recomendada a participação desses pacientes em grupos. Uma alternativa viável nesses casos é a terapia individual. O terapeuta pode acompanhar o paciente em sua jornada de recuperação, fornecendo apoio e orientação, e, após esse processo, encaminhá-lo para um grupo de apoio. No entanto, em grupos coesos, é possível incluir pacientes com sintomas positivos moderados. Os demais participantes podem ajudar aqueles que estão mais sintomáticos. Um certo nível de conteúdo psicótico, manifestado de maneira aberta, pode ser benéfico para promover discussões.

b) Indivíduos que apresentam uma predominância de sintomas negativos podem obter vantagens com a participação em grupos de psicoterapia e em intervenções individuais. Mesmo que não se envolvam de maneira ativa, eles podem tirar proveito do que é oferecido. É fundamental analisar a sensação de ameaça que o paciente experimenta ao interagir com outras pessoas antes de sugerir sua entrada em um grupo.

c) Para indivíduos que apresentam principalmente sintomas de desorganização, a terapia ocupacional é a abordagem mais recomendada.

Pacientes que se encontram estáveis e com controle razoável dos sintomas podem se beneficiar de diversas abordagens psicoterapêuticas. Nessas situações, é essencial levar em conta a complexidade das variáveis individuais e grupais ao determinar a melhor estratégia a ser adotada. O foco pode incluir a recuperação das habilidades sociais, a aceitação da condição de saúde, a redução do isolamento, o crescimento emocional e a revalorização da trajetória pessoal, entre outros aspectos. Os diferentes objetivos podem ser abordados através de várias modalidades de intervenções, tanto individuais quanto em grupo, como grupos operativos,

grupos de interação, psicoterapia individual e terapias ocupacionais, seja de forma individual ou em grupo. A terapia em grupo pode ser combinada com a psicoterapia individual em diferentes etapas do tratamento. Os benefícios terapêuticos de uma abordagem podem se complementar e intensificar mutuamente. Assim, é aconselhável que a equipe de profissionais elabore um plano de tratamento personalizado para cada paciente.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do perfil dessa população é crucial para guiar intervenções que se adequem à realidade e ao histórico de doenças desses indivíduos. As consequências biopsicossociais resultado da alta frequência de internações psiquiátricas ao longo da vida e a longa duração da última internação demandam uma análise aprofundada com o objetivo de endereçar uma questão social antiga que a sociedade brasileira enfrenta em relação a esses cidadãos.

Além disso, muitos desses indivíduos são idosos, o que traz implicações significativas para o sistema de saúde, especialmente no que diz respeito à convivência com doenças crônicas. É recomendado que a equipe que oferece assistência diariamente nestes serviços foque, além do cuidado com transtornos mentais crônicos e da reinserção social, nos aspectos clínicos relacionados ao processo de envelhecimento.

São imprescindíveis que sejam realizadas investigações adicionais sobre os relacionamentos familiares dos residentes em SRT, que abordem diretamente os envolvidos. A exclusão desse usuário do núcleo familiar pode estar ligada à necessidade de a família passar por uma reorganização estrutural e a mudanças em suas rotinas, sentimentos, memórias e emoções, que, consciente ou inconscientemente, dificultam a reinserção familiar.

Portanto, é fundamental que continuem os esforços para trabalhar com essas famílias com o objetivo de restaurar os laços que foram rompidos ou enfraquecidos, permitindo que, gradualmente, o morador possa trilhar o caminho de volta ao seu lar. Para superar as barreiras impostas pela falta de documentos pessoais ou pela perda da identidade do indivíduo, recomenda-se estabelecer parcerias com órgãos públicos locais que facilitem a recuperação da cidadania e a implementação da Reforma Psiquiátrica entre esses moradores.

Além disso, é aconselhável o desenvolvimento de treinamentos ou capacitações voltadas para os profissionais que atuam nas SRT e na Raps; um atendimento a essa

população deve ser baseado no perfil identificado, com especial atenção à faixa etária, no que se refere ao manejo de comorbidades crônicas, à promoção da saúde e à prevenção de agravos.

A Reforma Psiquiátrica busca a reabilitação desses usuários, visando a maximização de suas funções, principalmente através do acesso ao emprego, à renda, a centros de convivência e/ou à família, para possibilitar o retorno desses moradores à sua comunidade. Portanto, a criação de intervenções para restaurar os vínculos familiares enfraquecidos é essencial na gestão deste grupo.

Dedicamos intensamente a entender, debater e analisar os casos apresentados, e estamos convencidos de que as narrativas abordadas durante as supervisões, juntamente com a particularidade de cada uma, nos ofereceram valiosas oportunidades de aprendizado, as quais consideramos essenciais para os próximos estágios.

Estamos convencidos de que o objetivo estabelecido pela disciplina foi cumprido ao atingirmos as metas definidas no começo do semestre. Essas metas visavam fornecer uma base sólida para o início do atendimento clínico e aprimorar os conhecimento para uma futura atuação profissional na área da psicologia clínica.

REFERÊNCIAS

1259

ABREU, P.; GIL, A. Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.

ALVES, C. et al. Perfil dos pacientes de três residências terapêuticas de um hospital psiquiátrico municipalizado do estado do Rio de Janeiro. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 149-52, jan. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/848>. Acesso em: 04 abr. 2025.
» <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/848>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 nov. 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2025.
» http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 jul. 2015.

BION, W.R. (1966). O aprender com a experiência. In W.R. Bion, *Os elementos da psicanálise*. (J.Salomão e P.D. Corrêa, trads.). Rio de Janeiro: Zahar.

CAYRES, A. Z. F. et al. *Caminhos para a desinstitucionalização no estado de São Paulo: Censo psicossocial 2014*. 1 ed. São Paulo: FUNDAP, 2015.

FRAZÃO, I. S. *Eu acho que a pessoa doente mental pode trabalhar; Eu trabalho e não sou doente mental?: o processo de reinserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho*. 275 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

GOMES, M. P. C. et al Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no estado do rio de janeiro dados preliminares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1803-1807, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13279.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2025.
» <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13279.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Emprego e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

LAGO, E. A. et al Perfil de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista de Enfermagem da UFPI*, Piauí, v. 3, n. 1, p. 10-7, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1113>>. Acesso em: 05 abr. 2025.
» <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1113>

MASI, F. (2002). O inconsciente e a psicose. *Livro Anual de Psicanálise*, 16, 9-27.

1260

MELO, M. C. A. et al Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 343-352, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200343&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2025.
» http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200343&script=sci_abstract&tlang=pt

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra da saúde mental. *Saúde em Debate* Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 648-656, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/ai7v36n95.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2025.
» <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/ai7v36n95.pdf>

SADOCK, BJ; SADOCK, VA. *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTIN, G.; KLAFFE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, v. 34, n. 1, p. 1-10, jan. 2011. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>>. Acesso em: 05 abr. 2025.
» <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB, 2011.



TIZON, J.K. (2003/2004). Terapias psicoanalíticas de los pacientes esquizofrénicos. *Temas de Psicoanálisis*, 8/9, 121-153.

VIEIRA, J. A. M. *Noções de criminologia*. Porto Alegre: Ledix, 1997.

WINNICOTT, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant* (J. Kalmanovitch, trad.). Paris: Payot.