

ESTRATÉGIAS PARA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO DE CASO

Recebido em 11/07/2014

Aceito para publicação em 11/08/2014

CF (S) Ana Paula Carvalho Orichio¹
CT (S) Viviane Folster Mendonça²
CT (S) Bruna Gusmão de Matos³
1ºTen (S) Izabella de Góes A. Maciel⁴

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso com análise qualitativa, que teve como objetivos apresentar o histórico de saúde mental e analisar as estratégias de reabilitação social utilizadas para o resgate da cidadania possível de um paciente com diagnóstico de esquizofrenia. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, consulta ao prontuário e visitas domiciliares. Os cenários da pesquisa foram: o Centro de Atenção Diária (CAD) da UISM, a residência atual do paciente e aquela onde o mesmo residiu com os pais e irmãos. Após iniciar acompanhamento terapêutico no referido CAD, o paciente com o apoio da equipe interdisciplinar, passou a morar sozinho, realizar suas atividades domésticas e ter autonomia para gerenciar suas despesas. Desta forma, este estudo destacou a importância das práticas reabilitadoras para pacientes portadores de transtornos mentais, reforçando o quanto o apoio de uma equipe interdisciplinar faz diferença no resgate da autonomia e cidadania de sujeitos com vínculo social e familiar afetados.

Palavras-chave: Reabilitação; Autonomia Pessoal.

INTRODUÇÃO

Este estudo objetivou apresentar o histórico de saúde mental e analisar as estratégias de reabilitação social utilizadas para o resgate da cidadania possível de um paciente com diagnóstico de esquizofrenia.

R.B.C, 46 anos, sexo masculino, natural do Rio de Janeiro, teve a infância caracterizada por distanciamento familiar, uma vez que ele e outros dois irmãos passaram a maior parte desse período em colégios internos, quando no início da adolescência retornaram ao convívio familiar.

Segundo dados colhidos no prontuário, R.B.C cursou o ensino fundamental no final do ano de 1992. Há época, estava trabalhando há aproximadamente quatro anos nos serviços gerais de um colégio quando, ameaçou se atirar do prédio, tendo sido impedido por outros trabalhadores que se encontravam no local.

A tentativa de suicídio culminou na internação por cerca de dois meses em um Hospital psiquiátrico, e durante este período, queixava-se de estar “enjoado da vida”. Nos anos de 1993 e início de 1994, foi novamente internado no mesmo hospital, e por breves períodos em um Posto de Assistência Médica (PAM), sob a alegação de ver coisas, escutar barulhos, e sentir que queriam matá-lo. No mês de abril de 1994, o paciente abandonou sua casa e desapareceu por três dias, sendo encontrado no prédio do antigo Ministério da Marinha, de onde entraram em contato com a Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) e providenciaram sua remoção.

No primeiro atendimento na UISM, o paciente encontrava-se com 28 anos de idade, alegava ouvir vozes que o chamavam pelo nome e ver várias imagens geométricas e de bichos, além de sentir a “cabeça pesada” e insônia. Já esteve em tratamento psiquiátrico outras vezes, mas não obteve melhora significativa, por isso recorreu ao Hospital da Marinha e iniciou seu acompanhamento, apresentando quadro delirante-alucinatorio, sendo diagnosticado como esquizofrênico.

¹Enfermeira Graduada pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Enfermagem Psiquiátrica pela Marinha do Brasil/IPUB/UFRJ. Mestre em História da Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Doutora em História da Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Encarregada da Divisão de Ensino Superior da Escola de Saúde da Marinha. COREN: 052818. /E-mail: anaorichio@gmail.com.

²Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ. Aperfeiçoada em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Saúde da Marinha do Brasil. Mestranda em Psiquiatria e Saúde Mental pela EEAN/UFRJ. Ajudante da Divisão de Enfermagem da Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil. COREN-RJ: 114580. /E-mail: vivifolster@gmail.com.

³Enfermeira Graduada pela Sociedade Educacional do Leste Mineiro. Faculdade Doctum. Aperfeiçoada em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Saúde da Marinha do Brasil. Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental pela EEAN/UFRJ. Enfermeira do Centro de Atenção Diária. COREN-RJ: 178971. /E-mail: bgmatos2005@yahoo.com.br.

⁴Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Aperfeiçoada em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Saúde da Marinha do Brasil. COREN-RJ: 225906. /E-mail: bellatavares@yahoo.com.br

A doença acarretou períodos de internações sucessivas e de acordo, com os dados coletados nos prontuários, tais internações foram marcadas por delírios, alucinações, dificuldade em expressar suas emoções/ sentimentos e retraimento social.

Os pais de R.B.C também eram portadores de Esquizofrenia, assim como dois dos outros sete irmãos. Em relato encontrado nos antigos prontuários, a casa dos pais onde R.B.C residia “era desorganizada, uma bagunça, as pessoas discutiam constantemente, com exceção do pai, uma pessoa calma”. A casa da família era própria, com dois quartos, sala, cozinha, banheiro e quintal, em terreno comprado pelo pai. A renda familiar era composta à época pelos proventos do pai, que era militar, e de outros dois filhos, sendo que um deles recebia menos de um salário.

Em virtude da doença mental do pai, foi necessária a nomeação de uma das filhas como sua representante legal (curadora), a fim de receber e administrar os proventos relativos à reforma instituída pela Marinha do Brasil. Nessa ocasião, há relatos no prontuário que afirmam a falta de adesão medicamentosa de R.B.C, que por vezes deixava de tomar os medicamentos para fornecê-los aos pais ou às irmãs doentes. Paralelo a isto, outro agravante era o fato da receita médica ficar em posse da referida curadora, que segundo o paciente, comprava somente parte dos medicamentos prescritos, argumentando que a “medicação estragava.”

No ano de 2002, iniciou acompanhamento terapêutico no Centro de Atenção Diária (CAD) da UISM, que funciona em regime de internação parcial e tem como objetivos oferecer atendimento interdisciplinar através de oficinas terapêuticas, facilitar o processo de reinserção social dos usuários pelo acesso ao lazer e trabalho, incentivar o exercício dos direitos civis e fortalecer laços familiares e comunitários.

No entanto, questões sociais continuavam interferindo na adesão ao tratamento, quais sejam: a falta de recurso financeiro para arcar com o ônus do transporte coletivo e realizar acompanhamento contínuo, bem como o uso irregular da medicação pelo mesmo fator acima relacionado.

No ano de 2010, o pai do paciente faleceu, deixando pensão militar para alguns filhos, incluindo o paciente em tela. Ato contínuo, outra irmã do paciente foi nomeada como sua representante legal, agora dos irmãos interditados. Desde o ano de 2010, quando ocorreu nova internação psiquiátrica, o paciente vem mantendo acompanhamento assíduo no CAD e começou a apresentar ganhos terapêuticos significativos.

Dentre estes ganhos, pôde-se identificar a melhora dos delírios e alucinações, diretamente relacionada à adesão medicamentosa, proporcionada tanto pela escolha acertada do antipsicótico, quanto pela garantia de sua ingestão, pois os pacientes que frequentam o CAD recebem medicação assistida, portanto supervisionada pela equipe de enfermagem. Procedimento esse que faz parte de um continuum do cuidado que estabelece a rotina para o usuário, para que gradativamente ele possa assumir uma postura mais ativa no que diz respeito à tomada das medicações.

Porém os ganhos mais significativos estabeleceram-se à partir da intervenção terapêutica realizada pela equipe do CAD de trazer o paciente para morar próximo à UISM. Fora do núcleo familiar adoecido, o paciente passou a morar sozinho e com supervisão da equipe. Além disso, o acompanhamento terapêutico realizado nas oficinas e o suporte da equipe multiprofissional proporcionou o resgate de aspectos importantes da autonomia de R.B.C..

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde a abordagem principal foi modelada sob a forma de um estudo de caso, tendo em vista que é o tipo de pesquisa que oferece a opção de escolher um único caso como sujeito e a partir de então reunir informações detalhadas no sentido de apreender a totalidade de uma situação.

Diante do exposto, o sujeito da pesquisa é um paciente com diagnóstico de esquizofrenia, sexo masculino, 46 anos, que faz tratamento em um dos cenários da pesquisa, a citar: o Centro de Atenção Diária (CAD) da UISM.

O CAD destina-se ao atendimento dos usuários portadores de transtornos psíquicos graves, em especial a esquizofrenia e outras psicoses, que não têm indicação de internação em tempo integral, mas que apresentam prejuízos sócio-afetivos significativos em decorrência da doença psiquiátrica.

Os objetivos do CAD são: oferecer atendimento à população de usuários do Serviço de Saúde da Marinha em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; e promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas advindos da doença psiquiátrica.

As atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar e são realizadas preferencialmente em grupo, em regime de oficinas terapêuticas, visto que o isolamento social é uma tônica dominante no transcurso da doença. Estas oficinas possuem um caráter transformador e mimetizam atividades sócio-familiares que estão comprometidas com o acometimento da doença mental.

Para complementar os dados e reconstruir a história de vida do indivíduo em tela, foram também feitas visitas domiciliares na residência atual do paciente e naquela onde o mesmo residiu com os pais e irmãos.

Antes da realização da pesquisa obteve-se assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por escrito do responsável legal do sujeito escolhido para o estudo, quando foram expostos os objetivos da pesquisa e solicitado a autorização para a divulgação dos resultados, além da garantia do compromisso na manutenção do sigilo.

O instrumento utilizado na coleta dos dados foi um questionário de entrevista semi-estruturado, composto de cinco perguntas, que objetivavam levantar informações acerca do histórico de saúde mental do paciente em tela. Foi realizada pesquisa documental, no qual foram consultados todos os prontuários do indivíduo desde seu 1º atendimento no Hospital Psiquiátrico Militar, fato este ocorrido em 1994 até o ano de 2012.

DISCUSSÃO

Este estudo aborda um caso de esquizofrenia, marcado pela desorganização familiar, sendo que parte dela está relacionada ao fato da família ser composta por cinco membros portadores de transtornos psíquicos. Estudos apontam para um caráter hereditário da patologia:

A esquizofrenia é uma doença biológica, que envolve alterações cerebrais, no nível celular e químico, acometendo diferentes funções psíquicas. A esquizofrenia não é atribuída puramente a causas psicológicas, como resultados de traumas ou estresse.

A causa da patologia é multifatorial, englobando fatores genéticos e ambientais. Diversos genes estão envolvidos na doença, tomando a hereditariedade um fator importante, como se observa na prática, a existência de mais de um esquizofrênico numa mesma família.¹

Importantes psiquiatras europeus acreditavam, já no final do século XIX, que a esquizofrenia apresenta um caráter hereditário. Vários trabalhos foram realizados, confirmando uma maior agregação familiar à esquizofrenia. A partir de uma extensa revisão sobre o tema, Irving Gottesmann selecionou os 40 melhores estudos em famílias, realizados entre os anos de 1920 e 1987, e calculou o risco médio de desenvolver esquizofrenia em parentes de pacientes com essa doença, conforme ilustrado na Tabela 1:²

Tabela 1: Risco para desenvolvimento de esquizofrenia ao longo da vida em parentes de pacientes esquizofrênicos (modificado de Gottesman, 1991).

Grau de parentesco	Risco para esquizofrenia (%)
Primeiro grau	
Pais	6
Filhos (pais não afetados)	13
Filhos (com pai e mãe esquizofrênicos)	46
Irmãos	9
Irmãos (com um progenitor afetado)	17
Segundo grau	
Meio-irmãos	6
Netos	5
Sobrinhos	4
Tios	2
Terceiro Grau	
Primos	2
População Geral	1

*Fonte: Vallada Filho (2000).

Uma família com vários componentes esquizofrênicos sofre comprometimento em suas relações interpessoais. O percurso da vida de R.B.C. foi influenciado pela falta de estrutura familiar: “Meus pais não davam muita atenção porque também tinham doença”. Quando questionado sobre como se sentia naquela família, relatou: “Sentia um pouco de vazio, sem o amor que eu via nas outras famílias, isso me deixava muito sentido”.

As experiências de internamento de R.B.C não produziam melhora significativa em seus sintomas positivos e negativos, pelo contrário, ele vivenciava um ciclo vicioso, sem que houvesse ganhos terapêuticos no intervalo de tempo que distava entre um internamento e outro. Estudos internacionais mostram que as recaídas são mais frequentes quando o ambiente familiar é estressante.³

Para esses pacientes, que não possuem suporte familiar adequado, é fundamental um processo de reabilitação psicossocial que inclua um planejamento terapêutico individualizado. Tal planejamento deve levar em consideração o nível de dependência e necessidades sociais afetadas no indivíduo, priorizando questões como lazer, trabalho, renda e relações afetivas, aspectos essenciais para uma qualidade de vida satisfatória.

Neste contexto, o objetivo do artigo é discutir questões relacionadas à retomada da cidadania de R.B.C. Cabe uma definição sobre reabilitação psicossocial da International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (1985) transcrita por Pitta (1996)⁴:

[...] seria o processo de facilitar o indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade [...] O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional e educacional, ajustado às demandas singulares de cada indivíduo e de modo personalizado.⁴

Tal processo facilitador traz consigo estratégias de enfrenta-

mento individuais que dependem da área de fragilidade do indivíduo. Podem estar relacionadas, por exemplo, com o cuidado da higiene, o manejo adequado do dinheiro, a utilização de transportes e locomoção pelas cidades, atividades gerais das rotinas do dia, manejo adequado de possíveis situações de estresse, isolamento e incapacidade de administrar o tempo livre, entre outras.⁵ Suas necessidades estão relacionadas com sua inserção na sociedade, de forma a garantir a retomada de seus papéis sociais.

Assim sendo, resgatar os direitos de cidadania torna-se eixo prioritário, permitindo ao outro o poder de negociação nas diversas esferas da vida: afetiva, social e do trabalho é abrir possibilidade de recuperar o direito a sua cidadania, para que este indivíduo seja respeitado na sua diferença.⁶

Para Amarante (1996)⁷ um novo contexto de cidadania é dar-lhe o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim, trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos.

Nesse sentido, o CAD, no qual R.B.C está inserido, está em consonância com o preconizado pela reforma psiquiátrica e com o processo de reabilitação psicossocial. As práticas realizadas neste espaço são estruturadas por meio de oficinas terapêuticas, que tem como objetivos a reestruturação do sujeito através de atividades de vida prática e diária, retomada e valorização da cidadania e reprodução das atividades sócio-familiares comprometidas.

R.B.C. apresentava demandas relativas ao manejo do dinheiro e cartão de crédito, uso correto da medicação, a retomada do papel de gerenciador do lar e dos demais papéis sociais que se efetivaram a partir do exercício do poder de contratualidade. No universo social as “relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que lhe daria o seu poder contratual”.⁸

Outro aspecto importante a ser discutido diz respeito à autonomia. É preciso entender que a autonomia plena acaba se tornando um mito, e um dos principais fatores de exclusão de pacientes para integrarem projetos de reabilitação, deixando um número significativo destes sem assistência devida. A autonomia almejada deve ser aquela possível para cada indivíduo.⁶

Ao ser questionado se teria autonomia para fazer suas atividades sozinho, R.C.B considera que sim: “Hoje eu faço compras, lavo louça, faço comida... não fazia nada disso antes”.

A autonomia instrumentaliza o indivíduo a gerar normas e ordens para sua vida, conforme sua capacidade de enfrentamento das situações. Não devendo ser confundida com autosuficiência ou independência, pois certo grau de dependência é inerente ao ser humano, o problema é a dependência de forma restrita.⁷ Partindo desse princípio, a busca pela autonomia reflete muito mais uma questão de conquista do que um modelo a ser atingido. E para cada indivíduo tem um valor diferente, manifesto em seus avanços, seja no modo de administrar suas finanças, no cuidado com sua higiene, ou no modo em relacionar-se com o outro.

Saraceno (2001)⁶ aponta três eixos como lócus de construção de aumento da capacidade contratual dos sujeitos: o morar, a rede social e o trabalho, cenários entendidos como lugares de trocas, espaços de relacionamento e negociações.

O eixo da rede social é representado pelos vínculos que o in-

dividido terá a possibilidade de estabelecer convivendo com novos atores sociais nas suas incursões pelo território. Já o eixo do trabalho ganha uma conotação diferente, por exemplo, do vivenciado no manicômio, em que este é visto como terapia em si mesmo. No contexto da desinstitucionalização, o trabalho valida o indivíduo enquanto sujeito de direitos e possibilita o reconhecimento de seus desejos.

No eixo da rede social pode-se afirmar que o paciente tem atingido a proposta da reabilitação psicossocial e resgate de uma autonomia possível. O eixo do trabalho torna-se o próximo passo a ser implementado, configurando-se como um desafio. R.C.B manifestou desejo de retomar suas atividades laborais “Tenho vontade de voltar ‘a trabalhar’. Minha última tentativa foi numa lanchonete. Mas chamaram outra pessoa”. “Pode ser qualquer coisa pra ocupar o tempo. Quando fico sozinho em casa sem fazer nada”.

CONCLUSÃO

O plano terapêutico estabelecido pela equipe do CAD para R.B.C., trilhou pela sua reinserção num espaço de troca na sociedade e seu reconhecimento enquanto sujeito de direitos e deveres. No entanto, a tão almejada reabilitação psicossocial faz parte de um processo e como tal não está encerrada em conquistas logradas pelo sujeito. Faz-se necessário avançar em novos desafios, que no caso em discussão está centrado no eixo do trabalho.

O convívio em um núcleo familiar adoecido dificultava o avanço terapêutico e acarretava internações sucessivas sem alterações evolutivas do quadro, acompanhado por uma equipe multidisciplinar engajada com a reabilitação psicossocial de seus pacientes.

R.B.C. atingiu níveis satisfatórios de autonomia, ressocialização e integração com o meio, atualmente mora sozinho, freqüenta o CAD, executa atividades cotidianas sem prejuízo dos resultados, não manifesta mais sintomas psicóticos, faz uso correto das medicações e faz planos para o futuro, almejando trabalhar e prosseguir sua vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bezerra AB, Palmeira GTM. Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2013.
2. Vallada Filho HP, Samaia H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(Supl 1):2-4.
3. Shirakawa I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(Supl 1):56-8.
4. Pitta A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 19-21.
5. Blanco A, Pastor A. Las Personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. In: Rodríguez A. Rehabilitación psicossocial de personas con transtornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Piramide; 1997.
6. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.
7. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiqui-

átrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.

8. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-9.

Como citar este artigo: Orichio APC, Mendonça VF, Matos BG, Maciel IGA. Estratégias para reabilitação psicossocial: um estudo de caso. Arq Bras Med Naval. 2014 jan/dez;75(1): pág. 67-70

STRATEGIES FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: A CASE STUDY

Received on 07/11/2014

Accepted for publication on 08/11/2014

CF (S) Ana Paula Carvalho Orichio¹

CT (S) Viviane Folster Mendonça²

CT (S) Bruna Gusmão de Matos³

1^oTen (S) Izabella de Góes A. Maciel⁴

ABSTRACT

This is about a case study with a qualitative analysis that had as objective to present the description of mental health and analyze the strategies of social rehabilitation used for the rescue of the possible citizenship of a patient with schizophrenia diagnosed. The collection of data was carried out through half-organized interview, check to the handbook and domiciliary visits. The research scenarios were: the UISM's Centro de Atenção Diária (CAD), the current patient residence and that one where he inhabited with parents and siblings. After initiate therapeutical accompaniment at the cited CAD, the patient with the support of a multidisciplinary team, started to live alone, carry out his domestic activities and have autonomy to manage his expenditures. In this way, this study highlighted the importance of the rehabilitative practices for patients with mental disorders, strengthening how much the support of a multidisciplinary team makes difference in the rescue of the autonomy and citizenship of ones with social and familiar bond affected.

Key-words: Rehabilitation; Personal Autonomy.

INTRODUCTION

This study had as objective to present the description of mental health and analyze the strategies of social rehabilitation used for the rescue of the possible citizenship of a patient with schizophrenia diagnosed.

R.B.C, 46 years old, male, born in Rio de Janeiro, had his childhood characterized by a distancing family, since he and two other brothers spent the majority of that period in boarding schools, when in their early teens returned to familiar conviviality.

According to the data collected in the handbook, R.B.C attended the elementary school at the end of 1992. At that time, he had been working for approximately four years as a janitor at a school when, threatened to jump off of the building, having been hindered by other workers who were at the place.

The suicide attempt culminated in hospitalization for about two months in a psychiatric Hospital, and during this period, he complained to be "sick of life". In the years 1993 and early 1994, he was hospitalized again in the same hospital and for brief periods in a Station of Medical Assistance (PAM), under the allegation to see things, listen to noises, and feel that someone wanted to kill him. On April, 1994, the patient abandoned his house and disappeared for three days, being found at an old building of the Ministry of Navy, from where they had entered in contact with the Integrated Unit of Mental Health (UISM) and provided his removal.

In the first attendance at UISM, the patient who was 28 years old alleged to hear voices that called him by his name and to see some geometric images and animals, in addition to feel a "heavy head" and insomnia. He had been already in psychiatric treatment other times, but did not get significant improvement, therefore, he appealed to the Navy Hospital and initiated his accompaniment, presenting delirious-hallucinatory picture, being diagnosed as schizophrenic.

¹Nurse Graduated by Universidade Federal Fluminense. Specialist in Psychiatric Nursing by the Brazilian Navy/IPUB/UFRJ. Master in History of Nursing by EEAN/UFRJ. PhD in History of Nursing by EEAN/UFRJ. Person in charge of the Division of Superior Education of the Navy Health School. COREN: 052818. E-mail: anaorichio@gmail.com.

²Nurse Graduated by Anna Nery School of Nursing/UFRJ. Specialist in Psychiatric Nursing by the Health School of the Navy of Brazil. Graduate Student in Psychiatry and Mental Health by EEAN/UFRJ. Assistant of the Division of Nursing of the Integrated Unit of Mental Health of the Navy of Brazil. COREN-RJ: 114580. Email: vivifolster@gmail.com.

³Nurse Graduated by Sociedade Educacional do Leste Mineiro. Doctum College. Specialist in Psychiatric Nursing by the Health School of the Navy of Brazil. Master in Psychiatry and Mental Health by EEAN/UFRJ. Nurse of the Centro de Atenção Diária. COREN-RJ: 178971. Email: bgmatos2005@yahoo.com.br.

⁴Nurse Graduated by Federal University of the State of Rio de Janeiro. Specialist in Psychiatric Nursing by the Health School of the Navy of Brazil. COREN-RJ: 225906. Email: bellatavares@yahoo.com.br

The illness caused periods of successive hospitalizations and according to data collected from records; such hospitalizations had been marked by deliriums, hallucinations, difficulty of expressing his emotions or feelings and social retraction.

The R.B.C parents also were schizophrenic themselves, as well as two out of the other seven brothers. In a report found in old records, the house of R.B.C parents “was disorganized, a mess, and the people argued constantly, with exception of the father, a calm person”. The family house was owned by the family with two bedrooms, a living room, kitchen, bathroom and a patio, on a land bought by his father. The family income was composed at that time by the proceeds from the father, who was in the military, and two other sons, one of which received less than a salary.

Due to his father’s mental illness, it was necessary to appoint one of the daughters as his legal representative (curator), in order to receive and administer the proceeds relating to the reform established by the Brazilian Navy. On that occasion, there have been reports in the record claiming the lack of adherence of medicine by R.B.C, which sometimes wouldn’t take the medicine in order to provide them to his parents or his sick sisters. Parallel to this, another aggravating factor was the fact that the prescription be in possession of the mentioned curator, which according to the patient, had bought only part of prescribed medicines, arguing that the “medication would expire.”

In 2002, he began a therapeutic accompaniment at Centro de Atenção Diária (CAD) of UISM, which works as partial hospitalization scheme and aims to offer interdisciplinary care through therapeutic workshops, facilitate the process of social reintegration of users by the access to leisure and work, encourage the exercise of civil rights and strengthen family and community ties.

However, social issues were interfering with treatment adherence, namely: the lack of financial resource to bear the burden of collective transport and perform ongoing monitoring, as well as the irregular use of medication by the same factor above related.

In 2010, the patient’s father died, leaving military pension for some children, including the patient on screen. Continuous act, another sister of the patient was named as his legal representative, now of the interdicted brothers. Since 2010, while new psychiatric hospitalization, the patient has been maintaining frequent monitoring at CAD and began to introduce significant therapeutic gains.

Among these gains, it could be identified the reduction of deliriums and hallucinations, directly related to the medication, occurred either by the right choice of antipsychotics and the guarantee of its ingestion, therefore patients who attend CAD receive attended medication, therefore, supervised by the nursing team. This procedure is part of a continuum of the care that establishes the routine for the user, so that gradually he can assume a more active position regarding the taking of medication.

However, the most significant gains had established from the therapeutical intervention performed by the CAD team of bringing the patient to live next to UISM. Outside the sick familiar core, the patient had started to live alone and with supervision of the team. Moreover, the therapeutical monitoring performed in the workshops and the support of the multi-professional team provided the rescue of important aspects of R.B.C autonomy.

METHODOLOGY

This is about a qualitative research, where the main approach was shaped under the form of a case study, in view of that it is the type of research that offers the option to choose an only case as subject and then congregate information detailed in the direction to apprehend the totality of a situation.

Therefore, the research subject is a patient with schizophrenia, male, 46 years old, in treatment at one of the research scenarios, namely: Centro de Atenção Diária (CAD) of UISM.

CAD destines to the attendance of the carriers of serious psychic disorders, especially schizophrenia and other psychoses that do not have indication of hospitalization at full time, but present significant social-affective damages in result of the psychiatric illness.

The objectives of CAD are: to offer attendance to the population of users of the Navy Service of Health in a daily basis; to manage the therapeutical projects, offering efficient and personalized medical care; and to promote the social insertion of the users through inter-sectional actions that involve education, work, sports, culture and leisure, organizing joint strategies of confrontation of problems arising from the psychiatric illness.

The activities are developed by the multidisciplinary team and carried out preferably in group, as therapeutical workshops, since the social isolation is a dominant tonic in the course of the illness. These workshops possess a transforming character and they mimic social-familiar activities that are compromised to the occurrence of the mental disease.

To complement the data and reconstruct the history of life of the relevant individual, domiciliary visits in the current patient residence were also made and where he lived with his parents and siblings.

Before the accomplishment of the research, the Term of Free and Enlightened Consent (TCLE) was signed by the individual’s legal representative chosen for the study, when the research objectives had been displayed and requested the authorization for the releasing of the results, in addition to the guarantee of the commitment in the maintenance of the secrecy.

The instrument used in the collection of data was a half-organized questionnaire of interview, composed of five questions, which objectified to raise information concerning the description of the relevant patient mental health. A documentary research was carried out, in which the records of the individual since his first attendance in the Military Psychiatric Hospital, fact occurred between 1994 and 2012.

DISCUSSION

This study approaches a case of schizophrenia, marked by a family disorganization, being that part of it is related to the fact the family being composed of five members carrying psychic disorders. Studies point to a hereditary character of the pathology:

The schizophrenia is a biological illness, which involves cerebral alterations, in the cellular and chemical level, affecting different psychic functions. The schizophrenia is not attributed purely to psychological causes, as resulted from traumas or stress. The cause of the pathology is multifactorial, covering genetic and environmental factors. Diverse genes are involved in the illness, becoming the hereditary succession an important factor, as it is observed in practice, the existence of more than a schizophrenic in the same family.¹

Important European psychiatrists had believed in the late XIX Century that the schizophrenia presents a hereditary character. Some works had been performed confirming a higher aggregation familiar to the schizophrenia. From an extensive revision on the subject, Irving Gottesmann selected the 40 best studies in families, performed between 1920 and 1987, and he calculated the average risk to develop schizophrenia in relatives of patients with this illness, as illustrated in the Table 1:²

Table 1: Risks for the schizophrenia development in the course schizophrenic patient parents' life (changed from Gottesman, 1991)

Parental Degree	Risk to schizophrenia (%)
First Degree	
Parents	6
Children (non-affected parentes)	13
Children (squizophrenic parentes)	46
Siblings	9
Siblings (w/ one affected parente)	17
Second Degree	
Half-Brother	6
Grandchildren	5
Nephews	4
Uncles	2
Third Degree	
Cousins	2
General Population	1

*Source: Vallada Filho (2000).

A family with many schizophrenic components suffers with its interpersonal relations. The R.B.C time life was influenced by the lack of a family structure: "My parents did not give much attention because they also had illness". When questioned on how he felt inside that family, he told: "I felt a little emptiness, without the love that I saw in other families, this left me very sensible".

The experiences of R.B.C hospitalization did not produce significant improvement in his positive and negative symptoms, otherwise, he lived deeply a vicious cycle without therapeutical gains in the time interval between one hospitalization and another one. International studies show that regressions are more frequent when the family environment is stressing.³

For these patients, who do not possess adequate family support, it is basic a process of psychosocial rehabilitation that includes an individualized therapeutical planning. Such planning must take in consideration the level of dependence and social necessities affected in the individual, prioritizing questions as leisure, work, income and affective relations, essential aspects for a satisfactory quality of life.

In this context, the objective of the article is to argue questions related to retaken of the citizenship of R.B.C. A definition on psychosocial rehabilitation of the International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (1985) is transcribed by Pitta (1996)⁴:

*[...] would be the process to facilitate the individual with limitations, the restoration, in a better possible level of autonomy of the exercise of its functions in the community [...] The process would emphasize the healthiest parts and the totality of potentials of the individual, by means of a comprehensive approach and a vocational, residential, social, recreational and educational support, adjusted to the singular demands of each individual and in a personalized way.*⁴

Such facilitating process brings individual strategies of confrontation that depend on the fragility area of the individual. They can be related, for example, with the care of the hygiene, the adequate handling of the money, the use of transportation and locomotion in the cities, general activities of daily routines, adequate handling of possible stressing situations, isolation and incapacity to manage free time, among others.⁵ Its needs are related to its insertion in the society, in order to guarantee the retaken of its social roles.

Thus, to rescue the citizenship rights becomes priority axis,

allowing to the other the power of negotiation in diverse areas of life: affective, social and of work is to open the possibility to recover the right of its citizenship, so that this individual is respected in its difference.⁶

For Amarante (1996)⁷ a new context of citizenship is to give the actual right to care. Not being excluded, assaulted, and discriminated, but to receive aid to its suffering, its positivity and possibility of being an individual. Ultimately, it is to work effectively so that he is an individual of desires and projects.

In this sense, CAD, in which R.B.C is inserted, is in accordance with the praised by the psychiatric reform and with the process of psychosocial rehabilitation. The practices performed in this space are organized by means of therapeutical workshops, which have as objective the reorganization of the individual through activities of practical and daily life, retaken and valuation of the citizenship and reproduction of the compromised social-family activities.

R.B.C. presented demands related to the handling of the money and credit card, correct use of medication, retaken of its provider role and too many social roles that had accomplished from the exercise of the contractual power. In the social universe the "relations of exchanges are performed from a value previously attributed to each individual inside the social field, as pre-condition for any process of interchange. This estimate value is what would give him his contractual power".⁸

Another important aspect to be argued is related to the autonomy. It is necessary to understand that full autonomy becomes into a myth, and one of the main factors of exclusion of patients to integrate rehabilitation projects, leaving a significant number of these without due assistance. The desired autonomy must be that possible one for each individual.⁶

When questioned if he would have autonomy to make his activities alone, R.C.B considered yes: "Today I do shopping, wash dishes, make food... I did not do anything like this before".

Autonomy instrumentalizes the individual to generate standards and orders for its life, as its capacity of facing situations. Not to be confused with self-sufficiency or independence, therefore, certain degree of dependence is inherent to the human being, the problem is the dependence as restricted form.⁷ Based on this principle, the search for the autonomy reflects much more a question of conquest than a model to be reached. And for each individual has a different value, manifested in its progress, either in the way to manage its finances, in the care with its hygiene, or in the way he relates with others.

Saraceno (2001)⁶ points three axes as locus of construction to increase the contractual capacity of individuals: the living, the social network and work, scenarios as places of exchange, spaces of relationship and negotiations.

The axis of social network is represented by bonds the individual will have the possibility to establish coexisting with new social actors in its incursions in the territory. The axis of work gains a different connotation, for example, by lived inside a mental hospital where this is seen as a therapy itself. In the context of deinstitutionalization, the labor validates the individual as a subject of rights and allows the recognition of his desires.

In the axis of social network it can be affirmed that the patient has reached the proposal of the psychosocial rehabilitation and rescue of a possible autonomy. The axis of the work becomes the next step to be implemented, configuring itself as a challenge.

R.C.B expressed the desire to retake its occupational activities “I want to come back `to work’. My last attempt was in a snack bar. But they called another person”. “It can be anything to occupy the time, when I’m alone at home doing nothing”.

CONCLUSION

The therapeutical plan established by the CAD team for R.B.C., trailed by his reinsertion in a space of exchange in the society and his recognition as an individual of rights and duties. However, so desired psychosocial rehabilitation is part of a process and as such is not locked up in conquests achieved by the individual. It is necessary to advance onto new challenges that in the case in question are centered in the work axis.

The conviviality in a sick family core made it difficult the therapeutical advance and caused successive hospitalizations without improvement of alterations, followed by a multidisciplinary team engaged with the psychosocial rehabilitation of its patients.

R.B.C. reached satisfactory levels of autonomy, re-socialization and integration with the medium. Nowadays, he lives alone, attends CAD, executes daily activities without damage of the results, not expresses more psychotic symptoms, makes correct use of medication and makes plans for the future, longing for working and to continue its life.

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

1. Bezerra AB, Palmeira GTM. Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2013.
2. Vallada Filho HP, Samaia H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(Supl 1):2-4.
3. Shirakawa I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(Supl 1):56-8.
4. Pitta A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 19-21.
5. Blanco A, Pastor A. Las Personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. In: Rodrigues A. Rehabilitación Psicosocial de personas con transtornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Pirámide; 1997.
6. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.
7. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
8. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-9.

How to you cite this article: Orichio APC, Mendonça VF, Matos BG, Maciel IGA. Strategies for psychosocial rehabilitation: a case study. Arq Bras Med Naval. 2014 jan/dez;75(1): 71-74