UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELIANE HETZEL FREGONEZI

**Adquirindo uma nova cidadania: estudo do preparo do
doente mental para viver na comunidade**

Ribeirão Preto

2010

ELIANE HETZEL FREGONEZI

**Adquirindo uma nova cidadania: estudo do preparo do
doente mental para viver na comunidade**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: O doente, a doença e a prática em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Morais Scatena

Ribeirão Preto/ SP

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Fregonezi, Eliane Hetzel

Adquirindo uma nova cidadania: estudo do preparo do doente
mental para viver na comunidade/Eliane Hetzel Fregonezi;
orientadora: Maria Cecília Morais Scatena. -Ribeirão Preto, SP,
2010.

121 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Psiquiátrica em Enfermagem Psiquiátrica. Área de
Concentração: Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. reinserção social. 2. assistência ao doente mental.
3. equipe.

FOLHA DE APROVAÇÃO

FREGONEZI, Eliane Hetzel

Adquirindo uma nova cidadania: estudo do preparo do doente mental para viver na comunidade

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Linha de Pesquisa: O doente, a doença e a prática em saúde.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr.	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____
Prof.Dr.	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____
Prof.Dr.	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____
Prof.Dr.	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____
Prof.Dr.	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu esposo, Carlos César, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração desta pesquisa.

E, aos meus dois filhos, Beatriz e Carlos Henrique, que foram concebidos durante a trajetória desse estudo, e que fortaleceram ainda mais o meu desejo de crescer e alcançar os objetivos propostos.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Com todo o meu bem-querer e de uma forma muito especial agradeço:

- Aos meus pais – **Valter e Maria Luzia**, pelo estímulo e apoio para que este estudo se realizasse.
- À **Profa. Dra. Maria Cecília Moraes Scatena** por sua amizade, experiência, conhecimento e ajuda na construção desta pesquisa. Sou feliz por todos os momentos que estivemos juntas, compartilhando idéias, sentimentos, e, principalmente: nossos sonhos. Sempre lhe guardarei no coração!
- À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP**, pela oportunidade e delicadeza de seus funcionários.
- Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e de Ciências Humanas da EERP/USP** pelo acolhimento, incentivo e grandioso trabalho.
- À **Diretoria do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto**, por permitir que esse trabalho fosse realizado no setor Vila Terapêutica.
- Aos **moradores e equipe profissional do setor Vila Terapêutica do Hospital Santa Tereza**, pela gentileza com a qual me receberam e participaram da pesquisa. Muito obrigada!

APRESENTAÇÃO

O interesse em buscar melhor compreensão sobre a forma como os pacientes institucionalizados têm sido preparados para saírem do hospital (onde é seu local de moradia) a fim de morarem nas residências terapêuticas, surgiu a partir da minha graduação em enfermagem durante os estágios realizados nas disciplinas específicas de saúde mental do curso universitário e da vivência hospitalar, onde através de concurso público, iniciei minhas atividades profissionais como enfermeira psiquiátrica em 1998, até a presente data.

A instituição onde exerço minhas atividades profissionais, o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, presta atendimento a pessoas portadoras de transtornos mentais. Foi fundado em 1944, está ligado à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e conveniado ao Sistema Único de Saúde.

Durante esse tempo de trabalho, tenho tido oportunidade de estabelecer maior contato com os pacientes institucionalizados, que são assim denominados, pois ao longo dos anos de tratamento, acabaram ficando como moradores do hospital por não terem suas famílias localizadas ou por estas não terem condições de acolhê-los. Neste sentido, eu sempre me questiono como os moradores se sentem e/ou percebem o trabalho que os profissionais realizam com eles.

Com base nessas inquietações, resolvi buscar respostas para meus questionamentos e aprimoramento profissional. Em 2003 fui aprovada e dei início ao curso de especialização em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, e pude me aprofundar um pouco nas questões pertinentes ao relacionamento interpessoal, que é a base da comunicação em enfermagem.

Enquanto enfermeira atuante na área da saúde mental, e sempre acreditando que para um bom desempenho dos profissionais, estes devem adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre a reabilitação psicossocial, foi que nos anos de 2005 a 2007, inserida no mestrado, realizei uma pesquisa sobre as atividades do profissional-referência no âmbito da assistência ao doente mental, a fim de englobá-lo no processo terapêutico do paciente. Foi uma experiência rica em termos de pesquisa e aprendizado.

Os resultados mostraram que o trabalho do profissional-referência não estava acontecendo na prática do serviço, que as necessidades dos pacientes não estavam sendo trabalhadas e que o processo de trabalho necessitava de revisão para melhoria da qualidade da assistência oferecida.

Por conta disso, em 2008, ainda preocupada em adquirir conhecimentos e melhorar a qualidade da assistência oferecida, ingressei no doutorado, com a perspectiva de conhecer como os pacientes institucionalizados têm sido preparados para receber alta a fim de morarem nas residências terapêuticas (casas na cidade).

É compreensível a necessidade de inclusão social e saída dos portadores de doença mental dos hospitais psiquiátricos, porém, por se tratar de pessoas não só portadoras de doença mental, mas algumas delas também idosas, acabou despertando em mim a necessidade de conhecer a forma como tem sido preparada a saída dessas pessoas, uma vez que por característica, os idosos são pessoas que têm toda uma história de vida naquele espaço de moradia (o hospital) e muitas vezes, demonstram apego e dificuldade em querer sair deste local.

Neste contexto, apresento a pesquisa realizada e os resultados obtidos.

RESUMO

FREGONEZI, E. H. **Adquirindo uma nova cidadania: estudo do preparo do doente mental para viver na comunidade.** 2010. 121p. Tese [Doutorado]- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, 2010.

A assistência ao doente mental deve ser fundamentalmente humanista e o profissional de saúde deve deixar de considerar apenas a doença, passando a cuidar do doente, da pessoa que está sofrendo. Além da dimensão física, a pessoa deve ser atendida também em seu componente social, psíquico e emocional. O deslocamento do doente mental do lugar onde ele é visto como incapaz, desacreditado e excluído para o lugar de inclusão social não ocorre pela simples mudança de espaço físico. É na articulação dos detalhes do cotidiano, na maneira de agir e lidar com os objetos, espaço e tempo que se imprime a particularidade no mundo compartilhado. É esta apropriação que irá ordenar para o sujeito a realidade compartilhada, possibilitando a inclusão na sociedade. Os objetivos deste estudo foram: conhecer como tem sido realizado o preparo dos pacientes institucionalizados para saírem do hospital para morarem nas residências terapêuticas; e também, conhecer como o paciente institucionalizado percebe o seu preparo para sair do hospital a fim de viver nas residências terapêuticas. Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório, com uma proposta de trabalho teórico-metodológica para abordagem qualitativa. A obtenção dos dados foi centralizada em um setor denominado Vila Terapêutica do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. Participaram da pesquisa todos os profissionais da equipe multidisciplinar, que prestavam cuidados aos pacientes institucionalizados, no setor Vila Terapêutica, e que quiseram participar da pesquisa, sendo eles onze que aceitaram; e também, todos os moradores que estavam sob os cuidados da equipe multidisciplinar da equipe descrita, e que moravam na Vila Terapêutica e que aceitaram participar da pesquisa, sendo um total de seis. De acordo com a apresentação e discussão dos dados coletados, percebemos que embora o hospital tenha projetos e propostas de mudanças, ainda possui muitas características manicomiais. A estrutura não favorece a reinserção social. Não aparece a proposta de reinserção na fala dos profissionais, e sim, a noção de “convencer” através de visitas, os moradores a morarem em residências terapêuticas. Nota-se que quando abordado os profissionais sobre a questão de como tem sido realizado o preparo dos moradores da Vila Terapêutica para saírem do hospital para morarem nas residências, ficou muito ressaltado que realizavam visitas às moradias na cidade, porém, não deram ênfase a outros espaços sociais. É importante oportunizar mais espaços de socialização, de recuperação de potencialidades, de inclusão, (muitas vezes desprezadas), reabrindo a comunicação do morador na família e no seu ambiente social, trazendo a ele possivelmente um sentido mais significativo de existência.

Palavras-chave: reinserção social; assistência ao doente mental; equipe.

RESUMEN

FREGONEZI, E. H. **Adquiriendo una nueva ciudadanía: estudio del preparo del enfermo mental para vivir en comunidad.** 2010. 121p. Tesis [Doctorado]-Escuela de Enfermaje de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, 2010.

La asistencia al enfermo mental debe ser fundamentalmente humanista y el profesional de salud debe dejar de considerar a penas la enfermedad, pasando a cuidar del enfermo, de la persona que está sufriendo. Allá de la dimensión física, la persona debe ser atendida también en su componente social, psíquico y emocional. El dislocamiento del enfermo mental del lugar donde él es visto como incapaz, desacreditado y excluido para el lugar de inclusión social no ocurre por el simple cambio de espacio físico. Es en la articulación de los detalles del cotidiano, en la manera de actuar y tratar con los objetos, espacio y tiempo que se imprime a la particularidad en el mundo compartido. Es esta apropiación que irá ordenar para el sujeto la realidad compartida, posibilitando la inclusión en la sociedad. Los objetivos de este estudio fueron: conocer como ha sido realizado el preparo de los pacientes institucionalizados para salir del hospital e ir a vivir en las residencias terapéuticas; y también, conocer cómo el paciente institucionalizado percibe su preparo para salir del hospital e ir a vivir en las residencias terapéuticas. Se ha tratado de un estudio descriptivo exploratorio, con una propuesta de trabajo teórico metodológico para abordaje cualitativo. La adquisición de los datos fue centralizada en un sector denominado Vila Terapéutica del Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. Participaron de la pesquisa todos los profesionales del equipo multidisciplinar, que prestaban cuidados a los pacientes institucionalizados, en el sector Vila Terapéutica, y que quisieron participar de la pesquisa, siendo ellos once que aceptaron; y también todos los habitantes que estaban bajo los cuidados del equipo multidisciplinar del equipo descrito y que vivían en la Vila Terapéutica y que aceptaron participar de la pesquisa, siendo un total de seis. De acuerdo con la presentación y discusión de los datos colectados, percibimos que aunque el hospital tenga proyectos y propuestas de cambio, todavía posee muchas características manicomiales. La estructura no favorece la reinserción social. No parece la propuesta de reinserción en la habla de los profesionales, y sí, la noción de “convencer” a través de visitas, los habitantes a ir a vivir en residencias terapéuticas. Es notable que cuando abordado los profesionales sobre la cuestión de como ha sido realizado el preparo de los habitantes de la Vila Terapéutica para salir del hospital e ir a vivir en las residencias, se quedó muy evidente que realizaban visitas a las habitaciones en la ciudad, pero, no hubo énfasis a otros espacios sociales. Es importante oportunizar más espacios de socialización, de recuperación de potencialidades, de inclusión, (muchas veces despresadas), reabriendo la comunicación del habitante en la familia y en su ambiente social, trayendo a él posiblemente un sentido más significativo de existencia.

Palabras llave: reinserción social; asistencia al enfermo mental; equipo.

ABSTRACT

FREGONEZI, E. H. **Acquiring a new citizenship: a study of the preparation of the mentally ill to live in the community.** 2010.121p. Thesis [Doctorate]-Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto/SP, 2010.

Assistance to the mentally ill should be fundamentally humanist and the health professional must cease to consider only the disease but take care of the sick, of the person who is suffering. Besides the physical dimension, the person must be addressed also in its social component, psychological and emotional. The transfer of the mentally ill where he is seen as incapable, discredited and excluded, to the place of social inclusion does not occur by mere change of physical space. It is the articulation of the details of daily life in the way of acting and dealing with objects, space and time that stamps the particularity in the shared world. It is this ownership that will sort to the subject the shared reality, enabling the inclusion in society. The objectives of this study were: to understand how the preparation of the institution's inpatients has been made to leave the hospital and go live in therapeutic homes; and also understand how the institution's inpatient perceives his preparation to leave the hospital and go live in therapeutic homes. This was a descriptive-exploratory study with a theoretical-methodological work for qualitative approach. The data obtained was centralized in a sector known as "Santa Tereza Hospital's Therapeutic Village" of Ribeirão Preto. Participated in the research all professionals of the multidisciplinary team that provided care for the hospital's inpatients at the Therapeutic Village, and who also wanted to participate, of which eleven agreed; also, all residents who were under the care of the described multidisciplinary team, and who lived in the Therapeutic Village that agreed to participate in the research, being a total of six. According to the presentation and discussion of the data collected, it was realized that although the hospital has projects and proposals for changes, it still has many characteristics of a mental institution. The structure doesn't favor social reintegration. On the professionals' dialogue the proposal for reintegration doesn't appear, but the notion of "convincing" through visits, the villagers to go live in therapeutic homes. It is noticed that, when the professionals are approached on the question of how the preparation of the residents of the Therapeutic Village is performed to leave the hospital and go to live in the homes, it stood out that the visits were carried out at homes in the city, but no emphasis was given on other social locations. It is important to give the opportunity to expand socialization locations, recovery potentialities, inclusion, (often neglected), reopening the communication of the resident in the family and in his social environment, possibly bringing to him a more meaningful sense of living.

Keywords: social rehabilitation, assistance to the mentally ill; team.

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO.....	15
A. Sobre o Hospital Psiquiátrico.....	17
B. Assistência em Saúde Mental.....	19
C. Reforma Psiquiátrica.....	29
D. Assistência Humanizada.....	37
E. Reabilitação Psicossocial com enfoque no SUS.....	43
F. Família e Doente mental.....	46
G. Reinserção Social.....	47
II OBJETIVOS.....	51
III TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	52
A. Tipo de estudo.....	52
B. Contexto da Pesquisa.....	54
C. Participantes da Pesquisa.....	59
D. Instrumento de Coleta de Dados.....	62
E. Procedimentos Éticos.....	63
F. Procedimentos de Análise dos Dados.....	64
IV APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.	67
V CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICES.....	116
ANEXOS.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela – Profissionais do Setor Vila Terapêutica.....	67
Tabela – Tempo de Trabalho em Saúde Mental.....	67
Tabela – Tempo de Trabalho no Setor Vila Terapêutica.....	68

I INTRODUÇÃO

A doença mental é de difícil definição, porque abrange um leque alargado de perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual do indivíduo, mais por inadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das suas capacidades anteriores à doença. As doenças mentais manifestam-se em determinado momento, ao longo da vida, antes do qual a pessoa não manifestava alterações ou perda de capacidades.

Lara (1990) refere que a doença mental é a patologia da liberdade, a perda da liberdade interior. Infelizmente, constatamos com grande frequência que a doença mental também é acompanhada da perda da liberdade exterior, do direito de ir e vir, ter opinião, ser ouvido, ser tratado com respeito e dignidade. É importante que se encontre o justo equilíbrio entre o dever de tratar os pacientes com transtornos mentais e o direito desses pacientes à liberdade.

Acreditamos que tal necessidade se torna aguda nos casos daquelas internações psiquiátricas de pacientes que se tornaram moradores das instituições psiquiátricas e que podem ser trabalhados no sentido de retomarem suas vidas na comunidade.

Neste caso, é preciso ter clareza que o doente é um cidadão; que o tratamento psiquiátrico visa contribuir para o crescimento emocional, a superação das dificuldades no relacionamento interpessoal, a ampliação da liberdade interior e da compreensão do ser no mundo.

A instituição psiquiátrica não pode ser utilizada para cercear a liberdade, restringir direitos, oprimir cidadãos. O respeito aos direitos fundamentais

da cidadania, são diretrizes que devem nortear o trabalho da equipe de saúde. Assim sendo, a psiquiatria entra em harmonia com a ética e o humanismo.

Assim, percebemos que uma profunda insatisfação com o modelo de atenção à saúde mental vigente em nosso país, centrado na predominância do hospital e considerado segregador, cronificador e estigmatizante, deu origem a movimentos de contestação que partem da crítica às concepções arcaicas sobre doença mental e propõem uma ampla reformulação do modo de lidar com os transtornos psiquiátricos.

O reconhecimento da falência ética e científica do modelo hospitalocêntrico fez com que se tornasse imperativa a Reforma Psiquiátrica, que, para Bezerra Júnior (1992), *"trata-se não apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomiais ainda hegemônicos no cenário psiquiátrico, mas, sobretudo construir uma nova maneira da sociedade lidar com a loucura"*.

Nessa perspectiva, é inaceitável a utilização da instituição psiquiátrica como instrumento de segregação e controle social. Tal enfoque encontra-se em consonância com iniciativas internacionais voltadas para o respeito aos direitos e à cidadania dos doentes mentais. Assim, em 17/12/91, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou os *"Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental"*, cujo texto foi adotado pelo Conselho Federal de Medicina (1994) como o guia a ser seguido pelos médicos do Brasil.

Este documento ressalta o direito das pessoas com transtorno mental serem tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana,

e afirma que o tratamento de cada paciente deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal. Ademais, contém o citado documento outras formulações da maior importância no campo da ética e do direito, firmando diretrizes a serem adotadas nos diversos países.

Essas medidas pontuadas se contrapõem às condutas ultrapassadas, onde durante muitos anos, a humanidade conviveu com a loucura, explicando-a, aceitando-a sem, no entanto, inseri-la especificamente, em alguma de suas práticas de cuidados especializados e intervenção humanizada.

Sendo assim, para pontuar a humanização da assistência, é necessário pensarmos sobre o histórico do hospital psiquiátrico, sobre a reforma psiquiátrica e os novos modelos de atenção em saúde mental.

• **SOBRE O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Os hospitais psiquiátricos no Brasil surgiram no final do século XIX, profundamente influenciados pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral. O primeiro foi o Asilo Pedro II, no Rio de Janeiro fundado em 1853. O Hospício São Pedro de Porto Alegre, hoje Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), foi inaugurado em 1884. As atividades de ensino neste Hospital tiveram início em 1908.

Desde então, o portador de doença mental dentro do hospital, se constituiu em uma população específica, com perda da sua autonomia e vulneráveis não só em decorrência da própria doença que os afetava, mas também pela situação de abandono que muitas vezes se encontravam.

Em vista dos resultados insatisfatórios obtidos por este modelo assistencial, e tendo como pano de fundo as mudanças culturais ocorridas ao redor do mundo na segunda metade do século XX, foram desencadeados movimentos de reforma da assistência psiquiátrica em diversas partes.

Na década de 50, no Brasil, a assistência psiquiátrica era exercida exclusivamente no manicômio, reforçado pelo uso do eletrochoque, e dos psicofármacos. A partir dos anos 50 e 60, influenciadas principalmente pelos movimentos da comunidade terapêutica e pelo preventivismo norte-americano, esboçaram-se algumas experiências importantes em estados como São Paulo e Rio Grande do Sul. Porém não se constituíram como movimento articulado com a sociedade.

Em relatório de 1971, um grupo técnico do Ministério da Saúde resumiu que a situação da assistência psiquiátrica no Brasil, caracterizava-se pelas distorções no uso de leitos, principalmente com altas taxas de readmissão e tempo elevado de permanência; inexistência de ambulatórios; crescimento das internações não correspondia ao índice de crescimento das psicoses; excessivo aumento das internações com diagnóstico de neurose (BRASIL, 1994).

Portanto, a partir dos anos 60, podemos caracterizar a assistência psiquiátrica brasileira como sendo predominantemente hospitalocêntrica. Essa assistência era baseada na exclusão do doente do mundo exterior, e usava como meio, os hospícios.

Nos anos 70 e 80, o modelo de intervenção medicalizador, o sistema manicomial com função excludente do homem enquanto ser social, o elevado índice de internações psiquiátricas, as denúncias de maus tratos e as mortes, foram as principais denúncias que se destacaram durante esse percurso. Surgem a partir

disso, alternativas extra-hospitalares como a criação de Hospitais Dia, Hospitais Noite, Centros de Atenção Psicossociais, e outros.

Essas alternativas extra-hospitalares de assistência englobam diversas modalidades de atendimento, mais voltadas à comunidade e às necessidades do cidadão portador de sofrimento psíquico, num tratamento mais humanizado, mais socializante, mais solidário e mais eficaz.

• **ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**

A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica / saúde da família, substituam o modelo tradicional medicalizante. Por isso, é necessária a articulação da rede de cuidados visando a integralidade do indivíduo.

A atenção básica / Saúde da Família é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. Nela, busca-se resgatar a singularidade de cada usuário, o comprometimento com o tratamento.

O trabalho da atenção básica é investir nas potencialidades do ser humano; auxiliar na formação de laços sociais e apostar na força do território como alternativa para a reabilitação social. Dessa forma, há uma convergência de princípios entre a saúde mental e a atenção básica (BRASIL, 2003).

Na articulação entre a saúde mental e a atenção básica, é importante que o profissional da saúde mental participe de reuniões de planejamento das

equipes de Saúde da Família (ESF), realize ações de supervisão, discussão de casos, atendimentos, além de participar das iniciativas de capacitação. Tanto o profissional de saúde mental, quanto a equipe devem se responsabilizar pelos casos, promover discussões conjuntas e intervenções junto às famílias e comunidades (BRASIL, 2003).

A mudança do modelo de atenção à saúde mental dentro do SUS é direcionada para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território. Trata-se de uma mudança na concepção e na forma de como se deve realizar-se o cuidado: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a retomada de sua história de vida e de seu processo de adoecimento. Aliado a isto adota-se a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos. Os saberes e práticas, não somente técnicos, devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, onde os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos (BRASIL, 2003).

Assim, percebemos que Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta

para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta política.

Neste contexto, o Hospital-dia apresenta-se como uma modalidade assistencial, cuja função é proporcionar tratamento intensivo, preservando os vínculos familiares e sociais, à medida que o paciente não é afastado do convívio diário com a família e com a sociedade. A frequência do paciente ao Hospital-Dia é, inicialmente diária, mas este contrato poderá ser revisto e modificado à medida que se fizer necessário.

É evidente que o processo requer discussões no contexto do qual o indivíduo faz parte, visando suas relações familiares, de trabalho e também assistenciais, de forma a melhor inseri-lo em seu meio, prestando-lhe assistência devida, oportunizando mais espaços de socialização, de recuperação de suas potencialidades (muitas vezes desprezadas), reabrindo sua comunicação na família e no seu ambiente social, proporcionando a ele possivelmente um sentido mais significativo de existência.

Os CAPS - Centros de Atenção Psicossociais, instituídos juntamente com os NAPS - Núcleos de Assistência Psicossocial, através da Portaria / SNAS nº 224 - 29/01/1992 são unidades de saúde, locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental.

De acordo com a portaria citada de 1992, as três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental,

distinguindo-se pelas características específicas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Ficou então definido que os CAPS devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território; somente os serviços de natureza jurídica pública podem executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só podem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Os CAPS podem localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

CAPS I tem como característica ser um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; deve possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de

saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental; funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) recebem uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) recebem duas refeições diárias.

CAPS II é o serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; deve possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos

pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental; funcionar de 8h. às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) recebem uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) recebem duas refeições diárias.

A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) recebem uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) recebem duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas recebem 04 (quatro) refeições diárias; a permanência de um mesmo paciente no acolhimento

noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental; funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por

profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) recebem uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

CAPS ad II é o serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local; sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental; funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02

(dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas; manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) recebem uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) recebem duas refeições diárias; atendimento de desintoxicação.

Dessa forma, observamos que os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, e a atenção dos CAPS deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social. Devem ainda trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço ((OMS / OPAS, 2003).

Segundo o relatório acima, apesar de estratégico, os CAPS não são os únicos tipos de serviços de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a

atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS, segundo a lógica de organização proposta pelo Ministério da Saúde, e podem começar a estruturar sua rede de cuidados a partir a atenção básica. As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2003).

Além dos modelos de atendimentos citados, pontuamos também os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que são casas localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia de portadores de transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Em geral, os moradores não possuem vínculos familiares (BRASIL, 2008).

Estas residências não são serviços de saúde, mas espaços de habitação, que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno à vida social. As residências são espaços de reconstrução de laços sociais e afetivos para aqueles cujas vidas encontravam-se confinadas ao universo hospitalar.

Este é um dos principais equipamentos para a efetivação de processos de desinstitucionalização - processo de reinserção social - de pessoas com um histórico de longa internação em hospital psiquiátrico. Os moradores das residências terapêuticas são acompanhados na rede extra-hospitalar (CAPS, ambulatórios, atenção básica, entre outros).

O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de oito pessoas, que deverá contar sempre com suporte dos Centros de Atenção Psicossocial. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. A inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador (BRASIL, 2008).

Amarante (1995) pontua que esses novos modelos de atendimento ao portador de doença mental estão inseridos na reforma psiquiátrica, ou seja, é o processo histórico de reformulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

• REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para pontuar aspectos da reforma psiquiátrica, é importante recordar que o Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social; os demais eram atendidos apenas em serviços filantrópicos. Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil (BERTONE, 2002).

Segundo Bertone (2002) antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, isto é, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento.

Neste contexto, o movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 70 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em meados da década de 70 ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. Em 1979 o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política, e de fato a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis ao mesmo; ao longo da década de 80 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças

com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS (BERTONE, 2002).

Assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS por vários motivos. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira conferência a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária.

Essa conferência resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988. A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado".

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, isto é, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689 (BRASIL, 2003).

O Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de

1988. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais, mas não ficou claro qual seria a classificação do princípio da participação popular.

Segundo o princípio da universalidade, a saúde é um direito de todos, como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei.

O princípio da integralidade especifica que a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

O princípio da equidade prevê que todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em igualdade, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela equidade do SUS (BRASIL, 2008).

Participação da comunidade : controle social, como também é chamado esse princípio. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto.

Descentralização político-administrativa : o SUS existe em três níveis, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; as transferências passaram a ser "fundo-a-fundo", ou seja, baseadas em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos.

Nos princípios da hierarquização e regionalização, os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a eficiência e eficácia dos mesmos. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla (BRASIL, 2003).

A Lei Orgânica da Saúde estabelece ainda os seguintes princípios: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2003).

Dessa forma, a criação do SUS, em sintonia com a constituição de 1988, preconizou a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. O Sistema Único de Saúde contemplou em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais (VASCONCELOS, 2002).

Assim como o SUS, a reforma psiquiátrica no Brasil consistiu em um processo que incluiu movimentos sociais e políticos, que desconstruíram tanto os conceitos de saúde em geral, como os de práticas em psiquiatria, propondo, nesse sentido, a extinção progressiva da prática do modelo psiquiátrico clássico e sua substituição por outras modalidades assistenciais.

Diante dos princípios pontuados do Sistema único de Saúde, observamos que durante esse tempo em que têm sido implementados novos modelos de atenção ao doente mental, o que tem caracterizado as instituições manicomiais é a tendência ao fechamento. Segundo Goffman (2003) o fechamento dessas instituições é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico, por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado. Esses estabelecimentos recebem o nome de instituições totais. Dentre estas instituições, estão os hospitais psiquiátricos.

Rotelli & Amarante (1992) analisando este movimento colocam em evidência que a verdadeira desinstitucionalização em psiquiatria, tornou-se na Itália um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que transforma as relações de poder existente entre os pacientes e as instituições, produzindo estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico, que nascem da desmontagem e conversão dos recursos materiais e humanos que ali estavam.

Ao longo do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, há a importante contribuição do Deputado Paulo Delgado, que em 1989, apresentou o Projeto de Lei 3657/89 ao Congresso Nacional, propondo a *“extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”* e a *“regulamentação da internação compulsória”*. Em 1991, o projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados. Nesta colocação, para o deputado Paulo Delgado *“defender os princípios do SUS é defender a reforma psiquiátrica na sua melhor tradução”*.

Depois de 12 anos tramitando no Congresso, foi aprovado por unanimidade no dia 12 de março de 2001, na Câmara de Deputados, o substitutivo do Projeto de lei (PL 3657/89) do deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção dos manicômios, a implantação de serviços alternativos e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Esta aprovação constituiu um avanço histórico, culminado pelo empenho de uma série de segmentos sociais engajados no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Sabemos também que a Organização Mundial da Saúde recomenda investir menos recursos aos hospitais psiquiátricos, voltando-se às estruturas comunitárias mais elásticas e contextualizadas, possibilitando-se intervir de maneira mais individual e humana (EVARISTO, 1998).

Rocha (1994) afirma que o movimento de reforma da assistência psiquiátrica percebe o doente mental como um cidadão e tem um caráter ético-político, sendo caracterizado por uma luta pela emancipação do indivíduo com transtornos mentais. Segundo esse autor, para que essa emancipação ocorra, deve predominar a noção do trabalho em equipe multiprofissional, englobando a prática assistencial do enfermeiro que, abandonando seu papel vigilante e disciplinador, vem adotar o papel de agente terapêutico.

Portanto, cabe-nos crer cada vez mais na possibilidade de se construir uma nova ética no estabelecimento de relações indivíduo-sociedade, onde se insere a relação saúde-doença possibilitando que as relações terapêuticas sejam estabelecidas entre cidadãos.

Apesar disso, inúmeros desafios se apresentam no cenário da reforma e afetam sua sustentabilidade. O primeiro deles refere-se ao modelo de financiamento em vigor que produz sérias distorções. O custeio por procedimentos nos CAPS, por exemplo, produz a necessidade de manobras que visam atingir o teto disponível para o serviço. Produz, inclusive, em CAPS III, leitos ocupados ininterruptamente, acarretando retenção no serviço e encaminhamento para hospitais psiquiátricos. O custeio das residências terapêuticas com as autorizações de internações hospitalares também é muito limitado, restringindo as possibilidades de realização de inúmeras atividades com os moradores em função do baixo orçamento (LIBERATO, 2009).

Segundo o autor acima, ainda existem muitos leitos psiquiátricos no país, em função da dificuldade da abertura de serviços como CAPS III, bem como de inúmeros obstáculos à implantação de leitos de atenção integral em hospitais gerais e de urgência e emergência. Outro aspecto é a falta de reintegração dos pacientes

de longa permanência e um alto índice de reinternação nos hospitais (LIBERATO, 2009).

Dessa forma, é importante lembrarmos aspectos da humanização da assistência proposta pelo Sistema Único de Saúde.

- **ASSISTÊNCIA HUMANIZADA**

O princípio da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, pontua a necessidade da assistência humanizada. É a humanização vista não como programa, mas como política que atravessa diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, para estabelecer modificações nas condutas e ações para com os usuários, funcionários e quem atende a clientela do SUS (BRASIL, 2008).

O grande desafio a ser enfrentado por todos nós, na construção e efetivação do SUS como política pública, é transpor os princípios aprovados para o setor saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde.

Os princípios da Política Nacional de Humanização pontuam a Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde. Refere-se a práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento; Transversalidade: trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde; autonomia e protagonismo dos sujeitos

têm relação com a corresponsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão (BRASIL, 2008).

Visa ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados/ atenção; implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas de Humanização com plano de trabalho definido; estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias; reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente a violência intrafamiliar (criança, mulher, idoso), a violência realizada por agentes do Estado (populações pobres e marginalizadas), a violência urbana e para a questão dos preconceitos (étnico, religioso, sexual, de origem e outros) nos processos de recepção/acolhida e encaminhamentos; adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável; viabilizar participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e de tomada de decisão; implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde; promover ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no

SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS; promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho (BRASIL, 2008).

O trabalho, no que diz respeito à intervenção dos profissionais, passa a exigir conhecimento teórico-prático e interdisciplinaridade, muito mais do que uma mera soma de saberes: evoca a capacidade de uma equipe em articular as diversas práticas desenvolvidas, abrindo possibilidades para uma nova identidade profissional.

Evaristo (1998) salienta que o grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humana.

Na tentativa de caracterizar melhor as diferentes formas de aproximação e trocas entre saberes e disciplinas, alguns autores elaboraram conceitos delineando os modos de interação disciplinar, fixando-os em algum ponto entre dois pólos: por um lado, quase nenhum contato entre as disciplinas, e, no outro extremo, grande intercâmbio entre elas.

Assim, teríamos a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade que representariam, respectivamente, graus cada vez maiores de interação e troca entre universos disciplinares distintos. Essa classificação é a mais comumente utilizada, adaptada e desenvolvida por vários estudiosos do assunto (ALMEIDA FILHO, 1997)

Segundo o autor acima, multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico. As várias disciplinas são colocadas lado a lado, carecendo de iniciativas entre si e de organização institucional que estimule e garanta o trânsito entre elas. O funcionamento isolado das diferentes faculdades dentro de uma mesma universidade, o pequeno número de iniciativas conjuntas entre departamentos de uma mesma faculdade e os quase inexistentes canais de troca entre profissionais que trabalham em um ambulatório de especialidades são ilustrações da multidisciplinaridade: as diferentes áreas coexistem lado a lado, porém com baixíssima interrelação.

A pluridisciplinaridade é caracterizada pelo efetivo relacionamento de disciplinas entre si, havendo coordenação por parte de uma dentre as disciplinas ou pela direção da organização. Nesse caso, são estabelecidos objetivos comuns entre as disciplinas, que deverão estabelecer estratégias de cooperação para atingi-lo. Aqui prevalece a idéia de complementaridade sobre a noção de integração de teorias e métodos, ou seja, opera-se muito mais com a concepção de que uma área do saber deve preencher eventuais lacunas da outra. Mesas redondas constituídas de especialistas convidados a debater sobre um tema são exemplos de iniciativas pluridisciplinares. Nesses casos, a “síntese” ficará sempre a cargo dos ouvintes. Outro exemplo de interação pluridisciplinar são as reuniões tradicionais de discussão de casos feita entre membros de categorias profissionais que trabalham em determinada enfermagem de um hospital (ALMEIDA FILHO, 1997).

A interdisciplinaridade representa o grau mais avançado de relação entre disciplinas se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas. Nesse

caso, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, que passariam também a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum e esforçando-se para decodificar o seu jargão para os novos colegas. Deve-se perceber que aqui não há simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, mas uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente. Espera-se que daí surja novos conhecimentos e posturas dos pesquisadores envolvidos. Um bom exemplo de interdisciplinaridade pode ser encontrado na chamada “saúde mental”, entendida como resultado da convergência da psiquiatria, psicologia, psicanálise, sociologia e saúde coletiva e operada pelas iniciativas desenvolvidas nos serviços comunitários de atenção aos doentes mentais graves (D’AMOUR, 1997).

A perspectiva transdisciplinar seria caracterizada por um único domínio linguístico entre as disciplinas e pelo foco comum no objeto. Como resultado, teríamos um único texto ou discurso, refletindo a multidimensionalidade da realidade. Nesse caso, a cooperação e coordenação entre as disciplinas visam justamente a transcendê-las (SILVA, 1997).

Silva (1997) refere que a intervenção do profissional especializado, deve promover uma desconstrução do papel do profissional tradicional, porque privilegia a necessidade do usuário, em detrimento do conforto dos teóricos *“prestadores de assistência”*.

Estabelece-se uma nova modalidade de trabalho, que requer adaptação de conceitos e de práticas, mas que, segundo Colvero (1994), possibilita transformações no papel assistencial, sobretudo resultando em uma assistência

mais integral aos indivíduos e também em uma *“assistência direta, chamando para si a função terapêutica junto ao cliente”*.

Observamos que o momento atual do trabalho de enfermagem em saúde mental caracteriza-se pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar ensinando a contenção do comportamento dos pacientes e a incorporação de princípios novos e desconhecidos, que busca adequar-se a uma prática interdisciplinar, aberto às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações.

A assistência aos clientes deve ir além da abordagem científica. Ela deve ser fundamentalmente humanista e o profissional de saúde deve deixar de considerar apenas a doença, passando a cuidar do doente, da pessoa que está sofrendo. Além da dimensão física, a pessoa deve ser atendida também em seu componente social, psíquico e emocional.

O ato de cuidar exige dos profissionais uma postura técnico-política constante, que mobilize e envolva a comunidade. Para isso, deve haver maior responsabilização das pessoas e famílias, com a finalidade de construir com elas melhor qualidade de vida (CABRAL, 2001). A família deve participar do tratamento do portador de transtorno mental.

Dessa forma, as atitudes dos profissionais para com os doentes mentais têm sido investigadas, descritas na literatura e discutidas em conferências. Tem sido sugerido que atitudes são precursoras ou determinantes de comportamentos. Enquanto normas e procedimentos hospitalares podem prescrever comportamentos da equipe, atitudes não podem ser ditadas. Frente a isto, pesquisadores sugeriram um programa através do qual é simulado um jogo entre os membros da equipe. Tal atividade ficou conhecida como "um dia na vida de um

doente internado", onde é proporcionado um experimento situacional para a equipe sobre a experiência da hospitalização vivenciada pelos doentes. O objetivo deste modelo é despertar a equipe quanto às suas atitudes frente aos usuários (COSGRAY; DAVIDHIZAR; GROSTEFON; POWELL; WRINGEER, 1990).

É essencial lembrar que a intervenção passa a trabalhar paralelamente à noção de cidadania do usuário do serviço, e que o tripé no qual está baseado todo o processo de reabilitar (casa, trabalho e relações sociais) procura maximizar tal significado através de toda prática assistencial. Isso significa tornar o usuário receptor de seus direitos, e também, participante ativo na construção de sua própria reabilitação e de seu cotidiano como ator social.

Segundo Saraceno (2001) a vida cotidiana se desenvolve em vários cenários, que são espaços de troca onde se define o valor contratual estabelecido nas relações. De forma esquemática, atuamos em três cenários, os quais o autor denomina de *"cenário hábitat"*, *"cenário mercado"* e *"cenário trabalho"*.

É dentro destes cenários que temos o desenrolar das cenas, das histórias, dos efeitos de todos os elementos: dinheiro, afetos, poderes, símbolos, etc. Cada um com seu poder de aquisição neste mundo onde, às vezes, somos mais hábeis ou menos hábeis, mais habilitados ou menos habilitados. E há, também, a desabilidade por falta de poder contratual. E é aí que precisamos ser reabilitados, porém não todos. Este é o modelo de referência da reabilitação (SARACENO, 2001).

- **REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL COM ENFOQUE NO SUS**

Segundo Saraceno (2001), existem variáveis que determinam resultados para a reabilitação psicossocial que se distribuem em um eixo micro e em outro macro. O micro está *“no nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-terapeuta”*, ou seja, está na relação. “Por outro lado, há o macro, isto é, a maneira como o serviço está organizado: se está aberto 24 ou 12 horas, se está aberto à comunidade, se ele tem aprovação de seus usuários, se satisfaz minimamente as pessoas que atende”.

Nesse sentido, Campos (1992) considera que o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente. Alguns aspectos da assistência psiquiátrica que levam à cronicidade, na medida em que esse atendimento não oferece respostas às crises e a seus significados, e desconsidera a interdependência dos problemas psicofísico-sociais, acaba permitindo que os doentes e o mal estar se cronifiquem (EVARISTO,1998).

Evaristo (1998) ao mencionar a institucionalização, enquanto isolamento, reclusão, abandono, estigmatização e tratamentos inadequados como elementos propiciadores de um percurso institucional cronificante, sugere reflexões cujos primeiro objetivo seja o de evitar ou não dar lugar a um percurso patogênico para depois criar um percurso terapêutico.

Esse autor considera ainda que a cronificação dos sintomas seja, sobretudo a cronificação da falta de recursos institucionais e, neste sentido propõe descronificar a instituição, o que significa modificar regras não mais funcionais, mas de valorização dos sujeitos nas suas funções dentro das instituições, suas individualidades e a criatividade dos trabalhadores de saúde. Significa destruir regras manicomiais considerando-se os direitos de liberdade de cada um, que certamente modificará a dinâmica dos hospitais psiquiátricos. Significa enfim,

transformar as relações de poder existentes entre instituição e indivíduo (não mais paciente), compreendendo-o como membro de um grupo social.

Saraceno (1996) considera a reabilitação psicossocial como uma necessidade e uma exigência ética que os profissionais devem ter como prioridade do problema de saúde mental. Essa definição, de certa forma, amplia o conceito de reabilitação psicossocial, percebendo-a sob uma ótica mais filosófica, na medida em que a ética se refere às normas que os profissionais utilizam para conduzirem suas ações, de tomar a si a responsabilidade de tratar, procurando entender e enxergar códigos nem sempre claros ou precisos de pessoas que requerem ajuda, procurando aumentar o nível de sua autonomia para a vida social.

Pitta (1994) entendendo que a reabilitação psicossocial implica numa ética, enfatiza que se deve considerar, ainda, a ética da solidariedade que facilite ao indivíduo com limitações decorrentes de transtornos mentais severos as atividades do cotidiano, tais como: aumentar o contato afetivo, social e econômico, visando o melhor nível possível de autonomia dessas pessoas para a vida social.

As pessoas que permanecem por muito tempo internadas passam a apresentar mudanças em sua postura, com gestos típicos (maneirismos) e acrescentam hábitos novos ao seu jeito de ser, como o de colecionar coisas (objetos) e o de fumar. O ato de colecionar coisas e objetos, não se constitui necessariamente um sintoma patológico. Já o fumo é facilitado pelo ambiente à qual o indivíduo é exposto, visto que este é habitual nas instituições psiquiátricas hospitalares, tanto para usuários quanto para os técnicos que lhes prestam assistência (STEIN, 1991).

Acreditamos que a equipe de saúde mental, trabalhando em hospitais psiquiátricos devem se empenhar em aumentar a qualidade de vida daqueles que se encontram sob seus cuidados. Para tanto, devem lembrar, também, de prestar assistência aos aspectos físicos, psíquicos e sociais desse sujeito em questão. É importante olhar e enxergar a pessoa como ser humano, dotada de sentimentos e uma história de vida e adoecimento que é dele, e que deve ser respeitada. É fundamental que esse percurso seja traçado e seguido também, pelas pessoas que fazem parte essencial da vida desse indivíduo. E sendo assim, a família e a comunidade devem estar envolvidas e participantes neste processo de tratamento e inclusão social.

• FAMÍLIA E DOENTE MENTAL

Para Cavalheri (2002), quando a família possui um membro com uma doença mental, toda ela acaba mobilizando-se inteiramente. O desgaste é agravado quando se trata de uma doença de duração prolongada, com freqüentes casos de agudização de sintomas e quando é considerada incapacitante e estigmatizadora.

Oliveira & Jorge (1998) afirmam que a doença seja ela física ou psiquiátrica afeta seriamente o grupo familiar. Quando se adoece, há uma interrupção de suas atividades normais e algumas destas atividades precisam ser desempenhadas por outras pessoas.

A família muitas vezes, tem poucas respostas para as suas inquietações, por isso fica nervosa, ansiosa e com medo. Além disso, há sobrecarga física em função da convivência com um doente mental, pois é necessário que os

integrantes sadios do núcleo familiar deem conta de todas as atividades cotidianas, inclusive aquelas realizadas pelo doente mental antes da exacerbação dos sintomas.

Koga & Furegato (1998) afirmam que o familiar vai se desgastando em conviver com a pessoa portadora de transtorno mental acarretando sobrecarga física e emocional, privando-se da sua própria saúde para poder prestar assistência adequada ao doente.

Para Oliveira & Jorge (1998) é o comportamento imprevisível do doente mental que debilita as expectativas sociais e origina incerteza e insegurança nos seus familiares.

Trata-se, portanto, de uma questão abrangente, envolvendo toda a sociedade, profissionais da saúde, familiares e a condição do indivíduo portador de uma doença mental, que muitas vezes, passou muitos anos de sua vida, na condição de interno de uma instituição psiquiátrica.

• **REINSERÇÃO SOCIAL**

Furtado (2001) coloca que a responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos têm como objetivo potencializar o processo de desinstitucionalização, criando alternativas ao manicômio e suas práticas. O tripé de sustentação deste novo modelo baseia-se na particularização da atenção, em intervenções centradas nas demandas individuais dos pacientes e no estímulo ao vínculo entre o paciente e os membros da equipe. Este novo modelo se efetiva através de um projeto terapêutico individual do paciente, mantendo sempre, um

profissional como referência do cliente, para garantir que cada um dos pacientes tenha um acompanhamento individualizado e um grau de atenção adequado.

É importante refletirmos que ao entrar na instituição, o sujeito em questão traz consigo uma cultura doméstica, derivada de suas vivências em família, uma concepção de si mesmo que é barrada por uma cultura institucional. O interno vive uma experiência que propicia progressivas mudanças em suas crenças a respeito de si e a respeito dos outros que são significativos para ele (GOFFMAN, 2003).

Neste contexto, Rotelli (2001) afirma que a instituição colocada em questão não é o manicômio, mas a loucura e seu lugar na sociedade. Assim como o problema não é a cura, mas a emancipação, o processo de singularização do paciente.

Assim sendo, o campo da Saúde Mental no Brasil tem se voltado para a construção de serviços comunitários de atenção psiquiátrica, pautados nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, como possibilidade de substituir a lógica asilar pelo resgate das habilidades sócio-relacionais do doente mental, a partir da reabilitação psicossocial, sob a abordagem interdisciplinar.

As questões de como os pacientes se organizam, em seu dia-a-dia, onde estão, o que fazem e como vivem no seu cotidiano é algo relevante para o tratamento. Além disso, é um fator importante para propiciar a inserção social.

De acordo com a nova proposta assistencial, dentro do Programa de Saúde Mental em nível nacional, foram criadas as residências terapêuticas, que se constituem em casas do município, alugadas pelas Ongs (Organizações não

governamentais) para uso de ex-moradores de hospitais psiquiátricos, onde há uma equipe de “*cuidadores*” que fazem acompanhamento dessas pessoas.

Segundo Fernandes (1988), na primeira metade dos anos 80, as organizações não-governamentais (ONGs), haviam se tornado “uma realidade sociológica” e se destacavam entre as experiências organizativas e participativas da sociedade civil.

Hoje, três décadas após seu surgimento na América Latina, suas atividades cobrem os mais diversos campos da experiência social: do desenvolvimento rural ao controle cidadão de políticas públicas e convenções internacionais (HADDAD, 2002).

As organizações não governamentais não têm fins lucrativos, são políticas, e mantém relações de cooperação com governos.

Diante dessa proposta de inclusão social, vem ocorrendo saída de pacientes institucionalizados, dos hospitais psiquiátricos, para a moradia nas residências. A maior parte dessa clientela são pessoas que viveram toda a vida em uma instituição, e já estão até em uma fase de vida geriátrica.

Entendemos a necessidade de inclusão social e saída dos portadores de doença mental dos hospitais psiquiátricos. Porém, por se tratar de pessoas, não só portadoras de doença mental, mas alguma delas também idosas, desperta-nos o interesse em conhecer a forma como tem sido preparada a saída dessas pessoas, uma vez que por característica, os idosos são pessoas que têm toda uma história de vida naquele espaço de moradia (o hospital) e muitas vezes, demonstra apego e dificuldade em querer sair deste local.

O deslocamento do doente mental do lugar onde ele é visto como incapaz, desacreditado e excluído para o lugar de inclusão social não ocorre pela

simples mudança de espaço físico. É na articulação dos detalhes do cotidiano, na maneira de agir e lidar com os objetos, espaço e tempo que se imprime a particularidade no mundo compartilhado. É esta apropriação que irá ordenar para o sujeito a realidade compartilhada, possibilitando a inclusão na sociedade.

Como enfermeira psiquiátrica, exercendo minhas atividades profissionais em um hospital psiquiátrico, despertou-me a necessidade de ampliar meus conhecimentos sobre as mudanças neste contexto prático-assistencial, conhecendo melhor o preparo dos moradores para a futura moradia nas residências terapêuticas.

II OBJETIVOS

1 – Conhecer como tem sido realizado o preparo dos pacientes institucionalizados para saírem do hospital e irem morar nas residências terapêuticas.

- Ponto de vista do profissional.
- Ponto de vista do paciente.

III TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A – Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa sobre o preparo dos pacientes institucionalizados, para viverem nas residências terapêuticas. Esse estudo insere-se nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação e caracteriza-se com o estudo descritivo, no qual utilizei entrevistas semi-estruturadas.

É um estudo descritivo-exploratório, com uma proposta de trabalho teórico-metodológica para abordagem qualitativa, utilizando os indicativos de Minayo (2000).

A história dos métodos qualitativos ou compreensivos é recente e surge com as Ciências Humanas, em contraponto às Ciências Naturais. Segundo Turato (2005), isto implica que, metodologicamente para explicar de modo científico determinados fenômenos, pesquisadores se utilizam de várias disciplinas teóricas. Mas para compreender o que o fenômeno significa para a vida do indivíduo, trata-se de um tema que pode ser abordado por investigadores qualitativistas de formações variadas. Desta forma, cogita que os próprios profissionais de saúde podem empregar métodos qualitativos, com a vantagem de que já trazem as inerentes atitudes clínica e existencial, devido a sua experiência em assistência. Isso permite que realizem ricos levantamentos de dados e façam interpretações de resultados com grande autoridade. O método qualitativo pode ser apreendido, então, como um recorte de objeto com finalidade de empregá-lo no entendimento do “*setting*” e do processo saúde-doença.

Turato (2005, p.510) considera cinco características que definem o método qualitativo:

Primeiramente, o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. Nos settings da saúde em particular, conhecer os significados dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.

Segunda propriedade do método: o ambiente natural do sujeito é inequivocamente o campo onde ocorrerá a observação sem o controle de variáveis.

Terceiro ponto: o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados.

Quarto atributo: o método tem maior força no rigor da validade (validity) dos dados coletados, já que a observação dos sujeitos, por ser acurada, e sua escuta em entrevista, por ser em profundidade, tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo.

Quinta característica: se a generalização não é a dos resultados (matematicamente) obtidos, pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito, ela se torna possível a partir dos pressupostos iniciais revistos, ou melhor, dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos. Caberá ao leitor e consumidor da pesquisa, usá-los para examinar sua plausibilidade e utilidade para entender casos e settings novos.

Segundo Minayo (2000), a pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar, mas em explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais à atividade humana que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

Minayo (2002) afirma que a pesquisa qualitativa “trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que

corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A pesquisa exploratória, de acordo com Gil (1996), visa uma maior aproximação com o problema para torná-lo mais explícito, mais claro ou desenvolver hipóteses, sendo que, principalmente, visa aperfeiçoar ideias ou descobrir intuições.

Assim, para Triviños (1987) a pesquisa descritiva permite empregar várias formas de estudos tais como estudos descritivos e correlatos, estudos de caso, análise documental, estudos causais comparativos, dentre outros.

B – Contexto da Pesquisa

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, que possui em média quinhentos e cinco mil habitantes. Os serviços de atendimento psiquiátrico disponíveis na cidade de Ribeirão Preto atendem, também, a região de referência da Divisão Regional de Saúde XIII (DRS XIII). O Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP), que é uma instituição pública estadual e presta atendimento a portadores de transtornos mentais. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP) realiza os atendimentos de urgências psiquiátricas em sua Unidade de Emergência, localizada no centro da cidade. Oferece, também, duas unidades de Internação Breve (EPIB) e uma Enfermaria de Psiquiatria (EPQU), com o tempo de internação mais prolongado, ambas no HCRP unidade do campus universitário. Além destes serviços, o HCRP disponibiliza atendimento em ambulatório terciário, em interconsulta nas demais enfermarias do hospital em regime de semi-internação do Hospital-dia. O município conta, ainda, com um ambulatório de Saúde Mental, a

UBS “Dra. Teresinha Garcia José Gradim” (antigo PAM II) que oferece atendimento psiquiátrico a Crianças e Adolescentes, um Centro de Atenção Psicossocial a Álcool e Drogas (CAPS-AD), um CAPS II e outro III.

Todo atendimento é realizado primeiramente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e depois encaminhado conforme a regulação pela central de leitos.

A obtenção dos dados para realização desse estudo, foi centralizada em um setor denominado Vila Terapêutica do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. A escolha desse setor para pesquisa, deve-se ao fato de que é um local onde se trabalha com o preparo dos moradores crônicos institucionalizados para a moradia nas residências terapêuticas.

**** Sobre o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto...***

É uma instituição pública estadual, localizada na cidade de Ribeirão Preto destinada a atender pacientes com transtornos mentais.

Segundo Guimarães (2001), o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto foi fundado em 1944 e, seu funcionamento inicial esteve intrinsecamente ligado ao Hospital Juqueri, pois passou a receber os pacientes de lá, onde estava havendo uma superlotação.

O nome inicial dessa instituição, durante muitos anos, foi Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, sendo mudado no ano de 2000, passando para Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, nome tirado da Estação de Estrada de Ferro São Paulo – Minas, que ficava ao lado (GUIMARÃES, 2001).

Na época de sua inauguração, o hospital ficava a 6 km da cidade e antes, funcionava como um patronato agrícola que foi reformado para atender a proposta de assistência a portadores de doença mental.

Nos hospitais psiquiátricos tradicionais, como o Santa Tereza, era comum a existência de um pequeno número de profissionais qualificados que eram os médicos e grande número de servidores sem estudo que desempenhavam todas as funções auxiliares (GUIMARÃES, 2001).

Guimarães (2001) pontua que com a vinda de outros moradores, para atender a demanda de internação ou remanejamento de pacientes de outros hospitais, o Hospital Santa Tereza chegou a abrigar quase um total de mil e quinhentos internos.

De sua fundação até 1971, o hospital contou apenas com o médico, o atendente, o servente e o vigia. Após 1971 é que passou a contratar servidores nas categorias de psicólogo, assistente social, auxiliar de laborterapia, enfermeiro e auxiliar de enfermagem (PRIMO, 1975).

Conforme Primo (1975), as tarefas de competência técnica dos profissionais de enfermagem, serviço social e psicologia foram, por aproximadamente vinte anos, desempenhadas de forma leiga por funcionários tecnicamente despreparados. Esse longo período de assistência centralizada no poder médico fortaleceu a cultura manicomial, cuja prerrogativa foi a assistência asilar com métodos punitivos.

Contel (1974) destaca a necessidade de o Hospital Santa Tereza superar a “monotonia do asilamento gerando asilamento”, herdado do manejo da superlotação de Juqueri e das decisões autoritárias que desconsideraram a opinião dos pacientes, familiares e trabalhadores em saúde mental.

O Hospital da década de 40 até os anos 70, viveu o modelo absolutamente tradicional, com poucos profissionais sem estrutura organizacional, a superlotação, e o julgamento punitivo dos pacientes prevalecendo, sendo que o tratamento predominante era o medicamentoso e a eletroconvulsoterapia.

A década de 80 trouxe a concretização dos primeiros passos no hospital, em prol da reação contra o modelo tradicional em atendimento psiquiátrico. De 1983 até hoje, o hospital tem empreendido ações visando à desinstitucionalização do seu funcionamento e sua assistência.

Atualmente, o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto possui 110 leitos para pacientes institucionalizados, e mais 80 leitos para atendimento aos usuários em fase aguda e desintoxicação química.

A instituição juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo tem procurado desenvolver projetos que visem a melhoria da qualidade de vida da clientela do hospital.

No hospital, trabalha-se com o projeto terapêutico individual (PTI) e ele é elaborado em todos os casos de internação, envolvendo a família sempre que possível.

**** Sobre o Setor Vila Terapêutica do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto...***

(local da pesquisa)

O setor Vila Terapêutica, onde foi centrada a coleta de dados, possui vaga para 15 pacientes moradores, e uma equipe multidisciplinar, resultante no total em: 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico, 2 enfermeiras (distribuídas nos períodos manhã e tarde), 1 psicóloga, 8 auxiliares de enfermagem (também distribuídos nos

períodos Manhã/Tarde/Noturno). Alguns desses profissionais também prestam assistência em outras unidades do hospital.

A Vila Terapêutica é um setor localizado dentro do hospital, que foi criado em 1986. Esse local é caracterizado como um conjunto de cinco casas próximas, porém independentes (que contam com quarto, sala, cozinha, banheiro e área de serviço), e que abriga três moradores do mesmo sexo em cada casa. Os moradores podem executar diversas atividades com acompanhamento de profissionais, segundo os objetivos da reabilitação psicossocial. Enfatiza-se a importância de um trabalho mais próximo ao doente mental, com olhar voltado ao estímulo da autonomia, atividades de vida diária (AVD), assembleias, visitas a familiares.

A Vila Terapêutica conta com um total de quinze leitos, ocupados por moradores do hospital, de ambos os sexos. Porém durante o desenvolvimento da pesquisa, um leito estava vago aguardando a vinda de um morador do setor Núcleo de Convívio dessa instituição. Todos os moradores desta unidade tem documentos pessoais, e, a maior parte, são beneficiários da Previdência Social.

No setor Vila Terapêutica não há um grupo de moradores que apresente o mesmo grau de desenvoltura / habilidades. Cada um está num estágio de desenvolvimento, ou seja, envolvimento nas atividades para uma vida mais independente fora do hospital.

Existe um cronograma de atividades específico do setor, com atividades de vida diária e prática, baile, reuniões de equipe, grupos de história, assembleias, etc (ANEXO I).

C – Participantes da Pesquisa

- Os membros da equipe de profissionais responsáveis pelos cuidados aos pacientes do setor Vila Terapêutica do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dos treze profissionais, um total de onze concordaram em participar da pesquisa.

- Os moradores do setor Vila Terapêutica do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto que aceitaram participar da pesquisa e concordaram em assinar / registrar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dos quatorze moradores então residentes no setor Vila Terapêutica, seis concordaram em participar do estudo.

Os entrevistados foram contactados pessoalmente pela pesquisadora, diretamente no próprio serviço. As entrevistas foram realizadas, primeiro com os profissionais e depois, com os moradores do setor. Nessa ocasião, após uma explicação sobre o interesse e os objetivos da pesquisa, foi solicitada a colaboração do profissional de saúde e do paciente. O dia, horário e local para realização das entrevistas foram agendados de acordo com a disponibilidade do entrevistador e do entrevistado. As mesmas foram realizadas no próprio Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto.

Para a realização das entrevistas com os profissionais, foi utilizada uma sala reservada / fechada, no próprio setor Vila terapêutica, pois era o local onde os próprios profissionais “me indicavam” e pareciam se sentir mais à vontade.

Percebemos, que após a realização do agendamento para a entrevista com cada membro da equipe, eles esperavam e se organizavam numa recepção acolhedora da pesquisadora, no sentido de colaborar para que as entrevistas fossem realizadas.

Porém, com os moradores do setor, as entrevistas foram realizadas ao ar livre (no próprio ambiente onde estavam), pois durante a coleta de dados, foram encontradas muitas dificuldades em relação à aceitação deles em quererem participar do estudo. Dos quatorze moradores do setor Vila Terapêutica, conseguimos realizar a pesquisa com seis deles.

Antes mesmo de iniciar as entrevistas com os moradores do setor, uma das então residentes das casas da Vila Terapêutica, ficou curiosa em saber sobre o trabalho que eu estava desenvolvendo, e ao ser informada, se colocou à disposição e a entrevista logo foi realizada com ela, que se mostrou muito esclarecida sobre o assunto abordado no estudo, mantendo-se sempre comunicativa e receptiva.

Porém, alguns moradores não quiseram simplesmente participar e nem queriam ouvir algo que os fizessem pensar na possibilidade de irem morar na cidade.

Em princípio, percebíamos que muitos dos moradores que se recusavam a participar do estudo, chegavam a aceitar dialogar comigo sobre coisas diversas, criando um momento propício para estabelecer uma relação de troca e confiança. Porém, quando eu explicava sobre a pesquisa que eu estava desenvolvendo e solicitava a colaboração / participação deles, logo desconversavam e negavam. Diziam que não queriam participar.

Alguns moradores que se recusaram a participar, chegaram a falar um pouco sobre as atividades que desenvolviam em seu dia a dia, e verbalizaram não

querer ir morar na cidade, pois queriam ficar morando no hospital. Porém, apesar do diálogo, se recusaram a participar do estudo.

Explicamos várias vezes para cada morador que suas informações seriam respeitosamente utilizadas para o desenvolvimento do estudo, mas seu nome e dados pessoais não seriam conhecidos por ninguém além da pesquisadora responsável. Foi informado também, que a participação deles não traria danos de qualquer natureza para cada participante.

Foram realizadas várias visitas ao setor, onde tentei me aproximar e acompanhar a rotina deles na esperança de que se sentissem mais tranquilos / confiantes, porém sem sucesso.

Percebemos que alguns dos moradores que estavam se recusando a participar da pesquisa, tinham muito vínculo com determinados profissionais da equipe. Com isso, chegamos a pedir ajuda para esses profissionais, no sentido de tentarem estimular os moradores e explicarem para estes, o que talvez não tivessem entendendo na minha comunicação, ou até estivessem sentindo medo de participar das entrevistas.

Os profissionais foram receptivos e colaboraram. Até o profissional da barbearia do hospital que possui muito vínculo com essa clientela, tentou ajudar e incentivá-los em participar.

Tentamos várias vezes, em horários e locais diferentes (como barbearia, galeria, refeitório), aproximar-nos e estabelecer um clima descontraído que pudesse facilitar a participação.

Dessa forma, como o Termo de Consentimento é livre e esclarecido, ou seja, os moradores do setor Vila Terapêutica não eram obrigados a participar e, sim, poderiam participar se quisessem, após um período de dois meses de insistência,

percebemos que não adiantava abordá-los com esse assunto, pois o comportamento que começamos a encontrar era: alguns moradores ficaram mudos olhando-nos como quem não queria conversar; outros saíam de perto; outros ainda desconversavam, e alguns moradores até riam pensando que era brincadeira.

E assim, conseguimos realizar de fato, a entrevista com seis moradores do setor Vila Terapêutica, que nesses locais de contato, aceitaram participar da pesquisa e concordaram em assinar ou colocar a digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

D – Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de maio a início de julho de 2009, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, através do ofício n° 1006/2009 (Anexo II).

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, gravadas em fita K7, mediante consentimento prévio de cada entrevistado, o que possibilitou o registro do material. Posteriormente, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra. Elaboradas ainda, para cada grupo de sujeitos (1 – os profissionais e 2 – os moradores), questões pertinentes (Apêndice I e II). A entrevista foi previamente testada com dois profissionais e dois pacientes de setores diferentes, que não fizeram parte da amostra final da pesquisa. Esse teste não resultou em alterações da entrevista.

Para Bleger (1998) a entrevista permite maior flexibilidade para possíveis intervenções e possibilita investigação mais ampla sobre o entrevistado.

Segundo o referido autor, a entrevista tem seus próprios procedimentos ou regras empíricas com as quais não só se amplia e verifica como também, ao mesmo tempo, aplica-se o conhecimento científico; além de constituir-se num processo ininterrupto de interação.

Turato (2003) pontua que a entrevista é, também, um instrumento valioso de conhecimento interpessoal, conforme sendo colocada como um facilitador na apreensão de fenômenos, de elementos de identificação e construção do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo também do entrevistador, sendo, portanto, caracterizada como um encontro interpessoal pré-estabelecido.

Triviños (1987) coloca que a entrevista semi-estruturada, em geral, é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada difere da entrevista estruturada por basear-se apenas em uma ou poucas questões/guias, quase sempre abertas. Nem todas as perguntas elaboradas são utilizadas. Durante a realização da entrevista pode-se introduzir outras questões que surgem de acordo com o que acontece no processo em relação às informações que se deseja obter (TRIVIÑOS, 1987).

E – Procedimentos Éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa foi enviado um ofício ao Diretor Técnico Administrativo do Hospital, solicitando sua autorização.

Posteriormente, com a autorização do diretor, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, atendendo a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Desta forma, constou do instrumento o Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foi firmado que os procedimentos da pesquisa asseguravam a confidencialidade, a privacidade e a imagem dos participantes, assim como a autorização para utilização dos dados para ensino e pesquisa. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido constou de duas vias e, após assinadas, uma via ficou com o pesquisador e a outra via foi entregue ao participante da pesquisa (Apêndice III e IV).

Outrossim, todos os movimentos acima descritos só ocorreram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (Anexo II).

F – Procedimentos de Análise dos Dados

Os sujeitos do estudo foram numerados de 1 a 17, sendo de 1 a 11 os profissionais, de 12 a 17 os moradores.

Inicialmente, as entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora. Ouvir e transcrever as entrevistas possibilitou a garantia de fidedignidade dos registros, a captação das singularidades dos discursos, tanto pelo

registro das palavras, como também, a percepção dos silêncios, dos risos, das repetições, dos sons e da entonação da voz.

Em seguida, o conjunto das entrevistas foi submetido a várias leituras, utilizando-se a técnica da Atenção Flutuante, que para Laplance & Pontalis (1992, p.40):

“é o modo como o analista deve escutar o analisando: não deve priorizar, a priori qualquer elemento do discurso dele, o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção”

Portanto, nesta fase, entramos em contato direto e intenso com o material coletado, através de várias leituras do mesmo, com o objetivo de deixar-se impregnar pelo conteúdo, sem a preocupação em apreender significados.

A fase seguinte constituiu-se na Análise Temática, sempre a partir de nova leitura das entrevistas, a fim de voltar a atenção para alguns trechos mais significativos das experiências pessoais, considerando a busca por respostas aos objetivos propostos.

Para Bardin (2004) a Análise Temática ou Categorical é uma das possíveis técnicas a serem utilizadas na Análise de Conteúdo, sendo baseada em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Portanto, este método recorta o conjunto de entrevistas através de categorias projetadas sobre os conteúdos, em busca de temas significativos ou unidades de significação.

A Análise Temática pertence à primeira fase do processo de Análise de Enunciação, com a finalidade de dar tratamento qualitativo para os dados obtidos em situações abertas. É uma modalidade da Análise de Conteúdo, apóia-se numa

concepção da comunicação como processo e não como dado e funciona desviando-se das estruturas e dos elementos formais BARDIN (2004).

Segundo Bardin (2004) o discurso não é o produto acabado, mas um momento num processo de elaboração, composto de contradições, de incoerências e de imperfeições, tendo a sua própria dinâmica. Portanto, a Análise de Enunciação consiste em apreender ao mesmo tempo os diversos níveis da dinâmica existentes nos discursos. Para tanto, requer uma organização do material coletado e sequencialmente as etapas de análise: Análise Temática, Análise Lógica, Análise Seqüencial, Análise de Estilo e Identificação dos elementos Atípicos (as recorrências, as ambivalências, os lapsos, entre outros). Neste estudo, nos detivemos à Análise Temática, visto que a mesma mostrou-se suficiente em responder os objetivos propostos.

Considerando que a Análise Temática é transversal e recorta o conjunto de entrevistas através de categorias projetadas sobre o conteúdo, buscamos os temas significativos ou as unidades de significação. Para BARDIN (2004) o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado; é uma unidade de significação complexa, de comprimento variável, tendo como validade a ordem psicológica e não a linguística, podendo ser constituído tanto por uma afirmação como por uma alusão. Desta forma, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações como também pode reenviar para diversos temas.

Nesta perspectiva, após o recorte das entrevistas para elaboração de categorias, partimos para a busca dos “núcleos de sentido” em cada uma das narrativas. A partir de então, os “temas” foram definidos.

IV APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir, encontram-se os resultados e a análise das entrevistas dos profissionais.

Dos treze profissionais do setor Vila Terapêutica, onze deles aceitaram participar da pesquisa. Destes, três são graduados (um médico psiquiatra, uma enfermeira e uma psicóloga), oito são auxiliares de enfermagem, conforme mostra o quadro I:

QUADRO I - PROFISSIONAIS DO SETOR VILA TERAPÊUTICA

01	Enfermeiro
01	Psicólogo
01	Médico Psiquiatra
08	Auxiliares de enfermagem

O tempo de trabalho em Saúde Mental variou conforme o quadro II:

QUADRO II - TEMPO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

05 - 10 anos	04
10 - 15 anos	04
15 - 20 anos	01
20 - 25 anos	01
30 - 35 anos	01

Pelo quadro II, constatamos que a maior parte (oito profissionais), possui entre cinco e quinze anos de experiência em saúde mental. Os demais (três profissionais) estão na faixa entre quinze e trinta e cinco anos de experiência na área.

O tempo de trabalho no setor Vila Terapêutica variou conforme o quadro III:

QUADRO III - TEMPO DE TRABALHO NO SETOR VILA TERAPÊUTICA

0 - 05 anos	08
05 - 10 anos	02
20 - 25 anos	01

De acordo com o quadro III, oito profissionais verbalizaram possuir até cinco anos de trabalho no setor Vila Terapêutica. Prosseguindo, dois profissionais afirmaram possuir tempo de trabalho neste setor, entre cinco e dez anos. E, finalmente, um profissional verbalizou ter até vinte e cinco anos de experiência profissional nesta unidade.

Esses dados evidenciam haver maior número de profissionais com tempo menor de trabalho no setor.

Quando perguntado aos profissionais como tem se dado a preparação dos moradores para saírem do hospital, os mesmos elencaram uma série de atividades as quais dividimos nas seguintes categorias temáticas: **a)** Visitas às Residências Terapêuticas; **b)** Conhecimentos e Habilidades; **c)** Atividades; **d)** Dificuldades; **e)** Sugestões.

TEMA: VISITAS ÀS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Ao ser abordado o tema sobre como tem sido feito o preparo dos moradores da Vila Terapêutica para saírem do hospital, que foi o local de moradia por tempo, e irem morar nas residências terapêuticas, surgiu muito constante a fala sobre a realização de visitas às residências terapêuticas, conforme pontuado nas verbalizações:

- Eles conhecem lá
- Mostramos como é a vida lá
- Convidamos para ver como funciona

...Mesmo os mais resistentes acabam amolecendo porque a gente leva eles para conhecerem as residências na cidade, mostra como é feito lá, e as regalias que vão ter.... (7)

...Tem alguns que querem morar fora e outros não. Então, nós convidamos eles para visitar as residências terapêuticas e ver como funciona.... (8)

...Eles tem o direito de falar não. Então aí, a gente programa passeios nas residências terapêuticas para mostrar para eles como é.... (9)

...Para esses moradores é difícil, poucos sabem e querem sair. A gente procura fazer visitas nas residências terapêuticas para que eles possam ver, conhecer.... (10)

... vamos realizando visitas nas casas da cidade, vão conhecendo melhor, até serem mesmo transferidos.... (11)

Através das falas anteriormente citadas, os profissionais relatam existir um trabalho de estarem mostrando aos moradores da Vila Terapêutica como são as residências terapêuticas. Os moradores passam por um trabalho gradual segundo a fala da profissional 5:

...É um trabalho gradual, com altas-licenças. Fazemos visitas nas residências terapêuticas para poder mostrar como é a vida lá...

Essas falas pontuadas deixam a noção de que os moradores conhecem as residências e vão perdendo a insegurança da alta hospitalar.

Os profissionais 2 e 3 pontuam que:

...as casas são colocadas à disposição para conhecimento dos moradores...(2)

...eles não têm noção de como é a vida lá fora... (do hospital)... (3)

Dessa forma, é ideal lembrarmos que a inversão do modelo centrado na internação e a conseqüente transferência do tratamento hospitalar para o atendimento na comunidade constituem hoje o paradigma dominante na assistência psiquiátrica. Em que pese as características diversas dos pacientes de outros serviços e localidades, e de diferentes metodologias utilizadas, os dados da literatura indicam que pacientes com longo período de internação podem viver em ambientes comunitários supervisionados, sendo beneficiados com a mudança do local de tratamento. Para isso, é importante que esse preparo esteja centrado nele, no cliente como sujeito, onde ele possa sentir segurança na equipe, no trabalho que tem sido desenvolvido (FURTADO, 2006).

Neste ponto específico do trabalho, mostrando o exemplo da fala da profissional 7: *...Mesmo os mais resistentes acabam amolecendo porque a gente leva eles para conhecerem as residências na cidade, mostra como é feito lá, e as*

regalias que vão ter.... , nos questionamos se o preparo do morador da Vila Terapêutica tem sido centrado nele e no resgate de suas habilidades / autonomia, ou se o foco desse preparo tem sido convencê-lo a sair do hospital para morar nas residências terapêuticas.

As profissionais 4 e 6 verbalizam:

... Nós costumamos levá-los para visitar os ex-moradores daqui, nas residências, e vamos mostrando o lado bom de morar numa casa. Ninguém foi forçado a nada até hoje... (4)

...Nós procuramos realizar visitas nas residências terapêuticas e quando o morador tem medo ou fica resistente, nós aumentamos a frequência das visitas. Ninguém sai daqui obrigado.... (6)

Quando citado pela profissional 4 “*vamos mostrando o lado bom de morar numa casa*”, percebemos que não é citado o lado ruim também. Ou seja, parece que fica falado o lado de convencimento no sentido agradável, e não se mostra os riscos, o trabalho que cada um vai desempenhar dentro de uma casa, e outros pontos importantes.

Assim, é importante pensar nesta fala sobre “*aumentar as visitas às residências quando o morador fica resistente*” (6), pois tanto a verbalização acima da profissional 4 quanto da profissional 6, nos leva a refletir sobre o ponto fundamental de se respeitar o sujeito que por longa data, em muitos casos, residiu naquele espaço do hospital psiquiátrico e tem medo de vivenciar algo novo. A vivência é interna, subjetiva e deve ser trabalhada dentro das possibilidades e do tempo de cada sujeito. “*Ninguém sai daqui obrigado*” (6), mas sugere que o morador talvez saia da Vila Terapêutica convencido pela equipe, que tem que ir morar na residência

terapêutica, pela insistência. A profissional 11 até chega a pontuar um pouco essa ideia da importância de se respeitar as individualidades, verbalizando:

...se o morador não quiser sair, ele vai ser respeitado, e vai precisar de um novo tempo...(11)

Essa fala acima, leva-nos a refletir sobre como é esse novo tempo citado? Seria aumentando talvez a frequência das visitas às residências terapêuticas, conforme verbalizado acima? Parece não haver estratégia de resgate da subjetividade, dos desejos particulares de cada morador, e sim, uma insistência em querer que ele vá e visite as residências terapêuticas.

Sendo a hospitalização um ato de desapropriação da subjetividade e consequente objetivação do paciente, a reabilitação psicossocial e a consequente desinstitucionalização, propõe-se a restituir essa subjetividade perdida. Para tanto, Furtado (2001) sugere que sejam realizadas a particularização da atenção, a especificação da demanda particular e a formação e fortalecimento do vínculo entre profissionais e pacientes.

Acreditamos ser importante a equipe demonstrar que é a partir da construção diferenciada de atendimento ao portador de sofrimento mental que surge o conceito de reabilitação psicossocial, entendido como *“um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental”* (SARACENO, 1996).

E, neste sentido de construção diferenciada de atendimento ao doente mental, podemos pensar que preparar os moradores na conotação de ir visitar as residências terapêuticas, é muito pouco para eles, levando em consideração o

próprio tempo de internação de cada um. Não aparece nas falas apresentadas acima dos profissionais, sobre ocupar outros espaços onde os moradores possam ser estimulados pelo desejo próprio de quererem algo diferente, como por exemplo, ir ao centro da cidade, a eventos, outros.

TEMA: CONHECIMENTOS E HABILIDADES

Quando perguntado sobre os conhecimentos e habilidades que o profissional acredita, que um morador da Vila Terapêutica deveria ter para ir morar fora do hospital, surgiram as seguintes verbalizações:

- Cuidados Pessoais
- Convívio Social
- Saber voltar para casa

...Eles deveriam aprender a conviver com outras pessoas. Eu acho que o principal é que ele deveria estar melhor preparado para conviver com outras pessoas....(1)

...Eles teriam que saber tomar banho, se pentear, vestir sua roupa, cuidar de uma casa. Saber voltar pra sua casa quando sair na cidade, saber conversar com as pessoas...(3)

...Eles deveriam saber tomar banho, trocar de roupa, lidar com a televisão (ligar e desligar), saber como andar numa rua....(4)

... O mínimo que procuramos preparar é o cuidado pessoal e com seus pertences pessoais, e uma socialização razoável...(5)

...eles precisariam saber arrumar suas camas, usar o banheiro...(7)

...Deviam saber tomar banho, arrumar suas camas, lavar a louça...(8)

...Higiene é a prioridade...(10)

...Cuidar do corpo, arrumar sua cama, cuidar de seus pertences...(11)

Percebemos pelas falas dos profissionais acima, que eles sentem a necessidade de se melhorar o convívio social dos moradores e os cuidados pessoais. O profissional 2, ainda verbalizou:

...É necessário que tenham habilidades de convívio sociais, e mesmo que não tenham, acabam desenvolvendo. A gente não fica aqui tão preocupado em reabilitar, recuperar habilidades de forma tão sistemática, pois isso acaba frustrando a equipe pelo próprio perfil dos moradores atuais...(2)

Assim, pensamos até que ponto a equipe está preparada para lidar com as frustrações do dia a dia, na assistência ao portador de transtorno mental. O hospital psiquiátrico para muitos desses moradores da Vila Terapêutica, tem sido o local de moradia por longo tempo da vida, e cabe à equipe tentar trabalhar as dificuldades dos moradores, ao invés de ficar na retaguarda com medo de suas próprias subjetividades. É importante uma discussão mais clara sobre os objetivos do local, as dificuldades da própria equipe e as necessidades da clientela, para que o trabalho se desenvolva de forma harmoniosa.

É importante pensarmos que os portadores de transtornos mentais necessitam de uma série de cuidados que podem causar repercussões não só nos aspectos físicos, como também nos aspectos psicológicos. Sendo assim, a equipe deve estar preparada para lidar com as atividades de vida diária e vida prática, apostando nelas, pois estas influenciam a qualidade de vida e aprendizado do cliente. Além disso, vale a pena ressaltar que a qualidade de vida é uma importante meta a ser alcançada para a vida dessa população.

Neste aspecto, segundo a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o processo saúde/doença mental deve ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (COSTA, 2001).

Assim, a assistência ao doente mental exige uma abordagem abrangente capaz de romper com a usual concepção compartimentalizada do sujeito com as dissociações mente/corpo, trabalho/prazer, tão freqüentes na abordagem dos serviços de saúde.

Quando o profissional 2 verbaliza: ... *A gente não fica aqui tão preocupado em reabilitar, recuperar habilidades de forma tão sistemática, pois isso acaba frustrando a equipe pelo próprio perfil dos moradores atuais...*, pensamos também o quanto é necessário, pois, construir, segundo a III Conferência Nacional de Saúde Mental, mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico (COSTA, 2001).

Acreditamos ser necessário a incorporação de uma ética profissional que rompa com a estigmatização do doente mental como um sujeito que possui um diagnóstico, que sobrepõe sua capacidade de aprendizagem e desenvolvimento. Sendo assim, fica denotado que o profissional não acredita na reabilitação dessa clientela, sendo este o ponto fundamental para o trabalho no setor Vila Terapêutica, de onde os moradores sairão para morarem nas residências.

Cada ser humano nasce e se desenvolve de maneira única. Nenhuma pessoa é igual à outra, reconhecer isso é fundamental para compreender e respeitar os diferentes. É importante que pessoas com transtornos mentais sejam

reconhecidos como seres integrais, dignos, com direito à liberdade, à integridade física e moral, à reabilitação para o trabalho e à qualidade de vida. Para alcançar esses objetivos, devemos trabalhar em conjunto e diminuir o estigma colocado, pois aceitar e tratar com respeito e afeto o portador de transtorno mental é o melhor caminho para a sua reabilitação e para o fortalecimento de sua cidadania.

Outros profissionais como 6 e 9, ainda destacam:

... Olha, deviam saber no mínimo, o básico: usar o vaso sanitário, porque a clientela atual é muito comprometida...(6)

...com essa clientela aqui, tão regredida, eu nem sei falar...(9)

Nessas falas, percebemos a preocupação dos profissionais quanto à dependência da clientela. Porém, sabemos que as dificuldades da clientela devem ser trabalhadas, pois a proposta das residências terapêuticas e dos programas de reabilitação, conforme salientado, é promover a reinserção social dos pacientes desospitalizados e proporcionar-lhes o desenvolvimento da autonomia. É um trabalho complexo e que requer abordagens diferenciadas para as diferentes necessidades dos pacientes. Requer, também, que esses programas sejam desenvolvidos de modo continuado e dinâmico, para manutenção dos ganhos e com ajustes freqüentes, de acordo com o desenvolvimento alcançado pelos moradores (ALBUQUERQUE, 2006).

Para esse autor, as residências terapêuticas têm se constituído como modalidade apropriada de serviço comunitário para os pacientes egressos de longa hospitalização, pois todos os pacientes acabam participando dos programas de reabilitação propostos, que objetivam o desenvolvimento da autonomia, o treinamento de habilidades cotidianas e o comportamento social.

Acreditamos que apesar das desabilidades apresentadas por alguns pacientes, a transferência do local de tratamento, junto com as estratégias de reabilitação que devem ser traçadas, discutidas e utilizadas, é um percurso satisfatório para a maioria deles. Espera-se que mudanças mais expressivas possam ser detectadas com o seguimento contínuo de cada morador.

É importante pensarmos na fala da profissional 11 quando pontua:

...ele deveria ser bastante independente, mas chega lá nas residências, eles encontram uma pessoa que acaba fazendo tudo por eles. É uma extensão do hospital, são os cuidadores...(11)

Nesta fala, é importante pensarmos no papel fundamental do Projeto Terapêutico Individual de cada morador da Vila Terapêutica, cuja construção deve ocorrer a partir de várias perspectivas e com base na interação entre os clientes e os profissionais da equipe, e também nas interlocuções destes últimos com seus pares e com outros grupos, como família, instituições de saúde, setores culturais, socioeducacionais, e outros. A função básica dessa estratégia é garantir a continuidade do tratamento, o que significa que os respectivos projetos terapêuticos devem garantir o seguimento dos pacientes, tanto no plano subjetivo como no social, familiar, laboral, dentre outros, sem que o profissional faça pelo cliente em questão as atividades do dia a dia, para que seja um aprendizado (FURTADO, 2001).

Acreditamos também ser importante pensarmos sobre os conceitos básicos de desinstitucionalização, transinstitucionalização e desospitalização.

O processo de desinstitucionalização não se restringe à desarticulação do manicômio ou a criação de novos dispositivos para o tratamento. É preciso

desconstruir/reconstruir a relação da sociedade com a loucura. O processo de desinstitucionalização torna-se reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção de saúde e de reprodução social do paciente (AMARANTE, 1995).

Para esse autor, desinstitucionalização trata de criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades e não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações e acima de tudo um processo ético – estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2003).

Vasconcelos (2002) pontua que na transinstitucionalização ocorre o deslocamento da clientela psiquiátrica [internada] para instituições similares de outro tipo, tais como delegacias, penitenciárias, asilos de idosos, o que resultaria em transferência dos pacientes de uma instituição para outra, sem que se fizesse a crítica do paradigma psiquiátrico.

Já a desospitalização refere-se à retirada dos internos sem nenhuma outra medida, a simples negligência social.

Neste contexto, quando a profissional 11 verbaliza “...*ele deveria ser bastante independente, mas chega lá nas residências, eles encontram uma pessoa que acaba fazendo tudo por eles. É uma extensão do hospital, são os cuidadores...*” (11), nos questionamos se na prática, o que vem ocorrendo no setor Vila Terapêutica não é uma desinstitucionalização e sim uma transinstitucionalização, ou seja, uma simples

mudança de espaço físico, sem o levantamento e realização do real preparo que aquela clientela necessita.

TEMA: ATIVIDADES

Em relação às atividades realizadas pelos profissionais com os moradores da Vila Terapêutica, que os auxiliam no preparo para irem morar na cidade, apareceram as seguintes verbalizações:

- Discussão do PTI
- Higiene Pessoal
- Cuidar de seus pertences
- Passeio à cidade

Dentre os profissionais entrevistados, chama nossa atenção o fato de apenas um deles ter mencionado o Projeto Terapêutico Individual (PTI):

...Realizo discussão em equipe do PTI...(2)

O Projeto Terapêutico de cada cliente direciona o plano de cuidados e as metas a serem alcançadas em curto, médio e longo prazo. Para Furtado (2001), esse projeto implica fazer certo diagnóstico, estabelecer uma aproximação real entre cliente, família e os profissionais, e instituir práticas individuais, de grupo ou mais coletivas. Todos os profissionais da equipe em conjunto, devem se responsabilizar pela execução e implementação das intervenções.

Mostazo & Kirschbaum (2003) mencionam que ao desenvolver seu trabalho, a equipe tem a necessidade de conhecer cada paciente e de ampliar o campo relacional (paciente-familiar, paciente-equipe, paciente-paciente), pois a internação muitas vezes é vivenciada pelo paciente como um processo de desvalorização pessoal.

Apesar de na Vila Terapêutica existir um Projeto Terapêutico de cada morador e este ser renovado periodicamente, ele aparece apenas na fala do profissional citado acima.

Os profissionais abaixo, mencionam as atividades de vida diária:

...O banho. Oriento muito e auxilio o banho. Essa clientela é muito difícil, porque não dão conta...(1)

...Ensino e oriento tomarem banho, vestir a roupa, se pentear. Cuidados pessoais...(3)

...Eu oriento muito eles durante as refeições, a forma de comer. A gente orienta muito sobre o banho, a aparência pessoal...(9)

Para Mostazo & Kirschbaum (2003) as atividades da vida diária (AVD) são os cuidados pessoais e o serviço realizado pelo homem no seu cotidiano, como: alimentação, higiene pessoal, locomoção, comunicação, habilidades manuais e tarefas domésticas, as quais proporcionam um novo direcionamento ao tratamento psiquiátrico do morador, que reconhecem o desenvolvimento de suas habilidades no seu próprio cuidado.

As verbalizações abaixo, mostram as atividades de vida prática (AVP);

...Eu estimulo eles a saírem a passeio e cuidarem de seus objetos pessoais... (4)

...Além de todas as atribuições como auxiliar de enfermagem, eu gosto de acompanhá-los à cidade e incentivo eles a escolherem suas roupas...(7)

...Além de minhas atividades como auxiliar de enfermagem, a gente tenta sair pra cidade, fazer compras. Eles escolhem o que querem... (8)

...Eu os acompanho nas saídas externas... (10)

As atividades de vida prática estão sempre voltadas para o resgate da cidadania, que é trazido pelos profissionais 4, 7, 8 e 10. Pelas colocações, esses profissionais resumiram essas atividades, em fazer compras e passear.

Porém, a profissional 5, verbaliza:

...Não há algo específico que eu faça, pois trabalhamos numa equipe multiprofissional. Se eu sou referência de um morador, tudo o que é dele é responsabilidade minha, desde montar o PTI, atendimento individual, saída à cidade, reuniões... (5)

Drinka (2000) define a equipe multiprofissional de atenção à saúde como um grupo de indivíduos com diversas formações que trabalham juntos como uma unidade ou sistema. Os membros da equipe colaboram continuamente para resolver os problemas dos pacientes que são extremamente complexos para serem resolvidos por uma disciplina ou várias disciplinas em seqüência, ou seja, cada profissional tem seu campo específico de conhecimento e atuação, porém unidos no conhecimento, ajudam-se entre si, a fim de fornecer cuidados tão eficientes quanto

possíveis para a resolução de problemas de forma colaborativa. Para efetuar isto, eles compartilham a liderança que é apropriada para apresentar o problema e promover o uso das diferenças para confrontação e colaboração.

Neste raciocínio, mesmo havendo uma equipe multiprofissional no setor Vila Terapêutica, cada profissional tem suas atividades de competência específicas que devem ser executadas por cada um deles, independente da união das competências de categoria para resolução dos problemas. E, essa especificidade de trabalho, não aparece na fala citada acima da profissional 5, como aparece na fala anterior da profissional 7 que tem noção de suas atribuições específicas quando cita: *...Além de todas as atribuições como auxiliar de enfermagem, eu gosto de acompanhá-los à cidade e incentivo eles a escolherem suas roupas...(7).*

Numa outra ótica, as profissionais 10 e 11, dizem que ficam na especificidade de seu campo rotineiro de atuação:

...Aqui, no noturno, não fazemos nada além de administrar as medicações, o lanche noturno e encaminhá-los ao leito... (10)

...Olha, à noite, a gente não faz muita coisa com eles. A gente tenta trabalhar as questões de estarem limpos, de comerem devagar, mas é só isso... (11)

Essas verbalizações citadas nos fazem pensar num trabalho de assistência manicomial, que mantém um paradigma dos processos de desabilitação. Este é o ponto do trabalho: produzir recursos, modificar histórias subjetivas, subjetivar espaços transformando-os em lugares de experiências.

Saraceno (2001) pontua a necessidade de que o sujeito experimente todos os elementos da vida cotidiana (do comer ao dormir, do vestir ao usufruir dos espaços, do trocar afetos ao receber ordens e a se submeter à normas).

A profissional 6, verbaliza suas dificuldades em relação à sobrecarga de setores:

...Aqui, eu fico mais é na supervisão, pois trabalho em mais outros dois setores... (6)

TEMA: DIFICULDADES

Quando abordado sobre as maiores dificuldades que os profissionais percebem que existem, no preparo dos moradores da Vila Terapêutica para irem morar na cidade, disseram:

- Perfil dos moradores
- Faltam funcionários

Os profissionais 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 e 10, apontam que a maior dificuldade que percebem no preparo desses moradores para irem morar na cidade, é o comportamento dos próprios moradores:

...O perfil dos moradores é de muita dependência. Essa clientela é muito difícil porque não dão conta nem de tomar banho sozinhos, precisam de estímulo e auxílio. Precisa colocá-los no banho...(1)

...Além das características dos moradores, dependemos do empenho político...(2)

...É o próprio comportamento desses moradores... (3,5)

...É um grupo difícil, muito comprometido. Eles conviveram anos durante um jeito muito errado: não usam o banheiro por preguiça e a gente tem que ficar sempre falando... (7)

...A maior dificuldade, é o próprio perfil da clientela... (8;9;10)

Vale lembrar, que essa clientela da Vila Terapêutica, na sua maioria, viveu longos anos internados na instituição psiquiátrica, e com isso, ficaram institucionalizados, numa perspectiva manicomial, asilar, com perda da identidade pessoal, perda das subjetividades, que devem ser resgatadas num trabalho de reabilitação psicossocial, que é o preconizado ser desenvolvido nas instituições atuais.

Assim, acreditamos que essas situações de dificuldades foram incorporadas pelas pessoas com transtornos mentais por permanecerem em um ambiente extremamente fechado. De alguma forma, tiveram suas vidas alteradas pela própria doença mental, pois não exerciam liberdade nenhuma de escolha, não tinham a possibilidade de cuidar de si mesmos e nem de exercer dignamente sua cidadania.

Porém, é importante pensarmos sobre essas falas que apontam como dificuldade “comprometimento dos moradores”, pois na verdade, esse é o ponto a ser trabalhado: o resgate da subjetividade, da independência e da autonomia. É importante a promoção da pessoa a partir do cuidado ampliado, do olhar atento, das diferentes formas de relacionamento humano.

É importante que os profissionais estejam atentos para não estigmatizar o sujeito a ser atendido.

Neste sentido, Goffman (1988) abordou o tema do estigma onde a identidade social do sujeito passa a ser vista por “seu defeito” ou sua doença,

focalizando uma imagem depreciativa da pessoa estigmatizada, e a necessidade de criação de espaços de exclusão e de isolamento para ela.

Esse processo de estigmatização conduz a um sofrimento social do indivíduo que adquire um estigma social, permanecendo sempre numa condição inferior e desacreditada por parte dos profissionais, da família e da sociedade.

É necessário acreditar na capacidade de cada pessoa e investir na reabilitação psicossocial. Essa arte do cuidar, que se concretiza na produção constante, no fazer-acontecer, produz relações sociais norteadas pelos valores da solidariedade, da coletivização.

Segundo Castro & Furegato (2008), o profissional que presta assistência ao portador de transtorno mental deve estabelecer relações com propósito determinado e adequado às necessidades culminando em projetos terapêuticos, estabelecidos pela equipe de profissionais e com participação ativa do morador e seu familiar. Essa relação se confirma na medida em que se estabelecem vínculos de empatia e aliança.

Assim, os profissionais que prestam assistência a essa clientela, podem partir do princípio de que cada morador da unidade Vila Terapêutica é um ser humano singular que apresenta alterações emocionais e comportamentais. Assim, poderá ajudá-lo a enfrentar as dificuldades, aceitando suas limitações. Os profissionais devem acreditar na remissão dos sintomas e na capacidade de inserção social dessa pessoa, apesar da doença. É importante a equipe dirigir suas ações para atender as necessidades apresentadas pelo morador.

A equipe desempenha papel fundamental no cuidado e na luta contra o estigma do doente mental como pessoa desacreditada em obter melhor grau de autonomia e independência.

Castro & Furegato (2008) pontuam que a relação de ajuda com estes pacientes exige grande disponibilidade afetiva, bem como compreensão ampla de sua condição de ser no mundo, perdas e decepções. Para estabelecer a relação de ajuda é necessário que os profissionais tenham como base uma postura ou um modo de ação coerente com seu modo de ser e de encarar a vida.

A relação compreensiva pode ser descrita como uma relação de suporte em todos os níveis, pois os profissionais devem possuir competências pessoais e conhecimentos para ajudar o paciente a conquistar o seu espaço (CASTRO & FUREGATO, 2008).

Percebemos que um objetivo especial neste trabalho é despertar o interesse do morador pela vida, uma vida digna e de participação no seu meio familiar e social, apesar da doença.

Acreditamos que a equipe tem se esforçado e procurado oferecer o melhor que conseguem, porém demonstram haver necessidade de um redirecionamento na forma de como trabalhar com essa clientela. Quando focalizamos as verbalizações dos profissionais acima citados, fica parecendo que cresce a importância da capacitação da equipe, o que poderá causar impacto positivo na qualidade da assistência oferecida.

Nesse contexto, ainda aparece a falta de profissionais em número suficiente para dar conta do trabalho, que é pontuado nas falas abaixo:

...Além dos moradores serem muito regredidos, faltam funcionários para dar conta do trabalho... (4)

...Faltam funcionários, pois aqui na Vila está sempre com um ou dois auxiliares à tarde e não tem profissionais de nível universitário que além de mim, possa dar um apoio nesse horário aqui no setor... (6)

...Faltam funcionários, terapeutas ocupacionais... (11)

É importante lembrarmos que toda a preconização referente à saúde mental do Ministério da Saúde se refere ao novo paradigma em cuidado, relacionado ao atendimento ambulatorial e ao progressivo desaparecimento dos hospitais psiquiátricos.

Os dados que tratam de uma normatização para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos ainda existentes no país, estão discriminados no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), que teve início em 2002 e ocorre a cada 18 meses, sendo o último resultado divulgado referente ao ano de 2007 (BRASIL, 2007).

Segundo esses dados, o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto possui recursos humanos em quantidade suficiente para a execução de um trabalho de reabilitação psicossocial de qualidade, sendo que na maior parte dos setores do hospital, existe inclusive quantidade de recursos humanos que excede o preconizado pelas categorias profissionais de assistência à saúde. Isso se deve inclusive à redução de pacientes institucionalizados que se beneficiaram dos diversos programas oferecidos pelo governo e pelo trabalho executado no hospital para a desinstitucionalização. Muitos desses pacientes também faleceram durante

esse processo de reforma psiquiátrica, refletindo também na redução de pessoas internadas.

Portanto, segundo dados apresentados pelo PNASH, referente ao último resultado em 2007, nota-se, atualmente, quantidade suficiente de recursos humanos, porém isso não se reflete em maior qualidade na prestação de serviços. Aparentemente isso se deve à dificuldade demonstrada pelos profissionais em trabalhar com o perfil atual dos pacientes, que em sua maioria são pessoas envelhecidas, com “déficits” cognitivos importantes, sintomas positivos e negativos residuais muito presentes e baixa continência familiar.

De acordo com as verbalizações citadas, fica parecendo que os profissionais se prepararam para trabalhar com pacientes que apresentavam mais independência e autonomia, porém diante da nova clientela, eles têm encontrado muitas dificuldades para estabelecer focos e objetivos de trabalho satisfatórios.

Assim, os profissionais 10 e 11 pontuam a necessidade de não fazer coisas pelos moradores:

... A equipe deveria deixar o morador fazer as coisas ao invés de fazer por eles; deviam deixar o morador se servir e orientá-lo ao invés de servi-lo. É o ato d'eu fazer por ele...(10)

...Eu acho que eles têm tudo muito pronto, então, eles acabam não tendo noção do que vão precisar lá fora... (11)

De acordo com essas falas citadas, percebemos que também há dificuldade de se estabelecer objetivos de trabalho, ficando difícil estabelecer estratégias de atendimento.

Nestas colocações, percebemos que as profissionais notam que as atividades são feitas pela equipe ao invés de deixar que os moradores façam suas coisas. Tal fato não deveria ocorrer num hospital com características terapêuticas, pois o papel dessas instituições é contribuir para o aumento da auto-estima de seus clientes, bem como para o fortalecimento da identidade, da preservação da sua individualidade e o resgate da sua autonomia (CORREIA, 1980).

Em um trabalho como este, de reabilitação psicossocial, é importante condutas/procedimentos que procurem aumentar as habilidades e diminuir a deficiência do doente. Saraceno (2001) considera necessário dispor de uma estrutura que tenha condições de coenvolver o morador, em primeira pessoa, nas fases de assessoramento funcional e dos recursos ambientais, de planejamento e implementações das intervenções, ou seja, a reabilitação se faz com o cliente e não para o cliente.

Segundo Rotelli & Amarante (1992), a desinstitucionalização não deve ser praticada apenas no interior do hospital psiquiátrico, mas repropõe a necessidade de desinstitucionalizar, isto é, reabilitar o contexto. Assim, a principal função reabilitadora seria a restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com as instituições sociais, ou melhor, a possibilidade de recuperação da contratualidade.

TEMA: SUGESTÕES

Ao abordarmos o tema sugestões para facilitar o desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimento dos moradores da Vila Terapêutica, os profissionais pontuaram:

- Conscientização
- Supervisão / Reciclagem (capacitação de recursos humanos)
- Recursos Humanos Suficientes

A profissional 1, coloca:

...É necessário conscientizar esses moradores para que eles possam fazer mais coisas sozinhos, sem que a gente tenha que fazer por eles...(1)

De acordo com a fala acima, questionamos sobre qual a forma de conscientizar? Segundo Ferreira (1977), conscientizar é atributo pelo qual o homem consegue conhecer e julgar sua própria realidade.

Segundo o dicionário Caldas Aulete (1987): *“Tornar-se capaz de compreender seus direitos e deveres como cidadão”*, ou ainda, segundo Houaiss (2001): *“tornar (-se) consciente de; fazer (-se) sabedor”*. Neste sentido, cabe à equipe ensinar-lhes, mostrar-lhes outras possibilidades de vida, que vão além dos muros do hospital e das pensões.

Dessa forma, acreditamos que os moradores devem ser estimulados a fazerem atividades, cuidarem de si, ao invés dos servidores ficarem fazendo por eles, pois não terão a oportunidade de tomar consciência de que precisam ser independentes / autônomos.

Para que os portadores de patologias crônicas possam lidar com limitações impostas por sua condição de cronicidade, é importante que a equipe

estímule o processo de compreensão desses clientes no que se refere ao enfrentamento dessas limitações (CASTRO & FUREGATO, 2008).

Acreditamos que os profissionais da área de saúde mental devem questionar se suas ações conseguem efetivamente contribuir para melhor qualidade de vida dos moradores em seu cotidiano, bem como o aumento da aquisição de conhecimentos e habilidades pela clientela.

A partir do momento em que o paciente se sente valorizado e integrado em seu processo de cuidar, ele pode sentir que também é responsável por si mesmo e pelo seu próprio cuidado e conseqüentemente resgatar sua cidadania, potencialmente presente, antes de sua condição de cronicidade (DAY; BENTAL; RANDALL; ROGERS; CATTELL, 2005).

Os profissionais 2 e 3, falam basicamente da necessidade de supervisão e reciclagem, apontando que características pessoais interferem no trato com a clientela e com o desenvolver do trabalho:

...Eu acho que precisa de uma supervisão mais sistematizada da equipe de enfermagem. Seria necessária uma supervisão mais freqüente para discutir as dificuldades da enfermagem, pois as características pessoais interferem no trato com a clientela... (2)

...é preciso sempre ter uma reciclagem na parte de enfermagem na parte da psiquiatria e dos funcionários que às vezes tem funcionários que acham que as coisas têm que ser do jeito deles... (3)

Acreditamos que dentre as falas citadas, as dificuldades de um trabalho eficaz, aparece nos problemas de organização e gerenciamentos dos

serviços. O termo reciclagem colocado pela profissional 3, seria a necessidade de capacitação do recurso que já existe.

Campos (1992) coloca que a supervisão e a reordenação do trabalho em saúde estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade aos profissionais da área, possibilitando uma superação dos aspectos conflitantes das equipes. Seria uma estratégia que estimularia, cotidianamente, a produção de novos padrões de interrelação entre equipe e usuários, ampliaria o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebraria obstáculos organizacionais à comunicação.

A supervisão e a ampliação da clínica e das práticas de atenção à saúde dependem da instituição de novos padrões de relacionamento entre a equipe e o usuário do serviço.

Nesse sentido, é importante a adequação e resolução das dificuldades diversas, não só no campo da comunicação como também em adequação dos recursos necessários, como pontuaram os profissionais abaixo, para que o trabalho seja desenvolvido de forma contínua:

... Falta terapia ocupacional, manhã e tarde, funcionando mesmo. Podia ter uma psicóloga à tarde. A gente fazia muitas viagens de passeio, agora acabou porque não tem gente... (4)

... É necessário recursos humanos suficiente....(5,6,9,10)

...Falta terapeuta ocupacional, faltam atividades para os moradores... (7,11)

...Faltam atividades. Falta auxiliar de enfermagem, o que dificulta o trabalho, a continuidade... (8)

Sobre essas questões da falta de recursos humanos, já citamos o relatório de PNASH, anteriormente. Porém, quando mencionado nas falas acima

sobre a necessidade de mais recursos humanos, é importante que seja analisado se a questão é número ou qualidade do recurso existente na Vila Terapêutica. Seria importante também, uma capacitação do recurso que já existe (em quantidade e qualidade) e o levantamento da possibilidade da implementação de grupo de discussão sobre o trabalho desenvolvido no setor de acordo com as questões da reabilitação.

A seguir, encontra-se uma breve descrição dos moradores participantes da pesquisa.

Moradora 1

Data de nascimento: 08/09/1952, natural de Vitória / ES. É médica neuro-cirurgiã. Permaneceu internada no Hospital das Clínicas por dois anos, sendo transferida ao Hospital Santa Tereza como moradora da Vila Terapêutica há 3 meses. Gosta de ouvir músicas diversas durante o dia e assistir televisão.

Morador 2

Data nascimento: 10/12/1973. Natural de Batatais. Tem primeiro grau incompleto. Permaneceu na casa de custódia por seis anos. Está no Hospital Santa Tereza desde 1998. Gosta de participar da terapia da USP toda quinta-feira.

Moradora 3

Data de nascimento: 25/09/1975. Natural de Sertãozinho. Analfabeta. Teve várias internações psiquiátricas. Está no Hospital Santa Tereza há dez anos. Adora andar pelo hospital; às vezes é prestativa, às vezes, é hostil. É vaidosa (gosta de bijuterias, roupas novas), gosta de música.

Morador 4

Data de nascimento: 15/02/1936. Natural de Jardinópolis. Analfabeto. Iniciou os sintomas aos 24 anos. No período de 1995 até 2004 esteve internado no Vicente de Paula onde gostava de jogar bocha. Após, veio ao Hospital Santa Tereza. Tem hábito de juntar objetos / lixo nos bolsos.

Morador 5

Data de nascimento: 19/09/1968. Natural de Louveira / SP. Estudou até o segundo ano do ensino fundamental. Foi internado pela primeira vez em 1980. Em 1987 internou em Várzea Paulista e veio em 2001 para o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. Gosta de músicas e também de guardar objetos nos bolsos (canecas, papéis).

Morador 6

Data de nascimento: 01/09/1933. Natural de Batatais. Analfabeto. Internado no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto desde 1968. Tem hábito de rezar no altar do HST. Gosta de guardar caneca no bolso e se recusa a participar das atividades internas.

Apresentamos a seguir as respostas dadas pelos moradores às questões sobre o preparo que recebem para sair do hospital e irem morar nas residências terapêuticas. Estas evidenciam que do total de quatorze leitos que estavam sendo ocupados no setor Vila Terapêutica, apenas seis moradores aceitaram participar da pesquisa e destes, somente uma moradora referiu ter desejo de ir morar fora do hospital.

Analisando as respostas dos moradores, concluímos que quanto ao desejo de ir morar na cidade, aparece a questão **Não Quero IR...**

Para a análise das respostas, o conteúdo foi dividido nas seguintes categorias temáticas: **a)** Não quero ir...; **b)** Quero ir...; **c)** Atividades...; **d)** Autonomia.

TEMA: NÃO QUERO IR...

Quando abordado o tema sobre o desejo de ir morar na cidade, os moradores verbalizaram:

- Não quero ir
- Não gosto de sair daqui
- Quero ficar aqui

...eu não quero ir não. Nem gosto de sair daqui pra passear na cidade. Quero ficar aqui... (2)

As frases *...não quero ir....* e *...quero ficar aqui....*, aparecem também na fala dos seguintes moradores:

...não, não, não. Não quero, não. Não gosto disso de morar lá não...(4)

...eu não gosto de morar na cidade não. Quero ficar aqui mesmo...(6)

É relevante pensar sobre as razões que levam os moradores citados em dizerem um “Não” tão decidido quando colocada a possibilidade de morarem em outro local que seja junto à comunidade.

Acreditamos que no momento da internação, o portador de transtorno mental traz consigo uma cultura doméstica, derivada de suas vivências em família, uma concepção de si mesmo que é barrada por uma cultura institucional. O portador de doença mental que é internado numa instituição psiquiátrica vive uma experiência que propicia progressivas mudanças em suas crenças a respeito de si e a respeito dos outros que são significativos para ele (GOFFMAN, 2003).

Uma série de mudanças acaba ocorrendo no cotidiano da pessoa que está internada numa instituição psiquiátrica, como não poder se alimentar com garfo e faca, não utilizar roupas próprias ou ter que pedir fogo para acender seu cigarro. Além disso, muitas vezes, o portador de doença mental internado não tem poder sobre seu corpo, estando sujeito a situações de agressividade física, contenção mecânica, medicações que desconhece ou uma alimentação imposta, e menor possibilidade de manter sua aparência conforme queira.

Essa situação fica mais acentuada, quando o período de internação é longo, como é o caso dos moradores do setor Vila Terapêutica do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. Muitas vezes, esse morador que foi institucionalizado cria uma fantasia de libertação, imaginando o que fará, como será sua vida, que liberdade terá quando for desligado da instituição. Isto evidencia a cisão que ocorre entre a internação e o mundo externo (GOFFMAN, 2003).

O momento de ser liberado da instituição e voltar ao convívio social é esperado por eles, mas muitas vezes vem acompanhado da angústia sobre a incerteza de como será a vida na realidade externa, afinal, terá que assumir uma série de responsabilidades que não possuía na instituição. Pode ocorrer também que o interno tenha um status desfavorável ao sair da instituição, relacionado a um estigma social (GOFFMAN, 2003).

TEMA: QUERO IR...

Dos moradores entrevistados, apenas a moradora a seguir demonstrou o desejo de ir morar nas residências terapêuticas:

- Quero morar sozinha
- Quero ter independência financeira
- Quero morar com minha família

...Tenho vontade sim. De morar sozinha, ter independência financeira. Aqui é um hospital e a gente fica na rotina dele... (1)

Notamos que essa moradora é mais independente, esclarecida, e podemos pontuar inclusive, que esse desejo de sair do hospital e ir morar fora, vem do fato importante de que ela está internada mais recentemente que os demais moradores da Vila. É natural que nessa situação, a pessoa queira sair e não ficar na rotina de um hospital.

Nos relatos seguintes, os moradores verbalizam o desejo de morar com suas famílias:

...quero ir pra Sertãozinho, morar com a minha irmã. Lá tá minha filha com minha irmã e minhas primas... (3)

...eu queria ir morar com meu irmão em Várzea Paulista... (5)

Sabemos que, às vezes, as equipes de saúde mental encontram dificuldades na reinserção do doente em suas próprias famílias, embora, a equipe do setor Vila Terapêutica do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto tenha como primeira opção, a família dos moradores, quando estas são localizadas.

Existem inúmeras dificuldades apontadas, mesmo por que, algumas pessoas estão há tantos anos internadas em instituições manicomiais, que acabam perdendo pais, irmãos, e o próprio vínculo familiar.

É relevante lembrarmos que nessa relação família e doente mental, a consideração do paciente psiquiátrico como sujeito, redundou os índices elevados de internados cronificados nos manicômios brasileiros, haja vista que, até muito recentemente relegaram a pessoa com sofrimento psíquico ao abandono pessoal e social.

Segundo Birman (1978), o confronto instaura-se entre as duas instituições (psiquiatria e família), na passagem do paciente que ameaça a família para a família que propicia a alienação mental e, a superposição dos discursos beneficia a psiquiatria, que introduziu no discurso familiar, o discurso psiquiátrico que visa a dupla normatização de pais e filhos no âmbito da família nuclear (pai, mãe, filhos).

TEMA: ATIVIDADES...

-Atividades que realizam enquanto se preparam para morar na cidade. Nesta categoria, os moradores relataram:

- Aqui tem tudo
- Está bom assim

... Aqui tem tudo. As roupas já vêm limpas e a comida servem pra gente. Eu só sei lavar meu sapato. Tá tudo bom assim... (2)
...Não gosto nem de arrumar (a casa). Eu cozinhava antes lá em casa, mas não dava certo, não ficava bom, eu não gosto... (3)

É possível percebermos nas falas dos moradores 2 e 3 quando afirmam “ *... Aqui tem tudo. As roupas já vêm limpas e a comida servem pra gente. Tá tudo bom assim....*” (2) e “*...Não gosto nem de arrumar (a casa)...*” (3), que nos passa uma impressão de ritmo lento, com poucas atividades ou quase nenhuma a serem praticadas por dia, falta de perspectiva, gerando uma inatividade. Este ritmo é contrário ao ritmo do mundo contemporâneo, de aceleração e produtividade. Para que seja possível a inserção social, é preciso construir caminhos que respeitem este

ritmo do paciente, porém que propicie o desenvolvimento da autonomia, que é o enfoque da reabilitação psicossocial.

Segundo Certeau (1982), é possível abordar o cotidiano como uma instância construtiva, cuja estrutura de repetição de organização da vida diária, não cessa, permitindo aos moradores deste setor, a superação contínua de dependência e inatividade colocada em instituições manicomiais.

Lembrando que esses pacientes residem em casas dentro do hospital, é importante que no cotidiano dessa população, eles estejam sendo preparados para se organizarem numa residência fora do hospital, e não mudar para um local de inatividade, que não faz parte do modo de vida e de sobrevivência.

Segundo Certeau (1982), a casa é o território onde se desdobram acontecimentos elementares que se repetem no dia-a-dia. O espaço doméstico é um lugar próprio, particular. A morada é o espaço onde se repetem indefinidas vezes em minuciosas variações as seqüências de gestos indispensáveis aos ritmos do agir cotidiano.

No caso dos moradores da Vila Terapêutica, a forma de viverem em suas falas citadas, aparecem como sendo o hospital o lugar do “nada para fazer”, que se relaciona à inatividade do cotidiano, pois já encontram tudo pronto, acessível, sem precisarem dispendir energia e nem criatividade.

Segundo Certeau (1982), os costumes colocados pela instituição manicomial, muitas vezes, permitem que se passe o tempo “sem fazer nada”, mesmo que sempre haja alguma coisa para fazer. Mas, para os pacientes, esta permissão atinge o extremo, pois a instituição faz por eles.

Observando as verbalizações acima dos moradores 2 e 3, pontuamos que nas pequenas coisas da vida, é possível perceber ocupações que são produção de sentido. Quando o morador 2 diz “...*eu só sei lavar meu sapato...*” significa que o paciente é capaz de cuidar de algumas coisas como seu sapato, e esta é uma atividade que gera produção de sentido e poder de troca em relação ao nível de cuidados. É importante incentivar a criatividade e a independência desse sujeito, conhecendo seus gostos, o que ele sabe e o que ele poderia aprender enquanto se prepara para morar fora do hospital.

É a partir da construção cotidiana que o indivíduo se apropria da realidade. Os estímulos para a autonomia e independência constituem práticas pelas quais é possível conquistar seu espaço organizando atividades técnicas de produção sociocultural, favorecendo assim, condições de reinserção desse sujeito na comunidade (CERTEAU, 1982).

A forma como os moradores se organizam rotineiramente, onde estão, as atividades que realizam e suas dificuldades, são pontos importantes para o trabalho de reabilitação psicossocial. Além disso, é um fator importante para propiciar a inserção social.

Nesta categoria, chama-nos a atenção que apesar de existir no setor Vila Terapêutica um cronograma de atividades, estas não aparecem na fala dos moradores entrevistados.

TEMA: AUTONOMIA

A moradora a seguir, quando perguntada sobre as atividades que realiza no setor enquanto se prepara para morar nas residências terapêuticas, pontua:

- Limpo a casa
- Eu faço tudo

... Minha casa é a mais limpa de todas. Sou eu quem limpo, eu faço tudo. Aliás, eu só não faço comida, porque não tem panela, essas coisas, senão eu faria. Eu fiquei morando no Hospital das Clínicas quase dois anos. Até que me mandaram aqui para o Santa Tereza agudos, e estou há três meses nesse setor... (1)

Nota-se que esta moradora tem mais autonomia, é mais independente, pois o seu tempo no setor é de três meses; também realiza atividades de vida diária, como limpar a casa.

Em vista disso, é importante que seja realizado um estudo para conhecer as reais necessidades dessa moradora. E já que o objetivo da Vila é promover a autonomia e a conseqüente saída do cliente do hospital, esta moradora possui um projeto terapêutico que objetiva sua saída do hospital para moradia na comunidade, que vem sendo revisto e atualizado de acordo com as possibilidades.

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a apresentação e discussão dos dados coletados, percebemos que embora o hospital tenha projetos e proposta de mudanças, ainda possui muitas características manicomiais. A estrutura não favorece a reinserção social. Não aparece a proposta de reinserção na fala dos profissionais, e sim, a noção de “convencer” através de visitas, os moradores a irem morar em residências terapêuticas.

Ao abordar os profissionais sobre a questão de como tem sido realizado o preparo dos moradores da Vila Terapêutica para saírem do hospital a fim de morarem nas residências, ficou ressaltado a realização de visitas às moradias na cidade, porém, não dão ênfase a outros espaços sociais. É importante oportunizar mais espaços de socialização, de recuperação de potencialidades, de inclusão, (muitas vezes desprezadas), reabrindo a comunicação do morador na família e no seu ambiente social, trazendo a ele possivelmente um sentido mais significativo de existência.

Na fala apresentada pelo profissional 10: “... *Aqui, no noturno, não fazemos nada além de administrar as medicações, o lanche noturno e encaminhá-los ao leito...*”, pensamos o quanto é importante que busquem os princípios da reabilitação psicossocial, o que não aparece nesse conteúdo verbalizado.

Espera-se que em um trabalho de reabilitação e reinserção social, os profissionais estejam habilitados a auxiliarem os moradores da Vila Terapêutica em suas dificuldades, para que estes possam adquirir conhecimentos e habilidades no seu cotidiano que os tornem mais independentes ou menos dependentes.

Nesse sentido, é percebida uma ação rotineira na realização de tarefas dos profissionais, o que confronta com o que seria esperado na assistência em

saúde mental. Nessa fala acima mencionada pelo profissional 10, notamos que não há contratualidade, que é a necessidade dos profissionais estarem presentes, estimularem a clientela, perceberem suas necessidades, agindo assim, nesses aspectos fundamentais.

Nas falas dos profissionais fica uma mensagem de falta de perspectiva na reabilitação psicossocial havendo até certa preocupação em não frustrar a equipe, conforme verbalizado pelo profissional 2.

Essas falas pontuadas ressaltam a importância de revisão do trabalho realizado e uma capacitação da equipe, levando em consideração o doente mental como o sujeito a ser trabalhado / auxiliado.

Acreditamos que a equipe tem se esforçado e procurado realizar o trabalho da forma possível de acordo com o olhar dos profissionais, porém necessitam de um novo direcionamento, mais voltado para o investimento no trabalho da reabilitação psicossocial.

Vale pontuarmos que esse trabalho de reabilitação psicossocial é muito recente na história da assistência em saúde mental, e que como profissionais de saúde, estamos num campo de aprendizagem. Porém, é importante acreditarmos no trabalho a ser realizado, e investir no sujeito a ser atendido, pois só assim, poderemos mudar o histórico de assistência manicomial da estigmatização do portador de doença mental.

Seria positivo que cada profissional da equipe tivesse o entendimento de que seu limite de frustração tem que ser grande, porque as coisas não acontecem na medida como nós queremos, mas acontecem na medida em que os moradores são capazes de fazer.

Lembrando que essa clientela reside em casas dentro do hospital, é importante que no cotidiano dessa população, eles estejam sendo preparados para se organizarem numa residência fora do hospital. Sendo assim, que esses moradores não simplesmente mudem de um local de inatividade (hospital) para outro espaço na comunidade onde tenha alguém que faça os afazeres / cuidados por eles, pois não têm essa noção, pois não lhes foi trabalhada.

A necessidade desse olhar sobre o sujeito a ser atendido, pode ser trabalhada de forma mais sensível / técnica. Essa questão fica evidente na fala da profissional 1, quando ao abordarmos o tema sobre sugestões dos profissionais para facilitar o desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimento dos moradores da Vila Terapêutica, pontua seu olhar sobre a necessidade de se conscientizar os moradores.

Acreditamos que o profissional engajado num programa de reabilitação, deveria proporcionar ao morador experiências de trocas e participação em outros espaços que não sejam apenas as visitas às residências.

“Fazer pelo outro” é negar a ele a possibilidade de crescimento e de desenvolvimento ou de adquirir novas habilidades.

Acreditamos que a cronificação dos sintomas é, sobretudo a cronificação da falta de recursos institucionais. Assim, é importante a valorização dos sujeitos nas suas funções dentro das instituições, suas individualidades e a criatividade dos trabalhadores de saúde. Isso significa destruir regras manicomiais considerando-se os direitos de liberdade de cada um, que certamente modificará a dinâmica dos hospitais psiquiátricos.

Tais considerações têm embutida a visualização de um atendimento, mais voltado às necessidades do cidadão portador de um sofrimento psíquico, num tratamento mais humanizado, mais socializante, mais solidário e mais eficaz.

A fala citada acima pela profissional 1 sobre a necessidade de *“conscientizá-los para que possam fazer mais coisas sozinhos”*, demonstra que ao invés de estimular os moradores, a equipe faz por eles as atividades, ou seja, ao invés de trabalhar as dificuldades dos moradores para que sejam mais independentes, a equipe faz coisas por eles, diminuindo assim as possibilidades de aprendizagem.

Sendo assim, quando nos remetemos aos princípios que orientam o processo da reforma da assistência psiquiátrica, bem como às estratégias de integração/reinserção social do portador de transtorno mental na família e na comunidade, necessitamos que as dificuldades apresentadas pelo próprio atendimento que vem sendo realizado no hospital a essa clientela sejam trabalhadas, onde, ao invés de *“conscientizar os moradores”*, é importante que a equipe reveja sua forma de abordagem de trabalho e que esteja melhor situada no atendimento dessa clientela.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. Apresentação: desinstitucionalização. A experiência dos serviços residenciais terapêuticos. **Cadernos do IPUB**. 2006; 12(22): 9-14.

ALMEIDA FILHO, N. **Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, 2(1/2): 5-20, 1997.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n° 3, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ªed. Lisboa: Edições 70; 2004.

BERTONE, A. A. **As idéias e as práticas**: a construção do SUS. 2002.

BEZERRA, B., JR.. **Cidadania e loucura**: um paradoxo? In: Bezerra B Jr, Amarante P, organizadores. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, J. **A Psiquiatria como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevistas e grupos. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.407, de 8 de junho de 1994. Adota os **"Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental"**, aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.91, como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil. In: Resoluções. Brasília: CFM, 1994. V.15: 90-105.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: vínculo e os diálogos necessários**. 2003 (01).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares**. Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2008.

CABRAL, B. Estação comunidade. In: JANETE, A.;LANCETTI, A. (org). **Saúde mental e saúde da família**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 137-154.

CALDAS AULETE, F. J. **Dicionário Caldas Aulete**. Dicionário contemporâneo da língua portuguesa. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Delta, 1987.

CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em debate**, nº 37, p.16-19, 1992.

CASTRO, S.A; FUREGATO,A.R.F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10(4): 957-65.

CAVALHERI, S. C. **Acolhimento e Orientação à Família**. Mesa Redonda: Importância da Família na Saúde Mental, 2002. Disponível em:<file:///E:/Arqdados/Revfen/Rev6_1/www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm>.

CERTEAU, M. de. Teoria e método no estudo das práticas cotidianas. In: **Anais do Encontro Cotidiano, Cultura Popular e Planejamento Urbano**. São Paulo: FAU - USP, 1982. p. 3-19.

CONTEL, J.O.B. **Contribuição ao estudo da probabilidade da alta entre pacientes psiquiátricos cronicamente hospitalizados**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1974.

CORRÊA, J. M. **Estudo da influência das leis de proteção do doente mental sobre a assistência psiquiátrica**. Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1980. 110p.

COSGRAY, R.E; DAVIDHIZAR, R.E; GROSTEFON, J.D; POWELL, M.; WRINGEER, P.H. **A day in the life of an inpatient**: an experimental game to promote empathy for individuals in a psychiatric hospital. *Arch Psychiatry Nurse* 1990; 4(6):354-9.

COSTA, A.C.F. Por uma transformação cultural. In: **Anais da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2001. p.127-41.

D'AMOUR, D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. 1997. **Tese (Doutorado) –Université de Montreal**. Montreal/Canadá.

DAY,J.C; BENTAL, R.P; RANDALL, F.; ROGERS, A.; CATTELL, D.; et al. **Attitudes toward a antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals**. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(7):717-24.

DRINKA, T.J.K.; CLARK, P. G. e BALDWIN , D. C. **Health care teamwork: interdisciplinary practice and teaching**. Boston : Auburn House Publishing, 2000.

EVARISTO, P. **Gestão da psiquiatria na comunidade**. Trad. M. Alice Pereira. Itália/Mimeografado, 1998.

FERNANDES, R.C. Sem fins lucrativos, pp. 8-23. In L Landim (org.). **Sem fins lucrativos: as organizações não-governamentais no Brasil**. ISER, Rio de Janeiro, 1988.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário Aurélio**. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira, 1977.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes cronificados. In: **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano**. Ed. Hucitec, São Paulo, 2001.

FURTADO, J.P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. **Ciência Saúde Coletiva**. 2006; 11(3): 785-95.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3ª. ed. São Paulo: Atlas S.A., 1996.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC. 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GUIMARÃES, J. **Sobre a criação do Hospital santa Tereza de Ribeirão Preto**: outras raízes de uma história. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

HADDAD(org.). **ONG e universidades**: desafios para a cooperação na América Latina. Editora Fundação Petrópolis, São Paulo, 2002, 138p.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. In: LABATE R.C. (org.). Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

LAPLANGE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes; 1992.

LARA, M.C. **Sobre el consentimiento informado**. Bol Of Sanit Panam 1990;108:439-44.

LIBERATO, M.D.M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. Vol. 1, n° 1, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. (org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOSTAZO, R. R. & KIRSCHBAUM, D. I. R. Users of a psychosocial care center: a study of their social outcomes about psychiatry treatment. **Rev.Latino-Americana de Enfermagem**. 2003. v. 11, nº6.

OLIVEIRA, M. B.; JORGE, M. S. B. **Doente Mental e sua relação com a família**. In: LABATE R.C. (org.). Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

OMS/OPAS. Relatório da Oficina de Saúde Mental. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, intitulada “**Desafios da integração com a rede básica**”. Nova Esperança. Brasília: OPAS, 2003.

PITTA, A.M.F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1994.

PRIMO, N. C. **A equipe de saúde do hospital psiquiátrico**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1975.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia / Te Cora, 1994.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil. Aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Org): **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROTELLI, Franco. A Instituição inventada. In: NICÁCIO F. (Org.).

Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001.

SILVA, A. L. A. **O projeto copiadora do CAPS:** do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997. 161 p.

STEIN, W. W. El habito de coleccionismo en un hospital mental peruano. **Rev. Neuropsiquiátrica** 1991; 54(1/2): 40-6.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, vol. 39, n.3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELOS, E.M. **Dispositivos residenciais em saúde mental, um campo aberto para os trabalhadores sociais**: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. *In*: Vasconcelos E.M., organizador. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2002. p. 97-124.

APÊNDICE

APÊNDICE I
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
FORMULÁRIO I : PROFISSIONAIS

Iniciais do nome:

Profissão:

Tem Especialização em Saúde Mental:

Mestrado:

Doutorado:

Tempo de Trabalho em Saúde Mental:

Tempo de Trabalho no setor Vila Terapêutica:

Como tem sido feito o preparo dos moradores da Vila Terapêutica para saírem do hospital, que foi o local de moradia deles por meses e até anos, e irem morar nas residências terapêuticas?

Quais os conhecimentos e habilidades, você acredita, que um morador dessa unidade deveria ter para ir morar fora do hospital?

Quais atividades você realiza com os moradores desse setor, que os auxilia no preparo para irem morar na cidade?

Quais são as maiores dificuldades que você percebe que existem, no preparo desses moradores para irem morar na cidade?

O que você sugere para facilitar o desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimento dos moradores da Vila Terapêutica?

APÊNDICE II
FORMULÁRIO II : MORADORES

Iniciais do nome:

Sexo:

Idade:

Tempo de moradia nessa instituição:

Tempo de moradia no setor Vila Terapêutica:

O que você acha importante aprender enquanto você se prepara para ir morar na cidade?

Que atividades você tem aprendido no dia a dia?

No seu cotidiano, quais atividades têm ajudado você fazer mais coisas sozinho?

Quais dificuldades você sente, durante esse aprendizado / durante essas atividades?

Existe algo que você gostaria de aprender enquanto se prepara para viver na cidade?

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PROFISSIONAIS)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que se propõe a conhecer como tem sido realizado o preparo dos pacientes institucionalizados para saírem do hospital a fim de morararem nas residências terapêuticas; e também conhecer como o paciente institucionalizado percebe o seu preparo para sair do hospital e ir viver nas residências terapêuticas.

Aumentando nossa compreensão sobre a forma de como tem sido realizado o preparo dos pacientes crônicos psiquiátricos institucionalizados para saírem do hospital e irem morar nas residências terapêuticas, poderemos planejar e oferecer atendimentos individualizados aos doentes mentais, diminuindo as possibilidades de coletivização da assistência.

Sua participação acontecerá através de uma conversa que será gravada em fita K-7, com duração prevista de aproximadamente trinta minutos, e você participará se estiver de acordo. No final, você poderá ouvir a gravação de nossa conversa. Não haverá gastos de qualquer natureza. Poderá pedir esclarecimentos quando sentir necessidade e, se quiser interromper sua participação, não terá qualquer prejuízo. Suas informações serão respeitosamente utilizadas em publicações científicas, mas seu nome e dados pessoais não serão conhecidos por ninguém além da pesquisadora responsável.

Se estiver de acordo assine esta autorização. Muito obrigada por sua participação.

Eliane Hetzel Fregonezi

Pesquisadora Responsável

Contato: 16. 9185 52 81

Rua Pedro Giacheto 139 (Campos Elíseos)

Ribeirão Preto-SP

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(MORADORES)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que se propõe a conhecer como tem sido realizado o preparo dos moradores do hospital para saírem dessa instituição a fim de morarem nas residências terapêuticas; e também conhecer como o morador percebe o seu preparo para sair do hospital para viver nas residências terapêuticas.

Aumentando nossa compreensão sobre a forma como tem sido realizado esse preparo, poderemos planejar e oferecer atendimentos individualizados aos doentes mentais.

Sua participação acontecerá através de uma conversa que será gravada em fita K-7, com duração prevista de aproximadamente trinta minutos, e você participará se estiver de acordo. No final, você poderá ouvir a gravação de nossa conversa. Não haverá gastos de qualquer natureza. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e, se quiser interromper sua participação não terá qualquer prejuízo. Suas informações serão respeitosamente utilizadas em publicações científicas, mas seu nome e dados pessoais não serão conhecidos por ninguém além da pesquisadora responsável.

Se estiver de acordo assine esta autorização. Muito obrigada por sua participação.

Eliane Hetzel Fregonezi

Pesquisadora Responsável

Contato: 16. 9185 52 81

Rua Pedro Giacheto 139 (Campos Elíseos)

Ribeirão Preto-SP

Assinatura do entrevistado

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 055/2009

Ribeirão Preto, 22 de abril de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 116ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de abril de 2009.

Protocolo: nº 1006/2009

Projeto: ADQUIRINDO UMA NOVA CIDADANIA: ESTUDO DO PREPARO DO DOENTE MENTAL PARA VIVER NA COMUNIDADE.

Pesquisadores: Maria Cecília Morais Scatena
Eliane Hetzel Fregonezi

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Maria Cecília Morais Scatena

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL SANTA TEREZA DE RIBEIRÃO PRETO**

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES – VILA TERAPÊUTICA – GAIS-V

Dia da semana	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
7:00 hs	Banho/medicação	Banho/medicação	Banho/medicação	Banho/medicação	Banho/medicação	Banho/medicação	Banho/medicação
7:30 hs.	Café	Banho/medicação	Café	Banho/medicação	Banho/medicação	Banho/medicação	Banho/medicação
8:00 hs.	Ann Sullivan	Café da manhã	Ann Sullivan	Café da manhã	Café da manhã	Café da manhã	Café da manhã
8:30 hs.	Ann Sullivan	Café da manhã	Ann Sullivan	Café da manhã	Café da manhã	Café da manhã	Café da manhã
9:00 hs.	Ann Sullivan	Bingo	Ann Sullivan	Grupo de História	Assembleia	AVPs/AVDs	AVPs/AVDs
9:30 hs.	Ann Sullivan	Bingo	Ann Sullivan	Grupo de História	Assembleia	AVDs/AVPs	AVDs/AVPs
10:00 hs	Ann Sullivan	Discussão de PII	Ann Sullivan	Grupo de História	AVDs/AVPs	AVDs/AVPs	AVDs/AVPs
10:30 hs	Continho da Beleza	Discussão de PII	Ann Sullivan	Grupo de História	AVDs/AVPs	AVDs/AVPs	AVDs/AVPs
11:00 hs.	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
11:30 hs.	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
12:00 hs.	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	TV/rádior	TV/rádior
12:30 hs.	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	TV/rádior	TV/rádior
13:00 hs.	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	Medicação	Medicação
13:30 hs	Ann Sullivan	AVD/AVP/AVL	Ann Sullivan	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	Café da tarde	Café da tarde
14:00 hs.	Ann Sullivan	Medicação/café	Ann Sullivan	Medicação/café	Medicação/café	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL
14:30 hs	Ann Sullivan	Baile	Ann Sullivan	Medicação/café	Medicação/café	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL
15:00 hs	Ann Sullivan	Baile	Ann Sullivan	Medicação/café	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL	AVD/AVP/AVL
15:30 hs	Ann Sullivan	Baile	Ann Sullivan	Discussão PII	AVD/AVP/AVL	TV/revista	TV/Idominó
16:00 hs.	Ann Sullivan	Baile	Ann Sullivan	Discussão PII	AVDs/AVP/AVL	TV/revista	TV/Idominó
16:30 hs	AVD/AVP/AVL	Baile	AVD/AVP/AVL	Discussão PII	AVD/AVP/AVL	Medicação	Medicação
17:00 hs.	AVD/AVP/AVL	Baile	AVD/AVP/AVL	Discussão PII	AVD/AVP/AVL	Café Noturno	Café Noturno
17:30 hs.	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar
18:00 hs.	AVL	AVL	AVL	AVL	AVL	TV/Idominó	TV/Idominó
18:30 hs	AVL	AVL	AVL	AVL	AVL	TV/revista	TV/revista
19:00 hs.	TV	TV	TV	TV	TV	TV/Idominó	TV/Idominó
19:30 hs	TV	TV	TV	TV	TV	TV/revista	TV/revista
20:00 hs.	Medicação	Medicação	Medicação	Medicação	Medicação	Medicação	Medicação
20:30 hs.	Café Noturno	Café noturno	Café noturno	Café noturno	Café noturno	Café noturno	Café noturno

AVD – Atividade de vida diária

AVP – Atividade de vida prática

AVL – Atividade de vida de lazer