

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

ELIANE HETZEL

O profissional-referência e o doente mental

Ribeirão Preto-SP
2007

ELIANE HETZEL

O profissional-referência e o doente mental

Dissertação 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 Mestre.

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

2007

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Hetzel, Eliane

O profissional-referência e o doente mental/Eliane Hetzel; orientadora Maria Cecília Morais Scatena. --Ribeirão Preto, SP, 2007.

89 f.

Dissertação (Mestrado – 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. Profissional-referência. 2. Assistência ao doente mental.
3 Vínculo.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Eliane Hetzel

O profissional-referência e o doente mental

Dissertação 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 Mestre.

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

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

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

- Aos meus pais – **Valter e Maria Luzia**, pela atenção, compreensão e estímulo, mesmo nas horas mais difíceis. Vocês são as bases da minha vida!
- Ao **Carlos César Fregonezi**, meu marido, pelo apoio, atenção e estímulo em toda a trajetória de construção desse trabalho. Você dá luz e graça ao meu caminho!
- À **Profa. Dra. Maria Cecília Morais Scatena** por sua amizade, experiência, conhecimento e ajuda na construção desta dissertação. Sou feliz por todos os momentos que estivemos juntas, compartilhando idéias, sentimentos, e, principalmente: nossos sonhos. Sempre lhe guardarei no coração!
- À irmã que Deus me concedeu: **Eleusa**, pela força, acompanhamento e apoio.
- Aos meus amados sobrinhos: **Franciele e Sérgio Henrique**. Vocês trazem alegria em minha vida. Amo vocês!
- Às professoras: **Maria Cecília Morais Scatena, Renata Curi Labate e Antonia Regina F. Furegato**, pela delicadeza e disponibilidade.

- Ao **Prof. Dr. Juarez Furtado da UNICAMP**, pela atenção e disponibilidade nos momentos mais confusos de construção dessa dissertação.
- 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 Núcleo de Convívio.
- Aos **moradores e equipe profissional do setor Núcleo de Convívio do Hospital Santa Tereza**, pela gentileza com a qual me receberam e participaram da pesquisa. Muito obrigada!
- À enfermeira **Valéria de Almeida Pereira Lamonaca** do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, pela atenção e tempo que me dedicou, esclarecendo dúvidas do contexto do setor pesquisado, em horários diversos. Sua colaboração foi grandiosa. Muito obrigada!

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho **a todos os usuários e servidores do Hospital Santa Tereza**, com os quais tenho compartilhado a vida, a profissão e muitos sonhos.

RESUMO

HETZEL, E. **O profissional-referência e o doente mental**. 2007. 89p. Dissertação [Mestrado]- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, 2007.

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 desadequação 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. Os objetivos deste estudo são: conhecer o trabalho do profissional-referência desenvolvido junto a pacientes crônicos psiquiátricos, em uma instituição hospitalar; conhecer como o paciente crônico psiquiátrico vê a atuação do profissional-referência, no seu preparo para viver fora do hospital. Pesquisa exploratória que focaliza a atividade do profissional-referência nos cuidados prestados a doentes mentais crônicos. Inicialmente, realizou-se um estudo bibliográfico sobre os temas: reabilitação psicossocial e o trabalho do profissional-referência. Os dados foram coletados em uma instituição apenas, o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, hospital psiquiátrico público, fundado no ano de 1944. Centrou-se os dados em um setor específico do hospital, denominado Núcleo de Convívio, onde ficam 18 usuários-moradores. Participaram da pesquisa: todos os profissionais-referência da equipe multidisciplinar que prestam cuidados aos doentes mentais crônicos / institucionalizados, no setor Núcleo de Convívio; todos os clientes, moradores do Núcleo de Convívio, que estavam sob os cuidados da equipe multidisciplinar e dos profissionais-referências da equipe descrita, e que aceitaram participar da pesquisa. Percebemos que apesar do projeto terapêutico desses moradores existir (no papel) e ser discutido com toda a equipe de tempo em tempo (atualizado), ele não aparece na “fala” nem dos profissionais e nem dos moradores durante a coleta de dados. Não aparecem as atividades propostas para o alcance de objetivos e metas estabelecidas no projeto de cada um dos moradores-referências. Acreditamos que seja de fundamental importância conhecer os gostos, os interesses e as particularidades de cada cliente, para o estabelecimento de um projeto próximo às necessidades de cada pessoa, e neste sentido, as verbalizações demonstram que esse trabalho não está sendo feito pelos profissionais-referências. É necessário uma equipe referência, ou seja, todos profissionais da equipe devem conhecer o projeto de cada morador e assumirem a responsabilidade na execução das implementações

Palavras-chave: profissional-referência; assistência ao doente mental; vínculo.

ABSTRACT

HETZEL, E. **The reference professional and the mental patients**. 2007. 89p. Essay for master's degree. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, 2007.

The mental disease has a difficult definition because it has a wide range of disorders that affect the emotional, social and intellectual behaviour and action of the person, due to disadjustment or distortion than lack or deficiencie of its former capacities before the disease. The mental sicknesses are expressed in a certain moment during the life and before it the person did not expressed alterations or capacity loss. The aims of this study are: to know the work of a reference professional developed with chronic psychiatric patients in a institution, to know how the chronic psychiatric patient see the reference professional during his preparation to live out of the hospital. From the beginning, it was realized a bibliographic study about the following: psychosocial rehabilitation and the work of the professional reference. These data were collected just in one institution called Hospital Santa Tereza, in Ribeirão Preto – it's a public psychiatric hospital, founded in 1944. These data were centered in a specific sector of the hospital, called Núcleo de Convívio, where 18 dwelling patients are settled. Participated in this research all the reference professionals of the multidisciplinary staff that take care of the chronic psychiatric patients/ institutionalized there, all the clients, living at Núcleo de Convívio that were under the responsibility of the multidisciplinary staff and the reference professionals described before, that accepted to participate of this research. We realized that despite of the therapeutic project of this dwelling patients exist (theoretically) and be discussed with all the staff periodically (actualized), it is not presented in the report given by the staff and the patients during the data collection. The proposed activities to the reach of the established aims do not appear in each dwelling patient's project. We believe that it is a primal importance to know the preferences, interests and peculiarities of each client to the establishment of a project closer to his necessities and, thus, the verbalizations show that this work is not being done by the reference professionals. It is necessary that a reference staff, that is, all the professionals of the staff must know the each dwelling patient's project to take over the responsibility in the execution of the improvements.

Keywords: reference professional; attendance to the mental patient; entailment.

RESUMEN

HETZEL, E. **El profesional-referencia y el enfermo mental**. 2007. 89p. Disertación [Maestría] – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, 2007.

La enfermedad mental es de difícil definición, porque abarca un abanico alargado de perturbaciones que afectan el funcionamiento y el comportamiento emocional, social e intelectual del individuo, más por desadequación o distorsión de que por falta o deficiencias de sus capacidades anteriores a la enfermedad. Las enfermedades mentales se manifiestan en determinado momento, a lo largo de la vida, antes de ello, la persona no manifestaba alteraciones o pérdida de capacidades. Los objetivos de este estudio son: conocer el trabajo del profesional-referencia desarrollado junto a los pacientes crónicos psiquiátricos, en una institución hospitalar; conocer como el paciente crónico psiquiátrico ve la actuación del profesional-referencia, en su preparo para vivir fuera del hospital. Pesquisa exploratoria que enfoca la actividad del profesional-referencia en los cuidados prestados a los enfermos mentales crónicos.

Inicialmente, se realizó un estudio bibliográfico sobre los temas: rehabilitación psicosocial y el trabajo del profesional-referencia. Los datos fueron coletados en una institución apenas, el Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, hospital psiquiátrico público, fundado en el año de 1944. Fue centrado los datos en un setor específico del hospital, denominado Núcleo de Convívio donde quedan 18 usuários habitantes. Participaron de la pesquisa: todos los profesionales-referencia del equipo multidisciplinar que prestan cuidados a los enfermos mentales crónicos/institucionalizados, en el setor Núcleo de Convívio; todos los clientes, habitantes del Núcleo de Convívio, que estaban bajo los cuidados del equipo multidisciplinar y de los profesionales-referencia del equipo descrito que aceptaron participar de la pesquisa.

Percibimos que a pesar del proyecto terapeutico de esos habitantes existir (en papel) y ser discutido con todo el equipo de tiempo en tiempo (atualizado), él no aparece en la “charla”, ni de los profesionales y ni de los habitantes durante la coleta de los datos. No aparecen las actividades propuestas para el alcance de objetivos y metas establecidas en el proyecto de cada uno de los habitantes-referencia. Creemos que sea de fundamental importancia conocer los gustos, los intereses y las particularidades de cada cliente, para el establecimiento de un proyecto cerca de las necesidades de cada persona, y en ese sentido, las verbalizaciones demostan que este trabajo no está siendo hecho por los profesionales-referencia. Es necesario un equipo referencia, o sea, todos profesionales del equipo deben conocer el proyecto de cada habitante y asumiren la responsabilidad en la ejecución de las implementaciones.

Palabras-llave: profesional-referencia; asistencia al enfermo mental; vínculo.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	01
A. Reabilitação Psicossocial.....	06
B. Profissional-Referência.....	17
II. OBJETIVOS.....	27
III. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	29
A. Tipo de Estudo.....	29
B. Contexto de Pesquisa.....	29
C. Participante da Pesquisa.....	33
D. Instrumento de Coleta de Dados.....	33
E. Procedimento Ético.....	34
F. Procedimento de Análises de Dados.....	34
IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	36
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ANEXOS.....	82

O interesse em buscar melhor compreensão sobre o trabalho do profissional-referência, no âmbito da assistência ao doente mental, surgiu a partir da minha graduação em enfermagem e da vivência, tanto no nível hospitalar, atuando como enfermeira psiquiátrica, e como no escolar, na função de professora-supervisora de estágio de ensinos médio e técnico, na área da saúde mental, durante nove anos de profissão.

Para melhor situar onde desenvolvo minhas atividades profissionais, a seguir, é feita uma breve descrição do local. O Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, fundado no ano de 1944, presta atendimento a pessoas portadoras de transtornos mentais. É uma instituição pública que conta, atualmente, com 200 leitos para pacientes crônicos / institucionalizados (moradores da instituição), além de possuir outros 80 leitos para atendimento a pacientes em fase aguda (Agudos Masculino e Feminino, e tratamento de desintoxicação por álcool e drogas).

Essa instituição psiquiátrica sofreu várias alterações, uma vez que à época de sua fundação, chegou a abrigar 1500 doentes mentais, porém atualmente conta apenas com os 280 leitos referidos. Muitas foram as reformulações, tanto em sua planta física como em seu modelo de atendimento. Abriu novos rumos para aplicação dos princípios dinâmicos de atendimento aos pacientes. Acompanhando o movimento da reforma da assistência psiquiátrica passou a se preocupar com a reabilitação e reinserção do paciente na sociedade.

Para que esta reformulação fosse alcançada de forma eficiente e efetiva, um dos primeiros passos, de uma seqüência de muitos outros ocorridos no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, foi a implantação do setor Núcleo de Convívio, em 1983.

O objetivo desse projeto, na época, era criar condições para que o paciente se tornasse uma pessoa independente para utilizar suas potencialidades e capacidades, e assim aumentar progressivamente sua autonomia. A preocupação maior da equipe passou a ser a de manter relacionamento interpessoal com todos os clientes do grupo, e estimular sua parte sadia (LABATE, 1984).

GUIMARÃES (2001) refere que o processo de redução do espaço asilar e concomitante ampliação do espaço terapêutico do Hospital Santa Tereza delineiam a sua atualidade dentro das políticas de desinstitucionalização, que se multiplicam internacionalmente desde os anos 50, e que no Brasil teve início nos anos 70.

Nesse percurso histórico da assistência psiquiátrica, percebe-se que 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 desadequação 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.

A Organização Mundial de Saúde (2001) assim define a doença mental:

[...] a perturbação mental caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Relatório Mundial da Saúde, 2001).

Assim, vê-se que na doença mental não existe uma insuficiência, mas, sim, uma alteração, com diferentes graus de gravidade; pode ser tratada, e em muitos casos é curada, seja ela aguda ou crônica (de curta ou de longa evolução). Quando o sujeito apresenta uma deterioração das capacidades, nota-se que é resultado da doença, e não uma condição inicial.

A evolução nas formas de encarar e tratar as doenças mentais sofreu uma mudança significativa no séc.XIX, quando a loucura começou a ser considerada uma doença, um problema de saúde, e não apenas uma questão de manutenção da ordem pública. O início da Psiquiatria, como profissão e disciplina médica, implicou mudança nos nomes dos asilos, que até então acolhiam não só os loucos como também os pobres, indigentes e outros marginalizados da sociedade. Chamados de Hospitais Mentais, passaram a se preocupar com o diagnóstico e também com o tratamento dos doentes mentais.

A psiquiatria custodial caracterizava-se assim pelo afastamento dos doentes da sua respectiva família e comunidade para ficarem encerrados em grandes instituições fechadas e isoladas, construídas distantes dos centros urbanos. A perda da individualidade e da identidade, a degradação das

condições de vida, a ruptura dos laços familiares e sociais, e, muitas vezes, os maus tratos físicos, a negligência e o abandono, produziram uma nova doença - o hospitalismo, e uma nova alienação - a exclusão social.

Porém somente a partir da descoberta dos psicofármacos e com o impacto causado pelo Movimento para a Desinstitucionalização, é que estas atitudes da sociedade começaram a mudar. Primeiramente, procurou-se a melhoria das condições de vida dos pacientes nos hospitais, com a introdução da terapia ocupacional, da psicoterapia institucional; mais tarde, houve a contestação radical dos Hospitais Mentais como instituições totalitárias. A anti-psiquiatria trouxe para discussão os métodos de encarceramento e tratamento dos doentes mentais, e com isso a desinstitucionalização, iniciada nos Estados Unidos e também em toda a Europa, deu origem ao processo de encerramento dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por serviços prestados na comunidade.

Verificou-se que, nos Estados Unidos, o Movimento da Desinstitucionalização surtiu um impacto muito negativo, porque o esvaziamento dos Hospitais não foi acompanhado por uma adequada criação de estruturas na comunidade, o que fez com que muitos doentes ficassem sem abrigo ou fossem presos por pequenos delitos.

A desinstitucionalização teve o seu expoente máximo na Itália, com o Movimento da Psiquiatria Democrática, iniciado por Franco Basaglia. Este movimento teve um carácter claramente político e levou à publicação, pelo governo, da Lei 180, em 1978, que decretava o encerramento das atividades de todos os Hospitais Psiquiátricos e, concomitantemente, a criação de Centros

de Saúde Mental e de residências para alojamento dos doentes saídos dos hospitais.

O advento da Psiquiatria Comunitária veio, finalmente, propor uma nova forma de tratar os doentes mentais na comunidade, sem afastá-los da família e das suas redes de pertença, nos recém-criados Centros de Saúde Mental ou em Unidades de Psiquiatria nos Hospitais Gerais. As internações passaram a ter, então, uma duração limitada, com os seguintes objetivos: ultrapassar a crise e a fase mais aguda da doença, fazer um diagnóstico e instituir um plano terapêutico; somente depois, era encaminhado para acompanhamento em ambulatório.

Percebeu-se então, que para o sucesso do processo de desinstitucionalização, o doente mental precisava passar por uma reabilitação psicossocial ou inclusão.

- **Reabilitação Psicossocial**

O processo de reabilitação psicossocial do doente mental, independentemente do grau de incapacidade apresentado, tem por objetivo oferecer-lhe melhor qualidade de vida, através da realização de um conjunto

de práticas sociais que promovem a solidariedade e a sua inclusão na sociedade. Este processo não procura negar a doença e os sintomas do sujeito em sofrimento, mas, sim, possibilitar que ele, apesar de apresentar sintomas como delírios, alucinações, isolamento, entre outros, faça uso de sua individualidade e mantenha marcas pessoais no seu modo de adoecer (COSTA, 1994).

Para SARACENO (1996) a reabilitação psicossocial deve ser encarada como uma necessidade e uma exigência ética que os profissionais devem ter como prioridade no atendimento ao doente mental. Esta idéia, de certa forma, amplia o conceito de reabilitação psicossocial e é vista sob uma ótica mais filosófica, à medida que a ética se refere às normas que os profissionais utilizam para conduzir suas ações; que chamam para si a responsabilidade de tratar o doente mental, procurando sempre entender e enxergar códigos não muito claros ou precisos expressos por pessoas que requerem ajuda, visando, principalmente, aumentar o nível de sua autonomia na vida.

PITTA (1994) entendendo que a reabilitação psicossocial implica em atitudes éticas, enfatiza que no trato ao doente mental deve-se considerar, ainda, a ética da solidariedade que facilite ao indivíduo lidar com as 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.

A Reabilitação Psicossocial pode ser entendida como um processo que facilita ao indivíduo com limitações a restauração, da autonomia de suas funções na comunidade (PITTA, 1994). Já para BERTOLOTE (1996), a reabilitação consiste no processo de remoção de barreiras, as quais impedem a plena integração de um indivíduo na comunidade e o pleno exercício de seus direitos de cidadania. Essas barreiras são o estigma da doença mental que permeou a sociedade e a família por séculos, ou ainda as permeia.

Por sua vez, SARACENO (1996) amplia o conceito de Reabilitação Psicossocial ao percebê-la como um processo de reinstituição,

construção e reconstrução de direitos políticos e sociais do cidadão. Para que ocorra este processo, tanto os profissionais de saúde como os usuários, famílias e toda a comunidade devem participar ativamente do processo de recuperação; além do que, deve-se mudar também toda a política de saúde mental, de modo a proporcionar modelos alternativos viáveis, tanto do ponto de vista terapêutico como econômico.

Todas as pessoas têm habilidades e capacidades, e atuam em três cenários: habitat, rede social e trabalho. São nesses cenários onde vivenciam experiências de vida, como afetos, dinheiro, símbolos, poderes e outros, porém é importante lembrar que cada ser tem suas potencialidades, e assim, uns são mais habilitados que outros para lidar nestes cenários. Algumas pessoas são portadoras da desabilidade, que é um termo usado para caracterizar a perda de possibilidades de sobrevivência decorrente da doença mental, e é neste momento que algumas pessoas precisam ser reabilitadas (SARACENO, 1996).

A reabilitação, importante processo de reconstrução, possibilita o exercício “pleno” da cidadania e a participação do indivíduo nos três cenários referidos (habitat, rede social e trabalho), e ainda opera sobre os efeitos desabilitantes da cronificação, no sentido de diminuí-los (SARACENO, 1996).

A cidadania do paciente psiquiátrico não se resume na simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única forma de reabilitação possível.

É possível uma ação efetiva sobre esses efeitos desabilitantes através do vínculo afetivo e contínuo do profissional, do paciente e do serviço de saúde, incentivando a aceitação da clientela com abertura para a

comunidade, utilizando recursos extras que a comunidade possui, como por exemplo, as associações de bairros.

O ato de cuidar exige dos profissionais uma postura técnica e política constantes, que mobilizem e envolvam a comunidade. Assim, tanto as pessoas da comunidade como as famílias deveriam responsabilizar-se a construir juntamente com os indivíduos mentalmente doentes, uma melhor qualidade de vida para estes (CABRAL, 2001).

Nesse sentido, o termo postura ética pressupõe preocupar-se com a qualidade do atendimento oferecido, a fim de facilitar a vida das pessoas com problemas persistentes de saúde mental. Assim, se a reabilitação constitui-se num processo de reconstrução de vida, no qual ela volta a ter sentido para o cliente, cabe aos profissionais da saúde exercitarem-se em tal prática (SARACENO, 1996).

A reabilitação psicossocial, representada pelos programas de serviços que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental, enfatiza a devolução da independência para o paciente e caso isso não seja possível, que se chegue o mais próximo possível dessa independência, para melhorar sua qualidade de vida.

Segundo BLASSI (1995), a reabilitação psicossocial é a soma de recursos utilizados para modificações do ambiente, aliada ao treinamento e estímulo do desabilitado, que deve se articular para obter meios para conseguir melhor nível de vida dentro das condições sociais mais próximas das normais.

Quando não se pode obter um restabelecimento pleno, ou seja, há persistência dos sintomas mentais, a reabilitação deve trabalhar no sentido de ajudar o indivíduo a adquirir habilidades ocupacionais e algum grau de

autonomia, dotando-o de medidas compensatórias que visam ajustar o seu nível de funcionamento a situações realistas e acessíveis. Deste conceito, apontado por BLASSI (1995), depreende-se que todas as pessoas têm suas habilidades, que devem ser estimuladas, desde que se considerem as necessidades e cuidados diferenciados baseados nas singularidades de cada pessoa, principalmente no caso do doente mental.

BOYD (1994) acredita que o movimento de reabilitação psicossocial tenha sido iniciado por usuários insatisfeitos com os cuidados de saúde mental. Por isso, o envolvimento dos profissionais de saúde, recentemente na reabilitação psicossocial, tem um significado importante, pois ela não se baseia em nenhuma disciplina da saúde mental, mas sim, no trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional, da qual participam: médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores de um modo geral, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e outros. Portanto, a reabilitação requer a atuação de uma equipe de profissionais que trabalhem com o cliente e a família.

SCATENA (2000) ressalta que a família, direta ou indiretamente, afeta e é afetada por todas as intervenções da enfermagem psiquiátrica, por isso o processo de reabilitação deve envolver a todos: indivíduo, família, comunidade e profissionais da saúde.

Na reabilitação é imprescindível a permanência do usuário próximo à família e à rede social, ou seja, ela visa resgatar sua cidadania. A participação efetiva da família no tratamento faz com que as estratégias de intervenção sejam mais abrangentes e consistentes, e isso possibilita trabalhar as dificuldades e necessidades de ambos: familiares e usuários (HIRDES, 2000).

No desenvolvimento desse trabalho, cabe aos profissionais de cada área, a avaliação do cliente e a identificação de suas necessidades, para o estabelecimento de metas de reabilitação a serem seguidas, conforme a necessidade do cliente. Para tanto, os profissionais de saúde devem adquirir novos conhecimentos e habilidades para que, sem grandes sofisticções, ofereçam uma assistência que supere as necessidades dos pacientes e familiares, bem como acentue os ganhos que não somente eles podem receber, mas também os profissionais e os serviços de saúde, quando estes se propõem a assistir o paciente como um ser, cujas limitações podem ser sempre superadas em alguma medida. É relevante na reabilitação psicossocial não só a atuação dos profissionais em programas de reabilitação, mas que relevem as relações que os pacientes têm consigo mesmos, com a família e com os profissionais, como também a relação destes profissionais com os pacientes e famílias.

BENETTON (1994) refere que o trabalho dos profissionais deve ser aberto, democrático, de modo a permitir sempre a reformulação de seus pontos de vista e facilitar o trabalho em conjunto, que deve ter o mesmo objetivo: a reabilitação do paciente.

PITTA (1994) menciona que a reabilitação não significa lidar somente com pacientes crônicos institucionalizados, ela também prevê a atuação junto a pessoas que tenham alguma alteração, deterioração, diminuição das funções psicológicas, sociais, anatômicas ou fisiológicas, e que necessitem de farmacoterapia e psicoterapia, como estratégias para seu cuidado.

Estas definições são consistentes, interagem umas com as outras e estão em consonância com a prática da enfermagem, pois defendem o

entendimento da doença mental como um fenômeno bio-psicossocial com abordagem no cuidado ao paciente, cujo foco não é apenas a doença, mas a reintegração psicossocial do portador de transtorno mental. Nesse sentido a enfermagem desenvolve o relacionamento terapêutico e de apoio junto ao paciente e família, procurando enfatizar sempre as qualidades e as forças do doente, seja orientando-os ou incentivando-os para as atividades da vida diária.

Acredita-se que a desinstitucionalização trata da desmontagem dos aparatos externos e internalizados e da desconstrução de modelos e valores racionalítico-cartesianos, isto é, inclui a transformação das relações de poderes codificados e cristalizados. Trata-se fundamentalmente, de um trabalho prático que deve começar no manicômio, enfim, consiste no desmonte da solução institucional existente para se atingir o problema.

Para PEREIRA (1997) a desospitalização passa a ser defendida com base em seu caráter humanista, pois busca a reinserção social do doente mental e não a alienação encontrada na terapêutica de base manicomial. Este processo de reconstrução da assistência da saúde mental, ao buscar novas formas de tratamento, encontra respostas na conscientização social a respeito da loucura.

É a partir dessa 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).

Assim, como a reabilitação psicossocial visa à não exclusão do portador de sofrimento psíquico, ela cuida para que o profissional de saúde

tente entender o indivíduo como único, com vivências próprias, motivo pelo qual sua abordagem terapêutica deve ser individualizada.

Na reabilitação, os usuários e seus familiares estão deixando de ser apenas objetos de intervenção para assumirem o papel de agente transformador da realidade, opinando e participando ativamente das discussões sobre as políticas da saúde mental (MELMAN, 2001).

Segundo LOUZÃ (1992) a reabilitação transcende os limites de uma especialidade médica para abranger uma filosofia de vida da comunidade, aberta para a aceitação dos que, por alguma razão, não atingem os padrões estabelecidos. A reabilitação procura dar ao ser com sofrimento mental todas as possibilidades dentro das suas limitações, a fim de que ele participe de todas as atividades sociais; constitui-se enfim, no reconhecimento pleno e integral dos direitos do cidadão.

PITTA (1994) refere que os programas de reabilitação psicossocial devem existir para dar ao paciente suporte para a vida, e este contexto deve contar com a equipe, o doente e o meio em que ele está inserido. Para desenvolver este trabalho, os profissionais precisam ter conhecimento teórico e prático necessários, saber refletir, como também aceitar e ter motivação para cumprir suas obrigações. O serviço e a equipe devem visar ao não-afastamento do cliente da vida familiar; para tanto, devem se relacionar mais intensamente com estes sujeitos, buscando o apoio da comunidade para facilitar a reinserção do doente.

Reabilitação psicossocial constitui-se, portanto, na integração entre paciente, família, profissional e os recursos da comunidade, e visa permitir ao cliente desenvolver a esperança e ser aceito na comunidade. É

papel do profissional de saúde manter este paciente integrado ao seu meio social, para que sua adaptação seja melhor, mesmo que sua doença não esteja num nível satisfatório de controle e orientação.

No caso do transtorno mental, a psicose é uma condição que evolui às vezes com presença de seqüelas, e nesta situação a reabilitação psicossocial não pode estabelecer quando ocorrerá o fim do tratamento do cliente; por isso, deve-se oferecer todas as possibilidades de tratamento disponíveis, para o cliente chegar até onde conseguir, mesmo que não atinja as metas propostas pela equipe profissional que lhe presta cuidados. Tratar e reabilitar são termos inseparáveis, pois para reabilitar um cliente é necessário oferecer-lhe continuidade de tratamento (BLASI, 1995).

BACHRACH (1992) diz que a reabilitação psicossocial é um processo contínuo que persiste ao longo do tempo e deve ser conduzido nos diferentes lugares em que as pessoas com problemas se encontram, seja na comunidade que mora ou internadas em hospitais; não consiste, pois, numa intervenção com prazo determinado.

Para MADIANOS (1994) um dos objetivos da reabilitação psicossocial é melhorar a sintomatologia e estabelecer habilidades interpessoais e de independência.

RUTTER (1993), no entanto, afirma que o transtorno mental, fruto de fatores biológicos, psicológicos e sociológicos, deve ser enfrentado com visão diagnóstica, orientação terapêutica e perspectiva de reinserção do paciente na sociedade. Segundo o autor, reabilitar prevê uma ação de

continuidade com postura de acolhimento do paciente; além dos profissionais, devem participar do processo: família, elementos próximos e a comunidade como um todo, seja aceitando o paciente com suas potencialidades e limitações, seja colaborando na manutenção das suas habilidades e autonomia. Muitas vezes, as atitudes que levam à exclusão social têm o gérmen na própria sociedade.

Para TRAVELBEE (1982) a essência da enfermagem psiquiátrica é a relação pessoa-a-pessoa, cuja característica é a comunicação recíproca entre enfermeiro-cliente, estando o seu conteúdo voltado para os problemas do paciente no aqui-agora. Através da interação, a enfermagem pode ajudar a pessoa a identificar suas necessidades e dificuldades e a buscar formas para atendê-las ou solucioná-las.

FURTADO (2000) refere que os dispositivos utilizados para promover revisão, transformação e mudanças em um coletivo deverão ater-se não só à missão do mesmo, mas também aos modos dessa organização em relação às demandas de ordem subjetiva, oriundas dos sujeitos ali inseridos.

No caso da reabilitação psicossocial, o trabalho do profissional-referência reflete a necessidade de reconstrução da subjetividade dos sujeitos, visando à revisão e superação de eventuais posturas cristalizadas, provenientes de “*pontos cegos*”, que devem ser incorporados de modo crítico ao programa pelos seus integrantes.

FURTADO (2001) fala sobre um trabalho que realizou no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, no qual utilizou como estratégia o profissional-referência. Segundo este autor, o profissional-referência desempenha importante papel no resgate da subjetividade, vista como “tabu” pelos programas já ultrapassados. O trabalho desse profissional deve basear-se na

escuta e estabelecimento de vínculos adequados com o cliente, e considerar, inclusive, os elementos de ordem transferencial envolvidos na articulação das idéias, valores e práticas.

Portanto, enquanto enfermeira atuante na área da saúde mental, acredito que para um bom desempenho dos profissionais, estes devem adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre reabilitação psicossocial e, paralelamente, pesquisar as atividades do profissional-referência no âmbito da assistência ao doente mental, a fim de englobá-lo no processo terapêutico do paciente.

- **Profissional-Referência**

CAMPOS (1999) entende que a maioria dos profissionais não trabalha encarregando-se integralmente dos casos que tratam, por isso a responsabilidade no processo saúde-doença é baixa e precária. Especialistas médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, enfim, quase todos responsáveis por realizar algum tipo de procedimento característico do seu núcleo profissional, dificilmente pensam e agem resgatando a história de vida das pessoas. Nessa forma de trabalhar, a tomada de decisão sobre diagnóstico ou intervenções terapêuticas costuma ser solitária, raramente em grupo. Então, ocorre que a estrutura organizacional dos serviços de saúde não estimula a troca de opinião entre os pares de distintas profissões, ou seja, a máquina organizacional em funcionamento nos serviços de saúde produz fragmentação do trabalho, o que dificulta uma ação multiprofissional, e quase impede a construção de relações transdisciplinares entre os profissionais.

Sendo assim, a reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde dependem centralmente da instituição e de novos padrões de relacionamento entre o sujeito/clínico e o sujeito/enfermo. Daí a necessidade de se adotar um processo de trabalho que estimule um vínculo concreto entre equipe de saúde e usuário.

Neste sentido, iniciou-se na prática, a adoção - como norma organizativa - de um sistema de referência entre profissionais e usuários. Cada serviço de saúde começou a se reorganizar de acordo com a composição das equipes de referência, recortadas segundo o objetivo de cada unidade de saúde, às características de cada local e a disponibilidade de recursos. De qualquer forma, estas equipes obedecem a uma composição multiprofissional, variável conforme o caso, seja operando na atenção primária, em hospital, nas especialidades, etc.

Este modelo organizacional trabalha com a hipótese de que a reforma das práticas em saúde depende centralmente da reconstrução dos padrões de vínculo corriqueiros na maioria dos serviços de saúde (CAMPOS, 1992). Por isso, há toda uma tradição teórica e metodológica no tratamento deste tema no campo da saúde mental. Sem dúvida nenhuma, Freud refundou a centralidade da inter-relação sujeito/sujeito nos processos terapêuticos ao focar seu método psicanalítico nas dinâmicas transferência e contratransferência, estabelecidas ao longo de um processo de análise. Criou uma dialética complexa em que um especialista encarrega-se de um paciente com o intuito de ajudá-lo a encarregar-se de si mesmo; trata-se de um apoio sutil, que em tese não deve prender, mas libertar o apoiado (FREUD, 1976).

Posteriormente, PICHON-RIVIÉRE (1988) problematizou e valorizou o estudo do vínculo na clínica e nas relações grupais, chamando atenção para a abordagem do outro como sujeito-objeto e não como coisa inerte. Utilizar estes conceitos da psicanálise e reconstruí-los, adaptando-os às instituições e às práticas de saúde encerra um potencial transformador imenso.

A instituição de novas estratégias de vínculos cria mecanismos de aproximação e de comprometimento entre os pacientes e a equipe de referência, o que dá maior visibilidade à qualidade do trabalho de cada equipe, diminuindo-se, com isto, a distância, hoje abismal, entre os profissionais e os usuários dos serviços.

Surge, então, a necessidade de se elaborar um novo arranjo para os serviços de saúde com base nos conceitos de equipe de referência. Assim, parte-se da suposição que a reordenação do trabalho em saúde, segundo a proposta do vínculo terapêutico entre equipe e usuários, estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde. Isto articulado, as diretrizes de gestão colegiada e de transdisciplinaridade das práticas e dos saberes possibilitariam a superação dos aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico. Esse novo arranjo deveria estimular, cotidianamente, a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, bem como ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde levando-os a quebrar obstáculos organizacionais à comunicação (CAMPOS, 1999).

FURTADO (2001, p.35) descreve-nos uma experiência de trabalho realizada com esquema de profissionais-referências no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, e pontua:

[...] a responsabilização e o vínculo no tratamento de pacientes crônicos tem 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 efetiva-se através de um projeto terapêutico individual de cada paciente, mantendo sempre, um profissional como referência do cliente, para garantir que cada um dos pacientes tenha acompanhamento individualizado e um grau de atenção adequado.

O objetivo desta proposta é individualizar a atenção oferecida aos pacientes, contrapondo-se à tradicional coletivização de planos e ações que sempre organizaram o funcionamento dos hospitais psiquiátricos. Desse modo, a distribuição de trabalho entre profissionais-referências dependeria de um eterno ajuste e de uma negociação entre a equipe, coordenadores e supervisores. Nota-se, ainda, que este sistema que combina referência com oferta horizontal de serviços (trabalho mais específico e especializado), permite valorizar todas as profissões de saúde, seja conservando a identidade de cada uma delas, quanto empurrando-as para superar uma postura muito burocratizada, típica do modo tradicional de organizar os serviços de saúde (FURTADO,2006).

FURTADO (2001, p. 36) afirma que,

[...] o profissional, em seu papel de referência, não é responsável pela execução de todas as atividades previstas no projeto terapêutico, mas deve estar ciente e

acompanhar, ainda que à distância, a evolução do paciente no curso das atividades desenvolvidas em grupos ou individualmente.

Vale colocar que FURTADO, nesta experiência de 2001, considerou cada profissional da equipe como referência de um grupo pequeno de clientes; cada um desses grupos tinha em média quatorze clientes, um profissional universitário e os auxiliares de enfermagem. Porém em 2006, ampliou os horizontes desse conhecimento e passou a indicar como melhor forma de assistência ter a equipe toda como referência de cada cliente. Devendo os profissionais estarem cientes do projeto terapêutico individual do morador e também seguir as implementações e supervisões necessárias. Para esse autor, o que caracterizava o papel do profissional-referência, era o fato de um profissional tomar para si o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deveriam potencializar o processo de reabilitação psicossocial de um determinado paciente crônico.

Para CAMPOS (1999, p.193), o arranjo organizacional das equipes de referência mantém nas noções de vínculo terapêutico, interdisciplinaridade e gestão colegiada seus pilares centrais na busca da superação do modelo médico hegemônico e de fragmentação das ações em saúde. Segundo o autor:

[...] a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir

sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção.

Segundo esta proposta, os serviços deveriam se organizar com base em equipes compostas por profissionais de diferentes categorias, de acordo com as características do problema enfrentado, com uma clientela pré-definida. Por exemplo, um centro de reabilitação poderia ter equipes de referência compostas por enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico e assistente social, e caso o número de profissionais fosse suficiente, haveria duas, três ou mais equipes, desde que cada uma delas tivesse como características: a) a inclusão de profissionais de categorias distintas; b) definição de clientela adscrita, para se estabelecer um acompanhamento longitudinal como também a formação de vínculo entre trabalhadores e usuários; c) formulação de projetos terapêuticos singulares para os casos mais complexos e/ou de maior vulnerabilidade; d) poder de decisão no trabalho; e) receber ou realizar apoio profissional especializado quando necessário (FURTADO, 2006).

CAMPOS (1999, p.400) coloca que:

[...] deve-se esperar do referência, principalmente a capacidade de estimular e de acompanhar as escolhas dos seus clientes, ou seja, mais do que fazer coisas e cuidar, caberia ao referência potencializar a capacidade de investimento de seus pacientes em projetos ou em objetos identificados e construídos durante o processo de tratamento, assentado no adequado manejo do vínculo. Assim, produzir maior coeficiente de autonomia entre os pacientes, muito mais do que fazer as coisas no lugar deles. Assim, fortalecê-los para defender sua própria cidadania, prepará-los para viver no

mundo contemporâneo, fortificá-los para lidar com suas próprias famílias, com o trabalho, o lazer, com a vida enfim. Isto mais do que substituí-los nestas relações.

Entende-se então, que seria papel do profissional-referência realizar um trabalho de análise e de apoio à práxis que os usuários criassem, ou seja, seria necessário desenvolver um trabalho em conjunto no dia-a-dia. O autor ainda coloca que o trabalho do profissional-referência não deveria ser apenas o de fiscalizar o tratamento e a reabilitação de sua clientela adscrita, nem tampouco ter somente a responsabilidade de administrar os deslocamentos de seus pacientes-referências nos serviços de saúde e na sociedade, pois pensar que o profissional-referência seria apenas uma espécie de gerente dos casos, sob sua responsabilidade, é pouco. Segundo o autor, a principal função do profissional-referência seria o de elaborar o projeto terapêutico individual, trabalho que implica fazer certo diagnóstico, estabelecer uma aproximação real entre cliente, família e o próprio profissional-referência, e instituir práticas individuais, de grupo ou mais coletivas.

O profissional-referência elabora o projeto terapêutico individual, discute-o com a equipe e todos, em conjunto, devem se responsabilizar pela execução e implementação das intervenções. O profissional-referência é aquele que deveria solicitar apoio de outros profissionais ou equipes, conforme o entendimento que for adquirindo sobre o caso, no entanto, a iniciativa a ser tomada em cada situação e a responsabilidade pelo desdobramento do projeto, fica a seu encargo (CAMPOS, 1999).

O Núcleo de Convívio do Hospital Santa Tereza, objeto deste estudo, conta com o trabalho do profissional-referência. No Núcleo de Convívio, os profissionais da equipe, independentemente de sua formação, tornaram-se referência de um ou dois moradores em média, ficando responsáveis pela elaboração, acompanhamento e avaliação de um projeto terapêutico individualizado, cujas metas devem ser alcançadas a curto, médio ou longo prazo. Toda a equipe fica envolvida na reabilitação do paciente, mas apenas alguns profissionais são referências dos moradores, trabalham como “profissionais-referências” no local: seis auxiliares de enfermagem (distribuídos nos períodos M/T/N), uma enfermeira (M), e também uma psicóloga e uma atendente de enfermagem*. Os médicos não são referências, pois ficam voltados apenas para os atendimentos diários, acompanhamento e discussão dos casos e PTIs (Projetos Terapêuticos Individuais) que ocorre, principalmente, em reuniões de equipe. A assistente

* O atendente de enfermagem é um servidor que possui autorização do Conselho Regional de Enfermagem para realização de atividades elementares de enfermagem.

social e a enfermeira do período da tarde são referências de moradores em outro setor, também de sua responsabilidade.

Este projeto terapêutico individual é elaborado, sempre que possível, junto com o paciente e seus familiares (quando localizados), permitindo a troca e a transparência sobre o processo de reabilitação psicossocial. Os projetos são discutidos com toda a equipe em reuniões do setor, de forma a torná-los mais ricos e a evitar eventuais pontos cegos.

Cada profissional-referência acompanha seus pacientes em reuniões semanais e em ações específicas, como acompanhamento terapêutico, trabalhos para incrementar sua autonomia nas atividades de vida diária, preparação para seu ingresso em moradias extra-hospitalares, reaproximação de seus familiares e no acompanhamento da sua evolução em outras atividades.

Desse modo, os objetivos deste estudo são descritos a seguir.

II. OBJETIVOS

OBJETIVOS

- 1 – Conhecer o trabalho do profissional-referência desenvolvido junto a pacientes crônicos psiquiátricos, em uma instituição hospitalar.
- 2 – Conhecer como o paciente crônico psiquiátrico vê a atuação do profissional-referência, no seu preparo para viver fora do hospital.

III. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A – Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória que focaliza a atividade do profissional-referência nos cuidados prestados a doentes mentais crônicos. Inicialmente, realizou-se um estudo bibliográfico sobre os temas: reabilitação psicossocial e o trabalho do profissional-referência.

Esta pesquisa recebe a denominação de social, pois reflete posições frente à realidade, às preocupações e aos interesses de classes e de um grupo determinado, que é a enfermagem. É um estudo descritivo-exploratório, cuja proposta de trabalho teórico-metodológica está voltada para a abordagem qualitativa; utiliza os indicativos metodológicos de MINAYO (2000).

Ainda segundo MINAYO (2000), a pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar, mas em explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais à atividade humana, apreendidas através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

B – Contexto da Pesquisa

Desenvolveu-se este estudo na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, que tem, aproximadamente, 500 mil habitantes. Na área de saúde, a cidade conta com sete hospitais gerais; um hospital para atendimento psiquiátrico; seis unidades básicas distritais de saúde com suas respectivas unidades básicas de referência regional; duas equipes de saúde da família; um Centro de Atenção a Fármaco-dependentes, um Centro de Atenção Psicossocial e um Ambulatório de Saúde Mental.

Os dados foram coletados em uma instituição apenas, o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, hospital psiquiátrico público, fundado no ano de 1944.

Centrou-se os dados em um setor específico do hospital, denominado Núcleo de Convívio. Nesse setor trabalha uma equipe multidisciplinar composta por: um médico psiquiatra, um médico clínico, duas enfermeiras (distribuídas nos períodos manhã e tarde), uma psicóloga, uma assistente social (que pertence a outro setor, mas presta alguns serviços nesta unidade), dez auxiliares de enfermagem (distribuídos nos períodos Manhã/Tarde/Noturno), e um atendente de enfermagem* (fixo no período da manhã). Alguns destes profissionais também prestam assistência em outras unidades do hospital.

O Núcleo de Convívio foi criado em 1983, com o objetivo de melhorar a vida dos pacientes. Inicialmente abrigava alguns moradores, da ala masculina, que ali permaneciam durante quase todo o dia, executando diversas atividades com o acompanhamento de profissionais, porém com o tempo, alguns deles passaram a residir no local, prosseguindo o objetivo da reabilitação psicossocial.

Atualmente, o Núcleo de Convívio abriga 18 moradores de ambos os sexos, com idade entre 45 e 102 anos, portadores de seus documentos pessoais e, a maior parte, são beneficiários da Previdência Social, o que fez estes indivíduos reconquistarem a identidade de cidadãos.

* O atendente de enfermagem é um servidor que possui autorização do Conselho Regional de Enfermagem para realização de atividades elementares de enfermagem.

Os moradores do Núcleo podem escolher as atividades que lhes proporcionem maior prazer, como cultivar horta, ajudar na cozinha, fazer trabalhos manuais ou limpeza da unidade, bem como as atividades sociais que querem realizar: piqueniques, bailes, passeios na cidade.

Nesta unidade não há um grupo homogêneo de moradores em nível de desenvoltura / habilidades, cada um encontra-se num estágio de desenvolvimento, ou seja, envolvem-se nas atividades que podem lhes proporcionar uma vida mais independente fora do hospital.

O Núcleo possui um cronograma de atividades diárias, assim distribuídas: horário de banho (7h), medicação (7:30h), café da manhã (8h), almoço (12h), lanche da tarde (14h), jantar (17h), lanche noturno (20:30h). Nos intervalos, há atividades fixas de vida diária e vida prática, que envolvem toda a equipe. As atividades de vida diária e vida prática incluem: higienização dos pratos pós-refeição (com escala semanal dos moradores, elaborada pela equipe juntamente com eles); arrumação dos armários de roupas dos moradores, sob a orientação de seus profissionais-referências, entre outras.

O Núcleo também oferece o bingo que acontece uma vez na semana, com objetivo de proporcionar lazer e “ensinamento” dos números aos moradores; para desenvolvê-lo, os profissionais disponibilizam prendas (sabonetes, pentes coloridos, e outros). Realiza-se, uma vez por semana, também, oficina de comunicação organizada pela psicóloga, com o objetivo de estimular a comunicação dos participantes e as diferentes pessoas. Três

vezes por semana, os moradores participam de uma oficina de letramento, para melhorar a coordenação motora e mesmo a aprendizagem escrita.

A escolha desse setor como objeto da pesquisa, deve-se ao fato do local contar com o trabalho de profissionais-referências no preparo dos moradores crônicos institucionalizados para residirem nas residências terapêuticas.

Para chegarem à moradia nas residências terapêuticas, o morador é primeiramente trabalhado nos setores Núcleo de Convívio e República (que são duas casas próximas ao Núcleo, onde também abriga um número de moradores de ambos os sexos, e com esses moradores, é feito um trabalho semelhante ao Núcleo). E após desenvolverem certo grau de autonomia e independência, são transferidos ao setor Vila Terapêutica.

A Vila Terapêutica é constituída de cinco casas, onde cada uma delas possui três dormitórios (sala, quarto e cozinha), banheiro interno e quintal. Nessas casas, há fogão, geladeira, móveis, e os moradores podem cozinhar, lavar sua própria roupa. Enfim, após serem trabalhados em grau de autonomia na Vila Terapêutica, os moradores são transferidos para as residências na cidade.

C – Participantes da Pesquisa

Critérios para a inclusão dos sujeitos:

1 – Todos os profissionais de referência da equipe multidisciplinar que prestam cuidados aos doentes mentais crônicos / institucionalizados, no setor Núcleo de Convívio, e que aceitaram a participar da pesquisa.

2 – Todos os clientes, moradores do Núcleo de Convívio, que estavam sob os cuidados da equipe multidisciplinar e dos profissionais-referências da equipe descrita, e que aceitaram participar da pesquisa.

D – Instrumento de Coleta de Dados

Utilizou-se entrevistas, que foram gravadas em fita K7, com o consentimento dos sujeitos. Elaborou-se, ainda, para cada grupo de sujeitos (1 e 2), questões pertinentes, porém semelhantes (Anexos 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. Do total de participantes da pesquisa, duas profissionais recusaram-se a participar da entrevista mas aceitaram responder por escrito as questões da entrevista.

Os entrevistados foram contactados diretamente no próprio serviço. Nessa ocasião, após uma explicação sobre o interesse e os objetivos desta pesquisa, foi solicitada a colaboração do profissional de saúde. O dia, horário e local para a 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.

Foi utilizado gravador durante as entrevistas, mediante o consentimento prévio de cada entrevistado, o que possibilitou o registro do material. Posteriormente, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra.

E – Procedimentos Éticos

Para o desenvolvimento do estudo, inicialmente, foi solicitado autorização do Diretor Técnico Administrativo do Hospital, que deferiu o pedido. Também encaminhou o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Fez parte do instrumento, o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foi firmado que os procedimentos da pesquisa asseguravam a confidencialidade, privacidade e a imagem dos participantes; dele constaram, também, autorização para uso dos dados do estudo no ensino e pesquisa. Após ter em mãos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, reteve-se uma via e a outra foi entregue ao participante.

F – Procedimentos de Análise dos Dados

Os sujeitos do estudo tiveram seus nomes substituídos por números de 1 a 19, assim distribuídos: de 1 a 11 referiam-se aos moradores e de 12 em diante aos profissionais-referências, com o objetivo de resgatar sua identidade.

O material coletado foi analisado de forma qualitativo-descritiva, fazendo comparação das informações obtidas entre os dois grupos pesquisados. Para análise temática, utilizou o referencial de MINAYO (2000).

GIL (1994) afirma que a análise dos dados tem a finalidade de organizar e resumir os dados obtidos durante a investigação, possibilitando, assim, a obtenção de respostas ao problema proposto.

Nessa etapa da pesquisa, as respostas de cada grupo de sujeitos foram agrupadas com base na aproximação das idéias e expressões contidas no seu conteúdo.

IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

Moradora 1 – Mulher de 73 anos de idade internada desde 1960 no Hospital Santa Tereza, sem família localizada; pouco comunicativa. Deambula por todo hospital; quase não se comunica, e costuma se aproximar da equipe ou dos demais moradores somente quando solicitada.

Morador 2 – Homem de 54 anos de idade, que viveu durante 18 anos em outra instituição hospitalar e veio transferido para o Hospital Santa Tereza há dois anos. Tem o hábito de sair do hospital e ir à cidade de ônibus, e só volta quando algum funcionário do hospital o encontra.

Morador 3 – Homem de 57 anos de idade, internado desde 1976, sem família localizada, deambula por todo o hospital e diz que sua família é da Bahia.

Moradora 4 – Mulher de 65 anos de idade, internada desde 1973, com família localizada. De tempo em tempo, sai de alta licença para visitar a família.

Moradora 5 – Mulher de 73 anos de idade, internada desde 1982, com família localizada, obesa, bastante comunicativa. Tem dificuldade para se locomover devido à obesidade, gosta de comidas “engordativas”.

Morador 6 – Homem de 70 anos de idade, internado há 53 anos, com família localizada. É atencioso, gosta de conversar, de usar palavras rimadas e de tocar bandolim.

Morador 7 – Homem de 45 anos de idade, internado desde 1983, sem família localizada; comunica-se apenas por monossílabos “Não”, “Sim”, “Nada”.

Morador 8 – Homem de 68 anos de idade, viveu durante 23 anos em outra instituição hospitalar, e veio transferido ao Hospital Santa Tereza há três anos. Tem uma namorada no setor.

Morador 9 – Homem de 69 anos de idade, internado desde 1968, gosta de cultivar horta.

Moradora 10 – Mulher de 65 anos de idade, viveu durante 23 anos em outra instituição hospitalar e veio transferida para o HST há três anos; tem um namorado no setor.

Morador 11 – Homem de 58 anos de idade, internado desde 1983 no HST, sem família localizada. Gosta de andar por todo o hospital, fala muito em entidades religiosas, santos.

Prosseguindo, apresenta-se as respostas dadas pelos moradores às questões sobre o profissional-referência, e estas evidenciam que os onze moradores que aceitaram participar da pesquisa não conheciam o termo profissional-referência, porém souberam dizer qual o profissional mais próximo dele que lhe transmitia orientações / cuidados, e sabiam até mesmo seus respectivos nomes.

Analisando as respostas dos moradores, conclui-se que eles percebem o profissional-referência como a pessoa que **FAZ POR...**

Para facilitar a análise das respostas, o conteúdo foi dividido nas seguintes categorias temáticas: Ela faz por..., Ela cuida de mim..., Ela me ensina..., Autonomia, Atividades que os moradores gostariam de aprender.

TEMA : ELA FAZ POR...

- Atividades que o morador realiza com seu profissional-referência. Nesta categoria, os moradores citam as atividades, utilizando as seguintes verbalizações:

- Ela me leva
- Ela faz
- Ela manda

...ela me leva prá cidade, compra bolacha, roupa... (1)

As frases *...me leva prá cidade...* e *...ela compra prá mim...*, aparecem também na fala dos seguintes moradores:

...me leva no banco... (3)

...ela me leva prá comprar roupa... (4)

...ela compra prá mim... (8)

...ela paga tudo prá mim... (9)

...ela toma conta de mim, compra as coisas que eu gosto...(10)

É relevante pensar qual a percepção dos moradores a respeito de “serem levados à cidade” , e não de serem simplesmente acompanhados. A frase usada “ser levada à cidade” sugere uma atitude passiva e não-participativa do morador, ou seja, ele verbaliza que é conduzido / transportado à cidade, uma ação executada por outro, que no caso é o profissional-

referência. Esta idéia é confirmada quando a moradora segue dizendo ...*ela* – (profissional-referência) – *compra bolacha, roupa...*, ou seja, ela percebe que uma outra pessoa executa a ação e ela fica à parte, passiva. No processo da reabilitação psicossocial, este é o momento em que a moradora poderia reaprender a participar da vida, aumentando suas habilidades, escolhendo, solicitando o produto ao vendedor, relacionando-se com esses, enquanto o profissional apenas o auxiliaria, se necessário, por exemplo na escolha, trocaria idéia sobre a aquisição dos produtos e o acompanharia ao caixa para ele mesmo realizar o pagamento. Com isso, a moradora participaria realmente do processo, e o profissional estaria desenvolvendo um ponto fundamental da reabilitação, que é a autonomia.

PITTA (1994) assinala que a reabilitação psicossocial implica aumento da contratualidade afetiva, social e econômica, fatores que viabilizam um bom nível de autonomia para a vida na comunidade, por isso é necessário que o morador participe das atividades juntamente com o profissional, a fim de desenvolver autonomia e adquirir habilidades; é também imprescindível que a atenção esteja centrada na pessoa do morador e não na doença (nas suas deficiências).

Para SARACENO (1999) a reabilitação é um conjunto de procedimentos que procura aumentar as habilidades e diminuir a deficiência do doente. Considera necessário dispor de uma estrutura que tenha condições de co-envolver o morador, em primeira pessoa, nas fases de assessoramento funcional e dos recursos ambientais, de planejamento e de implementações das intervenções, ou seja, a reabilitação se faz com o cliente e não para o cliente.

Acredita-se que o profissional desenvolva outras atividades com tais moradores, porém o que ele consegue perceber e verbalizar, resume-se nas frases gravadas e transcritas neste estudo.

Segundo a percepção do morador no relato seguinte, a participação do profissional consiste em apenas mandar fazer algo:

...ela manda lavar roupa e eu levo prá lavanderia e os empregados lavam...(6)

A atenção psicossocial envolve diferentes procedimentos, tais como : "mediar as trocas sociais" do cliente no sentido de aumentar sua contratualidade; favorecer maior "grau de gerenciamento de si próprio" em busca de mais autonomia e "tornar-se referência" para garantir um vínculo de confiança e continuidade no atendimento (CAMPOS, 1999).

Todas estas atividades conjugam cuidado e administração da loucura, tendo em vista as limitações que esta impõe ao indivíduo para viver no meio social e vencer os conflitos.

TEMA: ELA CUIDA DE MIM...

Nos relatos a seguir, os moradores verbalizam gostar do profissional:

...ela é boa comigo, me leva prá cidade, ela pega o dinheiro no banco prá mim, me leva prá fazer compras... (4).

...eu gosto muito dela... (5)

...ela é boa comigo, gosto dela e ela gosta de mim... (6)

...ela é boazinha comigo... (8)

...ela é muito boa, legal... (9)

...gosto dela... (10)

Ao dizerem que as profissionais-referências “são boas com eles”, nota-se que os moradores percebem a atenção que recebem do profissional, porém não chegam a pontuar atividades simples como as da vida diária e prática (participação nos cuidados de higiene pessoal e mesmo, em atividades de arrumação, cozinha e outras) que desenvolvem junto com os profissionais-referências. Por isso, é importante para o morador conhecer seu projeto terapêutico individual, que deve incluir as atividades de vida diária e de vida prática. Um exemplo dessa necessidade evidencia-se nas falas de dois moradores:

...não faço nenhuma atividade com ela não... (7;11)

Estes moradores não conseguiram citar nenhuma atividade realizada juntamente com seus profissionais-referências.

O projeto terapêutico individual constitui-se num instrumento através do qual os profissionais caracterizam as necessidades pessoais dos clientes, bem como as estratégias para trabalhá-las. No setor pesquisado, existem os projetos terapêuticos individuais específicos para cada morador, elaborados pelos profissionais-referências. Estes projetos são discutidos em reuniões com outros profissionais, e particularmente com o próprio morador, mas chama atenção o fato de o morador não perceber esse procedimento, tanto que não se refere ao projeto em nenhum momento. Nos contatos com o morador, o profissional-referência tem que repetir várias vezes as informações e se o que foi falado não constar do dia-a-dia, o morador acaba não

assimilando as informações, ou seja, o conteúdo do projeto terapêutico tem que fazer sentido, ter significado para o morador.

Para MOSTAZO E 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 atividades de vida prática (AVP) estão voltadas para o resgate da cidadania, porém a maioria dos moradores entrevistados não deram ênfase nem às atividades de vida diária e nem prática.

Esses dados levam a crer que o processo de cronificação influenciou para que eles perdessem a perspectiva de voltar a morar na cidade, ter sua própria casa, e também não os deixou perceber que as atividades de vida diária visam sua reabilitação psicossocial, com o reconhecimento de suas habilidades no seu próprio cuidado.

Essa idéia, parece-nos presente na fala seguinte:

...nós vamos prá cidade só prá comer, comprar o que quiser e pronto... (6)

Este morador se sente apenas acompanhado nas idas à cidade –...nós vamos prá cidade... Porém, ao referir: *...vamos prá cidade só prá comer, comprar o que quiser e pronto...*, emerge da sua fala o termo "entretenimento" abordado por (SARACENO,1999). Entreter significa "ter dentro" e também "passar prazerosamente o tempo". Quando o morador fala em "ir prá cidade só prá comer e comprar o que quiser" parece referir-se a passar prazerosamente o tempo e retornar ao hospital; ele não percebe nisso um aprendizado, apenas entretenimento.

TEMA: ELA ME ENSINA...

Os moradores a seguir, falam que são ensinados por sua profissional-referência:

...ela me ensina a lavar roupa na máquina, a escovar os dentes... (5;8).

Eles não verbalizam atividades específicas da vida diária e prática, além da higiene oral e de aprenderem a lavar “roupa na máquina”. Acredita-se que talvez, seja mais importante para o morador aprender a lavar suas roupas de forma mais simples, por exemplo no próprio tanque da unidade, aprendendo todo o processo, pois ao ser conduzido à vida na cidade, ele pode não ter máquina de lavar ou ainda, ela pode ser de modelo diferente.

FREIRE (1986) refere que o processo de ensinar é, por essência, interativo e estimula a criatividade humana. Entende-se no contexto da reabilitação psicossocial, que cuidar é por essência, um processo interativo entre a equipe e o cliente, principalmente, na área da saúde mental, na qual existem ações, atitudes e comportamentos que podem ser passivos ou ativos. É fundamental que o cliente desempenhe um papel menos passivo para ser responsável pelo seu próprio cuidado, principalmente, no que se diz respeito às situações de educação para a saúde. Essas ações devem ser realizadas com o cliente como um ato facilitador de promoção, manutenção da recuperação da autonomia e dignidade, construindo portanto, um processo de transformação de ambos, profissional e cliente (SPADINI & BUENO, 2005).

A interação é fundamental no trabalho de reabilitação psicossocial, pois envolve a observação e o levantamento de questões, possibilitando a reflexão e a crítica. Uma conduta já direcionada ou rígida do profissional, acaba inibindo o cliente de se expressar. Dessa forma, se perdem oportunidades importantes de se conhecer melhor a individualidade do cliente que está sendo atendido e de colaborar de maneira mais efetiva nesse processo de reabilitação.

É fundamental que a atenção psicossocial envolva diferentes procedimentos e que o cliente desenvolva um papel menos passivo, pois assim será responsável pelo seu próprio cuidado, principalmente no que diz respeito às ações de educação para a saúde, as quais devem ser realizadas com o cliente e se constituírem num ato facilitador de promoção, manutenção da recuperação da autonomia, construindo, assim, um processo de transformação em ambos, profissional e cliente.

O processo ensino-aprendizado não deve configurar-se apenas na pessoa do profissional que geralmente, deposita várias informações de uma só vez no cliente; ao contrário, o profissional deve aproveitar os conhecimentos e facilidades do cliente e, aos poucos, inserir as informações novas e necessárias, para promover o desenvolvimento desejável da autonomia e das habilidades.

TEMA: AUTONOMIA

Alguns moradores parece ignorarem o profissional-referência, como se eles não fizessem parte de suas vidas:

- Eu faço sozinho
- Não preciso de ninguém

...eu limpo meu quarto, corto minhas unhas.. Eu limpo a cozinha aqui, também lavo os pratos... (6)

Nota-se que este morador tem mais autonomia, é mais independente; algumas coisas ele faz sozinho e em outras, é estimulado; também realiza atividades de higienização pessoal e de vida diária, como lavar pratos etc.

...eu tomo banho sozinho, me troco sozinho. Não preciso de ninguém não. Eu pego ônibus sozinho. Eu tenho carteira do ônibus e fico com ela. Eu ando na cidade sozinho, eu gosto de ir sozinho e não gosto de voltar; é que eles me acham e me trazem de volta, senão não volto não. Não faço nenhuma atividade com ela porque só faço coisas sozinho... (2)

Parece claro no texto que o morador não se vinculou ao profissional, nem ao hospital; ele só retorna à instituição quando “eles o acham”. Em vista disso, é necessário realizar um estudo para conhecer as reais necessidades deste morador. E já que o objetivo do Núcleo é promover a autonomia e a conseqüente saída do cliente, este deveria ter um projeto particular que objetivasse sua saída do hospital e não sua manutenção como morador do Núcleo. No decorrer do estudo, o profissional acompanharia a evolução do caso e a possível transferência do usuário para um local na

comunidade onde ele se sinta melhor, com mais condições de crescimento pessoal.

TEMA: Atividades que os moradores gostariam de aprender

...eu queria aprender a conversar direito, melhor... (3)

...eu queria aprender a cozinhar feijão... (10)

Os demais moradores disseram que não precisavam aprender nada, e isto sugere que, para eles, a idéia de sair do hospital está tão longe que nem conseguem pontuar quais atividades necessitariam aprender enquanto se preparam para morar na cidade.

Uma das interessadas em aprender algo, como citado, é a moradora 3. Ela se comunica verbalmente com fluência, porém é tímida e gostaria de melhorar sua forma de comunicação. Já a moradora 10, que também manifestou interesse, quer aprender uma atividade da vida diária: cozinhar feijão.

O desejo de aprender está ligado às necessidades percebidas no seu dia-a-dia, por isso, se os moradores tivessem um programa gradativo de inserção na vida fora do hospital, possivelmente sentiriam necessidade de obter mais informações para se prepararem melhor e se tornarem mais independentes.

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

Dos oito profissionais-referências, dois são graduados (um enfermeiro, o outro psicólogo), cinco são auxiliares de enfermagem e um, atendente de enfermagem, conforme quadro a seguir:

PROFISSIONAIS-REFERÊNCIAS

01	Enfermeiro
01	Psicólogo
05	Auxiliares de enfermagem
01	Atendente de enfermagem

A faixa etária dos profissionais-referências variou de 30 a 60 anos, e o tempo de trabalho, na função, de três a dez anos.

FAIXA ETÁRIA DOS PROFISSIONAIS-REFERÊNCIAS

30 - 40 anos	01
40 - 50 anos	05
50 - 60 anos	02

TEMPO DE TRABALHO COMO PROFISSIONAL-REFERÊNCIA

01	Não respondeu
01	03 anos
01	04anos
02	05 anos
01	06 anos
01	08 anos
01	10 anos

Para facilitar a análise das respostas, estas foram divididas nas seguintes categorias temáticas: Eu faço por...; a profissional cuida do benefício; eu ajudo / oriento / supervisiono; eu elaboro o Projeto Terapêutico Individual (PTI); recursos que o profissional dispõe para auxiliá-lo em suas atividades como referência.

TEMA: EU FAÇO POR...

- quais atividades você realiza como profissional-referência?

- Eu levo o morador para...
- Cuido dela
- Eu compro prá ela / faço por ele

...eu cuido dela, eu fico com ela, levo ela prá sair, faço compra prá ela... (12)

... eu compro bolacha prá ela... (13)

...compro coisas prá ela e trago as coisas que ela gosta... (14)

...eu arrumo o guarda-roupa dela... (15)

...levo-a prá cidade, compro coisas prá ela... (16)

Nestas falas, percebe-se que as profissionais são as donas das ações e os moradores, objetos que recebem a ação. Ainda que apareça no contexto de atenção ao morador, os profissionais não mencionaram cuidados específicos em nível pessoal ou de vida diária. Ao dizer: *eu fico com ela*, evidencia-se a conotação de companhia apenas, sem maiores orientações.

Levo ela prá sair, ou seja, ela não acompanha a moradora e, sim, a leva / carrega / conduz / transporta. Na frase: *Eu faço compra prá ela*, percebe-se que o profissional compra pela moradora, tornando-a passiva. Tais fatos não devem 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 e preservação da sua individualidade (CORREIA, 1980).

A questão de fazer por ela ou para ela, aparece na fala dos profissionais: 12 (citado); e nos demais abaixo:

...eu a levo ao banco... (15)

...eu compro prá ela...(16)

...eu arrumo o guarda-roupa dela...(17)

Assim como já pontuamos anteriormente na introdução deste trabalho, é pensamento de CAMPOS (1999, p.393) que:

[...] deve-se esperar do referência, principalmente a capacidade de estimular e de acompanhar as escolhas dos seus clientes, ou seja, mais do que fazer coisas e cuidar, caberia ao referência potencializar a capacidade de investimento de seus pacientes em projetos ou em objetos identificados e construídos durante o processo de tratamento, assentado no adequado manejo do vínculo. Assim, produzir maiores coeficientes de autonomia entre os pacientes, muito mais do que fazer as coisas no lugar deles. Assim, fortalecê-los para defender sua própria cidadania, prepará-los para viver no mundo contemporâneo, fortificá-los para lidar com suas

próprias famílias, com o trabalho, o lazer, com a vida enfim. Isto mais do que substituí-los nestas relações.

Pelo exposto, entende-se que ao profissional-referência, portanto, cabe realizar um trabalho de análise e de apoio à práxis que os usuários forem criando. Para tanto, é necessário desenvolver um trabalho conjunto no dia-a-dia.

Na verbalização abaixo, a profissional pontua:

...eu trago as coisas que ela gosta, mando fazer roupas sob medida, alguém vem fazer as unhas dela... (13)

Percebe-se que a profissional-referência não chegou a verbalizar coisas específicas referentes à implementação do projeto terapêutico individual da sua moradora-referência, tanto que se prendeu mais à questão de saída, comprar as coisas que a moradora gosta, ou seja, fazer por ela.

Para FURTADO (2006) é fundamental que a construção do projeto terapêutico ocorra a partir de várias perspectivas e com base na interação entre os clientes e seus profissionais-referências, e também nas interlocuções destes últimos com seus pares e com outros grupos, como família, instituições de saúde, setores culturais, socioeducacionais etc. 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, sempre articulados pelos profissionais-referências.

A profissional 17 refere:

...eu pego o benefício dele e o levo à cidade, quando quer ir. As unhas das mãos dele sou eu quem corto, e as dos pés, eu levo no Só Pé; eu o levo no barbeiro da cidade uma vez ao mês; arrumo o guarda-roupa dele...

Segundo os relatos, a profissional arruma o guarda-roupa para o morador e o leva ao barbeiro, colocações que corroboram relatos anteriores de outros profissionais. Em nenhum momento, referem-se a um projeto específico para a moradora-referência. Não refere o significado disso para aquela moradora, ou seja, por que para sua autonomia, é importante ter seu armário arrumado?

CAMPOS (1999, p.394) coloca que:

[...] o trabalho do profissional-referência não seria apenas o de fiscalizar o tratamento e a reabilitação de sua clientela adscrita. Tampouco caberia-lhe apenas a responsabilidade por administrar os deslocamentos de seus pacientes-referências entre os serviços de saúde e a sociedade. Pensar o papel do referência como uma espécie de gerente dos casos sobre sua responsabilidade é pouco. A principal função do referência seria elaborar o projeto terapêutico individual. E, um projeto terapêutico individual implica em certo diagnóstico, depende uma excelente aproximação entre cliente, família e referência, e implica na instituição de práticas, individuais, de grupo ou mais coletivas.

Como dito, o profissional-referência elabora o projeto terapêutico individual, discute-o com a equipe e todos em conjunto devem se responsabilizar pela execução das intervenções, mas conforme o entendimento que for adquirindo sobre o caso deve solicitar apoio de outros profissionais e equipes. No entanto, a iniciativa a ser tomada, a cada caso, e a principal responsabilidade pelo desdobramento do projeto ficam com o referência (CAMPOS,1999).

...tomam banho sob supervisão, e aí eu vejo a roupa que fica melhor prá ele... (14)

Quando diz “tomam banho sob supervisão”, aparece a preocupação do profissional com a higiene corporal diária dos moradores, não parecem preocupados em ensiná-los sobre as roupas e calçados que vão usar. O profissional escolhe a roupa, mas não chega a conversar qual a melhor roupa para os dias de calor ou de frio nem a estimulá-lo a fazer suas escolhas.

Nesse sentido, a profissional 4 diz: *...procuro limpar o guarda-roupa e deixar tudo arrumadinho com ela junto...*, ou seja, a moradora “fica junto”, o que indica aprendizado apenas com a observação, sem envolvimento do morador.

Cabe-nos pensar aqui sobre o Projeto Terapêutico Individual dessa moradora que passivamente observa a “arrumação de seu armário” pela profissional-referência. Nem processo de reabilitação psicossocial, o cliente deve ser colocado em uma posição menos passiva possível, para que utilize sua forma de expressão, criatividade e desenvolvimento de habilidades, que é

o previsto num projeto terapêutico individual. Talvez, a forma de arrumar o guarda-roupa para a profissional seja de um jeito, e para a moradora, seja de uma forma ou um gosto diferente.

TEMA: A PROFISSIONAL CUIDA DO BENEFÍCIO...

Benefício é o nome dado à pensão da Previdência Social, que alguns moradores recebem mensalmente, no valor de um salário mínimo, por ter sido considerado incapaz.

...dentro do hospital a gente trabalha mais é orientando o morador-referência. E fora do hospital (na cidade), a gente trabalha mais com os benefícios de levá-lo ao banco para estar mostrando as notas como são realmente. São coisas assim...(16)

A profissional fala sobre orientações dentro do hospital, mas não chega a verbalizar ações pontuadas no projeto terapêutico específico do morador. Fora do hospital, “leva” a moradora ao banco para mostrar-lhe o dinheiro, enfim, ela cuida do benefício. As verbalizações “cuidar do benefício” “controle de gastos”, aparecem também nas falas dos seguintes profissionais:

...eu cuido do benefício do morador...(12)

...eu tenho que ficar com o troco do benefício, que fica prá prestar conta no fim do mês... (13)

...eu fico com o benefício e se ele pede alguma coisa, eu compro. Procuo guardar bem o dinheiro comigo em casa, pois dá medo, né?... (14)

...eu recebo o benefício e o ajudo a comprar coisas que ele quer, depois o que sobra tenho a preocupação de deixar bem guardado, porque não tem jeito, já falaram que se quisermos trabalhar aqui, com reabilitação, nós temos que cuidar do dinheiro mesmo...(15)

...eu recebo o benefício, acompanho os gastos e depois tenho que prestar conta...(17)

...gasto o benéfico de acordo com as implementações do PTI... (18)

...faço recebimento e gasto de benefício com o morador... (19)

É importante pensar no benefício do morador como um instrumento disponível para auxiliá-lo no processo de reabilitação psicossocial, pois só assim ele tem a possibilidade de conhecer o valor do dinheiro, fazer escolhas e aquisições de acordo com suas necessidades e possibilidades; com isso o profissional-referência promove sua autonomia no processo de escolha e compra de produtos.

Ser profissional-referência é uma atribuição de difícil desempenho, pois implica inclusive lidar com a questão financeira dos

moradores, como refere a profissional 13: *...eu tenho que ficar com o troco do benefício, que fica, prá prestar conta no fim do mês...* . Este relato mostra como este profissional se sente por assumir a responsabilidade de ficar com o dinheiro do outro, uma vez que apenas alguns profissionais desse setor são referências, apesar de toda a equipe conhecer os PTIs e participar do seu desenvolvimento.

A colocação do profissional 15: *...eu recebo o benefício e o ajudo a comprar coisas que ele quer, depois o que sobra tenho a preocupação de deixar bem guardado, porque não tem jeito, já falaram que se quisermos trabalhar aqui, com reabilitação, nós temos que cuidar do dinheiro mesmo...*; evidencia o sentimento de alguns membros da equipe, responsáveis pelo controle do benefício do morador, por serem referências; já uma outra parte da equipe, que não é referência, apenas acompanha as implementações do Projeto Terapêutico Individual, e não controla gastos e benefícios do morador.

Segundo FURTADO (2006) o modelo de equipes de referência serve para qualificar a atenção dada ao usuário e possibilitar verdadeira interação técnica e subjetiva entre os componentes das equipes. No entanto, isso envolve o enfrentamento de vários obstáculos, como a organização tradicional das instituições tendentes à manutenção do *status quo*; o excesso de demanda e carência de recursos; a disputa pelo poder entre os níveis da instituição e corporações profissionais, dentre outros.

TEMA: EU AJUDO/ ORIENTO/ SUPERVISIONO.....

...eu ajudo na horta, compro as sementes que ele me pede...(17)

... faço acompanhamento e orientações de AVD e AVP dentro do hospital....(18)

Para MOSTAZO & KIRSCHBAUM (2003) as atividades ocupacionais e o trabalho se perpetuam por meio de relações interpessoais, que possibilitam aos sujeitos maior perspectiva na interlocução social, bem como reintegração do portador de transtorno mental ao seu meio.

Segundo a profissional, auxiliar “na horta” faz parte do plano terapêutico de seu morador-referência, vista como uma atividade ocupacional, proporciona ao usuário direcionamento dentro de seu processo reabilitativo e o reconhecimento do desenvolvimento de suas habilidades.

As atividades de vida diária e de vida prática ganham um caráter terapêutico e avançam em uma representação de produção, isso porque o trabalho não apenas traz bem-estar, mas também a remuneração. Neste caso, em especial, o morador cuida da horta e colhe verduras para ele e para o setor a que pertence; não as vende, embora pudesse.

TEMA: EU ELABORO O PTI

...Elaboro PTI e acompanho a sua implementação...(17;18;19)

Dos profissionais entrevistados, apenas os três citados se referiram à elaboração e implementação do projeto terapêutico individual.

MOSTAZO & KIRSCHBAUM (2003) mencionam que ao desenvolver seu trabalho, o profissional-referência tem a necessidade 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; em consequência dela, deixa de ser um indivíduo produtivo e auto-suficiente e passa a depender de cuidados físicos e da atenção emocional de outra pessoa. A fragilidade vivida estreita as relações interpessoais, e o paciente que é também marido, pai, chefe de família, trabalhador, amigo, passa a ser em todas as dimensões apenas um paciente. Nesse sentido, a atividade ocupacional ajuda-o a encontrar novas possibilidades para ser produtivo e a recuperar a auto-estima, através da execução de atividades, e com isso ampliar seu papel no campo relacional, muitas vezes reconstruído ou construído no fazer (contratualidade).

TEMA: RECURSOS QUE O PROFISSIONAL DISPÕE PARA AUXILIÁ-LO EM SUAS ATIVIDADES COMO REFERÊNCIA

...às vezes contamos com a condução do hospital para saídas externas, mas os moradores que têm benefício pagam táxi, pois o combinado é não sobrecarregar as saídas das viaturas do hospital... (13)

...talvez as viaturas, mas nem sempre podemos contar com a viatura do hospital... (14)

...penso que temos disponível apenas os carros do hospital para saídas...(15)

...o recurso que tem prá ele é o que a gente compra, a maioria das coisas a gente adquire e compra; agora aqui dentro, usa mais a lavanderia, por exemplo, se a gente compra uma roupa e eles vão lavar. Isso é uma alegria prá eles, né?... (16)

...talvez, os carros da garagem, mas nem sempre estão disponíveis... (17)

...transporte (poucas vezes) e em algumas situações equipe multidisciplinar, telefone, alguns materiais para oficina... (18)

...veículos para saídas externas ou viagens, telefone, núcleo de processamento de roupas, nutrição, almoxarifado, farmácia, PTI., equipe... (19)

Percebe-se que alguns relatos reforçam apenas o uso do transporte hospitalar, como recurso principal da instituição, enquanto outros profissionais falam de uma estrutura desejável para toda instituição hospitalar: farmácia, almoxarifado, núcleo de processamento de roupas. No caso da reabilitação psicossocial, seria interessante que a instituição oferecesse aos profissionais condições para desenvolver junto com o morador pequenas plantações, como hortas etc, ou até mesmo que possuísse uma cozinha ampla para o ensino e desenvolvimento de habilidades, e ainda que a equipe voltasse seu olhar para estes recursos no preparo do morador. Questões como estas não foram citadas pelos profissionais como recursos facilitadores / disponíveis.

No processo de reabilitação, espera-se que toda a instituição esteja pronta para colaborar na inserção do morador na sua comunidade, e que não signifique apenas o desenvolvimento de um programa elaborado por um grupo de profissionais.

Para CAMPOS (1999) em todas estas modalidades de serviços, especialistas e profissionais deveriam organizar uma rede de serviços matricial de apoio às equipes de referência, com um cardápio bastante amplo, de maneira a enriquecer a composição dos projetos terapêuticos individuais. Além disso, esta organização deveria ampliar as possibilidades e a composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diluir a responsabilidade do profissional sobre os casos, e sem criar percursos intermináveis de encaminhamentos. Por outro lado, possibilitariam aos trabalhadores realizar, de forma mais livre, o trabalho em espaços nos quais pudessem se dedicar mais a atividades do gosto particular do morador. Isto é particularmente verdadeiro quando se pensa no imenso cardápio de atividades matriciais que podem ser oferecidas; exemplo: uma enfermeira, além de sua atividade nuclear típica, poderia também dispender de algumas horas de sua jornada para trabalho em grupos terapêuticos, caminhadas etc.

O objetivo desta proposta estaria voltado à criação de um modelo de atendimento mais singularizado e personalizado, em que cada técnico (ou um pequeno grupo de técnicos, mini-equipe) fosse responsável por uma clientela adscrita mais ou menos fixa, podendo tanto potencializar o papel terapêutico inerente à dialética de vínculo, quando bem trabalhada, como também permitir que os profissionais acompanhassem melhor o processo saúde/enfermidade/intervenção de cada paciente.

Tema: MAIS RECURSOS HUMANOS...

- **Falta psicóloga**

...eu acho que se tivesse uma psicóloga que nos ajudasse a trabalhar com o doente mental, pois ela tem mais jeito e poderia começar o trabalho e depois o profissional-referência continuava mais essa ajuda... (12;14;16)

...temos uma psicóloga, mas ela cobre a gerência... (14)

...a psicóloga atua mais como substituta da gerência.... (16)

Nota-se, nos relatos dos profissionais, a necessidade de apoio que sentem de um outro profissional que verbalizam ser o “psicólogo”, para orientá-los sobre o quê e como fazer com o cliente. As falas citadas, deixam claro, essa necessidade de apoio que direcionam ao psicólogo.

- **Faltam auxiliares de enfermagem**

...acho também que faltam mais auxiliares de enfermagem porque às vezes, ficamos em duas para atender todos os moradores, a enfermeira ainda é responsável por outros dois setores, então fica difícil... (12;13;14;17)

...eu acho que deveria haver mais atividades. Não temos recursos suficientes. Às vezes, ficam somente dois da enfermagem de plantão para cuidar de todos... (16)

Todos estes profissionais verbalizaram as dificuldades, também, quanto ao número de auxiliares de enfermagem disponível para a execução do trabalho.

- **Falta terapeuta-ocupacional**

Os profissionais 14, 15, 16 e 17 referiram que falta terapeuta ocupacional, pois não há nenhum disponível para o trabalho nesta unidade.

...falta terapeuta ocupacional, que poderia estimular a leitura, a trabalhar em outras coisas...O profissional-referência tem que cuidar e tomar conta do paciente, das coisas dele, até do benefício, que você presta conta. Então é tudo, né? É uma coisa muito complicada...(15)

- ***Faltam recursos humanos**

...faltam mais recursos humanos, capacitação dos mesmos, ambiente institucional democrático para possibilitar a saúde mental aos pacientes-moradores e funcionários...(18)

*** Falar a mesma língua.**

A profissional 13 referiu que os profissionais precisam falar a mesma língua:

...eu acho que aqui, deveríamos falar a mesma língua, pois a moradora-referência sob minha responsabilidade é obesa, e sempre vemos o setor de nutrição dando comida extra prá ela...(13)

A profissional sente necessidade de que toda a instituição realmente se envolva no processo de assistência aos moradores.

Segundo FURTADO (2006) um centro de reabilitação deve ter equipes de referência compostas por enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico e assistente social, e quando o número de profissionais for suficiente, pode contar com dois, três ou mais elementos das diferentes especialidades nas equipes devendo cada uma delas possuir como características: a) a inclusão de profissionais de categorias distintas; b) definição de clientela adscrita, permitindo o acompanhamento longitudinal e formação de vínculo entre trabalhadores e usuários; c) formulação de projetos terapêuticos singulares para os casos mais complexos e/ou de maior vulnerabilidade; d) poder de decisão no que concerne ao trabalho da equipe (algum grau de co-gestão).

O modelo de equipes de referência serve para qualificar a atenção ao usuário e possibilitar verdadeira interação técnica e subjetiva entre os componentes das equipes (MIRANDA & FURTADO, 2006; FURTADO,

2001). No entanto, tal mudança envolve o enfrentamento de vários obstáculos, por exemplo, a organização tradicional das instituições tendentes à manutenção do *status quo*, excesso de demanda e carência de recursos, a disputa de poder entre níveis da instituição e corporações profissionais, dentre outros (DOMITTI & CAMPOS, 2005).

Vale ressaltar que este modelo realiza um recorte diferente ao agregar distintas categorias profissionais em torno dos casos a serem atendidos, superando a organização dos serviços, cujos departamentos (de enfermagem, de psicologia etc.) baseiam suas interações em “interconsultas”. As equipes de referência constituiriam-se na menor unidade organizacional e administrativa dos serviços nos quais são implementadas, ou seja, as instituições assim organizadas não mais reconhecem posturas individuais ou estritamente corporativas. Esse arranjo desloca o poder das profissões e corporações de especialistas e reforça o poder de gestão da equipe interdisciplinar (CAMPOS, 1997).

Naturalmente, deveriam garantir um espaço sistemático para encontro dos integrantes da equipe, onde discutiriam os casos novos, avaliariam os pacientes em acompanhamento e definiriam as ações necessárias. Esse espaço, deveria ser destinado, também, para supervisão clínico institucional; oficinas de planejamento; para os grupos discutirem os problemas encontrados e tomarem outras iniciativas que permitissem emergir e circular a palavra, sem deixar de se levar em conta os conflitos e afetos inerentes à lida intensiva com pacientes graves (CAMPOS, 1999). A tarefa da equipe de referência constitui-se em trabalho com e entre muitos, por isso o modelo de gestão e outras formas de organização do serviço deverão garantir à equipe a possibilidade de análise de seus inevitáveis conflitos, estabelecendo

arranjos e dispositivos institucionais que possibilitem o convívio com a diferença e apesar dela. Afinal, a interprofissionalidade pressupõe maior freqüência e intensidade de relações e a superação de contatos protegidos por normas e protocolos, que exigem mais cuidado e análise constantes nas diferentes interações estabelecidas pelos coordenadores do serviço.

Além de ser um arranjo destinado a concretizar e potencializar o compartilhamento de práticas e saberes, a organização de serviços, segundo a proposta de equipes de referência, permite a superação de relações especulares entre terapeuta e paciente (sobretudo quando se trata de doenças crônicas, com acompanhamento de longo prazo) e o recebimento de apoio de um dado profissional por parte dos outros colegas da equipe de referência, quando lidarem com casos especialmente difíceis. Um cuidado constante a ser tomado é que a equipe de referência deve ocupar um lugar de importância, não o de centro, na relação com o paciente – este, sim, deve ser o foco das ações e reflexões da equipe; a organização de serviços deveria garantir, ainda, trânsitos e trocas entre essas equipes em um mesmo serviço, evitando o enclausuramento e eventuais disputas entre elas.

É importante que a equipe seja composta por profissionais de diversas formações (equipe multidisciplinar), onde cada profissional poderia oferecer sua contribuição durante o atendimento ao usuário do serviço, pois poderia haver troca de informações e atuações mais integradas na assistência ao doente mental.

HIRDES (2000) coloca a importância da democratização do conhecimento para toda a equipe, ou seja, todos precisam ter acesso ao conhecimento para que o serviço tenha um desenvolvimento uniforme. Caso contrário, poderia imperar a dicotomia entre a prática e a teoria, causando falta

de integração entre os elementos da equipe. A desintegração da equipe, variável favorável ao desenvolvimento da enfermidade, poderia comprometer a eficácia das intervenções.

Para CAMPOS (1999) o arranjo organizacional das equipes de referência tem seus pilares centrais nas noções de vínculo terapêutico, interdisciplinaridade e gestão colegiada, na busca de superação do modelo médico hegemônico e de fragmentação das ações em saúde.

CAMPOS (1999, p.395) refere:

[...] equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. O máximo de poder delegado à equipe interdisciplinar.

De acordo com esta proposta, os serviços poderiam ser organizados com base em equipes compostas por profissionais de diferentes categorias, e de acordo com as características do problema enfrentado no atendimento de uma clientela pré-definida.

CAMPOS (1999) coloca que reordenação do trabalho em saúde utilizando como estratégia o vínculo a entre equipe e usuários, estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade aos profissionais de saúde, possibilitando uma superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico, conforme analisado por uma

série de autores clássicos. Seria uma estratégia que estimularia, cotidianamente, a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, ampliaria o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebraria obstáculos organizacionais à comunicação.

A reforma e 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. É importante a adoção de uma estratégia no processo de trabalho, que estimule a formação de vínculo entre equipe de saúde e usuário.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto, percebeu-se que, apesar do projeto terapêutico desses moradores existir (no papel) e ser discutido com toda a equipe de tempos em tempos (atualizado), ele não aparece nos relatos dos profissionais nem dos moradores, ou seja, não referiram as atividades propostas para o alcance dos objetivos e metas contidas nos projetos elaborados para cada um dos moradores-referências. Observou-se que, tanto os moradores como os profissionais, citaram alguns tópicos comuns e constantes no tocante às atividades que realizam, mas de forma bastante superficial para um trabalho que trata da reabilitação psicossocial. Por exemplo, o profissional-referência diz: *“Como profissional-referência, eu cuido da moradora, fico com ela, levo ela prá sair, faço compras prá ela”*, e a moradora-referência, sob os cuidados deste profissional, quando questionada sobre quais atividades realizava juntamente com a profissional-referência, respondeu: *“ela cuida de mim, me leva prá cidade, compra bolacha”*. Fica evidente a coesão na fala do profissional com a da moradora-referência sob os cuidados deste, pois foi apenas isso o que ele conseguiu perceber. Quando o profissional diz *“faço compras prá ela”* faz supor que faz algo para alguém que deveria aprender a realizar as compras juntamente com ele. Com isso, o profissional desenvolveria a autonomia do morador e atingiria um dos objetivos da reabilitação psicossocial.

Entende-se no contexto da reabilitação psicossocial, que cuidar é por essência, um processo interativo entre a equipe e o cliente, principalmente, na área da saúde mental, na qual existem ações, atitudes e comportamentos que podem ser passivos ou ativos. É fundamental que o cliente desempenhe um papel menos passivo para ser responsável pelo seu próprio cuidado, principalmente, no que se diz respeito às situações de educação para a saúde. Essas ações devem ser realizadas com o cliente como um ato facilitador de promoção, manutenção da recuperação da autonomia e dignidade, construindo portanto, um processo de transformação de ambos, profissional e cliente (SPADINI & BUENO, 2005).

A interação é fundamental no trabalho de reabilitação psicossocial, pois envolve a observação e o levantamento de questões, possibilitando a reflexão e a crítica. Uma conduta já direcionada ou rígida do profissional, acaba inibindo o cliente de se expressar. Dessa forma, se perdem oportunidades importantes de se conhecer melhor a individualidade do cliente que está sendo atendido e de colaborar de maneira mais efetiva nesse processo de reabilitação.

Nesse sentido, é fundamental que se conheça os gostos, os interesses e as particularidades de cada cliente, para a elaboração de um projeto mais próximo às suas necessidades. Pelas verbalizações percebe-se que esse trabalho feito pelos profissionais-referências do setor Núcleo de Convívio, está precisando de modificações.

Para que a reabilitação se concretize, todos os profissionais da equipe devem conhecer o projeto de cada morador e assumirem a

responsabilidade na sua execução. Esta condição é facilmente percebida na fala da profissional 13: *...acho que aqui deveríamos falar a mesma língua...* Ela sente que o que foi discutido num PTI, se perde quando outros membros da equipe ou da instituição não dão continuidade ao trabalho. É importante pensar por que não dão continuidade? O que acontece?

Não fica evidente, nas falas dos profissionais, alguma preocupação ao verbalizarem que toda a instituição deveria se inserir nas implementações dos projetos de cada morador, com exceção da profissional 13 que verbaliza *“vemos o setor de nutrição dando comida extra prá ela”*.

Nesse processo é importante, não é a existência de um profissional-referência, mas sim, de uma equipe-referência, composta por vários profissionais, para cuidar do morador, discutir com ele suas reais necessidades, e ainda promover o envolvimento de todos os setores da instituição nos projetos dos clientes.

O hospital com características terapêuticas contribui para o aumento da auto-estima, fortalecimento da identidade e preservação da individualidade de seus clientes, e deve, também, promover encontros que os ajudem a se vincular as suas famílias, fatores imprescindíveis à preparação do cliente para sua saída do hospital (CORREIA, 1980)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACHRACH, L.L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. **The American Journal of Psychiatry**. V. 149, n.11, p.20-26, Nov.,1992.

BENETTON, M.J. **Terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP. Campinas, 1994. 189 p.

BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec., 1996, p.155-158.

BLASI, R. La Rehabilitación psicossocial integral en la comunidad y com la comunidad. In: **Congres International: La Rehabilitación psicossocial integral a la comunitat i amb la comunitat**. s.n.t.,1995.

BOYD, M.A. Integration of psychosocial rehabilitation into psychiatric. **Issues Mental Health Nursing Practice**. 1994, V. 5, n. 1, p. 13 – 26.

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.

CAMPOS GWS. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. 2a. ed., Hucitec, São Paulo, 1992, 220 p.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MERHY, E. E. & Onocko Campos, R. (orgs.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 1999, v.4, n.2, p.393-403.

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.

COSTA, J. Apresentação. In: GOLDBERG, J. **A clínica da psicose: um projeto da rede pública**. Rio de Janeiro, Te Cora Editora, 1994.

DOMITTI, A. C. P. & CAMPOS, G. W. S. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. Dep. de Medicina Preventiva e Social, FCM-UNICAMP, mimeografado, 2005.

FREIRE, P; SHOR, I. **Medo e ousadia do professor**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud**. Imago, Rio de Janeiro, 1976, V. 22 (1932-1936), p 17-193.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. 2000, V. 6 (1): 165 – 181.

FURTADO, J. P. **Responsabilização e Vínculo no Tratamento de Pacientes Cronificados**: da Unidade de Reabilitação de Moradores ao Caps Estação. In: ARARI, A.; VALENTINI, W. (Orgs.) A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo. 2001, V.1 , p. 32-48.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Aprovado para publicação, 2006.

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

GUIMARÃES, J. **Sobre a criação do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto**: outras raízes de uma história. Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2001, p. 41 / USP.

HIRDES, A. **Centro comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul /SC**: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial. [dissertação] Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

LABATE, R.C. **Implantação de um núcleo de convívio num macro-hospital psiquiátrico** – Contribuição à enfermagem psiquiátrica. (Trabalho mimeografado). Lins, 1984.

LOUZÃ, J.R. Reabilitação. In: MELLO, J.B., NAHAS, P.C. (eds.) **Residente de cirurgia**. São Paulo: Roca. 1992, p. 376-379.

MADIANOS, M.G. Recent advances in community psychiatry and psychosocial rehabilitation in Greece and the other southern European countries. **The International Journal of Social Psychiatry**. 1994, V. 40, n. 3, p. 57-64, aut.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. São Paulo: Escritus, 2001.

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

MIRANDA, L. & FURTADO, J. P. O dispositivo 'técnico' de referência nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**. Aprovado para publicação 2006.

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, nº 6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001). **Relatório sobre a Saúde no Mundo**. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Consultado em 8 de Novembro de 2004 .

PEREIRA, R. C. Lugar de louco é no hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica. **Anais do primeiro Congresso de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro**; Rio de Janeiro: Te Corá. Instituto Franco Basaglia, 1997, p. 328-342.

PICHON-RIVIÉRE, E. **O Processo Grupal**. 3a. edição, Martins Fontes, São Paulo, 1988, 181 pp.

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

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**. 1993, v. 14, p. 626-31.

SCATENA, M. C. M. **Saindo do hospital psiquiátrico: análise da inserção dos pacientes nos lares abrigados**. [livre-docência] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000.

SPADINI, L. S. & VILELA, S. M. V. **Análise da conduta educativa do enfermeiro psiquiátrico e saúde mental e a educação problematizadora**. Maringá. 2005, v. 27, n.1, p. 17.

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 (RJ): Te Corá; 1999.

TRAVELBEE, J. **Intervention em enfermagem psiquiátrica**. Colômbia, Carvajal, 1982.

ANEXOS

Instrumento Para Coleta de Dados

Roteiro de entrevista aplicado aos profissionais-referências

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Iniciais:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Formação Profissional:

Tempo de Formação Profissional:

Especialização:

Mestrado:

Doutorado:

Tempo de Trabalho em Saúde Mental:

Tempo de Trabalho como Profissional Referência:

Trabalha em outra instituição:

Partindo do princípio que o trabalho do profissional-referência seja de fundamental importância no plano de cuidados ao doente mental, quais atividades você realiza enquanto profissional de referência?

Como e quando essas atividades têm sido realizadas?

De quais recursos você dispõe para auxiliar em suas atividades, nesta instituição?

Como profissional-referência, o que você sugere para facilitar o desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimento de sua clientela referência?

**Roteiro de entrevista aplicado aos pacientes moradores dos
setores Núcleo de Convívio**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Iniciais do nome:

Idade:

Sexo:

Tempo de internação psiquiátrica:

Tempo de Internação na instituição:

Tempo de internação no Núcleo:

Família Localizada:

Você sabe quem é seu profissional de referência? Como é seu relacionamento com ele?

Quais são as atividades que você faz com seu profissional de referência?

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

No seu cotidiano, qual atividade proposta, você considera que não precisa aprender?

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(DOS PROFISSIONAIS)**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que se propõe a conhecer a forma como tem sido efetuado o trabalho do profissional de referência na atuação com os moradores do setor Núcleo de Convívio, e também investigar como o paciente vê a atuação do seu profissional de referência no seu preparo para viver fora do hospital. Aumentando nossa compreensão sobre a atuação dos profissionais de referência e do olhar do paciente sobre esse trabalho, 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 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
Pesquisadora Responsável
Contato: 16. 9137 54 34
Rua Aliados 954 (Campos Elíseos)
Ribeirão Preto- SP

Assinatura do entrevistado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(MORADORES)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que se propõe a conhecer a forma como tem sido efetuado o trabalho do profissional de referência na atuação com pacientes crônicos psiquiátricos, e também investigar como o paciente vê a atuação do seu profissional de referência no seu preparo para viver fora do hospital. Com nossa maior compreensão sobre a atuação dos profissionais de referência e como o paciente vê esse trabalho, poderemos planejar e oferecer atendimentos individualizados aos doentes mentais.

Sua participação acontecerá através de uma conversa que será gravada em fita K-7 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

Pesquisadora Responsável

Contato: 16. 9137 54 34

Assinatura do entrevistado



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL SANTA TEREZA DE RIBEIRÃO PRETO
GAIS - V

DIA DA SEMANA		NÚCLEO DE CONVÍVIO						
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO	DOMINGO	
07:00 HORAS	BANHO	BANHO	BANHO	BANHO	BANHO	BANHO	BANHO	
07:30 HORAS	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	
08:00 HORAS	CAFE DA MANHA	CAFE DA MANHA	CAFE DA MANHA	CAFE DA MANHA	CAFE DA MANHA	CAFE DA MANHA	CAFE DA MANHA	
08:30 HORAS	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	
09:00 HORAS	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	
09:30 HORAS	LETRAMENTO	LETRAMENTO	LETRAMENTO	LETRAMENTO	LETRAMENTO	LETRAMENTO	LETRAMENTO	
10:00 HORAS	LETRAMENTO	LETRAMENTO	LETRAMENTO	LETRAMENTO	LETRAMENTO	LETRAMENTO	LETRAMENTO	
11:00 HORAS	LETRAMENTO	REUNIÃO EQUIPE	LETRAMENTO	AVDs/AVPs/AVLs	LETRAMENTO	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	
12:00 HORAS	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	
13:00 HORAS	BARBEARIA	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	
14:00 HORAS	CAFE	CAFE E BAILE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	
15:00 HORAS	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	
16:00 HORAS	ASSEMBLEIA	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	AVDs/AVPs/AVLs	
17:00 HORAS	JANTAR	JANTAR	JANTAR	JANTAR	JANTAR	JANTAR	JANTAR	
18:00 HORAS	TV	TV	TV	TV	TV	TV	TV	
20:00 HORAS	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	MEDICAÇÃO	
20:30 HORAS	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	
	REPOUSO E TV	REPOUSO E TV	REPOUSO E TV	REPOUSO E TV	REPOUSO E TV	REPOUSO E TV	REPOUSO E TV	

UMA VEZ AO MÊS FESTA DE ANIVERSÁRIO

AVDs = Orientação Atividade de Vida Diária

AVPs = Orientação Atividade de Vida Prática

AVLs = Orientação Atividades de Vida de Lazer

TODOS OS DIAS SAIDAS EXTERNAS = BANCO, COMPRAS, VIAGENS, PASSEIOS E MEDICO, ACOMPANHADOS PELO REFERENCIA