

# INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NO PROCESSO DE DESISTITUCIONALIZAÇÃO DE PACIENTES ASILARES EM SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Gabardo KC<sup>1</sup>  
Wentzel TR<sup>2</sup>,  
Krull E<sup>3</sup>,  
Simioni R<sup>3</sup>,  
Sakamoto, KS<sup>3</sup>.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar, no processo de desospitalização de pacientes de longos anos de internamento em unidade de tratamento psiquiátrico. O processo se iniciou com a avaliação criteriosa da equipe, foram estabelecidos objetivos específicos de trabalho em cada área. Durante a fase de intervenção foram utilizadas estratégias como: orientações verbais, estímulos cognitivos, treinos de atividades cotidianas e exposição dos pacientes ao ambiente externo. Estas atividades visaram melhora na interação social e a manutenção desses comportamentos no ambiente social. Este trabalho é de suma importância para reinserção social, para que no serviço residencial terapêutico o indivíduo possa resgatar independência e autonomia nas atividades cotidianas, bem como elevar sua autoestima e autoeficácia.

**Palavras-chave:** Desinstitucionalização, Serviços de Saúde Mental, Equipe Interdisciplinar de Saúde.

**Área de Concentração:** Psiquiatria.

<sup>1</sup> Karin Cristine Gabardo, Terapeuta Ocupacional, Karin.bobato@pucpr.br

<sup>2</sup> Tiago Rafael Wentzel, Psicólogo [tiago.wentzel@pucpr.br](mailto:tiago.wentzel@pucpr.br)

<sup>3</sup> Edvino Krul Junior Residente do terceiro ano de Psiquiatria no Hospital Nossa Senhora da Luz/ PUCPR. André Rafael Simioni Residente do terceiro ano de Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Luz/PUCPR. [andresimi@gmail.com](mailto:andresimi@gmail.com). Keyth Suga Sakamoto Especializanda do terceiro ano de Psiquiatria no Hospital Nossa Senhora da Luz/ PUCPR.



**II Congresso de Humanização**  
I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



## 1. INTRODUÇÃO

As propostas contemporâneas de reforma psiquiátrica surgiram na Europa e Estados Unidos em meados da década de 50, num período pós-guerra marcado por uma série de eventos sociais e pressões populares para que ocorressem reformas sociais, nas políticas sanitárias e no tratamento aos transtornos mentais. (Amarante,1995 e Silva Jr,1998).

Estes movimentos questionavam a finalidade e a eficácia dos métodos de tratamento propostos nos serviços de saúde e impuseram à redefinição dos modelos de assistência. A partir deste contexto deu-se início em vários países o processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, que propunha a transferência dos cuidados psiquiátricos do nível hospitalar para os serviços fundamentados na comunidade. A reforma psiquiátrica é classificada por Thornicroft e Tansella,2002 em três períodos:

- O primeiro: a ascensão do asilo, ocorrida aproximadamente entre 1880 e 1950;
- O segundo: o declínio do asilo e a transição para modelos de atendimento comunitário ocorrido, na maioria dos países desenvolvidos, a datar da década de 1950 caracterizado pela diminuição das admissões hospitalares, pela provisão de serviços comunitários, a desospitalização (após preparação, de pacientes internados por longos períodos), a criação e manutenção de uma rede de serviços na comunidade para atender a esses pacientes.
- O terceiro: iniciado nos anos 1980, denominado originalmente de “*balancing mental health care*”, caracterizado pela ênfase nos cuidados comunitários e pelo equilíbrio entre as intervenções de promoção e de assistência em saúde mental.



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



No Brasil com o processo da Reforma Psiquiátrica as ações de desinstitucionalização deparam-se com uma questão: o que fazer com pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza. A resposta para este dilema demorou a ser colocada em prática, pois foram necessários alguns modelos experimentais de Serviços Residências Terapêuticos, os primeiros foram no estado Rio de Janeiro e nas cidades de Ribeirão Preto - Porto Alegre, mas apenas na II conferência nacional de saúde em dezembro de 1992 bateram o “martelo” e decretaram a criação de “lares abrigados”. Hoje chamadas residências terapêuticas. O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de no máximo oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um.

A desinstitucionalização é a efetiva reintegração de doentes mentais graves na comunidade é uma tarefa a que o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos.

Juntamente com os programas De Volta Para Casa em Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, as residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. (Brasil, 2004, Ministério da Saúde, 2004)

Segundo Vasconcelos, 2001 os serviços residenciais, vinculados aos serviços de atenção psicossocial, são instrumentos fundamentais para a superação do modelo ainda hegemônico, centrado na internação hospitalar. Sem eles, o processo de saída do hospital poderia resultar no abandono daqueles que não possuem suporte social e/ou familiar.



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



## 2. CLIENTELA

Os cinco participantes envolvidos neste estudo foram selecionados em um grupo de 13 pacientes que possuíam o maior tempo de permanência no hospital, com o tempo de internamento variando entre 25 e 50 anos. Neste estudo os participantes selecionados eram do sexo masculino e possuíam idade variando entre 49 e 83 anos. O critério de seleção foi análise da equipe multidisciplinar conjuntamente com a direção clínica do hospital e também da Secretaria Municipal de Saúde em relação aos que potencialmente teriam maiores condições de iniciar adaptação ao serviço de uma residência terapêutica.

Verificou-se que estes pacientes se apresentavam com comprometimento de dois a quatro itens da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária de Katz (LINO et al, 2008) entre os itens avaliados pela escala estavam: tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação. Além disso, possuíam dificuldades mais proeminentes na linguagem expressiva e também interação social debilitada. Em relação a sua condição social, não foi possível encontrar os familiares da maioria dos pacientes, não desfrutavam de nenhuma renda ou benefício social sendo inteiramente dependentes da estrutura institucional. Nas prescrições médicas havia, com relativa frequência, medicações com potencial de prejudicar o desempenho cognitivo destes pacientes.

## 3. INTERVENÇÃO

Neste tópico serão apresentadas as abordagens utilizadas pela equipe multidisciplinar (enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, psicologia, psiquiatria) no processo de desospitalização dos pacientes descritos acima.



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



### 3.1. Terapia Ocupacional:

O trabalho do Terapeuta Ocupacional dentro das SRT'S (Serviços Residenciais Terapêuticos) facilitou, não somente no ambiente, mas sim na transição do paciente institucionalizado, pois o processo de intervenção inicia-se através das chamadas áreas de ocupações humanas: AVD'S (Atividades de Vida Diária – autocuidado, locomoção, alimentação, vestuário e controle de esfínteres); AIVD'S (Atividades Instrumentais de Vida Diária - uso de equipamentos para a comunicação, mobilidade na comunidade (uso de transporte público ou privado), gerenciamento financeiro, cuidado e manutenção da saúde, preparação da refeição e limpeza, fazer compras, procedimentos de segurança e emergência); descanso e dormir (capacidades do indivíduo de descansar e repousar sem dificuldades), participação social, trabalho, lazer e educação, (AOTA, 2008) sendo as quatro primeiras as mais utilizadas com os pacientes “asilares” no processo de adaptação. Após analisadas e desmembradas o atendimento terapêutico ocupacional iniciou-se de uma forma holística, pois o indivíduo foi avaliado como um todo não somente através da sua patologia e seus sintomas. Foram detectados os prejuízos ocupacionais e o grau de dificuldade de cada um através da avaliação da medida de independência funcional – escala MIF (autocuidado, controle de esfínteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social), os métodos utilizados são práticos e de contato direto com os pacientes, sendo realizados através do atendimento de setting ampliado, utilizando não somente a sala de atendimento, mas diversos ambientes para intervenção (pátio, banheiro, vestiários, jardim, mercado, entre outros), treino, simulação (banho, barbear, alimentação), acompanhamento e orientações verbais e manuais até que atingissem o maior grau de funcionalidade. (Cavalcanti & Galvão, 2007). Os principais objetivos tiveram como intuito, adequar os comportamentos de acordo com o contexto, proporcionar autonomia e independência, retomar ou recuperar a identidade, reintegrar a sociedade e por fim inserir de forma humanizada a residência terapêutica.



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:





### 3.2. Serviço Social:

O serviço social percorre um longo caminho, pois os pacientes “asilares”, tem uma condição social precária: familiares ausentes, distantes e despreocupados com a condição atual dos mesmos, ficando clara a idéia de que também não recebem qualquer tipo de benéfico sejam eles financeiros ou matérias para uso pessoal e cotidiano, necessitando de total apoio da instituição. O atendimento da assistência social compreendeu a situação atual de cada paciente e buscou o que lhes seriam seus por direito como: contato com a família, documentação necessária, contato com o ministério da saúde e previdência social e por fim a contemplação dos benefícios que lhe são assegurados.

Segundo Bisneto, 2005 “ao repor o usuário dos serviços psiquiátricos na sociedade, o Serviço Social não deve fazê-lo na perspectiva de ajustamento e adaptação. É necessário tentar criar condições para o mínimo de reapropriação por ele das relações sociais, na família, trabalho, gênero, raça etc. A noção de cidadania não é meramente formal. Benefícios, usufruto de aparatos de Estado e serviços sociais não podem ser apenas para cumprir dispositivos legais, mas para possibilitar a reapropriação social concreta no cotidiano. Não se deve lutar pelos direitos dos portadores de transtorno mental isolada e descontextualizadamente”. Portanto o acompanhamento foi contínuo de grande vinculação terapêutica.

### 3.3. Psicologia:

O trabalho do profissional de psicologia foi realizado em três fases: avaliação inicial, intervenção e avaliação dos resultados. A etapa de avaliação inicial foi composta por entrevistas, atendimentos semanais em grupo e individualmente. Foram utilizadas duas escalas como referência para melhor acompanhar o processo de intervenção e não para critério diagnóstico. As escalas utilizadas foram a Escala de Competência Interpessoal (Arrindell, Sanavio & Sica, 2002) e Escala de Avaliação de Competência Social



## II Congresso de Humanização

### I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



(Bandeira, 2002). A partir das avaliações foram determinados os objetivos de intervenção: as habilidades verbais e não-verbais, aspectos paralinguísticos presentes em uma interação social e expressão de sentimentos e emoções.

Na etapa de intervenção foram utilizados programas de estimulação com cada um destes pacientes. Entre as técnicas utilizadas estavam exposições programadas, utilização de seting alternativo, orientações verbais, fading in/out, Shaping, Prompting, Dishabituation/inibição recíproca, treino de assertividade e treino de habilidades sociais (Caballo, 1996,2003). Estas técnicas foram aplicadas em situações cotidianas visando melhorar o funcionamento social destes pacientes em diversos contextos sociais na comunidade, assim como sua qualidade de vida. Para melhor acompanhamento do processo periodicamente eram consultados profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. Por fim foi realizada avaliação dos resultados com intuito de readequar ou manter o programa.

### 3.4. Enfermagem:

Ao cuidar destes pacientes, o enfermeiro seguiu as etapas do processo de enfermagem: diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (Manzoli,1996). Em outras palavras ele aplica a técnica da solução de problemas ao seu cuidado de enfermagem. No diagnóstico ele identificou e determinou prioridades quanto às necessidades do paciente, levando em consideração suas condições, as circunstâncias específicas e suas habilidades de satisfazer suas próprias necessidades. A seguir, com o paciente, ele traça plano de cuidados de enfermagem, os quais delimitam objetivos a longo e curto prazo para o paciente e as ações e intervenções de enfermagem necessárias para auxiliá-lo a alcançar tais objetivos. (Irving, 1979). Ele documenta as reações do paciente dos cuidados prestados e modifica as ações de enfermagem de acordo com os resultados da avaliação. Assim, cada cuidado ao paciente é individualizado e dirigido para a resolução dos seus problemas específicos. (Irving, 1979).



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



Os enfermeiros psiquiátricos não podem mais, apenas concentrarem-se exclusivamente nos cuidados à beira do leito e nas necessidades imediatas do paciente. Eles devem ampliar o conceito dos cuidados que oferecem, a responsabilidade e a compreensão que trazem à situação de oferta de seus cuidados. A prática atual da enfermagem psiquiátrica exige maior sensibilidade para o ambiente social, para o trabalho em equipe multidisciplinar e para as necessidades de defesa dos pacientes e suas famílias.

### 3.5. **Psiquiatria:**

Visando a reinserção social, um dos objetivos iniciais das atividades dos médicos residentes em psiquiatria foi a reavaliação psiquiátrica com intuito de otimizar o tratamento farmacoterápico para que os pacientes pudessem ter melhores condições para reabilitação. A maioria dos pacientes eram idosos, e apresentavam prescrições potencialmente inapropriadas para esta faixa etária: por exemplo medicações com propriedades anticolinérgicas como biperideno, clorpromazina e levomepromazina. (Laroche, Charmes & Merle,2007) podem piorar sintomas demenciais, além de aumentarem a chance de delirium (Miller,2008); além do mais o biperideno está associado a prejuízos na função cognitiva, incluindo memória, atenção, aprendizado e função executiva (Ogino, et al,2011); e os benzodiazepínicos, que também estão associados ao delirium (Miller,2008), também aumentam o risco de quedas e causam prejuízos na habilidade viso-espacial, na velocidade de processamento e no aprendizado verbal (Stewart,2005) . Desta forma, as prescrições foram otimizadas trocando-se os antipsicóticos de primeira geração para os de segunda (que possuem menores efeitos extra-piramidais Ogino, et al, 2011), retirando-se as medicações anticolinérgicas e gradualmente se reduzindo ou retirando os benzodiazepínicos. Também foi aperfeiçoado o tratamento das comorbidades clínicas, sempre tentando evitar as medicações potencialmente inadequadas (Laroche, Charmes & Merle, 2007; Fick, et al,2003).



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:





Em seguida, o que se viu foi um esforço multidisciplinar para fornecer à estes pacientes o maior número de estímulos ambientais possíveis para se adquirir hábitos pró-sociais. Gradualmente, eles foram estimulados a saírem da unidade integral e a frequentarem outros ambientes. Nestas estimulações, conforme orientação da terapeuta ocupacional e do psicólogo buscou-se pontuar e modular comportamentos por vezes primitivos e transformá-los em interações mais positivas, sendo estimulados hábitos de higiene, processo de escolha, interação com dinheiro e orientação espacial.

#### **4. RESULTADOS E CONCLUSÕES**

Com o início das avaliações, logo percebemos que os pacientes tinham muitas dificuldades de interação social e careciam de habilidades sociais básicas e as necessárias aos seus próprios auto cuidados. Em pouco tempo surgiu a oportunidade de inserção destes pacientes em Serviços de Residências Terapêuticas, que na realidade não tratam se de serviços e sim de locais que aspiram ser lares para estes pacientes, sobretudo por promoverem a reinserção social para estes pacientes crônicos.

As maiorias destas pessoas haviam perdido completamente seus vínculos sociofamiliares há anos, em outros existia de maneira muito enfraquecidas e familiares que já não aceitariam o seu retorno ao lar. Estas pessoas então necessitariam de um lar e de proteção para a lenta reconstrução de suas vidas, pois no tempo que permaneceram no hospital, perderam a autonomia para decidir em que horário iriam sair da cama, o que comprariam no mercado ou o que iriam jantar. Aí estava o grande desafio: pessoas há tanto tempo isoladas de contato social iriam viver juntas e reconstruir o seu lar e readquirir as habilidades necessárias para viver em uma cidade?

Esses pacientes tiveram suas medicações otimizadas. Isto de longe trouxe conforto ou aliviou seu sofrimento, tão pouco controlou a doença há muito tempo crônica. Toda a equipe estava empenhada nos cuidados



## **II Congresso de Humanização** **I Jornada Interdisciplinar de Humanização**

**Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.**

Realização:



Apoio:



Apoio:



destes pacientes e eles passaram a ter uma grande quantidade de estímulos verbais e de suas habilidades sociais, alguns iniciaram a adaptação nas residências terapêuticas, indo a passeios e constantes saídas da unidade acompanhados por diversos membros da equipe assistencial.

Em um primeiro momento nenhuma melhora em relação à doença foi evidenciada, posteriormente o seu contato visual e verbal melhorou, expressando frases maiores. Iniciaram com a verbalização do que queriam ou não fazer. Expressavam suas vontades recusando se a conversar, procurando contato para conversar, pedindo para sair da unidade ou recusando a fazê-lo. Evidenciamos que a iniciativa destes pacientes tinha melhorado muito e que estão em um processo de reaquisição de suas habilidades sociais tiradas pelos anos de confinamento, as intervenções verbais passaram a ser mais compreendidas e aceitas.

De todos os procedimentos empregados para a melhora destes pacientes não a dúvida de que o maior benefício foi o do contato e estímulo humano, até mesmo daquele não técnico. Esta forma de trabalho pode servir de modelo de intervenção, pois contribui de forma ativa ao aperfeiçoamento dos processos de assistência não apenas aos pacientes “asilares”, mas também a pacientes com histórico de múltiplas internações e dificuldades em retornar ao meio social.

---

#### REFERÊNCIAS:

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.** Cad Saúde Publ. 1995; 11(3): 491-94.

ARRINDELL, W.A., SANAVIO, E. & SICA, C. (2002). **Introducing a short version of the Scale for Interpersonal Behavior (s-SIB) for use in Italy.** Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 8 (1), 3-18.

BANDEIRA, M. **Escala de Avaliação da Competência Social de Pacientes Psiquiátricos através de Desempenho de Papéis:** EACS. Avaliação. psicológica. .2002, vol.1, n.2.

BISNETO, J .A. Uma análise da prática do serviço social em saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo , v.26, n.82 , p. 110 - 130, jul. 2005

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental:** 1900-2004. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 4ª. Ed. Rev. e atual, 2004



## II Congresso de Humanização

### I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:



CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. São Paulo: Santos, 2003.

CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos, 1996.

CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FICK. DM, COOPER JW, WADE WE, et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. **Archives of internal medicine**. 2003; 163(22):2716-24. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14662625>

IRVING R,S. **Enfermagem Básica**. 2ª ed. São Paulo: Editora M.S., 1979.

LAROCHE.M-L, CHARMES. J-P, MERLE.L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. **European journal of clinical pharmacology**. 2007 ;63(8):725-31. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17554532> [Accessed August 2, 2011].

LINO VTS et al. **Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz)**. Cad Saúde Pública 2008; 24:103-112

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

OGINO.S, MIYAMOTO.S, TENJIN. T, et al. Effects of discontinuation of long-term biperiden use on cognitive function and quality of life in schizophrenia. **Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry**. 2011;35(1):78-83. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20828595> [Accessed August 2, 2011].

MANZOLLI,M,C. **Enfermagem Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1996.

Miller MO. Evaluation and management of delirium in hospitalized older patients. **American family physician**. 2008;78(11):1265-70. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19069020>. [Accessed August 2, 2011].

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Residências Terapêuticas**.1º Ed. Brasília-DF, 2004.

SILVA JR, AG. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1998.

STEWART, S. A. (2005). The effects of benzodiazepines on cognition. **The Journal of clinical psychiatry**, **02478(suppl 2)**, 9-13. Physicians Postgraduate Press. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15762814>

THORNICROFT,G; TAMSELLA, M. **Balancing community-based and hospital-based mental health care**. World Psychiatry. 2002; 1:84-90.

VASCONCELOS, E. M. Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001.



## II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:





# II Congresso de Humanização

## I Jornada Interdisciplinar de Humanização

Curitiba, 08 a 10 de agosto de 2011.

Realização:



Apoio:



Apoio:

