

SAINDO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: O IMPACTO DA VIVÊNCIA “EXTRA-MUROS”

[Leaving a psychiatric hospital: the impact of the “out-of-the-wall” experience]

Maria Cecília Moraes Scatena*
 Zeyne Alves Pires Scherer**
 Karina Fonseca de Souza Leite***
 Juliana dos Santos Monteiro***

RESUMO: Um dos desafios deste novo milênio, para Saúde Mental, é a desconstrução dos hospitais psiquiátricos tradicionais, considerando-se a grande população de pessoas que ainda vive em seu interior. Hoje, a cidade de Ribeirão Preto -SP possui uma rede de atenção diversificada e consolidada de serviços substitutivos do modelo manicomial: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial para Fármaco-Dependentes (NAPS F), Ambulatório Regional de Saúde Mental (serviços ligados a prefeitura); Unidade de Emergência Psiquiátrica, Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral, Hospital-Dia (serviços pertencentes ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP), além de um Programa de Pensão Protegida. Este último vem sendo desenvolvido desde 1992, por um hospital psiquiátrico de grande porte, desta cidade, que tem por objetivo a reinserção do paciente na comunidade. Pretendemos, neste estudo, discutir o acesso à cidadania, pano de fundo deste Programa, no qual um grupo de doentes está inserido. Através de visita domiciliar para acompanhamento da convivência “extra-muros” de três pacientes do sexo feminino, que residem em uma dessas pensões, detectamos dificuldades de relacionamento, de enfrentamento das situações diárias e reinternações. Tomando estes achados como objeto de reflexões, foi possível concluirmos que esta clientela necessita de algum tipo de suporte, o qual os profissionais da saúde mental podem oferecer, tendo consciência de que precisam repensar sua prática de intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Hospital psiquiátrico; Enfermagem psiquiátrica.

* Prof.^a Livre Docente junto ao Depto. de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP.

** Enfermeira Psiquiátrica, Doutoranda do Programa Enfermagem Psiquiátrica e Especialista em Laboratório junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP -USP.

*** Bolsistas de Iniciação Científica – CNPq.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a assistência psiquiátrica vem passando por questionamentos quanto à forma de atendimento aos doentes e como sabemos, os hospitais psiquiátricos não têm dado respostas adequadas às necessidades dos pacientes crônicos internados. O longo tempo de permanência nos manicômios fez com que estas pessoas assimilassem características da própria instituição que, segundo Goffman (1974), são efeitos negativos ou conseqüentes da hospitalização, apontados como apatia, perda da capacidade de trabalho, déficit na competência social e perda da autonomia.

Em revisão de literatura científica acerca do doente mental crônico internado, Scherer & Scherer (2001) encontraram artigos que descreviam a opinião dos doentes sobre a internação, nos quais os sentimentos destes eram expressos como negativos em relação ao processo de reclusão. Temas como a condição humana, a dignidade, a necessidade de entender, ser entendido e de ser acolhido estiveram de forma geral nos trabalhos estudados nesta revisão.

Costa (1994), por sua vez, ao se referir às novas formas de trabalhar em saúde mental, enfatiza que não se trata de propostas, onde se acaba negando a doença mental e os sintomas, mas onde é objetivado ter a possibilidade de lidar com o sujeito que, apesar de apresentar sintomas graves, como delírios, alucinações, isolamento, autismo e outros, traz a sua individualidade e suas marcas pessoais no seu modo de adoecer. O questionamento da própria hospitalização aparece como forma de tratamento da loucura.

Atualmente, há preocupação, mesmo no Brasil, com a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. Para Scatena et al. (1998), a desinstitucionalização no enfoque Basagliano propõe a desconstrução dos hospitais psiquiátricos e a invenção de novas formas de lidar com a loucura e com o sofrimento psíquico, além de prever a implantação de um sistema de atenção que substitui os manicômios. A proposta italiana questiona a própria doença

mental, enquanto sinônimo de incapacidade e periculosidade, e que, assim, exclui o indivíduo do convívio com os “normais” (Rotelli, 1990). Em vista disso, em abril de 2001, foi aprovada a lei 10.216 de autoria do deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção dos doentes mentais, propondo a extinção progressiva dos manicômios e a substituição dos mesmos por uma rede de assistência na comunidade, projeto que tramitou no Congresso Nacional por 12 anos (Félicio, 2001).

De 1981 a 1996, o número de leitos psiquiátricos do país diminuiu (Teixeira, 1997). Dados da Divisão de Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, MS., 1999) apontam que no início desta década o número de hospitais psiquiátricos no Brasil era de 313, somando 88.425 leitos, sendo que, atualmente, existem 256 hospitais com um total de 72.752 leitos e a evolução do número de Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), chegando a um total de 232 no período de 1996 a 1998 (BRASIL, MS., 1999).

Como serviços de assistência ao doente mental na comunidade, caracterizados como uma rede diversificada e regionalizada de ações, foram criados além dos NAPS/CAPS, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais-Dia e as Unidades Psiquiátricas de Hospitais Gerais (UPHGs). Segundo levantamento da Divisão de Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, MS., 1999), havia em 1987 cerca de 68 UPHGs com um total de 2.190 leitos. Botega (1993), no entanto, afirma que a maior parte das UPHGs no Brasil está ligada a hospitais de ensino.

Estes dados têm mostrado que, a reforma psiquiátrica brasileira, fortemente influenciada pela psiquiatria democrática italiana, vem acontecendo, embora a atenção em saúde mental ainda continue sendo prestada prioritariamente em hospitais psiquiátricos tradicionais. Na opinião de Botega (1995), estas instituições, que detêm o papel hegemônico dentre os diversos serviços, por possuem fatores históricos e econômicos favoráveis pela própria característica de resignação do sistema de saúde brasileira.

O primeiro passo da desinstitucionalização é a desconstrução, ou seja, o fechamento dos manicômios; contudo Pitta (1999), relata que extinguir ou fechar os hospitais psiquiátricos não é tarefa simples, pois gera questionamentos e insegurança desconhecemos se a rede assistencial “extra-muros” é suficiente para atender a essa demanda.

Por outro lado, concordamos com Amarante (1999), para quem a luta antimanicomial ou a desinstitucionalização vão além da humanização das instituições uma vez que seu objetivo é construir “um lugar social”; onde se privilegie a solidariedade, a inclusão e a cidadania, apesar das diferenças. Este processo de construção de novas formas

de lidar com o sofrimento mental é complexo e se constitui em um desafio a todos os que militam nesta causa.

Bandeira (1991), Morgado & Lima (1994) apontaram possíveis riscos para o fracasso de um projeto de desinstitucionalização no Brasil, citando principalmente a realidade socioeconômica e política do país; as divergências ideológicas entre os trabalhadores de saúde mental; a desorganização do setor saúde, de um modo geral; e a falta de uma infra-estrutura na comunidade para tratar e cuidar dos egressos dos hospitais psiquiátricos e de suas famílias.

Essas questões precisam ser e estão sendo consideradas; porém não devem servir de obstáculos ao desenvolvimento de um programa de saúde mental ético e humano, que se apresente mais eficiente do que o abandono em que se encontram os doentes nos hospitais-asilos (manicômios); portanto, para que a desinstitucionalização se concretize, é preciso que haja uma rede de suporte capaz de apoiar estas pessoas, porque, como sabemos, quanto maior a gravidade da doença e o tempo de internação, maior será a interferência na vida do familiar e, dessa forma, boa parte da população sofrerá direta ou indiretamente com as conseqüências dos tratamentos mentais tradicionais (Gentil, 1998).

A cidade de Ribeirão Preto, localizada no estado de São Paulo, assim como outros municípios do país, possui uma rede de apoio de serviços substitutivos do modelo manicomial, que faz parte do sistema público de assistência à saúde mental. Dentre eles encontram-se: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial para Fármaco-Dependentes (NAPS F) e Ambulatório Regional de Saúde Mental, serviços estes ligados à Prefeitura; Unidade de Emergência Psiquiátrica, Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral e Hospital-Dia, pertencentes ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Como a demanda de pacientes para estes serviços é grande, há necessidade de sua expansão.

Existe, ainda, nesta cidade, o Programa de Pensões Protegidas, criado pelo Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, com moradias para pacientes egressos do hospital, que não possuem família, e sem sintomatologia psiquiátrica (Scatena et al. 1998). Este programa, que faz parte de um dos recursos assistenciais à comunidade, tem por objetivo a reabilitação psicossocial do doente mental.

Scatena et al. (1998) consideram que ainda, que a reinserção do doente mental na comunidade é um processo lento e gradual: cada ação precisa ser planejada, avaliada e reorganizada constantemente. Assim, a proposta deste trabalho foi avaliar a reinserção na comunidade de um grupo constituído por três mulheres, integrantes do Programa de

Pensão Protegida. Este estudo é parte de uma pesquisa que vem acompanhando a evolução das outras pensões (atualmente são quatro), cada uma com uma dinâmica, precisando ser compreendida em seu todo.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 LOCAL DA PESQUISA

O trabalho foi desenvolvido na residência das entrevistadas, localizada num bairro da periferia da cidade de Ribeirão Preto-SP.

2.2 POPULAÇÃO

A população estudada é formada por três ex-moradoras do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, onde viveram cerca de vinte e cinco anos, estando há um ano e meio inseridas no Programa de Pensões Protegidas, morando no mesmo domicílio. A faixa etária compreende entre 50 e 70 anos de idade e seus nomes foram substituídos por nomes de flores, para preservação das identidades.

2.3 PROCEDIMENTO

Coletamos os dados através de depoimentos das três pensionistas, obtidos em duas entrevistas, realizadas em visita domiciliar. Primeiramente, estabelecemos contato telefônico com a orientadora dessa pensão protegida, agendando o dia da semana e o horário as entrevistas, priorizando o melhor para as moradoras.

Após o consentimento das entrevistadas, gravamos os depoimentos em fita cassete e os transcrevemos na íntegra.

Na primeira entrevista, usamos a modalidade não-estruturada ou aberta, com uma questão norteadora: **Depois de passado um ano da saída de vocês do hospital, o que estão achando de morar nesta nova casa?** Cada uma pôde falar livremente, sem se preocupar com a duração da entrevista. Em alguns momentos houve a interferência do entrevistador, que não compreendia o que era falado, porque ora falavam em tom baixo, ora encontravam dificuldades em pronunciar algumas palavras.

Após seis meses, realizamos a segunda entrevista. Os procedimentos para o agendamento foram os mesmos da anterior. No dia e horário combinados comparecemos ao domicílio e fomos surpreendidas com a notícia de que uma das moradoras havia sido reinternada. Aproveitamos esta situação e realizamos com as ex-internas, a entrevista não-estruturada ou aberta, com a questão: **Que aconteceu com a Rosa para que ela precisasse ser reinternada?**

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

De posse das duas entrevistas, iniciamos a análise, considerando o que Bardin (1991), chama de “leitura flutuante dos discursos”, ou seja, efetuar a leitura da entrevista para a apreensão do todo. A seguir, passamos a uma leitura mais acurada, com intuito de delimitar termos semelhantes. Dando prosseguimento, destacamos expressões e criamos unitermos, finalizando, assim, as etapas da leitura dos discursos, de onde emergiram temas que nortearam a categorização dos dados, o que facilitou nosso trabalho da análise de conteúdo propriamente dita.

Os discursos das moradoras permitiram o agrupamento das temáticas abordadas nas entrevistas, considerando a experiência de sair do hospital para morar na cidade.

Segundo (Saraceno,1999), um dos aspectos importantes na reabilitação do doente mental é a questão de morar, pois habilitar traz o significado de propriedade, de possibilidade de atribuir significado às coisas e ao lugar e também de estabelecer relações afetivas com outras pessoas. Estas oportunidades de troca de recursos e de afetos, proporcionadas pelo morar junto, sem dúvida criam um efeito “habilitador”.

Assim, as pensionistas trouxeram em suas falas os temas **organização e manutenção da residência**. A experiência de compartilharem a mesma casa e de se responsabilizarem pela sua organização e manutenção foi percebida como geradora de conflitos e desentendimentos entre elas, principalmente no que diz respeito à divisão de tarefas:

“... Tá difícil fazer tudo sozinha. Elas não colaboram, não ajudam...” (Rosa)

“... Tenho que limpar, fazer faxinas nas paredes, no chão, lavar quintal, lavar roupa e cozinhar...” (Rosa)

“... A Margarida nunca encostou no fogão; ela se queima.” (Hortência)

Considerando que o hospital funciona como estrutura rígida, em que o doente deve cumprir a rotina que lhe é imposta, e que durante anos essas mulheres aí internadas não tiveram possibilidades de fazer escolhas e de exercitarem suas capacidades de “trocas” e entendimentos entre elas, é compreensível que ao compartilharem a nova casa surjam conflitos, os quais podem ser compreendidos e aceitos como saudáveis, se considerarmos que elas estão passando por momentos de aprendizagem e exercitando possibilidades de organizar e manter uma nova vida em comum, como sugerem as falas a seguir.

“Eu faço a minha comida e a Rosa faz para ela e para Margarida.” (Hortência)

“A Hortência põe a comida no fogo e eu também.” (Rosa)

“...Fazer assim é bom porque a gente desocupa logo, aí a gente descansa...” (Rosa)

“Cada uma lava a sua roupa.” (Margarida)

Em relação às compras da casa, conseguiram organizar-se e falam com entusiasmo:

“Cada uma de nós põe cinqüenta reais pra comprar comida.” (Rosa)

Identificamos também no discurso das pensionistas o tema **organização da vida social e apropriação da cidade**.

A reabilitação passa também pela possibilidade de organizar uma rede de trocas sociais que incluem desde a interação com os vizinhos até a possibilidade de participação em associações de bairro, igrejas e utilização de outros recursos que a cidade oferece.

O funcionamento social

“...é a ação recíproca entre duas variáveis principais – o meio social e o indivíduo – cada uma delas, por sua vez, resultante de várias forças. O meio proporciona oportunidades e satisfações, frustrações e perdas, e consiste não só em realidades concretas – possibilidades de alimento, roupa, moradia assistência médica, emprego, segurança física, oportunidades recreacionais, etc. – como também em realidades sócio psicológicas, expressadas através dos relacionamentos interpessoais.” (Hollis, 1972, p.34)

Sobre este aspecto as moradoras falaram de suas relações com os vizinhos:

“... Os vizinhos são gente boa...” (Hortência)

“...Aqui é melhor que o hospital, porque a gente sai, vai fazer compras, vê gente nova e tem contato com outras pessoas.” (Rosa)

“...A vizinhança é gente boa. Todos eles sabem que viemos do hospital. Eles ajudam a gente... A Margarida e a Hortência foram na ceia de natal no centro espírita. Eu não fui porque não estava boa...” (Rosa)

Segundo Figueiredo (1999), na literatura diversos autores referem como principal obstáculo à reinserção social dos pacientes psiquiátricos, o padrão estigma-rejeição da comunidade. Afirma, ainda, que o paciente é considerado um ser à parte, podendo desenvolver certa alienação referida à sociedade; mas neste grupo, especificamente, isso não ocorreu. Pelo contrário, as moradoras revelaram ser mais agradável a vida comunitária do que a vida institucional.

Por outro lado, percebem que viver na cidade também traz riscos, o que as levam a enfrentar situações difíceis.

“...Outro dia entrou um marginal, malandro aqui dentro.” (Rosa)

“Eu corri dele (marginal).” (Margarida)

Na vida cotidiana, o indivíduo está continuamente exposto a acontecimentos imprevisíveis com as outras pessoas, com a multidão pela qual ele precisa transitar e abrir seu caminho aos “trancos e solavancos”. A experiência de se depararem com um marginal dentro de sua casa foi marcante para essas moradoras, porque as levou a desenvolver uma nova perspectiva em relação aos outros e às coisas que, até então, não fazia parte de suas experiências passadas, já que viveram boa parte de suas vidas protegidas pelos muros de um hospital.

Para Figueiredo (1999), *“o indivíduo permanece expropriado de si mesmo, pela perda da experiência coletiva, da capacidade de fixar sua presença no mundo das coisas, de se objetivar, impossibilitado de historiar a sua história.”*

Isto pode ser ilustrado pelas falas a seguir.

“... Aqui é longe da cidade. Se a gente for sozinha, não sabe voltar...” (Hortência)

“... Andar nada, só anda de carro.” (Rosa)

“... A gente nem sabe pegar ônibus...” (Margarida)

Pitta (1993), sugere que as intervenções direcionadas ao doente mental não deveriam se dirigir somente às “disfunções patológicas”, mas deveriam privilegiar o incentivo ao desenvolvimento das potencialidades existentes em cada indivíduo e a intensificação do seu “funcionamento social”, através das relações sociais para a descoberta de “caminhos e significados”, permitindo-lhes viver de maneira mais satisfatória.

Outro tema abordado pelas moradoras foi a **medicação**.

“vizinha vem aqui de manhã e à noite dar o remédio para Margarida e para Hortência.” (Rosa)

“O meu eu tomo sozinha.” (Rosa)

“Eu não posso fazer nada sozinha.” (Margarida)

“Tem que ter gente para dar.” (Hortência)

Através destas falas pudemos observar que duas das moradoras não são capazes de se responsabilizar pela própria medicação; somente uma é capaz desse ato, o que chamou nossa atenção, pois justamente a paciente que se destacou no grupo por desempenhar atividades domésticas, fazer uso da medicação regularmente, fazer compras no supermercado, é que foi reinternada por duas vezes.

Em estudo sobre os fatores determinantes das re-hospitalizações de pacientes reinseridos na comunidade, Bandeira (1993) confirmou o que a literatura já descrevia com relação ao efeito do medicamento como fator de proteção para o paciente psiquiátrico na sua permanência fora do hospital. Esta mesma autora lembra que a maioria das recidivas ocorre também naqueles pacientes que expressam frustração por não ter atividade profissional regular e ativa, ou mesmo pela dificuldade de agir adequadamente em resposta às situações estressantes do cotidiano.

A **reinternação** foi um outro tema identificado. No período de um ano e meio vivendo na cidade, a moradora que foi reinternada por duas vezes atribuiu sua primeira reinternação ao excesso de serviço e ao fato de ter deixado de se alimentar.

“Eu fazia as coisas sozinha, sem comer, não comia por causa do serviço que era demais. Não tomava leite, nem água...”

“...eu recaí... Me internaram no hospital.”

“A orientadora desta pensão me internou no pronto-socorro; aí, no outro dia, me internaram no hospital. Fiquei quinze dias, aí me recuperei e voltei.” (Rosa)

Cohen (1960) relaciona o retorno dos doentes mentais às instituições hospitalares a questões sociais, em face das exigências feitas pela sociedade quanto à sua reorganização no convívio social. Para Bandeira (1993), os fatores determinantes do fenômeno de reinternação estão relacionados à falta de adesão ao medicamento, falta de suporte social e abuso de álcool e drogas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos discursos das moradoras, pudemos perceber que o Programa de Pensões Protegidas como forma de reinserção social do egresso do hospital psiquiátrico é viável, porém é um processo lento e gradual.

A preocupação com a inserção do doente mental na comunidade estende-se a vários serviços psiquiátricos, incluindo-se neles o Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, que vem pondo em prática um programa de reinserção do paciente psiquiátrico na comunidade, cujos objetivos permeiam o desenvolvimento de habilidades cotidianas necessárias à sua vida.

A experiência reforçada através dos achados da literatura, do cuidado junto a pessoas que trazem em sua história de vida não só o diagnóstico de doença mental, mas também a vivência de internações psiquiátricas recorrentes ou mesmo a de terem sido moradores de macro-hospitais psiquiátricos, e que vivem atualmente na comunidade, tem-

nos mostrado que a evolução dessa população depende, de maneira direta, dos cuidados psiquiátricos de sua enfermidade e da atenção de outras necessidades advindas de situações familiares, sociais ou comunitárias.

Os programas de reabilitação psicossocial têm sido implementados com a preocupação de ajudar o doente mental a desenvolver habilidades do dia-a-dia, necessárias na vida em comunidade, tais como estas: cuidados pessoais; higiene; uso de transporte; observação de aparecimento dos sintomas e automonitoramento dos medicamentos; administrar as finanças; procurar empregos; praticar atividades de lazer e desenvolver habilidades sociais, para que possam lidar e/ou enfrentar melhor os conflitos interpessoais que costumam surgir no convívio social (Bandeira, 1993; 1999).

Como sugestão para melhorar a prática, Scherer & Scherer (2001) apontam o programa de psicoeducação voltado para os doentes, que visa a instruí-los sobre sua doença e sobre a vida em comunidade, bem como para seus familiares, orientando-os acerca do manejo da doença e do familiar doente. Este tipo de programa deve ser conduzido pela equipe de assistência (psiquiatra, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social).

A reinserção na comunidade segue curso próprio para cada pessoa, ou seja, é um processo individual, que deve ser respeitado. Para tanto o programa deve ter uma rede de apoio apropriada, porque, sem uma ajuda adequada, é bem provável que essas pacientes voltem a uma situação de asilamento, aumentando assim sua deteriorização nas áreas sociais.

Assim, é oportuno rever o objetivo da Reforma Psiquiátrica que, segundo Amarante (1995), seria

“...transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.”

Faz-se, pois, necessário abriremos caminhos para novas discussões e reflexões a respeito da aliança entre as novas moradoras desse “novo mundo” e também para observarmos qual a participação do profissional de saúde mental no cuidado a essa população.

ABSTRACT: One of the challenges to Mental Health in this new millenium is the deconstruction of traditional psychiatric hospitals, which will have to take into account the large number of people who still live in them. Currently, the City of Ribeirão Preto – SP has a diversified and consolidated

care system characterized by substitutive services for the mental-hospital model, namely: the Psychosocial Care Center (NAPS), Psychosocial Care Center for Drug-Addicts (NAPS F), Regional Mental Health Outpatient Clinic (services provided by the City Administration); Psychiatric Emergency Unit, General Hospital's Psychiatric Ward, Day-Hospital (services belonging to the University Hospital of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Faculty of Medicine) in addition to the Protected Home Program. The latter has been developed since 1992 by a large psychiatric hospital in that city and seeks to re-include patients into the community. This study aims at discussing access to citizenship, which is the base of such program assisting a group of patients. By means of home visits, the experience of three female patients outside the walls of a mental hospital was followed. These three patients lived in one of the protected homes in the Program and, during the study, their difficulties concerning relationships as well as those related to coping with daily situations and re-hospitalizations were detected. By taking such findings as the object of our reflections, it was possible to conclude that such clients need some type of support which, Mental Health professionals can provide by being aware of the fact that they must re-consider o their intervention practice.

KEY WORDS: Mental health; Psychiatric hospital; Psychiatric nursing.

5 REFERÊNCIAS

- 1 AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- 2 AMARANTE, P. Manicômios e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I.A.; SCARELI, I.R.; COSTA, E.S. (Org.). **Fim do século:** ainda manicômios? São Paulo: IPUSP,1999.
- 3 BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Psic. Teor. Pesq.** v.6, n.2, p.171-182, 1991.
- 4 BANDEIRA, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das rehospitalizações. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.42, n.9, p.491-498, 1993
- 5 BANDEIRA, M. Competência social de psicóticos: parâmetros de treinamento para programas de reabilitação psicossocial – Parte I. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 95-99, 1999.
- 6 BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1991.
- 7 BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no Hospital Geral:** espaço para o psíquico. São Paulo: Papirus, 1993.
- 8 BOTEGA, N.J. (Org.) **Serviços de saúde mental no Hospital Geral.** São Paulo: Papirus, 1995.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde para Área Técnica de Saúde Mental. Departamento de Políticas Estratégicas. Secretaria de Políticas de Saúde mental. Brasília, 1999.
- 10 COHEN, J.S. An analysis of vocational failures of mental retards placed in the community after of institutionalization. **Am. J. Mental Defic.**, Washington, v.62, p.371-375, 1960.
- 11 COSTA, J. Apresentação. In: **A clínica da psicose:** um projeto da rede pública GOLDBERG, J. Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.
- 12 FELÍCIO, J.L. Conceitos básicos e evolução da assistência em saúde mental. **O mundo da saúde.** São Paulo, ano 25, v. 25, n.3, p. 239-242, 2001.
- 13 FIGUEIREDO, A.E.B. Doença mental: exigência de integração e coerência. **Inf. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.23-28, 1999.
- 14 GENTIL, V. Reforma psiquiátrica. /Editorial/ **Rev. Psiqu. Clín.**, São Paulo, v.25, n.4, p.148, 1998.
- 15 GOFFMAN, E. **Manicômios prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.
- 16 HOLLIS, F. **Case work: A Psychosocial therapy.** New York: Pardon House, 1972.
- 17 MORGADO, A; LIMA, L.A Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **J. Bras. de Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.43, n.1,p.19-28, 1994.
- 18 MOSCONI, C. Reforma na reta final. **Psiquiatr. Hoje.** v.21, n.5, p.3-5, 1999.
- 19 PITTA, A M. Avaliando as transformações na assistência psiquiátrica. In: SILVA FILHO, J.F.; RUSSO, J.A (Org.). **Duzentos anos de psiquiatria.** Rio de Janeiro: Relume Dumará Editora da UFRJ, 1993.
- 20 PITTA, A M. **Reestruturação da assistência em saúde mental:** estratégia de construção e desconstrução. Ribeirão Preto, 1999. Palestra proferida na EERP-USP. Workshop de Saúde Mental, em 21/05/1999.
- 21 ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F.(Org.). **Desinstitucionalização,** São Paulo: Hucitec, 1990.
- 22 SARACENO, B. **Libertando identidades:** da habilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.
- 23 SCATENA, M.C.M. et al. Saindo do Hospital psiquiátrico: expectativas de um grupo de pacientes. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL E IV ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 5.,1998. Ribeirão Preto. **Anais.** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 1998. p. 145-153
- 24 SCHERER, Z.A.P.; SCHERER, E.A. O doente mental crônico internado: uma revisão da literatura. **Rev. Latino-am.enfermagem,** Ribeirão Preto, v.9, n.4, p.56-61, 2001.
- 25 TEIXEIRA, M.O.I. Do asilo ao hospital-dia. **Saúde em Foco,** v.6, n.16, p.3-4, 1997.

Endereço das autoras:
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário
14040-902 - Ribeirão Preto - SP
Fone: (0xx16) 602-3453
E-mail: scherer@eerp.usp.br