

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

DAYANE LOURENÇO MODA

**AUTONOMIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM
TRANSTORNO DE ESQUIZOFRENIA EM INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA E PÓS-INTERNAÇÃO**

Ribeirão Preto
2018

DAYANE LOURENÇO MODA

**AUTONOMIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM
TRANSTORNO DE ESQUIZOFRENIA EM INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA E PÓS-INTERNAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em
Saúde e Educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Juliana Vendruscolo

Ribeirão Preto
2018

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

Moda, Dayane Lourenço, 1985-M689a Autonomia de pacientes psiquiátricos
com transtorno de esquizofrenia em internação psiquiátrica e pós-internação
/ Dayane Lourenço Moda. - - Ribeirão Preto, 2018. 126 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Vendruscolo.

**Dissertação(mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2018.**

1. Terapia Ocupacional. 2. Fenomenologia. 3. Saúde Mental.

I. Título.

CDD 610

Folha de aprovação

DAYANE LOURENÇO MODA

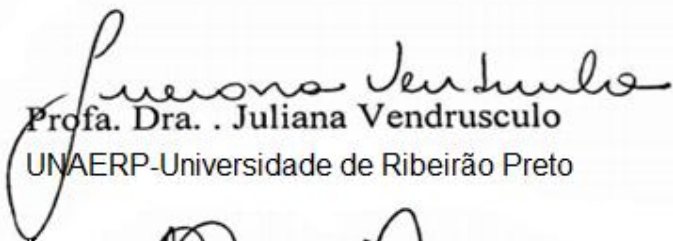
**AUTONOMIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM
TRANSTORNO DE ESQUIZOFRENIA EM INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA E PÓS-INTERNAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em
Saúde e Educação.

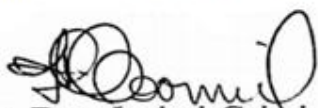
Data da defesa: 6 de abril de 2018

Resultado: Aprovada

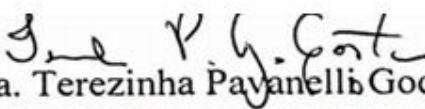
Banca Examinadora



Prof. Dra. . Juliana Vendrusculo
UNAERP-Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Isabel Cristina Carniel
UNIP-Universidade Paulista



Prof. Dra. Terezinha Pavanelli Godoy Costa
UNAERP-Universidade de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO

2018

Dedico este trabalho aos meus pais, Carlos e Monica, que iluminaram o caminho da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que nos conduz nos momentos difíceis e alegres, deixando falar mais alto o amor ao próximo e o desejo de fazer o bem acima de tudo.

À MINHA FAMÍLIA, principalmente a meus pais Carlos e Monica, meu tio Carlos que são pessoas em quem me espelho, e que sempre estão ao meu lado.

AOS MEUS AMIGOS DE TRABALHO, que me apoiam, acreditando em meu potencial.

AOS AMIGOS de Mestrado, que mesmo sendo pouco o tempo de convívio, dividimos os mesmos sonhos e anseios, em especial a Emanuele que sempre está me apoiando nas decisões de crescimento, me amparando e tendo sempre palavras de motivação para os momentos de cansaço.

À MINHA ORIENTADORA, Prof^a Dr^a Juliana, que incondicionalmente foi peça chave para esse sonho, sempre paciente, carinhosa, competente e com muito conhecimento me conduziu e estava pronta a me ajudar em qualquer dia e horário.

À BANCA EXAMINADORA, que vem a engrandecer esse estudo.

A TODOS OS PARTICIPANTES desse estudo, que dividiram com tanto carinho aquilo que temos de mais íntimo, nossos sentimentos.

AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO em SAÚDE e EDUCAÇÃO da UNAERP, representado pela Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva, que sempre se colocou à disposição e atendeu meus anseios e pedidos, fazendo isso com dedicação e carinho.

E a todos os professores que fizeram parte dessa caminhada, muito obrigada!

"A vida é, e continuará sendo, um mistério... podemos, apenas, vivê-la em sua total plenitude, mas não conseguimos captá-la, completamente, de forma racional" (BINSWANGER, 1973, p.491).

RESUMO

MODA, D.L. **Autonomia de pacientes psiquiátricos com transtorno de esquizofrenia em internação psiquiátrica e pós-internação.** 125f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2018.

Trata-se de um estudo qualitativo, cujo objetivo geral foi descrever e compreender as intervenções terapêuticas ocupacionais junto a indivíduos com diagnóstico de Esquizofrenia, durante as atividades de vida diária (AVD) e atividade de vida prática (AVP) e relacionar com a pós-internação, visando como modalidade a abordagem fenomenológica, buscou compreender a vivência de pacientes psiquiátricos durante e após a internação psiquiátrica. Foi desenvolvido no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HST-RP) e nas residências de cada paciente envolvido no trabalho. O estudo contemplou quatro (4) etapas: Etapa I realizou atividades com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em internação psiquiátrica; Etapa II transcrição na íntegra das atividades propostas; Etapa III entrevistou os pacientes em suas residências após terem alta da internação; Etapa IV analisou os dados obtidos nas entrevistas. A amostra foi composta por três (3) pacientes que passaram por períodos variados de internação psiquiátrica e pós-internação. Em seguida, a partir do ponto de vista fenomenológico o investigador analisou o que se mostrou à sua consciência, levando em consideração a experiência de outras pessoas, descrevendo em síntese seus significados psicológicos.

Palavras-chave: Saúde Mental. Terapia Ocupacional. Fenomenologia.

ABSTRACT

MODA, D.L. **Autonomy of psychiatric patients with schizophrenia disorder in psychiatric hospitalization and post-hospitalization.** 125f. Dissertation (Professional Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2018.

This is a qualitative study whose general objective was to describe and understand the occupational therapeutic interventions with individuals diagnosed with schizophrenia during daily life activities (ADL) and practical life activity (PVA) and to relate to post- The aim of this study was to understand the experience of psychiatric patients during and after psychiatric hospitalization. It was developed in the Santa Tereza Hospital of Ribeirão Preto (HST-RP) and in the residences of each patient involved in the work. The study contemplated four (4) steps: Stage I performed activities with patients diagnosed with schizophrenia in psychiatric hospitalization; Step II transcription in the whole of the proposed activities; Stage III interviewed the patients in their residences after being discharged from the hospital; Stage IV analyzed the data obtained in the interviews. The sample consisted of three (3) patients who underwent various periods of psychiatric hospitalization and post-hospitalization. Then, from the phenomenological point of view the researcher analyzed what was shown to his conscience, taking into account the experience of other people, describing in summary their psychological meanings.

Keywords: Mental Health. Occupational therapy. Phenomenology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relato do paciente A e os significados do diálogo.....	33
Quadro 2 - Relato da paciente M e os significados do diálogo.....	52
Quadro 3 - Relato do paciente D e os significados do diálogo.....	73

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A	Paciente A com esquizofrenia
AVD	Atividade de Vida Diária
AVP	Atividade de Vida Prática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
D	Paciente D com esquizofrenia
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
HST-RP	Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto
M	Paciente M com esquizofrenia
OMS	Organização Mundial da Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapia Ocupacional ou Terapeuta Ocupacional

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVO GERAL.....	18
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.3	JUSTIFICATIVA	18
1.4	HIPÓTESE	19
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	20
2.2	TERAPIA OCUPACIONAL E SAÚDE MENTAL.....	20
2.3	ESQUIZOFRENIA.....	21
2.4	ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA (AVD)	23
2.5	ATIVIDADE DE VIDA PRÁTICA (AVP).....	23
2.6	AUTONOMIA	24
2.7	CURATELA	24
2.8	RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA	25
2.9	DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	26
3	CASUÍSTICA E MÉTODO	28
3.1	NATUREZA DO ESTUDO	28
3.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
3.2.1	Avaliação dos Riscos e Benefícios.....	29
3.3	LOCAL DO ESTUDO.....	29
3.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
3.5	COLETA DOS DADOS.....	30
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4	RESULTADOS DA PESQUISA	33
4.1	TRANSFORMAÇÃO DAS ENTREVISTAS EM UNIDADES DE SIGNIFICADOS EM EXPRESSÃO DE CARÁTER PSICOLÓGICO.....	33
4.1.1	Participação no Grupo de TO Durante a Internação.	33
4.2	DETERMINAÇÕES DA ESTRUTURA GERAL DE SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS E SEUS CONSTITUINTES ESSENCIAIS.....	96
4.2.1	Atendimentos em Grupo.....	96

4.2.1.1	Sentimentos de ambivalência sobre a questão da patologia psiquiátrica durante os grupos.....	96
4.2.1.2	Papel da família perante o tratamento psiquiátrico	98
4.2.1.3	Desejo de não estar internado	99
4.2.1.4	Relação que o paciente tem com a sua residência perante as AVD e AVP	100
4.2.2	Atendimentos em Domiciliar.....	101
4.2.2.1	Modo como o paciente está em sua residência após internação.....	101
4.2.2.2	Modo como o paciente desenvolve sua autonomia após a internação psiquiátrica	103
4.2.2.3	Relação do paciente com seu cuidador	104
4.2.2.4	Adoecimento psíquico do cuidador.	106
5	COMPREENSÃO FENOMENOLÓGICA DO DISCURSO	108
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS.....	116
	APÊNDICES	120
	ANEXOS	124

APRESENTAÇÃO

O ensino médio foi de suma importância em minha formação, pois foi nessa etapa em que tive a oportunidade de ter contato com psicólogos para realizar o teste vocacional. Entre tantas opções, decido por então cursar Terapia Ocupacional (TO). Inicialmente, fui procurar alguns profissionais da área para saber mais sobre o curso, pois o mesmo é pouco conhecido e divulgado até hoje. Neste momento, tive realmente a certeza que gostaria de ser Terapeuta Ocupacional (TO).

Iniciei o curso de graduação em 2005 na Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas, onde obtive muitos conhecimentos na área, porém minha meta era cursar TO na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Portanto, assim que fiquei sabendo da possibilidade de transferência, realizei a solicitação e a consegui, por meio de análise de currículo. Assim, graduei-me nas modalidades Bacharelado e Licenciatura em 2009.

Tive a formação voltada para TO realizando estágios, colaborando na produção de trabalhos técnicos científicos, participação em cursos e palestras durante todo o período letivo. Fui estagiária bolsista em um projeto conhecido na universidade como “Maria”, no qual as mães de pacientes psiquiátricos eram atendidas no ambulatório de saúde mental. Em resumo, os conhecimentos adquiridos na graduação me permitiram ter uma visão contextualizada das diversas possibilidades de atuação do TO.

Em 2010 realizei a minha primeira especialização em “Terapia da Mão”, com o objetivo de aprimorar técnicas para o atendimento de pacientes com comorbidades físicas. Foi possível aprender sobre suas limitações e como lidar com isso por meio de alguns recursos como: restauração de função manual e dos membros superiores (favorecendo o fortalecimento, relaxamento e alongamento muscular), orientação de exercícios domiciliares, melhora da independência e qualidade de vida.

Em 2012 fiz minha segunda especialização, agora em saúde mental, em que fui buscar capacitação a partir de instrumentos de avaliação específicos, de forma a ampliar minha atuação na área, capacitando-me para a intervenção, planejamento e gerenciamento de ações neste campo do saber. Essa pós-graduação pode me oferecer suporte teórico-metodológico no campo da saúde mental em relação ao processo de adoecimento mental e suas modalidades de intervenção, bem como um

espaço para discussão sobre legislação relativa à saúde mental, possibilitando a construção de pesquisas que contemplem a atenção integral à saúde e a reabilitação psicossocial. Assim, pude me preparar profissionalmente para ser capaz de planejar, organizar e intervir em situações que envolvam saúde mental, e sendo capaz de trabalhar em equipe de forma inter- e transdisciplinar.

1 INTRODUÇÃO

A loucura, em toda sua história, sempre teve seu lugar pouco definido, e assim os asilos e prisões tinham em seu contingente toda uma mistura de sujeitos alocados num mesmo lugar, sendo identificados sob os mesmos rótulos, independentemente das suas naturezas distintas. Misturavam-se os loucos com os doentes da lepra, os indigentes, os desabrigados, os estrangeiros, os abandonados, os vagabundos, os malfeitores, e também com os criminosos. Provém daí a correlação da loucura com a periculosidade enquanto um potencial criminoso que põe em risco toda a sociedade de uma forma geral (TAVARES, 2008).

Roxo (2010) refere que o histórico conceitual da esquizofrenia data do final do século XIX e da descrição da demência precoce por Emil Kraepelin (1856-1926), cientista que estabeleceu uma classificação de transtornos mentais baseada no modelo médico. Seu objetivo era delinear a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. Ele chamou uma dessas entidades de demência precoce, porque começava no início da vida e quase invariavelmente levava a problemas psíquicos. Os sintomas característicos incluíam alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos. A etiologia era endógena, ou seja, o transtorno surgia devido a causas internas. A demência precoce foi separada do transtorno maníaco-depressivo e da paranoia com base em critérios relacionados aos seus sintomas e curso. Kraepelin distinguiu três formas do transtorno: hebefrênica, catatônica e paranoide.

Atualmente o conceito de esquizofrenia teve importante influência de outro cientista, o Eugen Bleuler (1857-1939), que criou o termo "esquizofrenia" (esquizo = divisão, phrenia = mente), substituindo o termo "demência precoce" na literatura. Bleuler conceituou o termo para indicar a presença de uma cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados. Para explicar melhor sua teoria relativa às cismas mentais internos nesses pacientes, Bleuler descreveu sintomas fundamentais (ou primários) específicos da esquizofrenia que se tornaram conhecidos como os quatro "As": associação frouxa de ideias, ambivalência, autismo e alterações de afeto. Bleuler também descreveu os sintomas acessórios, ou secundários, que incluíam alucinações e delírios (EY; BERNARD; BRISSET, 1985).

Os critérios técnico-científicos que davam a base de gestão da loucura estabeleceram uma relação social com o louco que o privava de assumir o contrato social que todo cidadão está submetido; assim, a relação instituída foi a relação de tutela, que impossibilitava o indivíduo de participar de uma sociedade como sujeito de direitos e deveres (MANGIA; NICÁCIO, 2001).

O termo ação cível se enquadra no processo da "Capacidade Cível" em que se permite a uma pessoa adquirir direitos e contrair obrigações por conta própria, por si mesma, sem a necessidade de um representante legal. Para a ocorrência de uma ação cível de interdição, faz-se necessário que o indivíduo perca a capacidade de gerir seus bens e sua própria pessoa. Esta situação judicial apresenta-se como a mais frequente nas perícias psiquiátricas, que incidem frequentemente na incapacidade total e definitiva, a qual se configura pela perda da autodeterminação da pessoa (LANDIS; KOCH, 1977).

Nos anos de 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984) reconheceu a magnitude dos problemas de saúde mental e admitiu a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Segundo Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo social complexo que engloba mudanças significativas nas formas de cuidado em saúde mental e no tecido sociocultural, bem como transformações jurídicas no que tange a conquista de direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais.

Esse movimento é marcado pela construção de uma nova postura ética em relação aos indivíduos acometidos por transtornos mentais. O sujeito não mais deve ser visto como portador de uma doença que precisa ser controlada, mas sim como pessoa que, devido às suas diferenças, necessita de locais e pessoas que o ajudem a garantir sua cidadania, a sua qualidade de vida, enfim, as suas trocas sociais e afetivas (RIBEIRO, 2005).

Amarante (2008) aponta que tal processo social complexo inclui quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Segundo o autor, a partir da primeira dimensão, deve-se operar um rompimento conceitual com a construção tradicional da psiquiatria, ancorada no positivismo, acerca da ideia de doença mental que acaba produzindo um afastamento do sujeito que por ela é acometido, encobrindo o sujeito, sua existência e suas múltiplas dimensões da vida; deste modo, na dimensão técnico-assistencial, deve-se articular a integralidade do sujeito, levando-se em consideração sua singularidade, seus

contatos afetivos e redes de solidariedade, seus problemas cotidianos, seus referentes socioculturais, seus desejos e projetos de vida. Nessa direção, a Reforma acaba se estabelecendo como um movimento político que visa transformações importantes em nossa sociedade, posicionando-se para além de mudanças técnicas, enfrentando a cultura manicomial e a intolerância ao diferente.

No início do século XX (1917) a terapia ocupacional (TO) se estrutura enquanto profissão no contexto da retomada do tratamento moral na tentativa de humanizar o atendimento ao doente mental, pois este modelo havia sido relegado para segundo plano durante todo o século XIX. Ainda de acordo com Medeiros (2003), o caminho de uma profissão é o caminho do desempenho de suas funções sociais, de suas construções teóricas e das consequentes práticas (ou técnicas) utilizadas, é, enfim, o caminho das diferentes concepções de homem e sociedade que dão sustentação à elaboração de seu saber. Desse modo, a análise sobre a evolução histórica da TO não pode ser isolada do conjunto das relações e dos valores ideológicos da formação social em que ela se inscreve.

As atividades de vida diária (AVD) podem ser chamadas de atividades pessoais da vida diária e atividades básicas de vida diária; e são aquelas realizadas para o cuidado do nosso próprio corpo, e podem ser subdivididas em: higiene pessoal e autocuidado, alimentação, vestuário, atividade sexual e descanso (MELO; MANCINI, 2007).

As atividades de vida prática (AVP) também chamadas de atividade instrumentais de vida prática (AIVD) são aquelas atividades que realizamos para nos relacionar com os outros e com o mundo, e possuem caráter geralmente opcional, elas podem ser subdivididas em: cuidado com o outro; cuidado com animais de estimação; criar filhos; uso de equipamentos para comunicação; mobilidade na comunidade; gerenciamento financeiro; organização do lar; preparo de alimentação; fazer compra e procedimentos de emergência e segurança (MELO; MANCINI, 2007).

Salles e Barros (2009), em seu trabalho com usuário de um hospital psiquiátrico e seus familiares, abordam os impactos do adoecimento na fase adulta sobre a vida cotidiana, e discutem o trabalho das equipes de saúde mental voltados para o desenvolvimento de AVD como fundamental para o desenvolvimento de autonomia e inclusão social.

É preciso compreender que as práticas reabilitadoras devem se encontrar no exercício dos direitos sociais e, para isso, devem poder sair do discurso técnico para

fazerem sentido, para se aproximarem da realidade social, com seus conflitos, contradições, sentidos e contrasentidos, ou seja, a TO, para que possa constituir-se efetivamente como promotora da reabilitação psicossocial, deve também estar nas ruas, nos mercados, nas praças, na vida, inaugurando um cuidado que prioriza a liberdade de criação de todos os sujeitos envolvidos (RIBEIRO, 2008).

1.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho visou descrever as intervenções terapêuticas ocupacionais junto a indivíduos com diagnóstico de Esquizofrenia, em AVD e AVP, bem como compreender como se relacionam com a pós-internação.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Especificamente este trabalho buscou:

- a) Identificar as estratégias de cuidado utilizado pelo TO em hospital psiquiátrico;
- b) Avaliar as habilidades de vida diária e o funcionamento ocupacional dos pacientes em internação psiquiátrica e em momento de pós-internação.

1.3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela relevância de ser baseado em um dos princípios do SUS que é a integralidade, o qual está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano.

O profissional em saúde deve estar preparado para ouvir o paciente, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, podendo assim correlacionar com a vida cotidiana das pessoas.

1.4 HIPÓTESE

Nossa hipótese é de que os pacientes psiquiátricos podem desenvolver autonomia nas AVD e AVP durante e após a internação psiquiátrica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

De acordo com a OMS a saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.

Sendo uma proposição de mudança paradigmática – e não apenas mais uma proposta de modelo assistencial –, a Reforma Psiquiátrica se desdobra em vários planos, situados em diversos campos. No plano assistencial, trata-se de pensar não apenas formas inovadoras de organização da atenção, mas também modelos de cuidado e intervenção adequados aos novos dispositivos – muito diferentes tanto dos ambientes hospitalares quanto dos espaços ambulatoriais tradicionais, e aos novos objetivos – mais abrangentes que os da clínica individual tradicional. Além disso, num país como o Brasil, de dimensões continentais e enorme diversidade cultural, não é possível construir um modelo assistencial que sirva igualmente para as megalópoles e as pequenas cidades do interior, para grandes concentrações populacionais e regiões de população escassa, como em certas áreas amazônicas. As noções de rede e território, por exemplo, são centrais às proposições da Reforma (BEZERRA, 2007).

2.2 TERAPIA OCUPACIONAL E SAÚDE MENTAL

A profissão TO foi criada no início do século XX, nos Estados Unidos. Teve sua prática reconhecida no contexto da reabilitação física e mental pela necessidade de reinserir os traumatizados de guerra na sociedade (BENETTON, 1991). No Brasil, a profissão foi criada em 1959. Na área de psiquiatria tinha sua prática voltada à assistência hospitalocêntrica, com a tarefa de ocupar os pacientes, num processo de manutenção e organização dos hospitais e de reabilitação, tendo em vista que, com o advento das terapêuticas biológicas e farmacológicas, os pacientes melhoravam rapidamente dos sintomas (BENETTON, 1991).

Diante das transformações na assistência psiquiátrica, esta profissão vem buscando uma legitimidade enquanto área de atuação e de produção de saber. Para

tanto, os TOs têm procurado aprimorar-se teórica, técnica e politicamente para a atuação na rede de serviços substitutivos, em nível de prevenção e promoção de saúde, tratamento, reabilitação e inclusão social.

Apesar do movimento de transformação da assistência, as pessoas com transtornos mentais no Brasil ainda têm sido marginalizadas e excluídas socialmente. Nesta perspectiva, surgem as práticas pautadas pelo paradigma social de reabilitação que visam à inclusão social, isto é, a construção de espaços sociais receptivos para atender populações com algum tipo de diferença ou deficiência, e sujeitos com o desejo de ocupar um lugar de participação na vida social (GHIRARDI, 1999).

Segundo Medeiros (2003), o instrumental da profissão mostra-se condizente com as proposições da transformação assistencial atual, uma vez que o usuário dos serviços passa a ser encarado como um indivíduo que se realiza e restabelece sua saúde mediante sua (re)inclusão social. Desta forma, o paradigma utilizado não poderá ser somente o biológico centrado na doença e nos sintomas, independente do contexto, mas sim aquele que busca atender o usuário em suas necessidades e com toda a complexidade da sua condição socioeconômica e cultural.

A TO constitui uma terapia centrada em atividades. A atividade não deve ser encarada como tendo função meramente recreativa e sua finalidade é recuperar a capacidade de voltar a fazer algo e combater a falta de vontade. Indicada para aquelas pessoas que estão em estado de desorganização, isoladas e com a vontade comprometida. A atividade faz com que a pessoa se organize e possa desenvolver sua criatividade. Não se trata meramente de fazer uma tapeçaria, uma peça de cerâmica ou um desenho. Trata-se de concluir uma tarefa objetiva, propiciando à pessoa a constatação concreta de que ela tem capacidade para executá-la.

2.3 ESQUIZOFRENIA

O Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID) são as diretrizes diagnósticas utilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para realizar estudos epidemiológicos e estabelecer o financiamento para a rede de saúde mental.

Os conceitos e diretrizes diagnósticas para esquizofrenia podem ser encontrados na CID-10 (OMS, 1993). Independentemente de qualquer apriorismo

teórico, os profissionais responsáveis por esse manual tentaram criar uma nomenclatura única para pesquisadores e clínicos mediante a observação direta do fenômeno patológico. Os sintomas característicos da doença, definidos pela CID-10, se manifestam no paciente, com certa frequência, em conjunto, e se distribuem em oito grupos.

Os quatro primeiros se caracterizam por delírios e alucinações tais como: 1) eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento; 2) delírios de controle, influência ou passividade e percepção delirante; 3) vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo; 4) delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis como poderes e capacidades sobre-humanas. Os quatro últimos grupos de sintomas caracterizam por: 5) alucinações persistentes em qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios “superficiais” ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por ideias sobrevaloradas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente; 6) neologismos, paradas ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante; 7) comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor; 8) sintomas “negativos” como apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento e diminuição do desempenho social (deve estar claro que estas não são devidas a depressão ou medicação neuroléptica).

Definição de psicose no DSM-IV-TR, sistema diagnóstico multiaxial e categorial, o que significa que ele trabalha com cinco eixos, cada um abrangendo um domínio de informações: eixo I compreende os transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica; fazem parte desse eixo a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; eixo II abrange os transtornos da personalidade e o retardo mental; eixo III diz respeito às condições médicas gerais relevantes para diagnóstico e tratamento; eixo IV refere-se aos problemas psicossociais e ambientais que podem afetar igualmente o diagnóstico e o tratamento do transtorno verificado no eixo I. Por último, o eixo V apresenta a avaliação global de funcionamento.

Assim como em sua penúltima edição, o DSM-V deixa de ter uso exclusivamente clínico. Essencialmente, Laurent (2013) aponta que poucas coisas

mudaram entre o DSM-IV-TR e o DSM-V, uma vez que “o DSM continua fundado em um ‘consenso sobre os reagrupamentos de sintomas clínicos’, e não sobre uma medida ‘objetiva’ do que quer que seja” (p. 21). O modelo de diagnóstico categorial adotado nas últimas edições foi substituído pelo modelo longitudinal, proporcionando caráter preditivo aos diagnósticos.

Os revisores do DSM-V assim justificam a mudança na estrutura do manual: os resultados de numerosos estudos sobre comorbidade indicavam que os limites entre várias “categorias” de transtornos são mais fluidos ao longo do curso de vida e vários sintomas atribuídos a um único transtorno podem ocorrer, em diferentes níveis de gravidade, em vários outros transtornos. Esses achados indicam que o DSM deve buscar maneiras de introduzir abordagens dimensionais a transtornos mentais (*American Psychiatric Association - APA*, 2014, p. 5).

2.4 ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA (AVD)

As AVD são as tarefas de desempenho ocupacional que o indivíduo realiza diariamente. Não se resume somente aos autocuidados de vestir-se, alimentar-se, arrumar-se, tomar banho, e pentear-se, mas engloba também as habilidades de usar telefone, escrever, manipular livros, entre outras, além da capacidade de virar-se na cama, sentar-se, mover-se e transferir-se de um lugar a outro (TROMBLY, 1989).

2.5 ATIVIDADE DE VIDA PRÁTICA (AVP)

As AVP, também conhecidas como atividades instrumentais da vida diária (AIVD), são orientadas para a interação com o ambiente e são frequentemente complexas, geralmente opcionais por natureza, pois na maioria das vezes, são delegadas ao outro para serem executadas, tais como cuidar dos animais de estimação (dar banho, alimentação ao cachorro, entre outros), criar e cuidar dos filhos (levar na escola, trocar a fralda, entre outros), fazer uso de equipamentos de comunicação (telefone, computador, comunicação alternativa), gerenciamento financeiro (fazer compras, pagar as contas, entre outros), cuidado e manutenção com a saúde (marcar consulta e ir ao médico, entre outros).

2.6 AUTONOMIA

De acordo com Cohen e Marcolino (2002), o respeito a um sujeito autônomo acontece quando se reconhecem as capacidades e as perspectivas pessoais, incluindo o direito de ele examinar e fazer escolhas, para tomar atitudes baseadas em suas convicções e valores pessoais.

Kynoshita (2001) concebe a noção de autonomia como a capacidade do indivíduo gerar normas para a própria vida a partir da ampliação de suas relações sociais. Assim, a ampliação de contratos sociais possibilitaria ao indivíduo gerar novas normas para situações diversas. Nesta perspectiva, o conceito de autonomia é ampliado para além de antônimo de dependência ou sinônimo de liberdade absoluta. Ao contrário, autonomia passa a ser entendida como a capacidade do sujeito em lidar com suas redes de dependências.

A produção do ato cuidador consiste na responsabilização do profissional diante de uma intervenção, culminando em uma dimensão tutelar. Porém, o cuidado, pode e deve implicar em ganhos de autonomia para o paciente. Neste cenário a saúde é concebida como a capacidade de se gerar mais vida com o caminhar na vida, assim como a capacidade de indivíduos e coletivos gerarem redes que atam e produzem vida. A multiplicação dessas redes de dependências fortalece a autonomia e implicam em relação direta com a pretensão de um cuidado antimanicomial. Neste sentido, os serviços de saúde mental devem ter como eixo condutor a construção de modelos de intervenções que possibilitem a exploração do ato cuidador com a finalidade de produção de complexas redes agenciadoras de vida (MERHY, 2007).

2.7 CURATELA

Pode-se verificar no Código Civil de 2002 a curatela dos adultos incapazes, definida no art. 1.767, incisos I a V:

Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela:

- I - aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;
- II - aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;
- III - os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;
- IV - os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;
- V - os pródigos.

A curatela do enfermo ou do portador de deficiência é determinada no art.

1.780 (Código Civil, 2002):

Art. 1.780. A requerimento do enfermo ou portador de deficiência física, ou, na impossibilidade de fazê-lo, de qualquer das pessoas a que se refere o art. 1.768, dar-se-lhe-á curador para cuidar de todos ou alguns de seus negócios ou bens.

2.8 RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

O mais recente dispositivo no processo de reforma psiquiátrica brasileira é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). O Ministério da Saúde indica que a criação de SRT é imprescindível para a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por que estes serviços visam a oferecer condições de vida para aqueles com histórico de longas internações psiquiátricas, moradores de rua e egressos de instituições penais e manicômios judiciais, ou seja, pessoas com vínculos familiares e sociais comprometidos ou inexistentes. Para tanto, a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, estabelece a vinculação de cada SRT a um serviço de referência, que se configura como local de tratamento para os seus moradores. Este serviço de referência pode ser um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço ambulatorial especializado em saúde mental ou ainda uma equipe de saúde da família com apoio matricial em saúde mental.

Nesta mesma portaria nº 106, o Ministro de Estado da Saúde define, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do SUS a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial; a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário; a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando a redução das internações hospitalares.

Os SRT "visam os processos de autonomia, de construção de direitos, de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos" e devem garantir "o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento". Sendo assim, configuram uma modalidade de serviço que pode ser considerada avançada no sentido da desconstrução da loucura como signo de

aprisionamento, periculosidade e isolamento, pois aposta na convivência urbana dos "loucos" como cidadãos e busca concretizar a efetiva substituição dos manicômios e a liberdade de antigos internos de circular pela cidade (BRASIL, 2004).

2.9 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O movimento de Reforma Psiquiátrica, concebido como “[...] conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão” (BRASIL, 2004, p. 58).

Paulo Amarante (1995) define a desinstitucionalização como tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico.

A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995).

Rotelli et al. (1990), no entanto, chama a atenção para o fato de que a direção do processo desinstitucionalizante não está dada a priori, exigindo vigilância constante acerca de seus rumos, haja vista que propostas orientadas por setores de esquerda e progressista, mesmo na terceira perspectiva, podem ser apropriadas e redirecionadas pelo ideário neoliberal, levando à desresponsabilização do Estado com a proteção social.

Segundo Saraceno (1996) o paradigma da atenção psicossocial é o balizador das mudanças em curso, compreendido como sinônimo de cidadania, tendo três eixos estruturantes: a) o morar, ou seja, habitar conquistando territórios novos na cidade; b) o trocar identidade, multiplicando-a, combatendo e desconstruindo estigmas e mitos; e c) o produzir valores de trocas sociais, o que implica em ampliação de laços sociais, aumentando a contratualidade, a partir dos valores destacados pela sociedade, assegurando processos de geração de emprego e renda, potencializando as capacidades das pessoas com transtorno mental. Nesse novo contexto, foi proposta a organização da Rede de Atenção à Saúde Mental, sendo esta conceituada como “uma teia que engloba todos os serviços de saúde, mecanismo que pode promover autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais” (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009, p. 39).

Contribuíram para tal organização as portarias que, juntamente com a Lei nº 10.216/2001, instituíram as experiências institucionais, como os CAPS, o SRT; o Programa de Volta para Casa, centros de convivência e outros, além de equipamentos voltados para potencializar o cuidado comunitário e a produção de laços sociais da pessoa com transtorno mental na sociedade. Os CAPS, atualmente regulamentados pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, constituem o principal equipamento do processo de reforma psiquiátrica no País. São destinados a acolher as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, de forma a inseri-las na vida comunitária e familiar, buscando, assim, a sua autonomia. Funcionam como porta de entrada aos serviços para ações relacionadas à saúde mental, sendo um articulador com outras redes que oferecem serviços a este público, como o Programa de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios, Residências Terapêuticas, abertura de leitos em saúde mental/atenção psicossocial em hospitais gerais.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Este estudo possui sua fundamentação metodológica da pesquisa qualitativa, teve como modalidade a abordagem fenomenológica, buscou compreender a vivência de pacientes com transtornos psiquiátricos durante e após a internação psiquiátrica.

Na pesquisa qualitativa, a análise de dados é considerada um fenômeno recentemente retomado, que se caracteriza por ser um processo indutivo que tem como foco a fidelidade ao universo de vida cotidiana dos sujeitos, estando baseada nos mesmos pressupostos da chamada pesquisa qualitativa. Segundo André (1983), ela visa apreender o caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, bem como captar os diferentes significados de uma experiência vivida, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto.

Edmund Husserl (2006), pai da fenomenologia clássica, a coloca como uma ciência voltada para o estudo daquilo que se manifesta à consciência intencional, isto é, consciência de si. A Fenomenologia como ciência e método teórico-filosófico rigoroso tem como objetivo uma reflexão acurada sobre os fenômenos existenciais, aquilo que se manifesta, ou seja, as experiências vivenciais que se apresentam.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi registrado na Plataforma Brasil (ANEXO A) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em seres humanos da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), constante no Anexo B.

A pesquisa foi pautada nas normas da Resolução nº 466/12 "Sobre pesquisa envolvendo seres humanos". Todas as garantias aos participantes foram dadas, no sentido que foram informados em linguagem clara e acessível sobre os objetivos e procedimentos adotados no trabalho, bem como informados sobre o sigilo e a possibilidade de desistir da pesquisa em qualquer momento da atividade proposta, atendo-se ainda a formalização do aceite voluntário, pelos indivíduos maiores de 18 anos de idade, em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelo do Apêndice A. Atenção a Resolução 510/16 em seus termos e definições específicas e com plena assistência ao participante da pesquisa.

3.2.1 Avaliação dos Riscos e Benefícios

Quanto aos possíveis riscos, salienta-se risco mínimo de acordo com a Legislação Brasileira em relação à ética em Pesquisas envolvendo seres humanos, pois os métodos utilizados não requerem de nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais das pessoas que participaram do estudo. As possíveis informações, exposição de imagem, informações pessoais e outros atinentes às entrevistas possuem alguns riscos às pessoas participantes, uma vez que poderão causar constrangimentos. Esses riscos são inerentes aos trabalhos dessa natureza, mas se observadas às normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, obedecendo-se normas de biossegurança, sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos são mínimos.

Já os benefícios esperados com o desenvolvimento deste estudo constituem uma importante contribuição ao conhecimento e análise da questão da autonomia de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, partir das atividades durante o processo de pesquisa, os sujeitos terão a oportunidade de agregar conhecimento frente a suas dificuldades em AVD.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HST-RP), município de Ribeirão Preto-São Paulo (SP), no setor de esquizofrenia e nas residências dos pacientes em pós-internação. Previamente o estudo foi avaliado por uma comissão local composta por profissionais do HST-RP selecionados pelo Diretor Técnico de Saúde III do hospital, que assinou a autorização (ANEXO C).

Atualmente, o hospital atua na área de psiquiatria, atendendo em setores de crise 98 pacientes com vários diagnósticos em saúde mental e tendo 67 pacientes moradores do hospital.

A missão da instituição é promover a internação psiquiátrica e assistência integral aos portadores de transtornos mentais da região dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS XIII) - Ribeirão Preto, através de trabalho de equipe multiprofissional, prestando atendimento humanizado e de qualidade, participando da melhoria continua da saúde mental da população, de acordo com os princípios do SUS e visando a inclusão social e a plena cidadania.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram selecionados, previamente, seis (6) pacientes de acordo com a patologia e a idade, ou seja, diagnóstico de esquizofrenia e maiores de 18 anos de idade. Os pacientes que consentiram participar da pesquisa, três (3) deles, tiveram seu diálogo transcrito após os grupos realizados durante a internação e no período pós-alta da internação psiquiátrica.

No HST-RP existem setores que atendem diferentes diagnósticos de pacientes psiquiátricos em fase aguda e dentre as patologias encontramos a esquizofrenia. No inicio deste trabalho havia setores com características específicas, porém houve a necessidade que os setores existentes no hospital atendessem uma população com diversas patologias psiquiátricas atendendo assim a necessidade dos municípios pertencentes à DRS XIII. Assim, no hospital são atendidos pacientes a partir de 16 anos de idade, mas nessa pesquisa estão participando apenas aqueles com mais de 18 anos.

Os setores possuem equipes multiprofissionais tendo assistente social, psicólogo, TO, enfermagem, médico clínico e psiquiatra. As atividades realizadas pelo TO são atividades de caráter livre, onde os pacientes são convidados a participar das mesmas que são propostas e pré-selecionadas. De acordo com a demanda dos pacientes são desenvolvidas atividades de artesanatos, atividades dirigidas como culinária, filmes e material disponível no momento.

3.5 COLETA DOS DADOS

A coleta foi realizada em dois momentos distintos. No primeiro momento foi feito grupos compostos de três (3) encontros, com 1 hora de duração.

Cada membro do grupo participou de no mínimo dois (2) encontros. Não era necessário que o grupo iniciasse e terminasse com os mesmos participantes, bem como não era possível saber antecipadamente em quantos grupos os pacientes participariam, pois não havia uma previsão rígida de alta dos pacientes, e cada pessoa tem o seu tempo único para a melhora do quadro psiquiátrico.

A frequência dos grupos foi semanal com dia e horário definidos. Foram grupos abertos nos quais as habilidades de cada paciente foram avaliadas em relação às AVD e AVP, e em seguida estratégias para o desenvolvimento das mesmas foram desenvolvidas.

A observação possibilita um contato do pesquisador com o fenômeno em estudo durante o trabalho de campo, sendo que tais aspectos foram apontados no diário de campo.

Essa etapa contou com a inquietação do pesquisador frente à vivência dos usuários do serviço de saúde mental, interrogando: "Quem é você, que se apresenta nessa internação?".

O segundo momento foi composto pela visita domiciliar após a alta da internação psiquiátrica, para a realização de uma entrevista.

A pesquisa qualitativa na modalidade fenomenológica segue uma sequência com descrição, redução e compreensão, que permite uma aproximação do fenômeno apreendido através de uma questão norteadora, sendo do diálogo entre a fenomenologia e a ciência.

Os pacientes foram abordados a partir de uma questão norteadora neste segundo momento ("Gostaria que vocês me contassem como está sendo o seu dia a dia em sua casa após a internação psiquiátrica?"), para investigação individual das vivências da internação psiquiátrica, assim os significados e os sentidos atribuídos para a internação e as AVD após a internação psiquiátrica.

Nos dois momentos dessa pesquisa foi utilizado gravador durante as atividades propostas. A gravação e a posterior transcrição, na íntegra, dos discursos presentes nos grupos, bem como da entrevista têm como objetivo fundamental a leitura dos relatos no momento da análise, permitindo ao pesquisador, num primeiro momento, a leitura atenta sobre o conteúdo e, posteriormente, já durante a análise, tentar apreender e descrever como se manifesta o objeto investigado. Estes momentos da pesquisa também são destacados dentro do contexto de pesquisa em fenomenologia por Amatuzzi (1996) e Amatuzzi et al. (2006).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, de inspiração fenomenológica, e, portanto, sem nenhum caráter estatístico, há a possibilidade de um pequeno número de participantes (CAPALBO, 1987; FEIJOO, 1999; FORGUIERI, 1993; VENDRUSCOLO, 1998 e 2006).

Na pesquisa fenomenológica, o critério para encerrar a obtenção dos dados está relacionado à convergência dos dados. Sendo assim, as entrevistas com os diferentes participantes continuam a ser realizadas até que se perceba uma convergência nos discursos (MARTINS; BICUDO, 2005).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise qualitativa dos dados foi feita a partir da descrição na íntegra dos atendimentos em TO, baseado no método fenomenológico. De acordo com Giorgi e Sousa (2010), este método é dividido em quatro passos:

- a) estabelecer o sentido geral;
- b) determinação das partes: divisão das unidades de significado;
- c) transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico;
- d) determinação da estrutura geral de significados psicológicos.

No primeiro passo, o investigador apenas lê tranquilamente a transcrição completa da entrevista. Já no segundo momento, o investigador retoma a leitura das entrevistas dividindo em partes menores, denominadas unidades de significados. Usando para tal método a perspectiva psicológica sobre o tema, colocando uma marca vertical toda vez que identificar mudança de sentido nas descrições dos sujeitos. Em seguida, no terceiro passo, o investigador deve perceber um aprofundamento do significado das descrições dadas originalmente pelos participantes, como por exemplo, transformar a linguagem de senso comum em significados psicológicos. E por último, o quarto passo baseado nas unidades de significados psicológicos, usa as unidades de significados como base para descrever a estrutura psicológica geral da experiência do participante (GIORGI; SOUSA, 2010).

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 TRANSFORMAÇÃO DAS ENTREVISTAS EM UNIDADES DE SIGNIFICADOS EM EXPRESSÃO DE CARÁTER PSICOLÓGICO

No método fenomenológico de investigação em Psicologia, segundo Giorgi e Sousa (2010), a transformação das unidades de significados em expressão de caráter psicológico ocorre quando o investigador descreve tais unidades, procurando explicar e expor os significados psicológicos presentes nas descrições de senso comum dos sujeitos, cujos relatos estão apresentados a seguir.

Os resultados foram construídos a partir da obtenção de dados que ocorreu em dois momentos distintos e descritos anteriormente. Foram considerados dois protocolos para construção dos resultados, que são compostos por três (3) participações em grupo realizado pela Terapeuta Ocupacional e uma (1) visita domiciliar que foi realizado após a alta hospitalar do paciente.

Os resultados estão apresentados em duas etapas:

- a) a participação nos grupos, durante a internação;
- b) a visita domiciliar.

4.1.1 Participação no Grupo de TO Durante a Internação.

Estão apresentados os constituintes essenciais de cada participante e posteriormente uma síntese de tais constituintes, agrupados para os três (3) participantes.

Os relatos dos participantes incluídos neste estudo nos períodos de internação e pós-internação, encontram-se transcritos e interpretados a seguir, sendo o Quadro 1, referente ao diálogo com o primeiro paciente, um senhor, aqui denominado de A, 49 anos de idade, com diagnóstico de esquizofrenia desde 1994. Seguimento irregular no CAPS, desde meados de 2016 paciente vinha com moderado controle clínico, boa funcionalidade: ia ao banco, fazia compras e bom desempenho no autocuidado, no entanto o paciente teve uma desorganização importante, com exacerbação da persecutoriedade e agressividade contra a mãe, que após injúria física, foi morar com a filha. Sozinho e sem medicação, A. teve piora

gradual, com prejuízo da funcionalidade, higiene, autocuidado, ficando restrito a casa e em péssimas condições: com acúmulo de lixo, sem alimento, muito desorganizado, taquilálico, com afrouxamento de associações, intercalado com salada de palavras, certa compulsividade em relação à higiene pessoal e um dos objetivos de sua internação é para facilitar adesão ao tratamento. O segundo paciente (QUADRO 2), uma senhora, chamada de M, possui o diagnóstico de esquizofrenia de longa data, há pelo menos 20 anos, sem suporte familiar e não adere ao tratamento medicamentoso, o que faz com que apresente esporadicamente piora do quadro, com agitação e persecutoriedade. No Quadro 3, encontra-se o diálogo do terceiro e último paciente, um senhor, nomeado de D. paciente com 18 anos de idade, apresentou tentativa de suicídio por enforcamento e automutilações, apresenta sintomas alucinatórios e delirantes, dependente de drogas (crack e maconha) há mais de 2 anos, paciente necessitou internação para cuidados do quadro psicótico e risco de suicídio.

Quadro 1 - Relato do paciente A e os significados do diálogo

Grupo 1	
A: Licença. TO: Senta aqui vamos conversar. A: Eu posso sentar aqui ou atrás? TO: Onde você quiser. TO: O A conta pra mim o que você veio fazer aqui. A: Tudo começou há mais de três “ano” e sete meses com a infecção, horrível infecção. O que acontece é que quando eu recebo minha moeda eu não sei o valor que eu estou lendo, eu não sei, eu tenho perda de memória, todo amarelo ou todo branco que eu vejo eu tenho perda de memória. Eu identifico a memória pelo vermelho, pela cor da Inglaterra, pelo roxo e pelo preto. Quando me dá essas cores eu lembro da memória. E mesmo eu andando eu tenho perda de memória, e quando eu	

vejo as cores eu agradeço a todo mundo, agradeço a todos, mas eu tenho perda de memória, não posso fazer as coisas sozinho, eu tenho perda de memória. Aí me chegou aquela senhora com policiais, eu falei: Senhor não me agrida, eu estou deitado na cama, eu tenho ligeira infecção, infecção média alta, porque eu estou assim com os ossos, não estou morto, meu hemisfério pode “tensar”, faz um teste vital para mim, o senhor é o bastante, o senhor é o bombeiro, o senhor é autoridade no momento, no acaso, faça os sinais vitais”. Eu estava parado, e parado na cama, eu estava morto, morto, morto, eu cheguei na “UE” completamente, eles fizeram os sinais, morto, morto, morto. TO: Aí você foi para UE?. A: Infecção, infecção nos ossos. Eu tenho infecção nos ossos. Eu lhe falei passa um “AS” Doutor a três comprimidos, a três cartelas, começou a síndrome porque eu estou, não com tique, não porque, eu fico assim porque estou cansado, eu quero repousar, porque assim eu repouso. TO: Entendi.	Paciente faz referencias de como tem a percepção de sua patologia.
A: Mas ei outra parte, tenho permanente quebrado, mas é o “AS”, a vitamina, ainda que vermelha e preta, ainda que o branco, líquido branco mais “o” antibióticos, que os brancos, os pretos e vermelhos, e se não passar dessa forma não se tem o antibiótico, não é aquele que parece Cefalexina, que se parece quadrado, não é esse. A circulação teria que ser os vermelhos e os	

pretos antigos, de antigamente, os líquidos, o vidro, o vidro maior e os vermelhos e os pretos. E os brancos. TO: Hã? A: Mas eu sei como se curar. É acima de dois Hirudoid o creme. TO: Hã? A: Mistura o creme Hirudoid junto com dois cremes acima do Hirudoid, os dois. E se passa, não se faz a gaze, se passa o neve, o redondo até aqui, a parte maior. Ou se faz a gaze, ou se completa o neve, ou se completa a gaze, ou se completa o neve, ou se completa a gaze, ou se coloca a faixa, aí se completa o neve e se completa a faixa. E se faz com crepe. E aqui pelas bordas se completa o neve. E se tem uma parte, “faz” as duas partes, na mesma parte. TO: Entendi.	Paciente faz referencia aos remédios que esta acostumado a ter em sua residência e que considera ser responsáveis por amenizar os sintomas de sua doença psiquiátrica. Descreve essa doença como se fosse similar a uma infecção.
A: Essa é a teoria exposta quadrada, quadrado exposto, mas (...). Senhora, é que eu disse que, pra aquela senhora “a senhora procure outra senhora, ou procure outra senhora que eu não sei cuidar de idoso, o idoso sou eu, eu estou com infecção, a senhora procure outra parte, porque a senhora tem mulher, a senhora tem irmãs, a senhora tem netas, tem netos, eu não tenho nenhuma parte, eu não sou compreendido, eu sou virgem de sessenta e sete. A senhora procura verificar”. A: A senhora procura suas irmãs, a senhora procure seus netos, fique com ele e deixe a casa para mim, que eu faço a minha existência. Porque,	

perdão, perdão, eu fico assim, mas eu não tenho tique não, é porque é, eu fico cansado, eu quero repouso. TO: Por isso que você treme? A: Não, não porque... TO: Quando você fica cansado? A: Isso, isso, isso, mas eu vou pra outra parte. É que na três mil José Rodrigues ou se tem Jardinópolis que Leleusa, se tem a Luíza, se tem a Eliana, ela tem quatro irmãs, foi cinco irmãs que nasceram, e se tem a Edna que morreu com um tiro aqui no Monsenhor da Siqueira. TO: Quem são essas pessoas? A: As irmãs dessa mulher, tem todas novas, a Leleusa é mais nova de todas, a Heloísa, Helena, a Eliana, a mais nova ainda, cinquenta e sete, dez anos a mais velha que eu, a sessenta e sete anos. TO: São filhas da sua mãe? A: Não, são as irmãs todas. Ela tem muitos familiares.	Descreve a composição familiar e de como tem a percepção de ser visto pelos familiares.
TO: Ah. A: E ela só quer ficar comigo pelo valor da moeda. Ela quer que eu compro as lojas e fique no nome dela, é isso que eu não quero. Quero a separação do nome, separação do meu ato, separação dos meus deveres, a separação da minha moeda, porque quando eu fiquei doente, a primeira vez que eu saí “da” Hospital Santa Casa eu já procurei a Previdência, mas eles não me deixaram porque eu troquei de endereço, aí foi para o endereço errado, eu procurei o endereço certo, a previdência.	

TO: Hã A: Mas a mulher conversou, mas ele nasceu assim, o cordão umbilical foi enforcado, é tudo mentira, porque ela teve duas mulheres o preta e eu nasci o branco da Índia, da China, eu trouxe aqui, eu fui trocar de berçário a três vezes. Aqui eu quero a separação dos documentos, que se faz bastante necessário. Perdão, perdão pela agulha exposta, pelo vapor maior. Eu quero a separação do meu nome Artur Guarani Leão, eu não quero mais o nome dessa insana, dessa mulher retardada, se falo retardada... TO: Essa mulher é a sua mãe? A: Não é minha mãe. TO: O que ela é sua? A: É uma mulher que não compreende, ela só quer o valor da moeda. Aí pergunta junta a polícia, a polícia é testemunha, você recebeu a moeda e onde está a moeda? Deixei que antes se tenta a moradia junto com saco "alimentaros", quem se tenta, porque eu comprei no Savegnago dois tipos de Raio-x, um para escutar e outro para governar a comida. Eu liguei a panela de Raio-x de verdade, eu reconhece, porque eu faz a mão e a digital faz os olhos.	Desejo de romper qualquer tipo de relacionamento com relação a sua genitora.
TO: Isso tem na sua casa? A: Na minha moradia, ô saudade. Ela fez, a panela faz há três anos, há sete anos foi projetada o atrás, que se passou de forma estratégica devido ao espião lá da Rússia, o espião, espião da Rússia. Vamos completar essa parte. A: Eu quero. Perdão. Eu quero a separação	

dessa senhora da minha parte, porque minha moeda é minha e eu tenho o dever de ganhar maior, ganhar moeda que ainda a Previdência, o “SS” que não se diz o nome, o Seguro Social, me deve, me deve a moeda, que essa mulher o come é tudo, ela usa o meu nome para ter direito sobre a minha moeda e não quero mais o nome dela, mesmo que a menos ou a mais a moeda é minha. Por esse dever de estar agora com esse prejuízo de infecção meu dever é maior, de a moeda maior, a três mil e setecentos, apartamento seiscentos que faz a moeda.	Referencia sobre o local aonde reside e sobre o benefício que recebe que o auxilia nas AVD e AVP.
TO: Você já trabalhou alguma vez? A: Eu trabalhei há muito pouco, porque aquelas pessoas da moradia, aquela senhora envolvida, justamente com a Saúde e com as pessoas que envolvem, o que conversam demais, não queria que eu saísse e “isse” para a cidade, mas a cidade eu estou, minha cidade me compreende, a cidade, as pessoas boas, pessoas boas. E ela não quer deixar eu mudar de banco, que eu prefiro caixa, que o caixa da África e da Índia, porque esse tal de Bradesco processa gente nova para processar letras, letras, letras e você fica dezenove anos ao mesmo contexto, a mesma letra e no mesmo número da moeda. É por isso que eu quero trocar o caixa e se faz o livro. Eu já dei o meu cartão, meus documentos a todos, para um senhor taxista, falei “Senhor eu não tenho poder na moeda, o senhor leva para mim lá dentro”, e lá dentro eu falei “agora o senhor fica com tudo que eu tenho”.	

A: Perdão, perdão por bater.

TO: Não tem problema.

A: “o Senhor fica com meu documento, o senhor fica com meu cartão, eu recebo a setenta vezes ou quanto preferir, porque depois eu troco o nome, eu troco o registro”. E essa mulher que é insana, junto com essa Anair, e a essas deveras, a jornalista que o faz, que ainda tem o poder do jornalista, duas pessoas do comércio que entram em moradia enquanto eu não estou e leva tudo que eu tenho na geladeira, leva, mexe em tudo, e se coloca lixo do comércio a nosso lixo lá dentro da nossa moradia, é lixo do comércio não pertence a mim. Eu falei, eu falei bem alto “Esse lixo do governo é um lixo nível menor, porque o lixo eu compro no Savegnago, o lixo eu compro no comércio, é um lixo de maior o nível, esse lixo não me pertence, pertence ao comércio, pertence ao governo esse lixo, porque o lixo coloca aqui na minha casa, aqui na minha porta, o lixo é de baixo nível não pertence ao Artur, Artur Guarani Leão não o lixo que não me pertence”. Porque eu compro o maior, compro o maior de alto nível, de alto nível de socialite, não compro lixo que pertence ao governo, que abaixo o quanto esse lixo não presta. Faz assim, o lixo muito baixo do governo, o lixo muito baixo do soldado, que é o lixo muito baixo dessa saúde insana, que não é o aqui. Porque vocês eu já vi maior fisco, o fisco diz o trabalho, o corpo, vocês o trabalho, trabalho bastante, e vocês a toda parte eu vi da UE, eu vi vocês, o trabalho, o trabalho. Aquela parte, aquelas taradas daquela insana, essa eu fico

Relato de como o paciente gerencia suas AVP e de confiar em pessoas estranhas, tendo perdas importantes de documentos e de dinheiro.

revoltado, se diz tarado ou tarado porque insana, como se diz insana, tarada, tarada, porque é uma retardada tarada, tarada. É uma mulher tem apreço pelo corpo e pela moeda, ela se diz como o Gordo e Magro falava, toma cuidado conhecer com Anair ou Nair, como se diz o Gordo e Magro, diz a palavra completa, Onair. Onde se tem Nair, ela só quer moeda, que é uma mulher, é uma tarada.	
TO: Quem que é Onair? A: Onair é uma mulher, como se conhece uma Nair, Onair, como se conhece Nair é uma a tarada, ela quer o valor da moeda, ela quer controlar tudo que o homem tem, isso se diz Onair. TO: Entendi. A: Porque eu comprei Lojas Cem, eu comprei na Magazine Luiza, comprei tudo as lojas, comprei desde o primeiro momento que eu me reconheço. TO: Essas lojas são suas? A: Essas contas são todas minhas, mas... TO: As contas? A: As compras são todas, tudo está pago no valor da minha moeda, que é a única, sempre ganhei a mais que aquela mulher. Ela fez alguma coisa com advogado, com três advogadas e se fez com Dr. Luis Fernando também. Apenas que eu não tenho nada com isso. Quem escreveu o primeiro risco, o primeiro rabisco que está processado, porque eles reconheceram o próprio rabisco deles, ou seja, se tirou a defesa de alguém que tem defesa se fez o crime, porque minha defesa está sob a defesa dos papéis deles. Tudo que está escrito lá naquele	

papel, está escrito o crime, porque se eu não reconheço, não reconheço o país, não reconheço a nação, não reconheço o ADV, que o ADV significa o AIDS. Como eu não reconheço o ADV, eu não reconheço o crime, o crime que não existe, mesmo que eu tenha assinado, não tenha assinado o fisco, o fisco significa o corpo. Se eu não reconheço, reconheço quer dizer que eu não conheço seu ato, não conheço seu crime, eu reconheço o meu ato que eu não fiz, ou fiz por motivo que não estava insano, ou estava agora ou comum, o comum bastante. Eu não perdi direito nenhum, adquiri o direito sobre o que assinares, sobre o que eles quiseram, eles fizeram o crime. Depois a gente muda essa parte, é um “alimentares” que parou no dente.	Explicação sobre suas atividades financeiras, como o paciente consegue articular para gerar seu dinheiro e realizar AVP.
A: Eles fizeram o crime e reconheceram o próprio crime assinado, e eu não assinei esse crime. Se eu assinei esse crime ainda tenho uma defesa, a minha defesa está o bastante maior, porque todo se juntado, o que se juntou a mim, eu sou único, sozinho, quer dizer que o crime são de todos, o do comércio e de quem quer comprar minha moradia. O crime não fiz, o crime são deles e eles que fizeram o crime. O se diz o defesa, minha defesa maior, eu não ultrapassei a defesa de ninguém, o nada o ferir, eles me deixaram aqui com a infecção e feriram a minha defesa, a minha defesa foi provocada, eu não provoquei a defesa de ninguém, a minha defesa foi provocada. Eu não perdi minha defesa, quem perdeu a defesa foram eles, eles fizeram a defesa deles e tiraram a	Sinais de persecutoriedade relacionados principalmente com o crime e com o fato de se sentir abandonado pela família.

defesa deles. Assim somos esposas e assim somos os amigos.	
TO: Com a mão uma em cima da outra? A: São as esposas. TO: Somos esposas. A: E assim somos amigos. TO: A mão uma do lado da outra somos amigos? A: Somos amigos. TO: Entendi. A: E assim um tira a defesa do outro. TO: Uma mão fechada em cima da outra? A: Não pode contra o outro, nem tirar a defesa do outro. TO: Hum. A: Não pode tocar, que é muita setecentos. Não pode falar alto que a multa é setecentos. Assim um tira a defesa do outro. TO: Não, mas a gente é amigo não é? A: Amigos, amigos.	Maneira de como o paciente percebe a relação terapeuta - paciente.
Grupo 2	
TO: Então tá bom. TO: Me conta uma coisa. A: Eu só quero retirar o nome, que o nome não me pertence. Assim eu fico legítimo e pode mudar, de transferência, eu quero ir para o Santos. O Santos é uma ilha, São “Paulos” é uma ilha, São “Paulos” é uma ilha também. TO: Então você quer trocar seu nome, é isso? A: Tem alguém falando. TO: Você quer trocar seu nome é isso?	

A: Justamente, e não reconhecer essa senhora. Reconhecer a outra família que justamente eu ia conversar com a cultura japonesa, que eu quero ter uma outra família, uma família, mesmo jovem, mesmo uma família, mesmo velha.	Paciente fala do desejo de mudança de local para residir, desejo de mudar de cidade, e ate mesmo trocar de família.
TO: Você quer uma outra família? Você não se dá bem com a sua família? A: A lei justifica que quando perde uma família pode ter outra família. Eu não fico internado. TO: Não, ficar internado não.	Manifestação de desejo de não estar hospitalizado.
TO: Tá. TO: E você mora sozinho hoje? A: Há nove anos. TO: Nove anos? A: Há três anos essa mulher assumiu e voltou com outra história, “mas o senhor recebeu, onde está a moeda?”, estava tudo no saco, quinhentos e setenta reais. Mas a parte que quero lhe contar, que toda vez que vai no comércio, o comércio fica com três partes, eu fico com duas partes, porque eu “sabe” fazer conta correta, eu vejo o valor, mas todo comércio fica com três partes, eu fico só com duas partes. Quando eu chego em casa só tenho duas partes e eu tenho que fazer a divisão do que eu tenho de bens para se alimentares, para pagar a moeda. E minha casa “estão” também devendo, eu penso, na Rússia, na Alemanha para pagar as conta, mesmo na Rússia, estratégia, estratégia, espião, espião. Homem, homem, homem, mulher, mulher, mulher, estratégia, estratégia, estratégia, mulher, mulher, mulher. Artur Leão, Leão, Leão,	

Leão. Artur Leão, Leão, Leão, Leão e Leão, assim que eu penso. E onde tem dois telhados eu “chovo” um pouco e onde não tem os telhados eu “chovo” menos, porque nossa parte para o bem, para o bem, o bem. A mulher o respeita, o homem o respeita, o carinho ao idosa, o carinho a idosa. O carinho ao bisavô pode ser o se, porque tanto lavares as mãos, e por que tanto “uares” as mãos, por que tanto lavais as mãos, por que tão circulares as mãos. Sabe qual é a resposta? TO: Não. A: A ciência que eu digo, não faça essa parte, segure o mundo. Segure o mundo meus homens, USA não é nada, está o oprimido, assim como está essa nação que abaixa o pano sempre, que ao mesmo nível que se lê sempre essa nação, que é a gafeira que se injeta, por isso que eu não leio esse texto, não leio essa parte, eu não vejo TV.	Como o paciente faz compras na cidade e como organiza seu dinheiro para comprar coisas, mas apresenta sinais de persecutoriedade característico de sua patologia.
A: Pode ter outra família. TO: Você não gosta de TV? A: Não, porque antes o passava o bastante, antes de se três a setenta, agora só passa encardido, desprovido, desnecessário, é muita coisa injetada que se diz mentira. TO: Antes passava coisa boa na televisão e agora não passa mais?	Atividade de interação, mas o paciente refere não gostar de TV devido às coisas desnecessárias que passa na programação.
A: Que o faz essa parte, o agora, que vamos falar de agora. Tem Embaixada, as Forças Armadas e os soldados, algumas partes são reprimidos, eu pedindo tanque, armas e guerra, que eles não tem a parte de armamento. Que a África junto com a	

França tem o maior, o Portugal e a Espanha tem o maior, a África tem o maior, A Índia, o Egito tem o maior e menos a Rússia e a Alemanha que, a Alemanha e África menos que, a África que, a África e a Alemanha também. E que a Grã-Bretanha tem o maior, que já lhe disse que o USA junto a Coreia e África não se faz mais, se faz só Coreia e USA, porque com essa nação não deixa as armas passares. TO: E no Brasil? A: Justamente estou falando daqui, está nação está reprimido com bandeira abaixada, porque se faz o mesmo livro, a mesma página, tudo que eles querem passar está no livro ou gravado, o mesmo livro que fazia com parafernalias, parafernalias cento e setenta bebês, cento e setenta mil bebês, sou único da existência parafernalias. TO: Você resistiu então? A: As parafernalias, ainda no disco aqui, molécula, que existe molécula. TO: Tem uma molécula na suas costas? A: É. Justamente aqui duas sondas, mas o dentista o quebrou, quebrou uma parte, duas sondas e um disco. É por isso que se perde pra Rússia, porque eu converso bastante com menos da Rússia.	Percepção do paciente com relação ao mundo atual, delírio presente.
TO: Quando você está ocupado fazendo alguma coisa você fica melhor? A: Nada interfere, nada interfere, mesmo quando está dormindo, nada interfere. Apenas que eu estava conversando demais para pedir a parte estratégia para não fazer o nada, o bem, o nada, o	

bem, ou seja, o bem, a mulher não se faça bebê, não se faça nada, não se faça nada, eu peço sempre a chuteira Elizabeth. O guarda, o lençóis, não se faça nada, o bem, não se faça nada, o bem, mesmo aqueles cachorrinhos sujinhos, aqueles gatinhos sujinho não faça nada, mas não abandones na rua, não faça nada. Pelo menos coloque tanques e ogivas nuclear para não sofrer o tanto se essa parte o preferir.	Relação de atividade com os sintomas da patologia.
TO: Então você gosta de cuidar das coisas? A: Eu prefiro [...], mas eu gosto dos vermes, dos pernilongos que se diz o verme das mosquinhas. Você sabia que as mosquinhas não se cruzam com mosquinhas, se cruzam com as formiguinhas? Esta parte você não está compreendida. TO: Não mesmo. A: A cada parte de um ser tem há quatro quadrilhões de formiguinhas se faz [...] ou rasgo na terra com carvão e o cobre, se faz as formiguinhas. T: Entendi	A importância que o paciente da às pequenas coisas, objetos e seres vivos.
Grupo 3	
A: A parte que nós querer compreender é que não volta mais a moradia ou prefere ao senhor José, a outro advogado compreender minha parte, que eu pago a minha moeda ou deixo receber, mas eu preciso da minha moeda para vos alimentares, a parte a princípio. TO: Você sabe fazer comida na sua casa? O que	

você faz? A: Uma parte, mas eu demoro apenas, eu tenho apenas uma hora e setenta para ficar de pé, porque eu tenho que ficar deitado para repouso, porque eu tenho ADV, eu preciso do AS, do antibiótico vermelho e preto, do branco, e eu preciso ainda dos vitaminas, que o vermelho e preto também. Essa parte faz parar em pé, essa parte eu faço compreender o tremor. TO: Esses remédios você toma? A: Não, essa parte o Doutor e a você vão passar para mim. TO: Ah sim. A: Que eu tomo, eu tomo. TO: Aí se a gente passar vitaminas, essas coisas, você toma certinho? A: O curativo faz em casa.	Cuidados que o paciente tem em sua residência, tomada de medicação, curativos, portanto cuidados com sua saúde.
TO: Faz em casa, né? A: Eu já sabe como fazer, é só comprar o neve, o neve no Savegnago, mas agora eu vou “advir”, eu vou lá no Savegnago da Salomé, que é aqui na Capitão Salomão. TO: Você gosta de ir no Savegnago? A: Mas é o que se tem tudo. A: Doutora me dá alta para mim, somos amigos, é que eu coloquei a mão na boca. Doutora, mas são todas bonitas mulheres, as mulheres são todas bonitas. TO: E esse cabelo você tem como? A: Ai Doutora eu não sou um Einstein, mas eu gostaria de ser um Einstein o bastante para uma doutora [...] isso entre as doutoras.	

TO: É mesmo? A: Perdão pelo meu ágil movimento. TO: Perdão pelo o quê? A: Pelo meu ágil movimento de tocar as “mães”. TO: Você não precisa pedir desculpa. Mas sempre digo, porque antes de tocar as mulheres tem que lavar as “mães”, e antes de tocar nos homens tem que lavar as “mães”, lavar as “mães” também com sabão. TO: Quando você o quê? Fizer o que com as mulheres? A: Toca. TO: Toca? A: Não se pode tocar nas mulheres, não se pode tocar nos homens, eu aprendi isso. Não se pode tocar. TO: Não se pode bater. A: Não, não se pode tocar. TO: Tocar? Psiquiatra: Mulher pode? A: [...] mulher pode, pode sim, mulher pode, mas o homem não pode tocar. TO: Você não pode tocar nela, nem em mim? A: Não, e nem nos homem também não, mas apenas se o homem quiser alguma distância, algum reparo, aí eu falo de mira de longe, mantenho distância, porque o da Rússia e a China o põe para lutar Kung Fu, e essa parte eu fui compreendido no hospital UE, faz eu bater de verdade, e pode subir em paredes e quebrar as partes, mas ainda não pode precisar, porque está com infecção nos ossos. TO: Infecção do que? A lá ele toca nas mulheres	Medo e angustia que o paciente refere em tocar mulheres.
--	---

tá vendo? A: É porque ele tem problema [...] ele foi agredido por quatro vezes nas costas, ele tem problema de falar sozinho. Ele fala...	
TO: Você não tem esse problema de falar sozinho? A: Não tenho, eu falo [...] para não fazer mal adequadamente a nenhuma formiguinha, a nenhum verme, nenhum ser, apenas para não fazer o mal, eu fazer o bem, o bem. TO: Vamos jantar agora? A: Vamos conversar só uma última parte. TO: Fala. A: Eu tenho problemas familiares, eu tento ser compreendido, mas familiares novos[...] a senhorita, a senhorita. Eu não quero voltar para minha família. TO: Nós vamos conversar certinho, nós vamos te ajudar. Nós vamos te ajudar viu? Pode ficar tranquilo tá? A: Agradecido. TO: Imagina. A: Porque ela sabe expor vai conversar com o doutor	Falta de percepção de sintomas da doença.
Visita Domiciliar	
TO: Olá, posso entrar A. A: Pode, mas Primeiro Doutora trocaram de cadeira e colocaram uma cadeirinha aqui, dessa sala aqui que faz a pesquisa. TO: Senta aqui A.	

A: Primeiro Doutora trocaram de cadeira e colocaram uma cadeirinha aqui, dessa sala aqui que faz a pesquisa. TO: Hã? A: Colocaram uma cadeirinha pequena. TO: Hã? A: Para o seu Francisco, aquele meio parece que ele tem um problema de, de, de esclerose, ou pegou uma cadeirinha daquela e colocou no banheiro ou pegou minha cadeira que eu tinha pra fora, e pegou minha cadeira amarela de eu senta, porque de manhã eu sinto tontura, então eu tenho que pegar minha cadeira amarela, eu sentar, repousar de manhã.	Chegada da TO na residência do paciente em momento de pós-alta, apresenta um pouco de desconfiança com relação a visita.
A: Eu tinha uma cadeira amarela, tinha uma cadeira branca de tomar banho, tomo banho na cadeira branca, ela é rachada aqui. Eu tinha uma cadeira branca do quarto de tomar banho e tinha uma cadeira amarela de eu sentar, de repousar pra tirar a tontura, porque eu levanto com tontura, moleza, aí depois eu observo e sento, mas vamos começar a pesquisa.	Modo como o paciente se sente fisicamente.
TO: Você concorda em conversar? A: Vamos ver o que é o assunto. TO: gostaria que você me contasse como está sendo o seu dia a dia em sua casa após a internação psiquiátrica? A: Não, apesar que não é isso. TO: O que é? A: Eu não gosto de sair, eu sou uma pessoa caseira, uma pessoa caseira. Eu gosto de sair	

para tomar o sol, a menos irradiação que é antes da existência, pra mim carregar meu corpo carregar com energia do sol, porque a radiação é antes da, vem depois da “mermemeação”. Então eu saio, não é indevido fazer a compra, fazer minha necessidade de pagar as contas, mas acontece que o comércio todo de onde eu moro, me roubaram, fico com três partes, eu fico com duas partes. É isso que acontece.	Relação do paciente com as atividades após internação psiquiátrica.
TO: Você recebeu visita hoje? A: É sempre assim, é sempre assim. Melhor trocar de lugar. TO: Por quê? A: O sol. TO: O sol? Onde você quer sentar? A: Naquela última seria melhor. Vou só escolher meu lugar primeiro. Vou ficar até aqui, mas com todo respeito, eu respeito a senhora. TO: Isso, fica aqui pertinho. Conta para mim da sua visita. A: Ela não gostou nada. TO: Por quê? A: Porque [...] uma história preparada. TO: Você não ficou feliz? A: Porque a cada três, três, sete anos, nove anos, ela vem com uma história preparada, dividir a [...] com a filha dela, com quem ela conhece, com a polícia e com a saúde. A polícia invadiu a nossa casa, eu não tinha nada com a polícia, fiz compra no Savegnago, acho que perda de memória, fui comprar um feijão no comércio, um feijão preto e uma margarina no comercio, mas eu já tinha	Relação que o paciente está tendo as AVD e AVP, está conseguindo realizar as atividades e interagir com pessoas.

comprado tudo no Savegnago, tudo já tinha entregado no Savegnago. Savegnago, aqui o Savegnago da Capitão Salomão, chama Salomé, entregou tudo a mercadoria importado, que eu paguei tudo, “confortamente”.	
A: Mas o que você tá perguntando? Somente isso? TO: Sobre sua vida após a internação, só isso mesmo! A: Hum, será a mesma coisa?	Dúvida em relação à visita, ao que falar.
A: Hum. Onde aquela insana faz tratamento. TO: Onde quem faz tratamento? A: Aquela insana daquela senhora. E a pesquisa?	Refere sobre sua mãe
TO: A. eu já estou indo embora, foi muito bem ver como você está bem após a internação A: Está bem então, tchau.	Despedida

Legenda: TO = Terapeuta ocupacional; A = primeiro paciente com diagnóstico de esquizofrenia; AVD = Atividade de vida diária; AVP = Atividade de vida prática.

Fonte: Da autora.

Quadro 2 - Relato da paciente M e os significados do diálogo

Grupo 1	
M: Você que vai me levar? TO: Uhum. Vou junto com a N. te levar tá? M: Tá. TO: M. quando você internou aqui, você tava ouvindo vozes? M: Não. TO: Nada?	Desejo de estar em casa, de estar internada, deseja não fazer tratamento.

M: Não. Meu filho me trouxe, me trouxe aqui, me trouxe aqui. TO: Porque ele te trouxe? M: Sem motivo. TO: Sem motivo? Você lembra, você veio para cá, aí como que foi a internação? Porque você internou? M: Meu filho me trouxe. TO: Porque ele te trouxe? Você tava brava? M: Não.	Sentimento de abandono familiar, falta de compreensão do motivo da internação.
TO: Não? M: Não. TO: Não aconteceu nada lá na sua casa? M: Não, não aconteceu nada em casa. TO: Não? M: Não.	Não compreensão do motivo da internação.
TO: Você já ouviu vozes alguma vez? M: Não. TO: Nunca? M: Não. TO: Nunca? Nunca? Nunca? M: Não, nunca ouvi vozes. TO: Você já teve algum comportamento que era diferente das outras pessoas? M: Não. Que eu saiba não. TO: Não? M: Não.	Negação de sintomatologia.
TO: Quando, você já teve, você já apanhou em casa? M: Ó, vou ser sincera com a senhora, meu filho	

bebe e às vezes ele fica agressivo comigo. TO: Fica? M: Fica. TO: Como chama seu filho? M: D.	Relato da convivência familiar.
TO: Veio internar? M: Não, ele não tava agressivo comigo, mas meu filho mais novo, que é o M., esse trabalha, e ele tá desempregado, aí ele “pois” eu no carro e me trouxe pra cá. TO: Ah é? Aí ele te trouxe pra cá. M: Me internou e deixou aqui. TO: E não veio te visitar? M: Não, era pra ter vindo hoje.	Sentimento de menos falia com relação familiar.
TO: E a N. vai te levar, que é a Assistente social. M: É. TO: Entendi. E quando você tá lá na sua casa, você já ficou brava com alguma coisa? Mais agressiva? M: É, eu fico brava com meu filho que bebe. TO: Que bebe? M: É. TO: E ele fica te perseguindo? M: Fica. TO: Fica? M: Ó, já sumiu, mas tava cheia de macha roxa aqui, uma mancha roxa aqui, aqui ó. TO: Na perna também? M: Na perna. TO: Roxo? M: Roxo.	

TO: Hum. Então você acha que ele te persegue assim? M: Ele fica agressivo comigo. TO: Ele fica? M: Fica. TO: Mas você não fica com ele? M: Não, eu não faço nada, eu falo “calma filho fica quietinho”. TO: Entendi. E isso acontece sempre? M: Sempre que ele bebe, e ele bebe. TO: Ele bebe todo dia? M: [03:35] bebe TO: Todo dia? M: Todo dia.	Histórico que a paciente relata com relação à vida de seu filho.
TO: Então todo dia você tem essa sensação de que ele tá te perseguindo assim, de que ele vai atrás de você para te bater? M: É. TO: É? M: É. TO: Nossa que ruim. Ruim né? M: É. TO: Hum. Entendi. Aí você escuta ele te xingando assim, ou não? M: Não. Nunca me xingou.	Sintomas de perseguição com relação ao filho.
TO: Não? M: Só fica agressivo comigo e me pega com força assim, até “tô” toda dolorida aqui ainda. TO: E porque que ele te pega com força? M: Porque ele tá bêbado.	Relação familiar mais conturbada.

TO: Porque ele tá bêbado, entendi. Então vozes assim você nunca escutou? M: Não, nunca escutei vozes. TO: Ainda bem né? M: Nem vê vulto. TO: Nem vê vulto? M: Não. TO: Nunca? M: Não.	Negação de sintomas, mas apresentou durante a internação.
TO: Hum. Entendi. E quando ele bebe você acha que... M: Eu acho que ele deve parar. TO: Ele deve parar? M: Eu acho que ele deve parar, mas ele não para, e os amigos dele que pagam bebidas para ele. TO: Ah entendi, os amigos.	Relato do uso de bebidas pelo filho.
M: Então. E hoje é dia 25? TO: É. M: Então, tem que ir embora porque eu tenho ir no banco ainda. TO: Você vai no banco ainda, todo dia 25 você recebe? M: É. TO: Você mora com quem na sua casa? M: Mora eu o D. e o M. TO: Ah é?	Realização das AVP como lidar com dinheiro e preocupação familiar.
M: É. TO: E quem é responsável pelo dinheiro da casa? M: Bom, do meu dinheiro fico responsável eu, do dinheiro do M. fica responsável ele.	

TO: E você consegue administrar as coisas em casa, pagar as contas certinho? M: Consigo. TO: Consegue? M: Consigo. TO: Toma banho certinho, faz comida? M: Faço. TO: Consegue arrumar a cama, limpar a casa, tudo essas coisas? M: Consigo. TO: É?	Relato das AVD e AVP realizada pela paciente em sua residência.
M: Quantos dias faz que eu “tô” aqui filha? TO: Quantos dias faz que você tá aqui? Faz uma semana. Uma semana só pouquinho tempo né? M: Hm.	Preocupação com o tempo de internação.
TO: E a cabeça tá melhor? M: Tá. TO: Tá melhor? Tá mais organizada? M: Tá mais organizada. TO: Quando você chegou aqui não tava muito organizada? M: Não. Não, não é que não tava organizada. TO: Me explica como é que tava. M: Eu te expliquei. TO: Hm.	Negação de sintomas.
M: Eu “tava” calma em casa, de repente virou um carro na frente minha casa, eu até pensei que fosse algum cobrador, porque eu devo “pro” cobrador também.	

TO: Para quem você deve? M: Cobrador. TO: Para cobrador. Hã. M: Aí eu pensei que fosse ele, de repente meu filho me “pois” dentro do carro e me trouxe aqui. Eu tava normal. TO: Por isso que você tá indo embora rápido né? M: É. TO: E antes você já teve umas internações aqui né? M: Sim, tive várias internações. TO: Quantas internações? M: Ah nem lembro, mas eu já surtei. TO: 19 internações já. M: 19? TO: 19. E antes você lembra porque você internava? M: Bom, teve uma vez que eu quase me matei. TO: Quase o que? M: Quase me matei TO: Ah é? O que aconteceu? M: Pergunta pra V. pra você ver. A V. me acompanha desde, desde quando me internei aqui. TO: Ah entendi, a V. sempre acompanhou seu caso? M: Acompanhou. TO: E você já internou alguma vez por ficar muito brava? M: Não. TO: Nunca? M: Assim, de ficar brava, brava, brava não. TO: Só um pouco?	Relato de outras internações que a paciente já teve no hospital, diversas reinternações devido a não tratamento ambulatorial.
--	--

M: Só um pouco. TO: E aí nas outras internações você ouvia vozes ou não? M: Não. TO: Nunca ouviu? M: Nunca ouvi vozes. TO: Nem viu vultos? M: Nem vi vultos.	
TO: Entendi. Além do seu filho beber, tem alguma outra coisa que acontece lá na sua casa que te deixa estressada assim ou não? M: Não. TO: Não? Só o filho beber que é ruim? M: Só o filho beber.	Preocupação com o filho.
TO: E você namora? M: Eu tenho um companheiro. TO: Ah é? Como ele chama? M: R. TO: E você se dá bem com ele? M: Dou. TO: Faz tempo que você tá com ele? M: Ele quer morar comigo, mas eu não quero. TO: Ah, ele quer morar com você? M: Ele quer casar comigo, mas eu não quero. TO: Casar? M: Senão eu perco meu benefício. TO: Ah entendi. Ele trabalha? M: Trabalha. TO: O que ele faz? M: Ele é pintor residencial. TO: Que legal. E ele dá muito trabalho?	

M: Como assim? TO: Ele dá, é bonzinho com você? M: É. TO: Não dá trabalho? M: Não. TO: Não bebe? M: Bom ele tem tem uma [...] antes do almoço, um [...] antes do jantar [08:30]. TO: Hum. M: Eu não sou ciumenta. TO: Você é ciumenta? M: Ciumenta. TO: Por quê? Você tem ciúmes dele? M: Não. TO: Não? Ele não é bonitão? M: Ele é bonito. TO: Então, você não tem ciúmes dele? M: Não tenho ciúmes dele viu. TO: Ele te respeita? M: Respeita.	Paciente conta sobre seu relacionamento com o namorado que tem há vários anos, mas refere não querer casar devido o medo de perder o benefício.
TO: Que legal. E você teve algum abuso quando você era criança, alguma coisa, tem alguma história que você tem vontade de contar para alguém? M: Não. TO: Nada? Sua vida sempre foi boa? M: Quando eu tinha sete anos meu pai me batia com de reio. TO: Quando você tinha sete anos? Bem novinha. M: É, bem novinha, meu pai me batia com reio. TO: Com reio? M: Reio.	Relato de como era sua infância e sua relação com seus pais.

TO: E por que ele batia? M: Porque ele era muito bravo. TO: Ele era bravo mesmo? M: Ele era bravo. TO: E sua mãe? M: Minha mãe faleceu faz uns 10 anos já. TO: Tudo isso? Bastante tempo né.	
Grupo 2	
Entrevistadora: “Ta” dando certo? Isso. O que quê você gosta de cozinhar, o que mais você gosta? Que a gente pode combinar de fazer sexta-feira, fala uma coisa fácil. M: Bolo. Entrevistadora: Bolo? Bolo dá.	Proposta de atividade de culinária sendo realizada junto com o paciente.
M: Bolo dá pra fazer? Entrevistadora: Bolo dá, bolo é tranquilo de fazer. M: Uma coisa que eu sei fazer também é cabelo. Entrevistadora: Que? M: Cabelo. Entrevistadora: O que é isso? M: Cabelo. Entrevistadora: Cabelo, nossa, eu pensando alguma coisa de comer. O que você sabe fazer no cabelo? M: Escova, chapinha. Entrevistadora: É? M: Progressiva Entrevistadora: Sério? Onde você aprendeu essas coisas? M: Com a minha tia, minha tia é cabeleireira.	

Entrevistadora: Você ajudou ela já alguma vez? Já? Que chique. Bolo do que, de chocolate? M: Chocolate. Entrevistadora: Chocolate, de cenoura. M: Chocolate. Entrevistadora: Então “ta”, vou pegar uma receita e eu compro as coisas pra gente fazer essa semana.	Habilidades referidas pelo paciente.
M: Que dia? Entrevistadora: Sexta. M: Sexta? Entrevistadora: Sexta é um dia bom pra comer bolo né? O que você acha? E na sua casa você já fez algum bolo? M: Já, mas eu esqueci o jeito da receita, preciso do papel.	Sugestão de atividade como recurso terapêutico.
Entrevistadora: Na internet a gente pega. M: E as pontas aqui o que vai fazer? Entrevistadora: Depois a gente amarra, tranquilo. M: Pra ir mais rápido, tem como à senhora “fazer” assim pra mim? Senhora não, moça. Entrevistadora: Como que é o meu nome? M: Dona Daniele. Entrevistadora – Daiane. M: Daiane, ai, nossa, “to” com o nome da Daniele na cabeça.	Atividade sendo utilizado como recurso terapêutico. Paciente pede auxilio, ajuda.
Entrevistadora: Ela foi embora, fazer o que? M: Assim olha, ir puxando as linhas. Entrevistadora: Espera, agora é por... Cadê aqui, é esse né? Vamos fazer por cima. Vamos ver se	Saída de um (1) integrante do grupo.

vai ficar bom mesmo. Você gostava da Daniela? M: Pena que ela foi embora.	
Entrevistadora: Pena não, você gosta dela, você tem que pensar no bem dela, ela foi embora porque ela melhorou. M: Ah, porque eu não gosto de ser, é meio complicado. Entrevistadora: O que quê é complicado? M: Eu não queria que ela fosse embora, ela era minha melhor amiga. Entrevistadora: (risos) M: A outra também subiu, a (Leni?). Entrevistadora: A Leni né? Ah espera aí, me perdi. E quem que subiu hoje? Mais alguém subiu. M: Ai, “ta” ficando bonito. Entrevistadora: “Ta”, você vai ver só.	Vínculo que o paciente tenta realizar com outros pacientes.
Grupo 3	
TO: Entendi. E você teve dois filhos só? M: Dois filhos de cesárea. TO: Duas cesáreas. E hoje você namora bastante com o namorado? M: Namoro. TO: Namora? Namora mesmo? M: Uhum . TO: Hum. M: Todo fim de semana. TO: Todo fim de semana? M: Sábado e domingo, e segunda-feira vou embora pra casa. TO: Ah, de final de semana você fica na casa dele	

então. Você é safadinha em. M: Por quê? TO: Não é não? M: Por quê? TO: E filhos não quer mais não né? M: Não, eu sou operada para não ter mais.	Relato de como se relaciona com o namorado.
TO: Ah “tá” entendi. Tem alguma história que você quer me contar? M: Não. TO: Nenhuma? M: Nenhuma. TO: Ah, duvido que você não tem nenhuma história boa aí da sua vida. M: Uma história boa é que o fim de semana eu passo com o R., fico lá numa boa. TO: O que vocês fazem juntos? M: Bom, eu ajudo ele fazer serviço, porque e só ele e dois irmãos. TO: Hum. M: Aí a gente faz serviço depois “nois vamo” ver videogame. TO: Você joga videogame? M: Jogo. TO: Que jogo? M: Aquele pôquer. TO: Olha que chique. M: [11:12]. TO: Hm. E que mais vocês fazem juntos? M: Só isso. Bom. TO: Assiste filme? M: Assisto filme. TO: Gosta?	

M: Gosto. TO: Vocês vão passear ou não? M: Não. TO: Não? M: A gente fica em casa. TO: Fica em casa. E quem faz a comida? M: Nós dois. TO: Juntos? M: Eu ele. TO: Que bonitinho. E você gosta dele, muito? M: Gosto. TO: Em? M: Faz 18 anos que “tô” com ele. TO: 8? M: 18. TO: 18?! M: 18. TO: Nossa, é muito tempo. M: Então, por isso que “tô” falando [11:50]. TO: Entendi. M: Eu não sei se eu caso se não caso. A... Sabe a M. enfermeira aqui? Falou assim para eu não casar não. TO: Não? M: Não. TO: Por quê? M: Ela falou para mim não casar não. TO: E você o que acha? Que deve casar ou não? M: [12:13] tenho um filho, o M. TO: Hã? M: É pintor residencial também. TO: Hum. M: E aí ele não gosta do R.	Relato do convívio com o namorado e com o filho
---	--

TO: Não gosta? M: Ele vai impedir. TO: Ah entendi. M: Entendeu? TO: Entendi. M: Só isso.	
TO: Hum. E você tem bastante amigo? M: Tenho. TO: Tem? Mora tudo perto da sua casa, como que é? M: Os vizinhos. TO: Os vizinhos, você conversa bastante com eles? M: Converso.	Vínculos sociais.
TO: Que legal. E você já fez algum tratamento antes? M: Como assim? TO: Você já internou aqui 19 vezes né? M: É. TO: E antes você fez algum outro tratamento ou você sempre para de tomar o remédio? M: Não. Eu nunca parei de tomar o remédio. Tomo certinho. TO: Por que você tem tanta internação? M: Porque eu sou uma pessoa muito nervosa. TO: Ah. M: Ansiosa. TO: Ansiosa? M: Ansiosa. TO: É? M: Eu quando eu “tô” no meu limite eu falo assim	Discurso sobre os sintomas que apresenta em sua casa e diz sobre internações que já apresentou anteriormente.

me ajuda tenho medo. TO: E você fica com algum medo? M: É. TO: É? E lá na sua casa tá tudo bem para você ir embora, como que tá? M: Tudo bem, eu acho que tá tudo bem.	
TO: Tudo bem? E seu pai e sua mãe já faleceram? M: Já. TO: Não? M: Já. TO: Já? Faz tempo? M: Minha mãe faz uns 10 anos. TO: É? Passa rápido né? M: Passa. Meu pai morreu de tanto beber pinga. TO: Seu pai bebia muito? M: Ixi. E ele batia na minha mãe. TO: E sua mãe morreu por quê? M: Minha mãe, ela...	Histórico familiar.
Visita Domiciliar	
Assistente Social: Ela “tava” marcada tá. A moça de fora falou que a próxima vez que ela internar marcada vai vir buscar você. Então assim, por favor, não maltrate ela, porque ela é uma paciente que interna, e você sabe, você melhor que todo mundo, conheço você desde quando nasceu [...] Filho: Sim senhora. Assistente Social: [...] desde quando era pequeno né? Você tem que cuidar dela e não judiar dela.	

Filho: Mas machucar a gente não machuca não. Assistente Social: É! Mas ela tá toda marcada, tava toda marcada. TO: É. Ela estava com vários roxos no corpo [...] Filho: Sim senhora. Assistente Social: Então assim... TO: [...] no braço na perna. Assistente Social: Oh! Você pode achar que ninguém tá olhando, nós de lá estamos olhando, já deixei avisado, passamos no fórum, já deixamos falado, se a M. ligar para nós para falar que aconteceu alguma coisa vamos pedir para buscar você. Então olha, a gente veio para te avisar para você não judiar dela. Filho: Sim.	Visita domiciliar após a internação psiquiátrica foi visto o filho da paciente alcoolizado e feito orientações pela equipe multidisciplinar sobre possíveis agressões que a paciente pode estar tendo em casa.
Assistente Social: Porque essa mulher só sofreu, agora, você que é mais jovem, que é filho dela, por favor, nós vamos voltar aqui de novo, vai jogando essas coisas fora, as coisas que vocês não ocupam mais né?! Porque ela precisa de um ambiente sadio, se ela não dá conta de fazer sozinha é você que é filho dela que vai. Você tá sentindo cheiro da sua casa D. (nome do filho)? TO: Tá? Assistente Social: E você mora aqui nesse cheiro ruim assim? TO: Deve ter coisa estragada	Modo de como a casa estava ao chegarmos para a visita.
Assistente Social: Isso aqui foi você que bebeu tudo aqui ó D. (nome do filho)? Conheço você desde pequeno menino. Filho: Não fui eu?	

Assistente Social: Toma juízo garoto! A próxima vez eu venho aqui para te bater. M: falei pra ele. Assistente Social: Mas assim... M: Mas me internar. Assistente Social: Não me põe a mão nessa mulher viu. Filho: Não de maneira alguma. Assistente Social: A lei Maria da Penha vai mandar você sair daqui e você vai morar a donde? Filho: Mas “nóis” não faz isso [...] Assistente Social: E não me apete [01:43] ela. Respeite ela viu, respeite ela. Filho: [...] nem eu, nem meu irmão. M: “Tava” cheia de mancha roxa, ela viu, todo mundo viu. TO: Nós vimos. Assistente Social: Todo mundo do hospital viu lá, ela fez um exame de corpo de delito né, e o delegado falou “Oh! Se por acaso ela internar tudo desse jeito vocês trazem ela aqui”, mas a gente tem que avisar primeiro né! Assistente Social: Quanto a isso... M: agora	Orientações ao familiar sobre a paciente.
Assistente Social: Ela tem retorno dia 05/09 às 9h com a Dra. Vitória. Aqui tá o remédio dela, dessa vez ela não internou tão ruim, por isso ela tá voltando logo, mas a gente vai vir aqui fazer uma visita e não quer encontrar nada disso viu? Ser pobre tudo bem, mas pobre [...] TO: Pobre limpinho. Assistente Social: [...] mas pobre que deixa	

acumular sujeira assim, aí é feio! Oh! Ela toma um Diazepam, um as 8 e uns as 14, e dois comprimidos as 21. Filho: Uhum. Assistente Social: ela toma Midazolam [...] M: [02:40] trabalhar. Assistente Social: [...] um comprimido as 21 tá? Assistente Social: Ela só tá tomando esses dois remédios.	Orientações sobre a medicação que a paciente fará uso no tratamento no pós-alta.
TO: Você tá trabalhando D. (nome do filho)? Filho: Não. “Tamo” eu e meu irmão parado. TO: Parado. Filho: Por enquanto. TO: E você tá bebendo todo dia? Filho: Praticamente. TO: praticamente	Maneira de como os familiares está no cotidiano, no momento estavam desempregados e com uso abusivo de álcool.
TO: E como sua mãe é com vocês? Gostaria que você me contasse como está sendo o seu dia a dia em sua casa após a internação psiquiátrica Filho: Não... às vezes até controlável. TO: O que é controlável? Filho: Porque se... Se tem a medicação a gente consegue né contornar, se aí.	Modo de como a paciente fica em casa.
M: não Assistente social: não tem. TO: E ela, fica brava sua mãe? Filho: Fica. A última vez agora que precisou a internação ela estava realmente. TO: Muito brava. TO: E as cosias aqui dentro de casa ela não	

consegue fazer nada? Filho: Não. TO: De limpar a casa, fazer comida, essas coisas? Filho: Não TO: Tomar banho? M: Eu tomo banho todo dia. Filho: Se a gente, só que tem que ficar vigiando. TO: Tá. Filho: Mas ela não aceita também. M: Eu não aceito?! Eu tomo banho todo dia. TO: Entendi.	Dificuldade que a mãe estava antes de internar para realizar as AVD.
Assistente Social: M. você tem um espelho aí? M: Espelho? Assistente Social: Espelho pequeno. Assistente social: D. olha lá, olha naquele espelho lá pra mim fazendo o favor. O quanto você vê de você? Olha ali naquele espelho ali e me fala o que você tá vendo de você? Na cabeça, o que você tá vendo de você? Filho: Hm... Assistente Social: O que você tá vendo de você? Não quero mais ver esse homem desse jeito não. Você era um menino forte bonito, não tinha uma mancha no rosto, tinha um rosto lindo, você tem um futuro pela frente, não se joga na sarjeta homem! Não se joga, tá difícil, busca ajuda médica. Você, quando você nasce, sua mãe toma conta de você, aí sua mãe vai envelhecendo, o papel inverte, é você tem que cuidar dela com o mesmo carinho que ela cuidou de você. Você viu que homem feio que tá ali no espelho?	

Filho: É o que eu penso também, mas. Assistente social: O que você vai fazer para mudar aquele homem que você viu no espelho? Nós vamos voltar aqui [...] Filho: Sim senhora. Assistente social: [...] e eu quero ver tudo mudado, porque você pode, a sua mudança parte de dentro de vc. M: posso ficar aqui agora? TO: Você vai ficar aqui agora, nós vamos no CAPS. Você fica aqui tá? M: “Tá.” Assistente social: Então tá. TO: É rato isso ó! Filho: Muito obrigado pela sua ajuda. Assistente social: É rato sim. TO: É rato! Tá escutando esse barulho? Assistente social: Ali na cozinha tem rato. TO: É rato ali. Assistente social: Gente! Vocês pegam uma leptospirose, vocês morrem. TO: Morre. Olha! Assistente social: Deixa eu ir embora! TO: Vamos embora! Tchau. Assistente social: M. vou pedir para o pessoal do CAPS darem uma mão para vocês aqui. M: “Tá” bom.	Conversa com o filho na tentativa de estimular a autoestima, facilitando assim o convívio e o cuidado com todos da família.
--	--

Legenda: TO = Terapeuta ocupacional; M = segundo paciente com diagnóstico de esquizofrenia; Filho = filho da paciente M; AVD = Atividade de vida diária; AVP = Atividade de vida prática; CAPS = Centro de Atenção Psicossocial.

Fonte: Da autora.

Quadro 3 - Relato do paciente D e os significados do diálogo.

Grupo 1	
D: Aí eu vou estar levantando uma falsa ____ em você, porque ninguém ta vendo. Entrevistadora 2: Aí é pecado (risos) o que vocês estão fazendo? Entrevistadora: (ininteligível) D: Você é o que? Entrevistadora 2: Eu? D: Pedagoga. Entrevistadora 2: Você acha? Devia “né”, ser Entrevistadora: Ela tem cara de pedagoga? D: Psicóloga, assistente social? Entrevistadora 2: Falou tudo (risos) D: Advogada? Entrevistadora: TO. Entrevistadora 2: Ah é assim é? D: Sim, sim.	Na fala do paciente tem referências de medo, angústia e desconfiança.
D: Esse salgadinho “ta” tão gostoso. Entrevistadora 2: É uma delícia né? D: Quem que fez? Entrevistadora 2: Ah, foi comprado de um, de uma mulher que faz.	Recurso terapêutico utilizado para fazer vínculo terapêutico.
Entrevistadora: Ele acha que podia fazer culinária aqui. Entrevistadora 2: Olha... Você queria? D: Eu sei fazer arroz. Entrevistadora: Arroz? D: Feijão. Entrevistadora: O que mais você sabe fazer?	

D: Bife a “bolognesa”. Entrevistadora: Bife a “bolognesa”, o que é isso? D: Bife acebolado. Entrevistadora: Ah “ta”. D: O meu modo de falar, bife a “bolognesa”, bife acebolado. Entrevistadora: Hum, o que mais, doce, o que você sabe fazer de doce? D: Doce? Entrevistadora: É, vamos ver. D: Pamonha. Entrevistadora: Nossa, aí é mentira. D: To mentindo não. Entrevistadora: Esse eu pago pra ver. D: Pamonha eu sei fazer, você tem que ralar todo o milho, rala todo o milho, põe na coadora, deixa bem estreito, aí depois... Entrevistadora: Ai gente. Esqueceu? Não, força aí a memória. D: Ah lembrei, pega a panela, põe leite, põe açúcar, começa a mexer, começa a mexer, só fica mexendo, aí na hora que tiver bem já na textura, você pega, tira, embrulha em um saquinho de pamonha, na folha, que aí vão endurecer com o vento, e aí você pode colocar queijo. Entrevistadora 2: “Ta”, linguiça calabresa. Entrevistadora: Sério linguiça? Com linguiça calabresa nunca vi.	Paciente faz referências de coisas de cozinha que sabe fazer e que gostaria de estar fazendo durante a internação.
Entrevistadora: Você já comeu com essas coisas? D: Já _____ Entrevistadora 2: _____ você já comeu?	

D: Eu já. Entrevistadora: _____ pode matar. D: Mas lá na fazenda nós “come”. Entrevistadora 2: _____ é lagarto, aqueles lagartão... Entrevistadora: É, lagartão, tem aqui um monte. Entrevistadora 2: Mas vocês gostam de _____ D: Pra fazer bolo com gosto de peixe. Entrevistadora 2: “Ta” sim, _____ D: Estilete. Entrevistadora: Estilingue. D: Estilingue. Entrevistadora: Estilete é aquele que corta assim sabe, corta papel, sabe? Entrevistadora 2: Nossa _____ era pequenininho ou era grandão? _____ é grandão “né”. Entrevistadora: E a pele dele é dura “né”? D: Não, mas você tem que mirar bem, tem que ser bem na cabeça assim, pá, aí ele corre um pouco, fica meio bambo, depois ele... Entrevistadora 2: Ai não fala isso pra mim não. D: Tem dó? Você não viu matando porco. Entrevistadora 2: Não quero, não quero nem saber. D: Esse da fazenda...	Comentários que o paciente fez sobre suas vivências em sua casa.
Grupo 2	
Entrevistadora: Começou por baixo? Então é esse. Cuidado com as mãos aí. Você não vai querer subir para outro setor, vai querer ficar aqui? D: Eu quero ficar aqui. Entrevistadora: Vamos ver se dá certo né?	

D: Por quê? Entrevistadora: Porque dependendo tem que subir. D: Não vai ser você mesmo? Entrevistadora: Não. D: Vai ser outra pessoa? Entrevistadora: Não vai subir agora não, nem tem ____ vai ficando por aqui, fica tranquilo, você gostou daqui? D: Gostei. Entrevistadora: Aqui olha... Força. D: Então... Entrevistadora: Aqui também “ta” indo. Isso aí vai ficar bem branquinho. Vai empurrando devagarzinho. E unha, você sabe fazer unha? D: Mais ou menos.	Rotinas do setor, sensação de mudanças.
Entrevistadora: Mais ou menos? Não gosta? D: Mais ou menos. Entrevistadora: (risos) D: “To” pensando o que eu vou fazer com essa tela. Entrevistadora: Essa tela? D: É Entrevistadora: O que você gosta? D: Eu vou desenhar primeiro, depois eu vou fazer, desenhando lápis primeiro. Entrevistadora: Lápis preto. D: Depois eu vou decorar, mas eu tenho que pensar o que eu vou fazer nela, não sei se eu faço, depois eu vejo o que eu vou fazer. Entrevistadora: Uma coisa bonita. “Ta” errando? D: “To” errando.	

Entrevistadora: Por quê? D: “Ta” tudo por dentro. Entrevistadora: Não olha, “pra” serem cuidados, pra serem cuidados, pra serem cuidados, “ta” certo. Apareceu... Você ta ouvindo vozes, alguma coisa? D: Agora? Entrevistadora: É. D: Não. Entrevistadora: E durante o dia como que foi? D: Do...	Recurso terapêutico
Entrevistadora: Ouviu muito? O que elas te falaram hoje? D: Eu ia fazer, mas estavam pedindo para eu quebrar a lâmpada ____ aí eu falei, comecei a rezar pra Deus, pedi pra Deus não “deixar eu” fazer isso. Entrevistadora: Aí você resolveu não fazer. Aí quando você reza funciona? D: Ah não sei, dá uma melhorada. Entrevistadora: Melhora? O sítio que você mora com a sua mãe é longe? D: Não, não muito. Entrevistadora: Não? (ininteligível) por cima. Não, “ta” errado, espera aí que eu erre. Esse aqui. Não, que rolo que eu fiz? Espera aí, me perdi. Por cima, por baixo. Aí... D: (ininteligível) a doutora ia ____ ela falou assim, que ela vai sugerir, por exemplo, ela não vai pedir, mas ela vai sugerir, o que é sugerir? Entrevistadora: O que você acha que é sugerir? D: Dar uma sugestão.	Referências de delírio auditivo.

Entrevistadora: Isso, ela vai dar uma sugestão para o juiz, porque ela acha que você não deve voltar para a cadeia, que você deve ir para a casa da sua família, entendeu? É isso que ela vai fazer. Moço? Erramos, volta aí. Por cima, por baixo. Ainda bem que tu prestou atenção hein, que eu não tinha visto.	Dados de realidade.
D: Não “ta” muito grudado? Entrevistadora: Você acha que “ta” muito? D: Ah não, vou deixar assim mesmo. Entrevistadora: Você que sabe, quer deixar mais espaçadinho pode. Assim olha, pega as duas pontas, cadê... Aí você puxa um pouco, entendeu, vai pegando todos eles e vai puxando um pouquinho. Quem que ta cantando? Deixa assim agora, amanhã a gente coisa isso, vamos terminar de passar esses, passa aqui olha, vou deixar reto só. Aí... (pessoa cantando no fundo) você fica bem ____, ele fica mais firme depois, entendeu? Dá mais trabalho né, ____.	Possibilidade de escolha.
D: O Vinicius “ta” aonde? P/Entrevistador:– Que Vinicius? D: ____ Entrevistadora: Foi para os agudos, outro setor. D: Onde que eu vou? Entrevistadora: A gente não sabe se você vai “né”, não sofre não, faz o seu tratamento aqui certinho. Você fez amizade com o Vinicius? D: Fiz, ele é da minha cidade. Entrevistadora: Ah é? Parece ____ mesmo “né”. Agora por cima.	

D: (ininteligível) Entrevistadora: Vamos? Esse barulho, não sei. D: É lá mesmo. (ininteligível) chegou uma internação. Entrevistadora: Não, não chega internação a noite, isso aqui. D: Internação à noite? Entrevistadora: Aqui não, é durante o dia. (ininteligível) como ta ficando, _____	Vincula terapeuta – paciente.
Interlocutora não identificada – Você ta aqui na sala? Entrevistadora – É. Olha que legal. Interlocutora não identificada – Olha que bonito, você sabe fazer, tecer? Ai que legal! Você me ensina? Entrevistadora: Ele te ensina, ele aprendeu. Interlocutora não identificada: Legal, eu adorei, adoro essas coisas. E ele é caprichoso “né”? Entrevistadora: Ele é, você ensina ela amanhã? Interlocutora não identificada: Ai, eu amei. Eu gosto, olha que delícia e pode fazer de várias cores, de vários desenhos “né”. Entrevistadora: Pode fazer desenho depois. Interlocutora não identificada: Ai legal viu? Entrevistadora: Primeiro dia foi difícil. Interlocutora não identificada: Mas a gente no começo fica, é difícil, no começo é tudo difícil, mas depois tudo entra no eixo. Aí... Entrevistadora: Faz com uma facilidade, D.	Outro paciente querendo aprender com o sujeito da pesquisa, isso facilita autoestima e vincula com outros pacientes.
Interlocutora não identificada: Ele é caprichoso com as coisas, você precisa ver os desenhos dele,	

ele pinta, ele faz ____ você vê os detalhes, ele faz os detalhes bem... Falou que mexe com cabelo, já falei pra ele. Entrevistadora: Tem tudo pra dar certo né D? Interlocutora não identificada: Se deus quiser “né”. D, é só firmar a cabeça agora, “né” D. D: Nunca mais, se Deus quiser nunca mais. Acabei de conversar com o seu amigo D, a gente “tava” conversando horas ali, vai depender de você “ta”? Beijo, posso deixar ____ até amanhã viu filho. Entrevistadora: ____ embora já, ih, amanha nós “tem” tarefa pra fazer. D: Que tarefa?	Elogios para o paciente por outro membro do grupo.
Entrevistadora: Ensinar ela a fazer, você vai dar aula. D: Eu ensino, só passar a linha assim e ela indo. Entrevistadora: Então, mas tem que ensinar, será que ela consegue? O que você acha? Você viu, eu te ensinei em um dia, agora você ensina no outro, hãh... Aí sexta-feira a gente convida ela pra ajudar a gente a fazer o bolo, ela gosta viu? Você gosta dela? D: Ah eu vou adorar fazer esse bolo. Entrevistadora: Então, mas não conta “pra” ninguém hein, “pra” ficar surpresa, a gente faz o bolo e traz pra dividir com todo mundo, o que você acha?	Paciente querendo dividir seus conhecimentos com outro paciente.
D: Uma coisa que eu também sei fazer é pastel, preciso da massa. Entrevistadora: Você faz assado ou frito?	

D: Frito, só preciso da massa.

Entrevistadora: Sei e o recheio a gente faz. “Ta”, vai pensando o que você mais gosta, o que é aqui...

D: Queria aprender a fazer sabe o que era, pizza? Mas eu nunca sei fazer pizza.

Entrevistadora: Pizza?

D: Eu não sei fazer.

Entrevistadora: A massa você compra pronta.

D: Depois você vai...

Entrevistadora: Depois você coloca massa de tomate sabe, sabe aquela pomarola? Aí você coloca o recheio que você quiser em cima. Torta salgada você sabe fazer?

D: Não.

Entrevistadora: Torta é “facinho” também, só por no liquidificador a massa. Pensa hoje entre hoje e amanhã o que você mais quer aprender por cima.

D: Ah eu quero aprender a fazer bolo.

Entrevistadora: Bolo mesmo?

D: Bolo de chocolate.

Entrevistadora: Então “ta”, mas se mudar de ideia amanhã você me conta “ta”? Que aí a noite eu vou no mercado e compro as coisas.

D: Não, vai ser bolo mesmo.

Entrevistadora: Bolo mesmo?

D: Bolo de chocolate.

Entrevistadora: “Ta”, com brigadeiro em cima? Lógico “né”, fala. Eu já fiz um bolo aqui, sabe bolo de fubá cremoso, você já viu?

D: Um bolo gostoso mesmo sabe qual que é? Aipim, mandioca.

Entrevistadora: Mandioca “né”.

D: Esse é um bolo bom. Entrevistadora: Ai! Me dá até fome só de pensar. Então agora amanhã a gente termina e na sexta a gente faz o bolo. Olha o que eu ganhei. D: O que é isso? Entrevistadora: Uma madeirinha, vou dar “pro” meu cachorro. D: (ininteligível) aqui? Entrevistadora: Não, é de mentirinha, de plástico. D: Vou fazer um desenho “pra” senhora, pode fazer? Entrevistadora: Desenho? Pode. D: Vou fazer um desenho da ____ Entrevistadora: O que é isso? D: Aquela bonequinha. Aquela bonequinha, _____. O porta-retrato. Entrevistadora: Não, é tela ali, pode olhar, ____ esse e esse, qual você quer? “Ta” bom desse tamanho ou você quer igual aquele ali, maiorzão? D: Vou fazer nessa daqui. Eu vou fazer de um jeito que você vai gostar, você vai deixar aqui? Entrevistadora: Deixo. Vai por aí? D: Já até sei o que eu vou fazer. Entrevistadora: Já decidiu? Então combinado. Põe ali no lixo fazendo favor D. Aqui olha.	Finalizando a atividade e elaborando nova atividade para os próximos grupos.
Grupo 3	
TO: Tudo bem? D: Muito bom. TO: D? D: Oi. TO: Vou fazer várias, nós vamos conversar sobre	

várias coisas hoje tá? D: Tá bom. TO: Tá bom? D: Tá bom. TO: O que você gosta mesmo de fazer? D: Eu gosto de jogar bola. TO: Hum. D: Jogar bola. TO: Só jogar bola? D: Esnoque. TO: Esnoque. D: “Pimbolim”. TO: Ah.	Vínculo entre terapeuta e paciente. Conversa sobre as coisas que gosta de fazer quando esta em sua casa.
D: Hoje é domingo, é sábado. TO: Hoje é sábado. Você sabe que ano a gente tá? D: 2018. TO: E o mês? D: Mês. TO: Nem o dia? D: Aqui não tem folhinha. TO: Tem folhinha ali no posto de enfermagem sim. D: Depois eu olho. TO: Tá. Pergunta para C. que mês nós estamos. D: C. que mês é? C: Fevereiro. D: Fevereiro. TO: Fevereiro, e que dia de fevereiro? C: 26. D: 26. TO: Hum. Então tá acabando o mês de fevereiro já.	Orientação tempo e espaço.

D: “Tá” acabando, tem dinheiro na conta. TO: Você tem dinheiro na conta? D: Eu sou aposentado TO: Você recebe o BPC? D: Eu recebo o benefício, mil e pouquinho. TO: Mil e pouquinho? Mil e pouquinho? D: Bebo guaraná, Coca-Cola, suco. TO: É? D: É.	Relação que o paciente tem com relação a dinheiro/benefício.
TO: E lá na sua casa você consegue arrumar as coisas? D: Consigo. TO: Você limpa tudo direitinho? D: Limpo. TO: Limpa? D: Pode ir lá tá limpinho, eu gosto de lavar louça.	AVD que o paciente tenta realizar em sua casa.
TO: Você já ouviu vozes? D: Já, não ouço mais. TO: Não ouve mais? D: Graças a Deus. Eu tratei na Saúde Mental. TO: Ah, você tratou na saúde mental. E algum barulho assim diferente que você acha que a gente não escuta, já escutou? D: Não. TO: Não? D: Não. TO: E já viu coisas que eu não vejo? D: Não. TO: Nada? D: Não. TO: Nem vulto?	

Não. No começo eu via, agora tá bom. TO: Então, mas conta para mim como que era quando você via. D: Eu conversava sozinho, cantava músicas do Roberto Carlos. TO: É? D: Eu gosto de sertanejo e Roberto Carlos, entendeu? TO: E aí você ouvia vozes naquela época? D: Ouvia a vozes. TO: Quantas vozes? D: Ah, um monte. TO: Um monte? E elas conversavam com você? D: Conversavam. TO: Como que era, conta para a gente. D: Ah, eu começava a cantar na casa, no CAPS, é por aí. TO: É por aí. E você lembra de onde vinha essas vozes? D: Não lembro. TO: Era de dentro da cabeça, era de fora? D: Era de dentro da cabeça, de dentro da cabeça. TO: De dentro da cabeça? D: É.	Relato de delírio pelo paciente, contando como era a sensação de ter tido alucinações.
TO: Por quanto tempo você ouviu vozes? D: É, faz 5 anos que eu parei, eu trato no CAPS	Negação de sintomas pelo paciente.
TO: E as vozes, eram tudo ao mesmo tempo que elas ficavam falando ou elas? D: É, era tudo ao mesmo tempo. TO: Tudo ao mesmo tempo? D: Mesmo tempo.	

TO: Como que era isso, era muito cansativo, como que era? D: Era cansativo. TO: Você lembra mais ou menos o que essas vozes falavam para você? D: Nada. TO: Não lembra mais?	Relato da sensação de ouvir vozes.
D: Ouvia vozes. Aí me internaram na USP, no HC da USP, fiquei lá um monte de tempo, lá é ruim. TO: Lá é ruim? Por quê? D: Ah, não tem nada como a casa da gente, sem meu pai e minha mãe TO: E por que você internou dessa vez? D: É. C: Eu conheço ele.	Relato de não gostar de ficar internado, prefere estar em sua casa com sua família.
D: Eu precisava de um vale-transporte. TO: Você precisava de um vale-transporte, para quê? D: Para chegar na minha casa. TO: Mas você não vai embora hoje. D: Por quê? TO: Você não melhorou ainda. D: Melhorei sim.	Desejo de ir embora, de não estar internado, hospitalizado.
TO: E quando você tá na sua casa você faz o tratamento? D: Faço, tomo remédio certinho, como bem. TO: E quem te dá o remédio? D: minha mãe TO: E ela dá certinho? D: Dá.	

TO: Você sabe o nome dos remédios que você toma? D: É um branquinho e um monte. TO: Branquinho e um monte? D: É. TO: Mas e na sua casa, quem que te ajuda? Você tem que saber. D: Minha mãe TO: Mas você tem que saber os remédios que você toma. D: Ah, eu vou saber. C: Mas você que tem que saber. D: Ah, eu tomo um branquinho, tomo um monte de remédio. TO: E quem que te leva no Caps? D: Eu pego o ônibus, eu vou de ônibus. TO: Sozinho? D: Sozinho. Pego dois ônibus. TO: Que dia você vai no CAPS? D: Segunda, quarta e sexta tenho carteirinha especial, eu guardo ela. TO: E o que você faz lá no CAPS? D: Lá tem quadra, jogo de vôlei, tem vários tipos de coisas. TO: O que mais? Você joga bola lá no CAPS... D: Joga bola, faz churrasco. TO: Faz churrasco. Você pinta alguma coisa lá? D: Pinto quadro. TO: Pinta quadro, gosta?	Paciente faz referências ao tratamento que realiza em sua residência e o suporte que tem pela rede de saúde mental.
D: Eu pintei um porta-retrato. TO: E aqui você já pintou alguma coisa? Pintei um porta-retrato.	

C: Ele só pintou um desenho que eu sei, de manhazinha. D: Ah um desenho. TO: Desenho, e você tava com a mão tudo de vermelho ontem né? Até a unha tá, você pintou um porta retrato? D: Pinteí, “tá” aí. TO: “Tá” aí. E você gostou de fazer? D: Posso levar ele? TO: Pode levar ele.	Atividade em TO que o paciente realiza durante a internação psiquiátrica.
D: Eu quero ir embora. TO: E eu posso te visitar na sua casa [...]? D: Pode TO: [...] Depois que você for embora. D: Pode. TO: Pode? D: Pode. TO: E o que mais você tem para me contar sobre sua experiência?	Vincula visando à atividade de visita domiciliar
TO: Quantas internações você teve aqui? D: Aqui é a segunda vez.	Internações anteriores.
TO: E aqui você tá arrumando sua cama, fazendo as coisas ou não? D: “Tô”. TO: Por que, que você não arruma? TO: Vou falar para C. deixar você arrumar então.	Incentive a realização das AVD.
TO: 10 e 19 agora. O que mais você me conta da sua doença? D: Só isso.	

TO: Só isso? D: Não tá bom? TO: “Tá” bom. Ó, então eu vou visitar você lá na sua casa. D: Pode ir. TO: Pode ir? D: Pode. TO: Ver se você tá tomando o remédio certinho, se você está fazendo suas coisas certinho. D: Pode ir. TO: Quando você sai daqui do hospital, você acha que melhora quando você vai para casa [...] D: Melhor, melhor. TO: [...] Para fazer as atividades, para fazer as coisas. D: Melhor, melhor. TO: Melhora? D: Comida. TO: Mas, e sua autonomia como que fica? D: Que isso? TO: Autonomia é quando você consegue fazer as coisas sozinho. D: Ah, eu consigo. TO: Consegue? D: Consigo. TO: que você faz sozinho? D: Ah, eu namoro. TO: Ah, que você namora? D: Tenho uma namorada. TO: Você tem uma namorada? D: Eu tenho. Mora lá perto da garagem da Rápido D'Oeste. TO: E como você conheceu ela?	Atividades que o paciente pretende realizar em sua casa, e relata também sobre o tratamento ambulatorial que pretende fazer acompanhamento.
---	--

D: Olha C. caiu um papel aí. C: Você explicou tudo que você sente para ela? D: Expliquei.	
C: Explicou tudo o que é esquizofrenia, que ela não sabe. TO:: Explica para mim o que é esquizofrenia? D: Ouvir vozes, vultos. TO: Ele falou que não escuta mais. D: Eu parei. TO: Entendi.	Explicação pelo paciente sobre sua doença.
D: Você me arruma um vale transporte? TO: Você não vai embora hoje. D: Ah, eu quero ir embora hoje. TO: Por que você quer ir embora hoje? D: Porque fica sem minha mãe. TO: Vai ter que esperar um pouquinho para melhorar mais a cabeça. D: Não melhora. TO: Mais não? D: Não TO: Você vai ficar bravo? D: Eu fico bravo. TO: Ah, fica? D: Eu fico. TO: Por quê? TO: Mas você vai bater no povo? D: Não. TO: Ah bom. C: Ai, ai, D. D. D: D. D.	Desejo do paciente em não estar mais em ambiente hospitalar.

C: Que nem aqui, sabe aquele cachorro [...] Cachorro da irmão dele, chama Babalu “né”? D: É Babalu o cachorro. C: É Babalu. D: É Babalu. O cachorro da V., que mora lá na rua Você já foi na minha casa. TO: Eu não. D: Ela não ajuda. TO: Por quê? D: Porque eu recebo meu benefício da conta corrente lá na agência e RG de cor e salteado. TO: Nem o P. Sabe e você sabe né? D: Eu sei, dá para você marcar aí? TO: Quero, fala aí. D: O número do RG [...] TO: Hã? D: 8 Barra 4. TO: Ó, chique em. D: CPF [...] TO: Então vai, CPF. D: 0401[...] TO: 401? D: É. [números] TO: Acabou? D: Acabou. TO: Hum. Hum. D: Não sei. TO: Que mais você faz? D: Só isso, só. Olho carro, ganho dinheiro. TO: Hã? D: Olho carro, ganho dinheiro. TO: Ah, você olhar carro, aonde? D: Ah, no centro, em todo lugar.	
--	--

TO: Todo lugar? D: É. TO: Aí o povo te dá dinheirinho? TO: E comida em casa quem que compra? D: Eu, com dinheiro da minha aposentadoria. TO: E quem faz a comida? D: Eu ajudo TO: Entendi. Então tá bom, obrigada viu. D: De nada. TO: E essa caneta aí? D: É sua. TO: Obrigada. TO: Ah é?	Relato do paciente sobre sua independência quando não esta hospitalizado.
Visita Domiciliar	
Mãe: O que eu posso oferecer pra ser sincera, eu não vou mentir, porque se eu falar pra você que eu não vou fazer isso, você vai chegar aqui e ver ele trabalhando, vai falar que eu “to” mentindo. Ele fala pra mim, já dei dois celulares pra ele, sem ele fazer nada. TO: Uhum. Gostaria que você me contasse como esta sendo o seu dia a dia em sua casa após a internação? Mãe: Dei. Fui na loja dei um celular pra ele. Meu primeiro celular roubaram, fui lá e comprei um pra mim, pegaram e roubaram. Fiquei com dó, minha mãe “aí tadinho todo mundo tá tendo um celular e ele não tem”, fiquei com dó e fui. Dessa vez ele vai ter que começar a aprender as coisas, já “to” até imaginando que ele vai ter que me ajudar aqui. Vou por ele, nem se for pra me ajudar, vou fazer	

igual eu fiz aquela época, vou por ele pra me ajudar a varrer o quintal se ele quiser alguma coisa, porque se eu ficar passando a mão na cabeça dele, ele vai fazer o que ele quer. Ele vai ficar fazendo o que ele quer.

TO: Mas não só varrer quintal ele pode te ajudar. Ele pode lavar uma louça.

Mãe: Não, então gente, eu fico, fico. Ele é muito trabalhador.

TO: Semana passada “né” N.? Nós fizemos mousse de chocolate. Ele fez.

Mãe: Então, ele é muito trabalhador, ele é muito. Tinha dia que eu saía

Assistente Social: Então, aproveita isso nele.

Mãe: Eu saía, “D não precisa lavar a louça”, não é que eu não queria que ele lavasse a louça, porque não fica do jeito que você quer né?

TO: Mas mesmo assim, se não ficar do jeito que você gosta deixa ele lavar, nem que for pra você refazer.

Assistente Social: Depois é só enxaguar, vai usando e enxaguando.

Mãe: É.

TO: Ele vai fazendo.

Mãe: Ele chegava aqui.

TO: Deixa fazer.

Mãe: Porque eu trabalho aqui na sete, sabe? Aqui na sete.

TO: Uhum.

Mãe: Sabe? Aí eu chegava, deixava eles dormindo. Ia até mais rápido pra chegar aqui, ver se eles “tavam” dormindo pra mim fazer, mas eu sei, eu chegava aqui a louça tava limpa, o chão, o

chão tava limpinho, eu falava, porque ele é daquele jeito, ele é muito trabalhador. TO: Ele é organizado. Mãe: Ele é, ele é. Isso daí eu concordo. Ele tem paciência, paciência pra fazer serviço. Todo mundo lá na cidade fala, “nossa T (nome da mãe), manda o D vim aqui, ele é tão bonzinho, ele ajuda a gente”, eu falei, “ eu sei, mas vocês quer que ele ajuda vocês de graça”, porque eu sou daquelas que falam. TO: Entendi. Mãe: Entendeu? Tem hora que você vai cansando dos outros ficar abusando, você entendeu? Tinha uma menina lá, “ai cadê o D”, “pra quê que você quer o D, pra quê que você quer ele, pra por ele pra roubar pra você”, eu falei pra ela. “não, porque ele é meu amigo”, falei, “se ele fosse seu amigo você dava conselho bom pra ele, ele nunca foi seu amigo”. Porque eu tive amigo, mas não, não, eu não tive amigo, pra ser sincera. Eu não tive nenhum amigo. Eu falo pra ele, “ninguém precisa de vinte milhão, de dez amigos mais pra ser feliz não”, hoje.	A mãe do paciente relata como é o dia a dia do paciente em sua casa.
---	---

Legenda: TO = Terapeuta ocupacional; D = terceiro paciente com diagnóstico de esquizofrenia; C = paciente participante do grupo, que interage com D., Mãe = mãe do paciente D; AVD – Atividade de Vida Diária; BPC = Benefício da Prestação Continuada; USP = Universidade de São Paulo, HC = Hospital das Clínicas; CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; RG = Registro Geral; CPF = Cadastro de Pessoa Física.

Fonte: Da autora.

4.2 DETERMINAÇÕES DA ESTRUTURA GERAL DE SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS E SEUS CONSTITUINTES ESSENCIAIS

A determinação da estrutura geral refere-se aos dois momentos da pesquisa: atendimento em grupo e atendimento domiciliar.

4.2.1 Atendimentos em Grupo.

O passo final do método tem como objetivo realizar uma síntese dos significados psicológicos, e mostrar a interdependência entre eles. O investigador deve assim expor sinteticamente os conteúdos psicológicos essenciais, que são comuns a todos os sujeitos da amostra. Resultam em significados psicológicos essenciais e levantar os constituintes essenciais (GIORGI; SOUSA, 2010).

Frente à questão norteadora (“Quem é você, que se apresenta nessa interação?”) que estava implícita no decorrer dos grupos, foi possível delinear quatro (4) constituintes essenciais durante a realização dos grupos e outros quatro(4) durante as visitas domiciliares advindos da compreensão psicológica das situações experienciadas pelos participantes.

4.2.1.1 Sentimentos de ambivalência sobre a questão da patologia psiquiátrica durante os grupos.

No que se referem à esquizofrenia, os participantes se deparam com sentimentos ambivalentes frente ao tratamento e diagnóstico da doença. Em alguns momentos relatam que não possuem o transtorno.

O paciente A acredita que sua patologia vem de alguma doença clínica, como infecção.

A: (...) Tudo começou há mais de três “ano” e sete meses com a infecção, horrível infecção. O que acontece é que quando eu recebo minha moeda eu não sei o valor que eu estou lendo, eu não sei, eu tenho perda de memória, todo amarelo ou todo branco que eu vejo eu tenho perda de memória. Eu identifico a memória pelo vermelho, pela cor da Inglaterra, pelo roxo e pelo preto. Quando me dá essas cores eu lembro da memória. E mesmo eu andando eu tenho perda de memória, e quando eu vejo as

cores eu agradeço a todo mundo, agradeço a todos, mas eu tenho perda de memória, não posso fazer as coisas sozinho, eu tenho perda de memória. Aí me chegou aquela senhora com policiais, eu falei “Senhor não me agrida, eu estou deitado na cama, eu tenho ligeira infecção, infecção média alta, porque eu estou assim com os ossos, não estou morto, meu hemisfério pode “tensar”, faz um teste vital para mim, o senhor é o bastante, o senhor é o bombeiro, o senhor é autoridade no momento, no acaso, faça os sinais vitais”. Eu estava parado, e parado na cama, eu estava morto, morto, morto, eu cheguei na “UE” completamente, eles fizeram os sinais, morto, morto, morto (QUADRO 1).

Já os pacientes M e D, quando questionados sobre a doença, demonstram não ter a percepção da mesma. Negam todos os sintomas mesmo apresentando-os durante a internação. Porém houve uma remissão significativa da sintomatologia:

M: (...) Aí eu pensei que fosse ele, de repente meu filho me “pois” dentro do carro e me trouxe aqui. Eu “tava” normal (QUADRO 2).

D: (...) É, faz 5 anos que eu parei, eu trato no CAPS (QUADRO 3).

Em diálogo com D (QUADRO 3), é perceptível à presença de sintomas da doença.

TO: E as vozes, eram tudo ao mesmo tempo que elas ficavam falando ou elas?

D: É, era tudo ao mesmo tempo.

TO: Tudo ao mesmo tempo?

D: Mesmo tempo.

TO: Como que era isso, era muito cansativo, como que era?

D: Era cansativo.

TO: Você lembra mais ou menos o que essas vozes falavam para você?

D: Nada.

No caso da paciente M (QUADRO 2), também:

TO: Então todo dia você tem essa sensação de que ele tá te perseguindo assim, de que ele vai atrás de você para te bater?

M: É.

TO: É?

M: É.

TO: Nossa que ruim. Ruim né?

M: É.

TO: Hum. Entendi. Aí você escuta ele te xingando assim, ou não?

M: Não. Nunca me xingou.

Os participantes relatam explicitamente ou de maneira indireta em seus discursos a questão da patologia. Além disso, revelam sentimentos advindos do tratamento, como por exemplo, o medo do que até então é desconhecido.

4.2.1.2 Papel da família perante o tratamento psiquiátrico

.A partir dos relatos dos pacientes tem-se a percepção clara da importância da família apoiar o pacientes durante e após a internação psiquiátrica. O paciente e seus familiares precisam de apoio psicossocial, pois, em alguns momentos, os familiares podem ocupar simultaneamente papéis contraditórios: de suporte e de ameaça. Tal aspecto pode gerar muita ansiedade tanto para a família como para o paciente.

No caso do paciente A (QUADRO 1), um dos sintomas de sua doença era a persecutoriedade com relação a sua mãe:

A: (...) Mas a mulher conversou, mas ele nasceu assim, o cordão umbilical foi enforcado, é tudo mentira, porque ela teve duas mulheres o preta e eu nasci o branco da Índia, da China, eu trouxe aqui, eu fui trocar de berçário a três vezes. Aqui eu quero a separação dos documentos, que se faz bastante necessário. Perdão, perdão pela agulha exposta, pelo vapor maior. Eu quero a separação do meu nome Artur Guarani Leão, eu não quero mais o nome dessa insana, dessa mulher retardada, se falo retardada...

A: (...) Essa é a teoria exposta quadrada, quadrado exposto, mas (...) Senhora, é que eu disse que, pra aquela senhora “a senhora procure outra senhora, ou procure outra senhora que eu não sei cuidar de idoso, o idoso sou eu, eu estou com infecção, a senhora procure outra parte,

porque a senhora tem mulher, a senhora tem irmãs, a senhora tem netas, tem netos, eu não tenho nenhuma parte, eu não sou compreendido, eu sou virgem de sessenta e sete. A senhora procura verificar”.

A paciente M também refere que o filho a persegue e que ate mesmo a agride, mas ele faz uso abusivo de álcool:

M: (...) Ó, vou ser sincera com a senhora, meu filho bebe e às vezes ele fica agressivo comigo.

M: (...) Não, ele não “tava” agressivo comigo, mas meu filho mais novo, que é o M. (nome do caçula), esse trabalha, e ele tá desempregado, aí ele “pois” eu no carro e me trouxe “pra” cá.

No entanto o paciente D (QUADRO 3), refere ter um bom relacionamento com sua mãe e que ela o ajuda ate mesmo com as medicações que ele faz uso:

TO: E quando você tá na sua casa você faz o tratamento?

D: Faço, tomo remédio certinho, como bem.

TO: E quem te dá o remédio?

D: minha mãe

TO: E ela dá certinho?

D: Dá.

É notável a participação da família do paciente D e o quanto isso é um recurso importante a ser utilizado no tratamento.

4.2.1.3 Desejo de não estar internado

Os pacientes manifestam sempre o desejo de não estar internado, de estar em sua residência, mesmo alguns deles tendo dificuldades familiares importantes a serem trabalhadas. Assim torna-se relevante a importância de um tratamento com o menor tempo de internação, sendo que o ambiente familiar traz benefícios para os pacientes.

A: (...) A lei justifica que quando perde uma família pode ter outra família. Eu não fico internado (QUADRO 1).

M: (...) Quantos dias faz que eu “to” aqui filha? (QUADRO 2)

D: (...) Eu precisava de um vale-transporte.

TO: Você precisava de um vale-transporte, para quê?

D: Para chegar na minha casa.

TO: Mas você não vai embora hoje.

D: Por quê?

TO: Você não melhorou ainda.

D: Melhorei sim. (QUADRO 3)

4.2.1.4 Relação que o paciente tem com a sua residência perante as AVD e AVP

Os pacientes apresentam de uma maneira muito clara o desejo de realização e participação nas AVD e AVP. Solicitam que as mesmas sejam realizadas durante a internação de forma a retomarem atividades que realizavam cotidianamente em casa. Dessa forma procuram manter sua autonomia preservada.

A: (...) Eu trabalhei há muito pouco, porque aquelas pessoas da moradia, aquela senhora envolvida, justamente com a Saúde e com as pessoas que envolvem, o que conversam demais, não queria que eu saísse e “isse” para a cidade, mas a cidade eu estou, minha cidade me compreende, a cidade, as pessoas boas, pessoas boas. E ela não quer deixar eu mudar de banco, que eu prefiro caixa, que o caixa da África e da Índia, porque esse tal de Bradesco processa gente nova para processar letras, letras, letras e você fica dezenove anos ao mesmo contexto, a mesma letra e no mesmo número da moeda. É por isso que eu quero trocar o caixa e se faz o livro. Eu já dei o meu cartão, meus documentos a todos, para um senhor taxista, falei “Senhor eu não tenho

poder na moeda, o senhor leva para mim lá dentro”, e lá dentro eu falei “agora o senhor fica com tudo que eu tenho”. (...) Porque eu comprei Lojas Cem, eu comprei na Magazine Luiza, comprei tudo as lojas, comprei desde o primeiro momento que eu me reconheço. (...) Quando eu chego em casa só tenho duas partes e eu tenho que fazer a divisão do que eu tenho de bens para se alimentares, para pagar a moeda (QUADRO 1).

M: Bom, do meu dinheiro fico responsável eu, do dinheiro do M. fica responsável ele.

TO: E você consegue administrar as coisas em casa, pagar as contas certinho?

M: Consigo.

TO: Consegue?

M: Consigo.

TO: Toma banho certinho, faz comida?

M: Faço.

TO: Consegue arrumar a cama, limpar a casa, tudo essas coisas?

M: Consigo. (QUADRO 2)

D: (...)

TO: E lá na sua casa você consegue arrumar as coisas?

D: Consigo.

TO: Você limpa tudo direitinho?

D: Limpo.

TO: Limpa?

D: Pode ir lá tá limpinho, eu gosto de lavar louça. (QUADRO 3)

4.2.2 Atendimentos em Domiciliar

4.2.2.1 *Modo como o paciente está em sua residência após internação*

Foi realizada uma questão norteadora para todos os participantes e / ou seus familiares na ocasião da visita domiciliar: “Gostaria que você me contasse como está sendo o seu dia a dia em sua casa após a internação psiquiátrica?”.

Mediante tal questão foi possível compreender alguns aspectos relacionados a essa vivência.

A: (...) Eu não gosto de sair, eu sou uma pessoa caseira, uma pessoa caseira. Eu gosto de sair para tomar o sol, a menos irradiação que é antes da existência, pra mim carregar meu corpo carregar com energia do sol, porque a radiação é antes da, vem depois da “mermemeação”. Então eu saio, não é indevido fazer a compra, fazer minha necessidade de pagar as contas, mas acontece que o comércio todo de onde eu moro, me roubaram, fico com três partes, eu fico com duas partes. É isso que acontece (QUADRO 1).

M: (...) (QUADRO 2).

Mãe do paciente D: Dei. Fui na loja dei um celular pra ele. Meu primeiro celular roubaram, fui lá e comprei um pra mim, pegaram e roubaram. Fiquei com dó, minha mãe “aí tadinho todo mundo tá tendo um celular e ele não tem”, fiquei com dó e fui. Dessa vez ele vai ter que começar a aprender as coisas, já tô até imaginando que ele vai ter que me ajudar aqui. Vou por ele, nem se for pra me ajudar, vou fazer igual eu fiz aquela época, vou por ele pra me ajudar a varrer o quintal se ele quiser alguma coisa, porque se eu ficar passando a mão na cabeça dele, ele vai fazer o que ele quer. Ele vai ficar fazendo o que ele quer.

TO: E como sua mãe é com vocês? Gostaria que você me contasse como está sendo o seu dia a dia em sua casa após a internação psiquiátrica

D: Não... às vezes até controlável.

TO: O que é controlável

D: Porque se... Se tem a medicação a gente consegue “né” contornar, se ai (QUADRO 3).

4.2.2.2 *Modo como o paciente desenvolve sua autonomia após a internação psiquiátrica*

O primordial ser-no-mundo do homem não é uma abstração e sim uma ocorrência concreta; acontece e realiza-se, apenas, nas múltiplas formas peculiares do seu comportamento e nas diferentes maneiras dele relacionar-se às coisas e às pessoas (BOSS, 1963, p.34).

Após internação o paciente pode possuir algumas limitações, mas observa-se quanto menor quantidade de internação a pessoa possui mais preservada ela permanece, tendo assim maior independência para as realizações de suas atividades e ainda desenvolver habilidades com estímulo de uma rede psicossocial e da família que o apoia.

A: Porque a cada três, três, sete anos, nove anos, ela vem com uma história preparada, dividir a [...] com a filha dela, com quem ela conhece, com a polícia e com a saúde. A polícia invadiu a nossa casa, eu não tinha nada com a polícia, fiz compra no Savegnago, acho que perda de memória, fui comprar um feijão no comércio, um feijão preto e uma margarina no comercio, mas eu já tinha comprado tudo no Savegnago, tudo já tinha entregado no Savegnago. Savegnago, aqui o Savegnago da Capitão Salomão, chama Salomé, entregou tudo a mercadoria importado, que eu paguei tudo, “confortamente” (QUADRO 1).

Mãe do paciente D: Sabe? Aí eu chegava, deixava eles dormindo. Ia até mais rápido “pra” chegar aqui, ver se eles” tavam” dormindo “pra mim” fazer, mas eu sei, eu chegava aqui a louça “tava” limpa, o chão, o chão “tava” limpinho, eu falava, porque ele é daquele jeito, ele é muito trabalhador (QUADRO 3).

TO: E as coisas aqui dentro de casa ela não consegue fazer nada?

Filho da paciente M: Não.

TO: De limpar a casa, fazer comida, essas coisas?

Filho da paciente M: Não

TO: Tomar banho?

M: Eu tomo banho todo dia.

Filho da paciente M: Se a gente, só que tem que ficar vigiando.

TO: Tá.

Filho da paciente M: Mas ela não aceita também.

M: Eu não aceito?! Eu tomo banho todo dia (QUADRO 2).

Percebe-se que cada paciente tem suas habilidades e que dentro de sua individualidade deve ser estimulada para sempre a pessoa estar ainda mais inserida na sociedade como todo, como uma pessoa que faz parte da comunidade inserida com direitos e deveres a serem cumpridos.

4.2.2.3 Relação do paciente com seu cuidador

Depois de uma internação psiquiátrica o cuidador, que pode ser alguém da família do paciente ou alguém próximo a ele, desempenha um papel fundamental para evitar que haja uma reinternação do paciente, conseguindo um manejo adequado da doença em sua casa.

No caso do paciente A. a família não estava presente na hora da visita domiciliar, o paciente reside sozinho, e realiza suas atividades da melhor forma possível para ele.

TO: Você recebeu visita hoje?

A: É sempre assim, é sempre assim. Melhor trocar de lugar.

TO: Por quê?

A: O sol.

TO: O sol? Onde você quer sentar?

A: Naquela última seria melhor. Vou só escolher meu lugar primeiro. Vou ficar até aqui, mas com todo respeito, eu respeito a senhora.

TO: Isso, fica aqui pertinho. Conta para mim da sua visita.

A: Ela não gostou nada.

TO: Por quê?

A: Porque [...] uma história preparada.

TO: Você não ficou feliz?

A: Porque a cada três, três, sete anos, nove anos, ela vem com uma história preparada, dividir a [...] com a filha dela, com quem ela conhece, com a polícia e com a saúde. A polícia invadiu a nossa casa, eu não tinha nada

com a polícia, fiz compra no Savegnago, acho que perda de memória, fui comprar um feijão no comércio, um feijão preto e uma margarina no comercio, mas eu já tinha comprado tudo no Savegnago, tudo já tinha entregado no Savegnago. Savegnago, aqui o Savegnago da Capitão Salomão, chama Salomé, entregou tudo a mercadoria importado, que eu paguei tudo, “confortamente” (QUADRO 1).

Na visita da paciente M., o filho estava presente, mas apresentou-se alcoolizado, tendo assim que ser realizado manejo verbal, com o objetivo de esclarecer a importância do tratamento ambulatorial e de cuidado com a paciente e até mesmo o cuidado que ele tem que ter com ele e com a residência.

Assistente Social: Porque essa mulher só sofreu, agora, você que é mais jovem, que é filho dela, por favor, nós vamos voltar aqui de novo, vai jogando essas coisas fora, as coisas que vocês não ocupam mais né?! Porque ela precisa de um ambiente sadio, se ela não dá conta de fazer sozinha é você que é filho dela que vai. Você tá sentindo cheiro da sua casa D. (nome do filho)?

TO: Tá?

Assistente Social: E você mora aqui nesse cheiro ruim assim?

TO: Deve ter coisa estragada (QUADRO 2).

Com tudo na visita feita a casa do paciente D., a mãe estava presente, mas como teve uma postura de muito cuidado para com o paciente, não deixou que ele interagisse durante a visita, somente a mãe conversava.

TO: Uhum. Gostaria que você me contasse como esta sendo o seu dia a dia em sua casa após a internação?

Mãe do paciente D: Dei. Fui na loja dei um celular pra ele. Meu primeiro celular roubaram, fui lá e comprei um pra mim, pegaram e roubaram. Fiquei com dó, minha mãe “aí tadinho todo mundo tá tendo um celular e ele não tem”, fiquei com dó e fui. Dessa vez ele vai ter que começar a aprender as coisas, já “to” até imaginando que ele vai ter que me ajudar aqui. Vou por ele, nem se for pra me ajudar, vou fazer igual eu fiz aquela época, vou por ele pra me ajudar a varrer o quintal se ele quiser alguma

coisa, porque se eu ficar passando a mão na cabeça dele, ele vai fazer o que ele quer. Ele vai ficar fazendo o que ele quer.

TO: Mas não só varrer quintal ele pode te ajudar. Ele pode lavar uma louça.

Mãe do paciente D: Não, então gente, eu fico, fico. Ele é muito trabalhador (QUADRO 3).

4.2.2.4 Adoecimento psíquico do cuidador.

O cuidador possui em muitos casos uma menor qualidade de vida inclusive com maior risco para o desenvolvimento de doenças, principalmente quando há maior dependência do paciente. O adoecimento de um familiar, configurado pela constante presença de sintomas psiquiátricos, está diretamente relacionado à sobrecarga e impacto do cuidador e também com o desenvolvimento de possíveis sintomas que os cuidados possam desenvolver justamente devido ao sobrecarga do cuidado com o paciente psiquiátrico.

O familiar do paciente A. não realiza muitas visitas na casa do paciente, ele reside sozinho, no momento da visita, ele estava sozinho.

TO: Isso fica aqui pertinho. Conta para mim da sua visita.

A: Ela não gostou nada.

TO: Por quê?

A: Porque [...] uma história preparada (QUADRO 1).

A família da paciente M. encontra-se em um momento difícil de desemprego e de uso abusivo de bebida alcoólica, dificultando o cuidado da paciente em sua alta.

TO: Você tá trabalhando D. (nome do filho)?

Filho da paciente M: Não. “Tamo” eu e meu irmão parado.

TO: Parado.

Filho da paciente M: Por enquanto.

TO: E você tá bebendo todo dia?

Filho da paciente M: Praticamente (QUADRO 2).

A mãe do paciente D. possui um cuidado exagerado em alguns momentos, durante a visita domiciliar, o paciente não conseguiu falar, pois sua mãe sempre se colocava a frente.

Mãe do paciente D: Entendeu? Tem hora que você vai cansando dos outros ficar abusando, você entendeu? Tinha uma menina lá, “ai cadê o D”, “pra quê que você quer o D, pra quê que você quer ele, pra por ele pra roubar pra você”, eu falei pra ela. “não, porque ele é meu amigo”, falei, “se ele fosse seu amigo você dava conselho bom pra ele, ele nunca foi seu amigo”. Porque eu tive amigo, mas não, não, eu não tive amigo, pra ser sincera. Eu não tive nenhum amigo. Eu falo pra ele, “ninguém precisa de vinte milhão, de dez amigos mais pra ser feliz não”, hoje (QUADRO 3).

5 COMPREENSÃO FENOMENOLÓGICA DO DISCURSO

O presente capítulo tem como propósito apresentar ao leitor uma análise compreensiva do discurso dos participantes com base no Enfoque Fenomenológico da Personalidade, proposto por Forghieri (1997).

O ponto de partida para tal reflexão é sobre a personalidade compreendida fenomenologicamente, que a caracteriza como um conjunto de características do existir humano, levando em consideração a forma como é percebida e compreendida por cada pessoa, diante de suas vivências diárias, tendo presente seus aspectos fenomenológicos primordiais. Sendo que esses aspectos formam uma totalidade, que é apresentada separadamente para facilitar à compreensão.

Partindo desse modo de descrever o existir do homem, foi possível compreender, através de atividades grupais e de atendimento domiciliar como os participantes vivenciam o tratamento de psiquiátrico e seu retorno para sua casa. No discurso dos pacientes sobre suas vivências também foram descritos seus sentimentos, suas aflições, anseios, esperanças, desejo de autonomia e perspectivas para futuro. Para tal, foram levantados constituintes essenciais que estão interligados com o enfoque fenomenológico da personalidade.

O constituinte que emergiu da fala dos participantes que está relacionado com os sentimentos de ambivalência sobre a questão da patologia psiquiátrica durante os grupos.

A existência humana encontra-se cheia de aspectos que são, de certo modo, contrários e coexistentes. Assim, embora racionais, vivenciamos também, pré-reflexivamente, o fluxo de nosso existir imediato, e este tanto nos pode afligir quanto tranquilizar; alegremo-nos e entristecemos-nos; somos livres, mas também somos determinados pelos condicionamentos; amamos e odiamos; somos voltados para o nosso semelhante, mas também cuidamos de nosso próprio bem-estar; convivemos com as outras pessoas, mas, nem por isso, deixamos de confrontar-nos com a nossa própria solidão (FORGHIERI,1996).

O Papel da família perante o tratamento psiquiátrico é de fundamental importância, o auxílio que a família oferece durante o tratamento do paciente é muito importante para que se tenha êxito no tratamento.

Conforme Forghieri (2011) e Heidegger (1971), todas as manifestações do modo preocupado de existir fundamentam-se, primordialmente, no próprio ser-no-mundo do homem. Por ser essencialmente inerente ao existente 'ser-no-mundo', é seu 'ser relativamente ao mundo', em essência, 'cuidar de', cuidar de que não fracasse um empreendimento, cuidar de é semelhante a um temor.

O paciente muitas vezes expressa o desejo de não estar internado e sim de estar em sua casa, próximo a pessoas de sua família e amigos, alguns dos pacientes possui dificuldades em sua casa, mas o ato de estar internado em uma instituição psiquiátrica e estar longe da família gera um sentimento de desejo de estar próximo a pessoas de seu convívio social.

Além de compreender suas experiências, o ser humano vive num certo espaço e em determinado tempo, mas as experiências com uma amplitude que ultrapassa estas dimensões objetivas, pois tem capacidade para transcender à situação imediata. Seu existir abrange não apenas aquilo que é e está vivendo em dado lugar, num determinado instante, mas também as múltiplas possibilidades às quais se encontra aberta a sua existência (FORGHIERI,1996).

Com relação à compreensão que o paciente tem com a sua residência perante as AVD's e AVD's.

Embora cada um de nós tenha um modo peculiar de compreender as situações, somos todos seres humanos vivendo num mesmo mundo, havendo aspectos comuns em nossa existência, que nos permitem conviver e partilhar das mesmas experiências. Em outras palavras, existe uma realidade concreta, palpável, da qual todos fazemos parte, embora, possamos dar-lhe um colorido pessoal, com nossa maneira peculiar de ser. Agimos de acordo com o nosso modo de compreender as situações, mas nossas ações só serão eficientes se forem adequadas à realidade dos acontecimentos; temos necessidade de averiguar se os estamos percebendo e compreendendo adequadamente (Forghieri, 1993, p. 39).

Os pacientes quando ainda estão hospitalizados apresenta de uma maneira muito clara o desejo de realização e participação nas AVD e AVP. Solicitam que as mesmas sejam realizadas durante a internação de forma a retomarem atividades que realizavam cotidianamente em casa. Dessa forma procuram manter sua autonomia preservada.

Com relação à afinidade que o paciente possui com o seu cuidador depois de uma internação psiquiátrica o cuidador, que pode ser alguém da família do paciente ou alguém próximo a ele, desempenha um papel fundamental para evitar

que haja uma reinternação do paciente, conseguindo um manejo adequado da doença em sua casa.

De acordo com Melman, 2002 um sofrimento psíquico não se refere apenas ao membro que se desestabiliza, mas diz respeito a todos que compõem o universo familiar. A presença dele pode configurar um desgaste material, subjetivo, organizativo e social na família, porque o usuário de saúde mental pode se tornar dependente de seus familiares.

Segundo Borba (2011), ao se identificar a percepção da família com relação ao sofrimento psíquico, à pessoa e ao seu cuidado, pode-se concluir que lidar com família é lidar com sofrimento.

O cuidador possui em muitos casos uma menor qualidade de vida inclusive com maior risco para o desenvolvimento de doenças, principalmente quando há maior dependência do paciente. O adoecimento de um familiar, configurado pela constante presença de sintomas psiquiátricos, está diretamente relacionado à sobrecarga e impacto do cuidador e também com o desenvolvimento de possíveis sintomas que os cuidados possam desenvolver justamente devido ao sobrecarga do cuidado com o paciente psiquiátrico.

O cuidado em saúde mental sofreu diversas transformações, dentre elas, a valorização da família como ator importante para a atenção psicossocial. O apoio constante aos familiares é recomendável para conseguirem lidar com suas emoções quanto ao sofrimento psíquico, a fim de terem condições para executar seu cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os familiares se queixavam da falta de tempo e do excesso de tarefas desempenhadas com o usuário de saúde mental no cotidiano, fazendo com que deixassem de fazer atividades voltadas ao lazer ou ao cuidado de si. De acordo com Stein (2013), os pais de pessoas com sofrimento psíquico sentem uma grande perda de papéis sociais e de suas atividades rotineiras por causa dos cuidados com seus filhos. Isso é preocupante, pois, como Idstad (2010) relatou, ter momentos de lazer e cuidado de si ajuda a proteger, significativamente, o desgaste do cuidador enquanto estiver passando por momentos de esgotamento frente às demandas.

Eles não constituem respostas completas e definitivas para a profunda questão relativa à saúde e ao adoecimento existencial; revelam, apenas, pistas para a compreensão de alguns de seus aspectos, não chegando, portanto, a abrangê-la em sua totalidade (FORGHIERE,1996).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação em instituição psiquiátrica, desde o início de minha vida profissional configurou-se como um constante interrogar sobre como seria o “extramuros”, a vida “lá fora”. O paciente, que em um momento de crise, era internado e acolhido pela equipe, deveria gradativamente se recuperar para sair da instituição e retornar para sua casa.

Um aspecto que sempre despertou meu interesse foi à crença popular que o paciente psiquiátrico teria muita dificuldade de estar na sociedade e que deveria, portanto estar dentro de hospitais psiquiátricos por toda a vida.

Logo, este trabalho teve como objetivo compreender a autonomia de pacientes psiquiátricos com transtorno de esquizofrenia em internação psiquiátrica e pós-internação, visou descrever as intervenções terapêuticas ocupacionais junto a indivíduos com diagnóstico de Esquizofrenia, em AVD e AVP, bem como compreender como se relacionam com a pós-internação.

Deve ficar claro que a intenção não foi explicar ou comprovar nada, apenas entender como cada indivíduo vivencia o tratamento psiquiátrico no hospital e na sua continuidade em casa.

Vejo que, com o trabalho me aproximei do olhar do paciente e de sua família em relação ao tratamento e me aproximei mais com a importância do profissional da saúde estar junto com o paciente visando não perder sua autonomia perante sua vida.

Os depoimentos dos participantes e a posterior análise dos mesmos constituem um solo fértil para o campo do cuidado em que se dá no atendimento psiquiátrico em que se cria maior familiaridade para compreensão, validade e credibilidade quando formos tratar dos sentimentos e aflições dos pacientes, o que permite assim, uma mudança de postura e percepção de todos os profissionais que atuam junto a esses pacientes.

No decorrer da pesquisa foi possível identificar que mesmo o foco sendo o tratamento de psiquiátrico é inevitável surgirem outros assuntos acerca do adoecimento, os quais fazem parte do contexto de vida de cada participante e seus familiares.

A pesquisa, que foi norteadada pelo método fenomenológico, permitiu a aproximação da vivência de cada participante. Ouvidos de forma atenta seus relatos sobre o fenômeno investigado, e esse caminhar científico da fenomenologia ofertou à compreensão de modos de existir durante o tratamento da doença psiquiátrica.

A análise das entrevistas dos participantes em relação à vivência diante do tratamento psiquiátrico durante e após a internação fez com que emergissem os seguintes constituintes essenciais:

- a) sentimentos de ambivalência sobre a questão da patologia psiquiátrica durante os grupos, no que se referem à esquizofrenia, os participantes relatam explicitamente ou de maneira indireta em seus discursos a questão da patologia e revelam sentimentos advindos do pensar sobre a saúde mental, e em alguns momentos relatam que não possuem o transtorno;
- b) o papel da família perante o tratamento psiquiátrico a partir dos relatos dos pacientes tem-se a percepção clara da importância do apoio familiar durante e após a internação psiquiátrica, sendo que tanto o paciente quanto seus familiares precisam de apoio psicossocial, pois, em alguns momentos, os familiares podem ocupar simultaneamente papéis contraditórios: de suporte e de ameaça, tal aspecto pode gerar muita ansiedade tanto para a família como para o paciente;
- c) o desejo de não estar internado, os pacientes manifestam sempre este desejo, e de estar em sua residência (mesmo alguns deles tendo dificuldades familiares importantes a serem trabalhadas), o que torna-se relevante a importância de um tratamento com o menor tempo de internação, visto que o ambiente familiar traz benefícios para os pacientes;
- d) relação que os pacientes tem com a sua residência perante as AVD e AVP, eles apresentam de uma maneira muito clara o desejo de realização e participação nas AVD e AVP, solicitando que as mesmas sejam realizadas durante a internação de forma a retomarem atividades que realizavam cotidianamente em casa, dessa forma procuram manter sua autonomia preservada;
- e) modo como o paciente está em sua residência após internação, baseado na questão norteadora (“Gostaria que você me contasse como está

sendo o seu dia a dia em sua casa após a internação psiquiátrica?”) durante a visita domiciliar, todos os participantes referem que estão tendo êxito com relação a suas atividades, conseguindo ter autonomia em suas AVD e AVP, respeitando as individualidades de cada um;

- f) modo como o paciente desenvolve sua autonomia após a internação psiquiátrica, embora possua algumas limitações, observa-se que quanto menor a quantidade de internação mais preservada ela permanece, tendo assim maior independência para as realizações de suas atividades e ainda desenvolver habilidades, dentro de sua individualidade, com estímulo de uma rede psicossocial e da família que o apoia para ser ainda mais inserido na sociedade, como uma pessoa que faz parte da comunidade e com todos os direitos e deveres a serem cumpridos;
- g) relação do paciente com seu cuidador depois de uma internação psiquiátrica, considerando que o cuidador seja alguém da família ou alguém próximo, e desempenha um papel fundamental para evitar que haja uma reinternação do paciente, conseguindo um manejo adequado da doença em seu domicílio;
- h) adoecimento psíquico do cuidador, este, em muitos casos pede possuir uma menor qualidade de vida e inclusive maior risco para o desenvolvimento de doenças, principalmente quando há uma maior dependência do paciente, assim o adoecimento de um familiar, configurado pela constante presença de sintomas psiquiátricos, está diretamente relacionado à sobrecarga e impacto do cuidador frente aos efeitos do tratamento psiquiátrico e sua continuação ambulatorial, mas é extremamente importante lembrar que quando uma pessoa adoece não somente os pacientes se veem obrigados a readaptar sua vida, mas toda sua família sofre alterações.

A compreensão e as reflexões oriundas dessa pesquisa, não se limitam à exclusividade de uma única explicação, mas lançam a possibilidade de um novo olhar sobre a vivência do paciente psiquiátrico diante do tratamento durante e após a internação psiquiátrica.

O objetivo proposto pela pesquisa foi alcançado, e por se tratar de uma pesquisa sob a perspectiva fenomenológica, vale ressaltar que não podem ser

generalizados tais resultados para outros contextos, o que causaria uma anulação da individualidade da vivência de cada participante dessa pesquisa.

Acredita-se que tudo o que a pesquisa revela, servirá de fonte de apoio para melhorias frente ao cuidado para com os pacientes psiquiátricos, pensando não somente em melhorias no cuidado durante a internação, mas também na importância do momento em que o paciente está em sua casa, e também no que se refere à humanização e cuidado com o outro, pois em minha atuação como TO, no HST-RP, percebo que as angústias e aflições diante da internação psiquiátrica também ocorrem na saída da internação, mesmo o paciente querendo ir embora ele possui inseguranças junto com sua família sobre a continuidade de seu tratamento.

Pretende-se utilizar essas vivências trazidas pelos pacientes para viabilizar fontes de apoio e orientações para prevenir tais incertezas e estigmas que circundam tal tratamento, bem como, não só utilizar os dados coletados nessa pesquisa para com o paciente, mas orientando a equipe multidisciplinar que atua diretamente com eles, possibilitando que todos os profissionais da área da saúde atuantes na psiquiatria possam suspender seus julgamentos e teorias e consigam olhar para as potencialidades de cada paciente e assim foi desenvolvido um Procedimento Operacional Padrão (POP), contido no Apêndice B.

Foi observada nesta pesquisa uma grande dificuldade da administração/tomada da medicação nos horários prescritos. Cabe dessa forma, à equipe pensar na criação de dispositivos simples de modo que o paciente seja medicado corretamente. Uma estratégia que pode ser utilizada é a inserção direta dos familiares na administração dos medicamentos, outra, é a criação de kits preparados com os medicamentos separados por horário, sendo um facilitador num primeiro momento para reconhecimento da medicação e horários de tomada da mesma. O objetivo maior é garantir a continuidade do tratamento, uma maior interação familiar nesse binômio família/paciente e a diminuição da reinternação.

Diante desse cenário e após inúmeras reuniões de equipe, sempre realizadas com a missão principal de fomentar a entrada da família nesse processo de saúde, criou-se o POP de fácil entendimento tanto para a equipe como para o paciente e seus familiares, o que ajudou a interação com algumas famílias e seus entes que internavam com frequência nessa instituição de cuidados inerentes a saúde. Descreveremos abaixo o instrumento utilizado após a alta dos clientes

internados sob nossos cuidados operacionais, que se encontra em anexo no apêndice B.

Visando assim uma melhor adesão ao tratamento ambulatorial e favorecendo assim uma maior autonomia do paciente psiquiátrico com relação as suas atividades e como consequência haverá melhorias não só do serviço, mas principalmente transformá-los em seres humanos empáticos.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, M. E. D. A.. Texto, contexto e significado: algumas questões na análise de dados qualitativos. **Cadernos de Pesquisa**, v. 45, p. 66-71, 1983.

AMATUZZI, M. M. **Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica**. Estudos de Psicologia, v. 13, n. 1, p. 5-10, 1996.

_____. et al. **A subjetividade e sua pesquisa**. Memorandum, v. 10, p. 93-97, 2006.

AMARANTE, P. **Saúde mental: políticas e instituições**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz, EAD/Fiocruz, 2003.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, ed. 2, 2008.

_____. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

AMERICAN psychiatric association (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5**. Porto Alegre, RS, Artes Médicas, 2014.

BINSWANGER, L. **Artículosy Conferências Escogidas**. Madrid: Gredos, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Lei Nº. 10.216, de 6 de abril 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 106, de 24 de fev de 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002.

_____. Lei Nº. 10.406, de 10 de Janeiro de 2002, **Institui o Código Civil**, 2002. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 de março de 2017.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, 2014.

BENETTON, J. **“Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose”**. São Paulo: Lemos Editorial, 1991.

BEZARRA JR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BORBA LO, PAES MR, GUIMARÃES AN, LABRONICI LM, MAFTUM MA. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar**. Rev Esc Enferm USP. 2011

BOSS, M. **Psychoanalysis and Daseinsanalysis**. New York: Aronson, 1963.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural Edições Limitada, 1987.

COHEN, C.; MARCOLINO, J.A.M. Relação médico-paciente. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (organizadores). **Bioética**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, ed. 3, 2002.

EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. As psicoses esquizofrênicas. In: **Manual de psiquiatria**, Rio de Janeiro: Masson, p. 535-615, 1985.

FEIJOO, A.M.L.C. Método de Pesquisa Fenomenologia. **Cadernos IFEN – Instituto de Psicologia Fenomenológico-Existencial do Rio de Janeiro**. AnoIII, n. 4, 1999.

FORGHIERI, Y.C. **Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, Método e Pesquisas**. São Paulo: Pioneira, 1993.

_____. Saúde e adoecimento existencial: o paradoxo do equilíbrio psicológico. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97-110, abr, 1996.

_____. **Psicologia Fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas**. Editora Pioneira, São Paulo, 1997.

_____. **Psicologia Fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1994.

_____. **Psicologia Fenomenológica – Fundamentos, Método e Pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

GIOGI, A.; SOUSA, D. **Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia**. Editora Fim de Século, Lisboa, 2010.

GHIRARDI, M. I. G. **Representações da deficiência e prática de reabilitação: uma análise do discurso técnico**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

HEIDEGGER, M. **O ser e o tempo**. Petrópolis: Vozes, 1971.

HUSSERL, E. **Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: introdução geral à fenomenologia pura**. São Paulo: Ideias & Letras, 2006.

IDSTAD M, ASK H, TAMBS K. **Mental disorder and caregiver burden in spouses: the nord-trondelag health study**. BMC Public Health [Internet]. 2010

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (organizador). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, ed. 2, p. 55-99, 2001.

LANDIS, J.; KOCH, G. A medição da concordância entre observadores para dados categóricos. **Biometrics**, v. 33, p. 159-174, 1977.

Laurent, E. **L'abandon du DSM-V**. La lettre mensuelle, v. 320, p. 21-23, 2013.

MANGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: PRADO DE CARLO, M.M.R.; BARTALOTTI, C.C. (organizadores). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

MARTINS, J., BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 2005.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Paulo: Hucitec, EdUFSCAR, 2003.

MELLO, M. A.; MANCINI, M. C. Métodos e técnicas de avaliação nas áreas de desempenho ocupacional: avaliação das atividades de vida diária e controle domiciliar. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (organizadores) **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 49-54, 2007.

MELMAN J. Família e doença mental: **repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 2a ed. São Paulo: Escrituras; 2002.

MERHY, E.E. Cuidado com o Cuidado em Saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (organizadores). **Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, ed. 8, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): SAS; 2013.

OLIVEIRA, W. F. de; MARTINHAGO, F.; MORAES, R. S. M. de. **Entendendo o processo da reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental**. Florianópolis: Abrasme, UFSC, 2009.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). **Cuidados de saúde mental nos países em desenvolvimento: uma avaliação crítica dos resultados da investigação**.

Genebra: Organização Mundial de Saúde (Série: WHO Technical Report, 698), 1984.

_____. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento – CID-10.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, M. C. **A reabilitação psicossocial num CAPS:** concepção dos profissionais. São Paulo, 2005. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

RIBEIRO, M. C. A Terapia Ocupacional e as novas formas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 72-75, 2008.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

ROXO, Henrique. Conceito atual de demência precoce. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 695-703, Dez, 2010.

SALES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.1, p. 11-16, 2009.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1996.

STEIN CH, AGUIRRE R, HUNT MG. **Social networks and personal loss among young adults with mental illness and their parents:** a family perspective. *Psychiatr Rehabil J.* 2013; 36(1):15-21.

TAVARES, L.A.T.; HASHIMOTO, F. A alienação mental e suas (re) produções na contemporaneidade. **Revista SPAGESP**, v. 9, n. 2, p. 4-10, 2008.

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas. 1992.

TROMBLY, C. A. **Terapia Ocupacional para Disfunção Física.** São Paulo: Santos, ed. 2, 1989.

VENDRUSCOLO, J. **A criança curada de Câncer:** modos de existir. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

_____. **A criança curada de Câncer ingressando no Ambulatório de Curados:** um momento de passagem. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Autonomia de pacientes psiquiátricos com transtorno de esquizofrenia em internação psiquiátrica e pós-internação.

RESPONSÁVEL PELO TRABALHO: Dayane Lourenço Moda

ORIENTADORA: Profª Drª Juliana Vendruscolo

Eu, _____ RG.: _____
 Residente à Rua/Av. _____ concordo
 em participar da pesquisa supracitada pesquisa, após estar absolutamente
 esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

1- PESQUISA

Justifica-se a relevância deste trabalho baseado em um dos princípios do SUS que é a integralidade, o qual está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano.

Deve-se estar preparado para ouvir o paciente, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, podendo assim correlacionar com a vida cotidiana das pessoas.

2- OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 GERAL

Visa descrever as intervenções Terapêuticas Ocupacionais junto a indivíduos com Esquizofrenia, em Atividade de Vida Diárias e Atividade de Vida Práticas, bem como compreender como se relacionam com a pós-internação.

LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HST-RP) no setor de esquizofrenia e em residência dos pacientes em pós-internação.

PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Participação de grupos de terapia Ocupacional com gravação e posterior transcrição na íntegra das atividades em grupos, tendo 5 pacientes enfoque.

No momento de pós-alta será feita conversa com gravação e transcrição.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com o seguinte tema AUTONOMIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM TRANSTORNO DE ESQUIZOFRENIA EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E PÓS-INTERNAÇÃO, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

OUTRAS INFORMAÇÕES

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) Sr^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemos - nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 36036915.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Prof^a Dr^a Juliana Vendruscolo (Pesquisadora orientadora responsável)

RG:19355001 CPF: 081393978-06 Email:jvendruscolo@yahoo.com.br
TEL: (16) 99102-4301

Dayane Lourenço Moda (Pesquisador)

RG: 44322332-4 CPF: 350961278-77 Email:day.moda@gmail.com
TEL: (16) 98141-3287

APÊNDICE B - Procedimento Operacional Padrão

INSTRUMENTO DE ORIENTAÇÃO À FAMÍLIA/CUIDADOR

OBJETIVO:

Este instrumento tem como objetivo auxiliar a família com o manejo da medicação especialmente no período pós-alta do paciente.

A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO PROGRAMA PRÉ-ALTA:

A família será parte atuante e de fundamental importância no processo de alta desse paciente, dessa forma, um cuidador será orientado sobre a atual fase do tratamento e iniciar-se-á o processo de familiarização com os medicamentos prescritos e todos os cuidados necessários para com estes, como local de acomodação, horários a serem administrados e como lidar com paciente em momentos no pós-alta e consulta médica em unidade de saúde já acordada com equipe multidisciplinar nosocomial.

FORNECIMENTO DA MEDICAÇÃO:

A medicação será fornecida para um período de 10 dias de acordo com a prescrição médica vigente, podendo a equipe em casos especiais, como falta de vaga na rede de atenção psicossocial, solicitar medicação por um período não superior a trinta dias contados da data de alta do paciente.

FORMA DE ACOMODAÇÃO DA MEDICAÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR:

A medicação será acomodada em caixas de madeira, pintada e adequada pelo próprio paciente durante trabalho em terapia ocupacional. Tal caixa contará com separações para os horários: MANHÃ, TARDE E NOITE, sendo preparada de uma forma que visualmente o cuidador e o próprio paciente percebam através de cores os horários supracitados, não deixando dessa forma margem de erros ou dúvidas inerentes aos horários.

Caso a equipe ou familiares joguem necessário, outros métodos poderão ser usados, como sol nascente entre montanhas pela manhã, sol vibrante pela tarde e lua cheia para o período noturno,

PERÍODO DE TREINAMENTO DOS FAMILIARES E PACIENTES PARA A ALTA:

Preconiza-se um período não superior a 10 dias úteis, com reuniões ao final do quinto e décimo dias, onde a equipe multidisciplinar ouvirá os participantes do processo e sanará todas as dúvidas existentes e ouvirá dos participantes quais suas sugestões para a melhoria desse processo, deixando-o passível de mudanças em qualquer parte ou etapa do procedimento.

DO PROCESSO DE ALTA PROPRIAMENTE DITO:

O paciente sairá de alta já com consulta médica pré-agendada e também com encaminhamento para a unidade de saúde mais próxima de sua residência, ou aquela credenciada para o melhor tratamento, caso esta seja distante de seu local de moradia, será fornecido transporte gratuito ao paciente e acompanhante em um primeiro momento ou até que equipe que assumiu o caso julgue pertinente.

DO ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA:

Serão realizadas visitas domiciliares eventuais por profissionais de equipe multidisciplinar com o intuito principal de verificar a adequação familiar nesse processo dinâmico, bem como efetividade do tratamento, possíveis pontos de melhora ou oportunidade de melhoria. Serão realizadas o mínimo de duas visitas, tendo seu teto máximo um total de quatro visitas em dez dias, sendo desejável o acompanhamento de profissionais da atual equipe cuidadora, seja ela do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou da Estratégia de Saúde da Família, conforme encaminhamento da instituição hospitalar.

DA RECUSA DA MEDICAÇÃO:

Nos casos em que haja recusa da medicação por parte do paciente ou familiar, profissionais da rede de atenção psicossocial juntamente com profissionais de equipe multidisciplinar irão fazer reuniões com o objetivo de traçarem novas estratégias de acompanhamento intensivo desse paciente, numa tentativa de evitar uma internação por motivo de recusa à medicação.

DOS INDICADORES DO PROGRAMA

Tais indicadores serão disponibilizados mensalmente através de reuniões de Rede, onde poderão ser discutidas outras estratégias de acompanhamento aos pacientes e seus familiares, numa forma clara e dinâmica utilizada no programa.

Muito se fez para a melhoria do tratamento, mas muito ainda existe a caminhar nesse processo dinâmico e vivo da atenção à saúde do paciente portador de transtornos de origem mental, cabendo a equipe multiprofissional implementar instrumentos de fácil aprendizado e que envolva além da equipe de apoio, também os familiares e principalmente o paciente nesse processo salutar e benéfico à todos os envolvidos no processo de cuidado.

ANEXOS

ANEXO A – Plataforma Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: AUTONOMIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM TRANSTORNO DE ESQUIZOFRENIA EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E PÓS-INTERNAÇÃO			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 5			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Juliana vendruscolo			
6. CPF: 081.393.978-06		7. Endereço (Rua, n.º): CERQUEIRA CESAR 1081 CENTRO ap14 RIBEIRAO PRETO SAO PAULO 14010130	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (16) 3235-4301	10. Outro Telefone:	11. Email: jvendruscolo@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. Data: <u>03</u> / <u>11</u> / <u>2016</u> <u>Juliana Vendruscolo</u> Assinatura			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP		13. CNPJ: 55.983.670/0001-67	
14. Unidade/Órgão:		15. Telefone: (16) 3603-6779	
16. Outro Telefone:			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Responsável: <u>SILVIA S. DA SILVA</u> CPF: <u>14448228-05</u> Cargo/Função: <u>COORDENADORA PROGRAMA SAÚDE E EDUCAÇÃO</u> Data: <u>03</u> / <u>11</u> / <u>2016</u> <u>Silvia S. da Silva</u> Assinatura			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B – Parecer do CEP em seres humanos da UNAERP

**UNAERP – UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AUTONOMIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM
TRANSTORNO DE ESQUIZOFRENIA EM INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA E PÓS-INTERNAÇÃO

Pesquisador: Juliana Juliana Vendruscolo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62631816.2.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.218.400

Apresentação do Projeto:

Projeto bem apresentado, com as delimitações das partes adequadas. Introdução consta com uma vasta revisão da literatura sobre a Esquizofrenia, sobre a Terapia Ocupacional, as definições de atividades da vida diária e atividades de vida prática e características da reforma psiquiátrica: curatela, residência terapêutica e desinstitucionalização. Além de deixar claro, a problematização e hipótese do estudo

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos geral e específicos bem descritos e delimitados, com destaque para o objetivo geral: descrever as intervenções Terapêuticas Ocupacionais junto a indivíduos com Esquizofrenia, em AVDs e AVPs, bem como compreender como se relacionam com a pós-internação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

NÃO HÁ RISCOS APRESENTADOS SOMENTE BENEFÍCIOS AOS
PESQUISADORES

Endereço: Av. Costabile Romano, 2201, sala 08, Bloco D

Bairro: Ribeirânia

UF: SP

Telefone: (16)3603-6895

Fax: (16) 3603-6815

CEP: 14.096-380

Município: Ribeirão Preto

E-mail: cetica@unaerp.br

UNAERP – UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa

Trabalho precisa ser detalhado os procedimentos metodológicos quanto a amostra, pois não é apresentada uma justificativa do tamanho da amostra, bem como os critérios de inclusão e exclusão da amostra. Precisa descrever o que realmente será realizado com os pacientes: o que será observado ou aplicado, tempo das sessões, número de sessões, profissionais envolvidos dentre outros

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente preenchida e assinada.

Autorização do local onde será realizado o estudo falta carimbo do diretor técnico que assinou a autorização.

TCLE sabendo a quem se destina consta informações desnecessárias como a justificativa da pesquisa, os objetivos específicos da pesquisa e o local de estudo. Não esta claramente explicada a clientela o que precisará fazer para participar da pesquisa: quantas sessões terá que participar dos grupos de Terapia Ocupacional, tempo de cada sessão e quantos momentos de conversa será necessário no pós alta etc.

Precisa ter um telefone de contato com os pesquisadores, além do e-mail.

No projeto é especificado que se o participante da pesquisa for menor de 18 anos, o responsável assinará este termo, logo precisa apresentar também o TCLE que será destinado aos responsáveis.

Cronograma adequado.

Orçamento precisa especificar quem ficará encarregado pelos gastos da pesquisa.

Recomendações:

Rever algumas partes do trabalho, em material e métodos, há descrição do que será realizado, mas por ser projeto deveria estar no futuro, mas esta descrito no passado como se o trabalho já foi desenvolvido Tamanho da amostra e seus critérios de inclusão e exclusão da amostra.

Melhorar a descrição de como será realizada a coleta de dados e seus recursos. Melhorar o TCLE e acrescentar um telefone de contato. Apresentar o TCLE que será destinado aos pais caso necessário. Responsabilidade pelo orçamento

UNAERP – UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas e obedecem a Resolução 466/12 do CNS

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_819393.pdf	12/05/2017 18:38:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_atualizado.doc	12/05/2017 18:37:38	Juliana vendruscolo	Aceito
Outros	justificativa_parecer1.doc	12/05/2017 18:37:17	Juliana vendruscolo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocorrigido.doc	21/03/2017 21:09:36	Juliana vendruscolo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecorrigido.docx	21/03/2017 21:05:21	Juliana vendruscolo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	assinatura.bmp	21/03/2017 20:48:54	Juliana vendruscolo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOplataforma.doc	04/11/2016 17:30:42	Juliana vendruscolo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	04/11/2016 17:18:07	Juliana vendruscolo	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	04/11/2016 16:43:39	Juliana vendruscolo	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	04/11/2016 16:41:04	Juliana vendruscolo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaohst.jpg	04/11/2016 16:33:12	Juliana vendruscolo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	04/11/2016 16:31:06	Juliana vendruscolo	Aceito

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Textoteste.JPG	01/11/2016 16:19:24	Juliana vendruscolo	Aceito
--	----------------	------------------------	---------------------	--------

Endereço: Av. Costabile Romano, 2201, sala 08, Bloco D

Bairro: Ribeirânia

CEP: 14.096-380

UF: SP

Município: Ribeirão Preto

Telefone: (16)3603-6895

Fax: (16) 3603-6815

E-mail: cetica@unaerp.br

UNAERP – UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 12 de Dezembro de 2016

Assinado por:

Luciana Rezende Alves de Oliveira

(Coordenador)

ANEXO C – Autorização do HST-RP



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

Ribeirão Preto, 04 de novembro de 2016.

Eu Jafesson dos Anjos do Amor, Diretor Técnico de Saúde III do hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, localizada a Rua: Adelmo Perdiza, 495, Alto da Boa Vista, declaro para os devidos fins que autorizo a aluna Dayane Lourenço Moda, devidamente matriculada no Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, a conduzir os estudos de coleta de dados no Hospital Santa Tereza, para o desenvolvimento do Projeto de Mestrado intitulado: “AUTONOMIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM TRANSTORNO DE ESQUIZOFRENIA EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E PÓS-INTERNAÇÃO”. Este Projeto será realizado sob a supervisão e orientação da Profª Drª Juliana Vendruscolo. Tenho ciência que toda e qualquer coleta, somente será realizada após registro do Projeto junto ao Ministério da Saúde (Plataforma Brasil), aprovado por parte do Comitê de Ética da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP e Comitê de Ética do Hospital Santa Tereza.

Por ser verdade firmo o presente.

Dr. Jafesson dos Anjos do Amor

Diretor Técnico de Saúde III

Jafesson dos Anjos do Amor
Diretor Técnico de Saúde III