

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**RAIMUNDO MOZART SANTOS DA SILVA**

**ROTEIRO SISTEMATIZADO PARA DESOSPITALIZAÇÃO E  
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE LONGA PERMANÊNCIA DE UM  
HOSPITAL ESPECIALIZADO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**RAIMUNDO MOZART SANTOS DA SILVA**

**ROTEIRO SISTEMATIZADO PARA DESOSPITALIZAÇÃO E  
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE LONGA PERMANÊNCIA DE UM  
HOSPITAL ESPECIALIZADO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Clínica Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Marciana Fernandes Moll**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ROTEIRO SISTEMATIZADO PARA DESOSPITALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE LONGA PERMANÊNCIA DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO** e autoria do aluno **RAIMUNDO MOZART SANTOS DA SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Dra. Marciana Fernandes Moll**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

À Deus, Amigo e Companheiro de toda minha jornada de vida.

Aos Mentores Espirituais pelos momentos de inspirações,

À minha mãe Maria de Lourdes (in memoriam) pela generosidade dos seus ensinamentos,

À minha amiga Rosana Guedes, companheira desta e outras jornadas.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, meu grande companheiro e incentivador

A Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade e organização de todo o curso

À minha querida amiga Rosana de Cassia Guedes Falcão pela companhia, carinho e estímulo durante todo o curso.

Aos meus pais José Santos e Maria de Lourdes (in memoriam) pelos valores éticos ensinados e todo carinho a mim dedicado,

Aos irmãos, irmãs, sobrinhos(as), cunhados(as) pela compreensão de minha ausência em algumas datas festivas e finais de semanas..

À Prof<sup>a</sup>. Ma. Saionara Nunes de Oliveira pelas palavras incentivadora, carinho, atenção no decorrer no curso.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Marciana Fernandes Moll Orientadora da Monografia, por toda paciência e compreensão.

À Prof<sup>a</sup> Dra. Mônica Lino fonte de sabedoria e oportunidade de crescimento profissional

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Vânia Marli Schubert Backes , Coordenadora do Curso, pela organização.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Flávia Regina Souza Ramos, Coordenadora de Monografia .

Ao corpo docente da Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade de crescimento.

Aos colegas Cloves, Neuma, Eva, Júlia, Conceição companheiros de viagem e incentivo no decorrer do curso.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>16</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>20</b>

## RESUMO

Com o objetivo de sistematizar um roteiro para nortear a execução de ações que viabilizem o processo de desospitalização e desinstitucionalização de 173 usuários institucionalizados em um hospital especializado do estado da Bahia, realizou-se este relato de experiência para apresentar este produto que é uma nova modalidade assistencial voltada para a atenção psicossocial. Para subsidiar a desospitalização e a desinstitucionalização aconteceram reuniões setoriais com a equipe multidisciplinar para se traçar o Plano Terapêutico Individual dos usuários, o qual valoriza as seguintes informações: dados socioeconômicos, quadro clínico-psiquiátrico, capacidade de locomoção, comunicação e condições de desenvolver as atividades de vida diária. Também foram realizadas oficinas sobre implantação de Residências Terapêuticas ( RT ) nas quais se buscou inserir os atores institucionais neste processo e, ainda contou com a participação do Grupo de Trabalho de Humanização e do representante da Educação Permanente. Ainda, aconteceram assembleias para incluir os usuários neste processo. Como pós graduando da linha de cuidados em atenção psicossocial e participante desse processo, surgiu a ideia de elaborar Roteiro Sistematizado para nortear o desenvolvimento das ações de desinstitucionalização dos usuários que irão para Residências Terapêuticas. Este roteiro contempla as seguintes ações: levantar os usuários com perfis para morar em uma RT, verificar interesse dos mesmos de sair para uma RT, elaborar Plano Terapêutico Singular e estabelecer o Técnico de referência para trabalhar o processo de desospitalização/desinstitucionalização. Espera-se que esse material, enquanto tecnologia do cuidado seja uma ferramenta para embasar as ações da equipe de desospitalização.

## 1 INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica vem proporcionando um novo olhar sobre a loucura no Brasil desde meados dos anos setenta, através de discussões sobre as instituições e suas práticas manicomiais, o que vem gerando, gradativamente, o fortalecimento e a produção de mudanças teórico-conceituais.

Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica Brasileira conforme afirmam Delgado et al. (2007, p. 39), “é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais que acontecem no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios”.

Diante dessas transformações, surge o conceito de saúde mental, entendido por Amarante (2007), como um campo ou área de conhecimento complexo, plural, intersetorial no âmbito das políticas públicas de saúde.

Assim, a política pública de saúde mental vem trabalhando com a proposta de desospitalização e de desinstitucionalização. Para Amorim e Dimenstein (2009, p. 196), desinstitucionalizar significa “a desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental”. Segundo Nogueira e Costa (2007, p. 5), desospitalização diz respeito ao “processo de criação de dispositivos que viabilizem alternativas de cuidados psico-sócio-assistenciais opostos aos espaços que se caracterizam como locus de repressão e sofrimento e que promovem a exclusão social”.

Considerando os conceitos anteriormente descritos e as vivências práticas como enfermeiro assistencial, entendemos que a desospitalização não é sinônimo de desinstitucionalização, mas uma redução progressiva de leitos de hospitais psiquiátricos e substituição por serviços de base comunitária, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Serviços Residencial Terapêutico (SRT), entre outros.

A partir dessa realidade vigente, entre os anos de 2003 a 2004, o Programa Nacional de Acreditação Hospitalar (PNASH) prescreveu o credenciamento de um Hospital Especializado do município de Feira de Santana, Bahia e, neste mesmo período foram criados serviços substitutivos neste município, o que impulsionou o processo de redução de leitos com a

desospitalização de moradores para os Serviços Residenciais Terapêuticos. Atualmente, o referido Hospital Especializado possui 173 pessoas que perderam seus vínculos familiares e sociais e se encontram em internação de longa permanência.

Entre as ações para se desospitalizar e desinstitucionalizar essas pessoas, existe a perspectiva de saída de 10 delas para um Serviço Residencial Terapêutico ( SRT ) ou Residência Terapêutica ( RT). Diante desta pretensão, não havia nenhum roteiro sistematizado ou protocolo estabelecido para subsidiar esse processo de trabalho a ser desenvolvido pela equipe multidisciplinar de referência.

A partir dessa constatação, surge a seguinte questão norteadora: Quais seriam os critérios mais importantes para se compor uma tecnologia assistencial que subsidiará as ações de desospitalização e desinstitucionalização de pessoas que vivenciam longos períodos de internação em um Hospital psiquiátrico para a Residência Terapêutica?

Com vistas a responder a esse problema de pesquisa, temos como objetivo geral: Elaborar um roteiro sistematizado para subsidiar as ações de desospitalização e desinstitucionalização de pessoas que vivenciam longos períodos de internação em um Hospital psiquiátrico para a Residência Terapêutica.

Consideramos relevante a produção deste roteiro, pois ele norteará as ações de desospitalização dessas pessoas por direcionar as observações e intervenções da equipe multidisciplinar de referência e, ainda fornecer subsídios para pesquisa nesta área.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, favorecendo modificações dos modelos de gestão de saúde, defesa da saúde coletiva, investimentos em produção de tecnologias, qualidade e equidade na disposição dos serviços e protagonismo dos trabalhadores. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, na metade do século XX, na crise do modelo de assistência hospitalocêntrico, com a mobilização dos profissionais de denunciar os manicômios como instituições de violências, o movimento propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. (BRASIL, 2005).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a torna-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002. Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas. (BRASIL 2005)

Formulada como uma política pública do Estado, a Reforma psiquiátrica foi respaldada pela Lei 10.216 e resultou na constituição de um modelo assistencial comunitário composto por diversos dispositivos institucionais, tais como: o ordenador da rede que é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Programa De volta para Casa é um auxílio reabilitação para reinserir usuários de longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos na sociedade, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) - ou residência terapêutica- são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, os leitos psiquiátricos em hospital geral, a capacitação e atualização dos profissionais emergencistas para atenção a crise, implantação de

comunidades terapêuticas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, vinculação entre famílias, pacientes e profissionais de saúde na construção do projeto terapêutico para fortalecimento dos laços familiares e sociais, instituição de políticas públicas intersetoriais para álcool e outras drogas e também para crianças e adolescentes para prevenção, tratamento e inserção na comunidade, a articulação com a rede básica de saúde a fim de que ações se iniciem no território enquanto espaço de relações mais próximas do usuário, o que acarretará na progressiva redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos. (DIAZ, 2008).

A desinstitucionalização e efetiva reintegração de doentes mentais graves na comunidade são tarefas que o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. Juntamente com os programas De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2004).

O Programa de Volta para Casa constitui-se no auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internamento de longa permanência em hospitais psiquiátricos e de custódia e tratamento (BRASIL, 2003).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, como componentes dessa rede de atenção, configuram-se como equipamentos de saúde para acolher pessoas que viveram longos períodos em hospitais psiquiátricos, possibilitando a sua reintegração social e a superação do modelo de atenção centrado no isolamento, na exclusão social. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. (BRASIL, 2004).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” configuram-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização, sendo estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internados nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) configuram-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização, sendo estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internados nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia (BRASIL, 2011).

Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, de acordo com as especificidades de cuidado ao morador. Assim, SRT Tipo I, são moradias destinadas a pessoas

com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores. O Tipo II são moradias destinadas às pessoas com transtorno mental e que apresentam grau de dependência maior devido limitações físicas e requerendo cuidados específicos, devendo acolher no máximo dez moradores. Para que o município seja contemplado com repasses de recursos financeiros, o SRT tipo I deverá se constituir com grupo mínimo de quatro moradores e o SRT tipo II deverá contar com equipe mínima de cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem (BRASIL, 2011).

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado (BRASIL, 2004).

### **3 MÉTODO**

A determinação dos caminhos a serem percorridos é o primeiro passo para quem inicia o mergulho no oceano de possibilidades que consiste a elaboração de um roteiro sistematizado. A natureza desta proposta será baseada na sistematização de um roteiro para nortear a execução de ações que viabilizem o processo de desospitalização e desinstitucionalização de 173 usuários institucionalizados no Hospital Especializado Lopes Rodrigues, em uma instituição pública, estadual, situado na em um município baiano, referência para atendimentos especializados em psiquiatria.

O produto é uma nova modalidade assistencial – Tecnologia de cuidado ou de conduta e ele está exposto no apêndice A deste TCC. Dessa forma, este estudo é um relato de experiência das atividades de elaboração desta tecnologia.

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

O produto da Intervenção foi a elaboração do Roteiro Sistematizado para a desinstitucionalização inicialmente de 10 (dez) usuários institucionalizados no Hospital Especializado Lopes Rodrigues para Residências Terapêuticas (RT). Após diversas reuniões e rodas de conversas com a equipe de referência para trabalhar a desospitalização e desinstitucionalização, pautadas em discussões e reflexões a respeito das dificuldades encontradas pela equipe para o desenvolvimento destas ações.

Para produzir esse Roteiro Sistematizado de desospitalização e desinstitucionalização foram obedecidos alguns “caminhos” conforme descrição abaixo:

1- Reuniões com a equipe de referência para desospitalização e desinstitucionalização para construção deste processo.

2- Participação de reuniões setoriais do hospital com os técnicos de referência e a equipe multidisciplinar destes setores, para tomada de conhecimento e adesão a este processo da reforma psiquiátrica.

3- Levantamento de usuários com perfis para morar em uma Residência Terapêutica (RT).

Após algumas reuniões com a equipe multidisciplinar de referência da desinstitucionalização, composta por enfermeiros, psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, membros do Grupo de Trabalho Humanizado (GTH) e da Educação Permanente, foram definidos alguns critérios de avaliação para selecionar os usuários de internamento de longa permanência que irão morar nas residências terapêuticas. Verificar inicialmente se existe algum familiar, e o interesse do mesmo em acolher o paciente para desinstitucionalização, caso não, informar a ida do mesmo ao Serviço Residencial Terapêutico( SRT ) ou Residência Terapêutica( RT)

4- Verificação de interesse dos usuários selecionados em sair para uma RT.

5- Oficinas sobre implantação de Residências Terapêuticas finalidade de inserir os atores institucionais neste processo.

6- Assembleias com os usuários previamente selecionados no início do processo, contando sobre a implantação dos SRTs

7- Elaborar Plano Terapêutico Singular, levando em consideração os dados sociodemográficos, quadro clínico-psiquiátrico dos usuários, e condições de desenvolver as atividades de vida diária.

O Plano Terapêutico Singular foi aplicado aos usuários moradores na instituição que foram selecionados para serem transferido para as Residências Terapêuticas. Neste plano consta dados: da instituição, pessoais do usuário, socioeconômicos, clínicos e psiquiátricos e capacidades funcionais. Os dados da Instituição compõem as seguintes informações: nome, localização e CNPJ, em relação aos dados pessoais, além de nome do usuário, escolaridade, religião, documentos pessoais e estado civil busca conhecer o último endereço que ele residiu. Quanto os dados socioeconômicos se questiona desde se possui família, sobre a situação empregatícia anterior à internação e tipo de renda até ganho de benefícios, nas informações clínicas e psiquiátricas estão presentes o atual diagnóstico, as comorbidades que possam estar presentes nestes usuários e tratamento medicamentoso. Na capacidade funcional será avaliado a habilidade de realizar as atividades de vida diária (AVDs): alimentação, banho, vestir-se e cuidados pessoais e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs): arrumação da mesa, locomoção, comunicação, relações sociais, fazer compras, escrita, uso de dinheiro, leitura, preparação de comidas, lavar roupas, Trabalhos domésticos tais como: varrer o chão, passar pano, arrumar cama, organizar a casa e manter a casa como de costume.

8- Ações de Desinstitucionalização: Após algumas reuniões com a equipe multidisciplinar de referência da desospitalização que se reuniu para discutir e elencar ações para subsidiar a desinstitucionalização de usuários de internamentos de longa permanência, selecionados para ir morar em uma residência terapêutica, ficou estabelecido às seguintes ações para serem implementadas:

- Estabelecer o técnico de referência para acompanhar o morador;
- Abordagem ao morador escolhido a fim de prepará-lo para desinstitucionalização;
- Avaliar a condição socioeconômica dos usuários que irão para as Residências Terapêuticas;
- Realizar encaminhamentos aos benefícios sócio-previdenciários para os usuários que irão para as residências terapêuticas;
- Verificar os recursos da rede de saúde mental local;
- Reunião semanal de equipe para acompanhamento do processo de desinstitucionalização;
- Programação das visitas junto com o usuário ao domicílio previsto/selecionado para residir;

- Preparação dos documentos para saída: relatório psiquiátrico, relatório social, programa terapêutico individual e atestado médico;
- Solicitar a receita médica do morador e as medicações na farmácia da instituição,
- Realizar articulação com a rede municipal de saúde que dará suporte ao morador.
- Realizar reunião mensal com a equipe municipal;
- Quando o paciente sair do hospital, deve ser comunicado imediatamente ao serviço de arquivos médico e estatístico (SAME) para constar no censo;
- Deve ser feito visitas de acompanhamento ao processo de adaptação do paciente a sua nova residência.

Até o momento foram trabalhados e selecionados para a saída do hospital para os Serviços Residenciais Terapêuticos, apenas dez usuários, obedecendo aos critérios que foram elaborados neste roteiro sistematizado para o processo de desospitalização e desinstitucionalização. Por questões burocráticas os usuários permanecem aguardando a saída para residências onde serão direcionados. Enquanto isso, o roteiro sistematizado tem sido avaliado quanto a sua aplicabilidade e sua eficácia como instrumento para referenciar e dar continuidade ao processo de desospitalização e desinstitucionalização de outros usuários que se encontram internados na instituição aguardando a sua saída para o Serviço Residencial Terapêutico ou o projeto de volta para casa.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Processo de desinstitucionalização e desospitalização não consiste em uma atividade de rápida concretização, mediante as mais diversas questões: sociais, burocráticas e institucionais, no qual envolve recursos financeiros e humanos para execução de atividades preparatórias para reinserção desse usuários na sociedade de forma que contemple suas necessidades pessoais e seus direitos à cidadania. Além da conscientização dos servidores envolvidos no processo, usuários e sociedade de uma forma geral.

Faz-se necessário o fortalecimento da rede, não apenas de saúde mental, mas de toda a saúde para que ao sair dos muros hospitalares estes usuários sejam assistidos em sua totalidade.

O Roteiro Sistematizado elaborado para equipe de referência de desinstitucionalização, surgiu mediante a necessidade de organização das atividades, com objetivo de nortear a equipe na execução deste processo da reforma psiquiátrica. O produto adotado deverá ser sempre atualizado e reavaliado mediante ao surgimento e mudança de contexto que envolva a sistematização e o processo.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMORIM, A. K.M.A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em Saúde Mental e prática de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14 n.1, p. 195 - 204, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/doc/lei\\_10.216.html](http://www.saude.gov.br/doc/lei_10.216.html)>. Acesso em: 11 nov.2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa de Volta Para Casa**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria Nº 3.090** Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRITO, I.S. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Semestral do Setor de Planejamento**. Feira de Santana, 2013.

DIAZ, F.S. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o “ novo” na história da psiquiatria do Brasil**. 2008. Tese ( Doutorado em História das Ciências e da saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2010. **Informações sobre os municípios brasileiros**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2010/POP2010\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2010/POP2010_DOU.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2013.

NOGUEIRA,M.S.L.; COSTA,L.F.A. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: discutindo o paradigma da desinstitucionalização. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**, Maranhão, p. 1-8, 2007.

**APÊNDICE A**

## **ROTEIRO PARA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

### **I DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICO E PSIQUIÁTRICO E LEVANTAMENTO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**

- 1.1 Dados da instituição
- 1.2 Dados pessoais
- 1.3 Dados socioeconômicos
- 1.4 Dados clínicos e psiquiátricos
- 1.5 Capacidades funcionais

### **II. CRITÉRIOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PARA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA**

- 2.1 Verificar se o morador recebe visitas de familiares
- 2.2 Verificar se há interesse dos familiares em acolher o paciente para desinstitucionalização.
- 2.3 Verificar interesse do morador para desinstitucionalização.
- 2.4 Avaliar a condição sócio-econômica do usuário.
- 2.5 Realizar avaliação psiquiátrica e clínica. Se necessário adiantar as intervenções.
- 2.6 Avaliar grau de autonomia do morador. Caso o grau de comprometimento da autonomia do morador seja alto, então, se intensificará o cuidado ao paciente tanto no hospital, como junto ao município.

### **III AÇÕES DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:**

- 3.1 Estabelecer o técnico de referência para acompanhar o morador;
- 3.2 Abordagem ao morador escolhido a fim de prepará-lo para desinstitucionalização;
- 3.3 Avaliar a condição sócio-econômica dos usuários que irão para as Residências Terapêuticas;
- 3.4. Realizar encaminhamentos aos benefícios sócio-previdenciários para os usuários que irão para as residências terapêuticas;
- 3.5 Verificar os recursos da rede de saúde mental local;
- 3.6 Reunião semanal de equipe para acompanhamento do processo de desinstitucionalização;

- 3.7 Programação das visitas junto com o usuário ao domicílio previsto/selecionado para residir;
- 3.8 Preparação dos documentos para saída: relatório psiquiátrico, relatório social, programa terapêutico individual e atestado médico;
- 3.9 Solicitar a receita médica do morador e as medicações na farmácia da instituição,
- 3.10 Realizar articulação com a rede municipal de saúde que dará suporte ao morador.
- 3.11 Realizar reunião mensal com a equipe municipal;
- 3.12 Quando o paciente sair do hospital, deve ser comunicado imediatamente ao serviço de arquivos médico e estatístico (SAME) para constar no censo;
- 3.13 Deve ser feito visitas de acompanhamento ao processo de adaptação do paciente a sua nova residência.