

## Independência Funcional de Egressos de Hospital Psiquiátrico

### Functional Independence of Individuals Discharged from Psychiatric Hospitals

### Independencia Funcional de Egresos del Hospital Psiquiátrico

Grazieli Rosa Tenório<sup>1</sup>

Secretaria de Estado da Criança e da Juventude (SECJ-PR)

Maria Lúcia Boarini<sup>2</sup>

Universidade Estadual de Maringá

#### Resumo

O isolamento imposto pelos hospitais psiquiátricos aos seus internos desenvolve um afrouxamento no comportamento social, tornando-os alheios até mesmo a certos hábitos do dia a dia. Com esta referência, desenvolvemos e apresentamos o relato de uma pesquisa de campo de caráter exploratório que recuperou o histórico do cotidiano de cinco pessoas egressas de um hospital psiquiátrico com o objetivo de explicitar se elas desempenham, com independência, as atividades da vida diária. Consideramos como independência a capacidade de a pessoa de gerenciar sua vida em aspectos corriqueiros, como cuidado pessoal e com seu tratamento, bem como identificar e buscar satisfazer suas demais necessidades pessoais. Os resultados confirmam a literatura no que tange à fragilidade de independência funcional produzida por internações recorrentes e prolongadas. Em nosso entender, esta questão agrava-se com a ausência de um programa de reabilitação psicossocial, que poderia contribuir para a reversão ou minimização desse quadro.

*Palavras-chave:* independência; portador de transtorno mental; saúde pública.

#### Abstract

The isolation imposed by the psychiatric hospitals to its patients develops a loosening in the social behavior, turning them strange even to certain habits of the day by day. With this reference in mind, we developed and presented a report from a field research of exploratory character that recovered the history of the quotidian of five individuals discharged from a psychiatric hospital with the purpose of explaining if they carry out, with independence, their daily life activities. We considered as independence the ability an individual has of managing his own life in current aspects, such as personal care and handling his own treatment, as well as to identify and try to meet his own needs. The results confirm the literature in what concerns the fragility of functional independence produced by long and recurrent internments. Under our view, this subject becomes worse with the absence of a program of psychosocial rehabilitation, which could contribute to the improvement or minimization of that scenario.

*Keywords:* independence; mental disturbance; public health.

#### Resumen

El aislamiento impuesto por los hospitales psiquiátricos a sus internos desarrolla un ablandamiento en el comportamiento social, tornándolos ajenos hasta mismo a ciertos hábitos del día a día. Con esta referencia, desarrollamos y presentamos el relato de una investigación de campo de carácter exploratorio que recuperó el histórico del cotidiano de cinco personas egressas de un hospital psiquiátrico con el objetivo de explicitar si ellas desempeñan, con independencia, las actividades de la vida diaria. Consideramos como independencia la capacidad de la persona de administrar su vida en aspectos habituales, como cuidado personal y con su tratamiento, así como identificar y buscar satisfacer sus demás necesidades personales. Los resultados confirman la literatura en lo que se refiere a la fragilidad de independencia funcional producida por internaciones recurrentes y prolongadas. En nuestro entender, esta cuestión se agrava con la ausencia de un programa de rehabilitación psicossocial, que podría contribuir para la reversión o minimización de ese cuadro.

*Palabras clave:* independencia; portador de trastorno mental; salud pública.

Nas últimas décadas, a atenção à saúde mental na rede pública de saúde vem dando sinais de importantes transformações. Desde 1992, contamos com leis estaduais que preveem a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros tipos de serviço (Brasil, 2002c) e algumas

portarias importantes do Ministério da Saúde. No Estado do Paraná, por exemplo, temos a Lei Estadual n.º 11.189 (Paraná, 1995). Na década de 1990, contamos com significativas portarias do Ministério da Saúde. Entretanto foi com a aprovação da Lei Federal 10.210, em 2001, que a pessoa portadora de transtorno mental, finalmente, passou a ser reconhecida em todo o território nacional como uma pessoa com direitos a serem assegurados. A promulgação desta Lei deu novo impulso e imprimiu novo ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Brasil, 2001). É importante lembrar que estas transformações não

1 Endereço: Rua Uruguai, 677, ap 603, CEP 86.010-210, Centro, Londrina – PR. Telefones: (43) 3029-5715; (43) 9177-7664.

E-mail: grazieli.rosa@gmail.com

2 Endereço: Avenida Colombo, 5.790, CEP 87.020-9000,

Maringá-PR. E-mail: mlboarini@uol.com.br

ocorreram como em um passe de mágica. Há décadas, a sociedade brasileira vem reivindicando outro tipo de atenção ao portador de transtorno mental. Exemplos deste clamor estão registrados nos relatórios das quatro conferências nacionais de saúde mental que ocorreram em nosso país, sendo que a última delas, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial –, aconteceu no período de 27 de junho a 1º de julho de 2010, em Brasília. A confluência de esforços para um modelo substitutivo de atendimento à pessoa portadora de transtorno mental permitiu um novo direcionamento no financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico. Com o objetivo de reduzir o número de leitos em hospitais psiquiátricos e ampliar a rede de atendimento extra-hospitalar, observamos uma diferenciação gradativa no repasse de recursos para cada área de atendimento. Quando consideramos o total de 100% de recursos para a área de atendimento à saúde mental, identificamos que, no ano de 1997, 93,14% eram destinados aos gastos hospitalares em saúde mental, enquanto apenas 6,86% correspondiam aos gastos extra-hospitalares na referida área (Brasil, 2005a). No entanto, encontramos uma mudança considerável ao analisarmos os dados apresentados pelo Ministério da Saúde, divulgados em junho de 2010. Os recursos federais empregados nas ações extra-hospitalares, a partir do ano de 2006, ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares, sendo que, enquanto o investimento extra-hospitalar cresceu acerca de 269%, o investimento em leitos psiquiátricos em instituições totalitárias, tal como o hospital psiquiátrico, decresceu cerca de 40% (Brasil, 2010). Em relação ao número de leitos em hospitais psiquiátricos, em 1996, tínhamos no Brasil 72.514 (Brasil, 2005a) e, entre o período de 2002 a 2009, cerca de 16.000 leitos em hospitais psiquiátricos foram fechados (Brasil, 2010). Neste sentido, as longas e recorrentes internações em hospitais psiquiátricos vêm sendo gradativamente reduzidas e atendimentos substitutivos a este modelo têm sido implementados. Dentre as estratégias assistenciais à pessoa com transtorno mental, a política nacional de saúde mental prevê uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPSs (Brasil, 2002b), os Serviços Residenciais Terapêuticos (Brasil, 2004), os Centros de Convivência e Cultura (Brasil, 2005b), o Programa de Volta para Casa (Brasil, 2003), dentre outros. É importante ressaltar que, embora estes dados indiquem avanços e, hoje, possamos afirmar que o movimento social em prol da reforma psiquiátrica se consolidou como política de Estado, ainda há muito caminho a percorrer e não podemos perder de vista este processo.

#### **Após Longa Permanência Em Instituições Asilares**

Fato importante a destacar é que, nesse processo

de desinstitucionalização, desvela-se, com clareza, a “morte civil” (Basaglia, 1985) das pessoas que vivem segregadas há décadas em instituições totais. A institucionalização por longo período pode provocar o declínio funcional, com a consequente perda da independência para o desempenho das atividades da vida diária, como tomar banho, vestir-se, movimentar-se, alimentar-se, identificar necessidades pessoais e buscar satisfazê-las sem precisar, para isso, de supervisão, direção ou ajuda. Além disso, em geral, a longa permanência em instituições asilar estimula a dependência física, visto que cada um de nós necessita de um tempo e tem um ritmo e modo específico para desempenhar as atividades cotidianas, enquanto que, vivendo em uma instituição com dezenas ou centenas de outras pessoas, todos devem seguir as normas dentro de um determinado tempo para manter a ordem (Araújo & Ceolim, 2007).

De acordo com as determinações do Ministério da Saúde, as instituições asilar de longa permanência devem contar com planos terapêuticos individualizados de atendimento, com o objetivo de estimular o potencial de autocuidado, de modo que as pessoas permaneçam independentes na realização de tais atividades e estejam preparadas para o retorno à moradia ou a serviços residenciais terapêuticos (Brasil, 2002a). Vale lembrar que o exercício de independência não se concretiza apenas em eliminar as privações de liberdade, significa também que as pessoas devem poder fazer escolhas e ter a oportunidade de desenvolver-se (Sen, 2000). Por outro lado, a liberdade em escolher meios para obter satisfação pessoal inclui que as pessoas, uma vez feitas suas escolhas, possam concretizá-las sem opressões e coações de terceiros (Lopes, 2000; Doyal & Gough, in Wanderley, 2006). Para Hirdes (2009a), a potencialidade de independência da pessoa portadora de transtornos mentais pode ser observada na maneira como gerencia o cuidado para si mesma, o seu tratamento, o ambiente onde vive, suas relações interpessoais e tudo aquilo que for capaz de realizar. Nesta perspectiva, conhecer como o ser humano, após a alta hospitalar da instituição de longa permanência, desenvolve as atividades da vida diária pode revelar se, de fato, há independência nessas tarefas, que, muitas vezes, são consideradas banais e de fácil realização.

Conhecer as pessoas que viveram parte de suas vidas institucionalizadas foi o estímulo para a realização deste estudo no município de Braganey<sup>1</sup>, onde exercíamos a função de psicóloga. Este estudo teve como objetivo verificar se as pessoas egressas de instituição psiquiátrica exerciam, com independência, suas atividades da vida diária. O estímulo para

1-Localizado no Estado do Paraná, o município de Braganey contava, no ano de 2007, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, com 6.044 habitantes (IBGE, 2010). De acordo com os dados do censo realizado em 2010, Braganey contava com uma população de 5.735 habitantes (IBGE, 2010).

desenvolver esta pesquisa foi potencializada pelo fato desse município ser considerado de pequeno porte e, em 2007, contava com apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a qual dispunha de duas equipes para o Programa Saúde da Família (PSF). Segundo informou o gestor municipal de saúde do local, no ano de 2011, a configuração se mantém a mesma, exceto pela presença do profissional de psicologia.

### Metodologia

#### Procedimentos Iniciais

Considerando a inexistência de um serviço de atendimento à pessoa portadora de transtorno mental no município de Braganey, realizamos, juntamente com uma farmacêutica da Unidade Básica de Saúde (UBS), no período de julho de 2006 a abril de 2007, uma busca e o cadastramento dos pacientes portadores de transtorno mental para possível acompanhamento dos casos e estruturação de um serviço voltado para esta clientela. Para tanto, contamos com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) do Programa de Saúde da Família (PSF) para a localização das pessoas portadoras de transtorno mental do município. E paralelo a esta estruturação do serviço, desenvolvemos a pesquisa sobre a qual discorreremos a seguir.

#### A Pesquisa

Inicialmente, pedimos autorização à gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Braganey para utilizar uma relação com os nomes das pessoas residentes naquele município que haviam sido encaminhadas para internação em instituições psiquiátricas. Após obter este consentimento, submetemos nosso projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, acerca do qual recebemos parecer favorável. Fomos autorizadas a utilizar uma lista fornecida pela 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná<sup>2</sup>, que havia sido requerida junto ao hospital psiquiátrico responsável pela internação dos pacientes que residiam em Braganey. A lista continha cinquenta e quatro nomes e os itens que a compunham compreendiam: nome do paciente, data da internação e alta, endereço residencial e telefone. Tendo em mãos a referida relação, observamos que muitos dos pacientes deram entrada para internação com o endereço e o telefone da Prefeitura Municipal, significando, portanto, que não havia o endereço particular desses pacientes. Para localizá-los, foi de grande valia a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A escolha dos pacientes egressos de instituição

2-O Estado do Paraná conta com 22 regionais de saúde, as quais constituem a instância administrativa intermediária da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. É por intermédio delas que o Estado exerce o seu papel de acompanhamento e de apoio aos serviços de saúde prestados nos municípios (Paraná, 2011).

psiquiátrica que seriam entrevistados seguiu os seguintes critérios: 1º) residirem na área de atuação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) daquele município; 2º) residirem no endereço informado na relação disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde ou no endereço localizado pelos ACSs; 3º) residirem em locais de fácil acesso, para que pudéssemos cumprir os prazos desta pesquisa. Uma vez identificados os usuários e considerados os critérios descritos, a determinação dos pacientes egressos de instituição psiquiátrica que foram entrevistados seguiu ordem aleatória e o resgate das histórias junto a eles foi delimitado ao número de cinco, visto que, conforme fomos fazendo as entrevistas, as informações apresentavam-se repetidas, saturando os dados. As histórias cotidianas relatadas pelas cinco pessoas portadoras de transtorno mental, egressas de instituições psiquiátricas, ofereceram-nos esclarecimentos quanto à temática desenvolvida neste estudo e acreditamos, assim como Frazatto (2011, p. 49), que “cada história traz em seu interior questões que se referem não somente àquela trajetória em particular, mas que, provavelmente, repetem-se no cotidiano das pessoas com transtorno mental”.

#### Tipo De Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório. O objetivo principal do estudo exploratório é proporcionar maior familiaridade com o problema investigado, permitindo melhor compreensão acerca do mesmo e, inclusive, a elaboração de novas hipóteses (Gil, 1996). Para Triviños (1987), o estudo exploratório permite ao investigador aumentar a sua experiência, aprofundando seu estudo e adquirindo um maior conhecimento a respeito de um dado problema.

#### Participantes

As cinco pessoas que participaram deste estudo relataram sua vida e seu histórico de internação. Em um único caso, a entrevista foi realizada com a filha de uma paciente egressa do hospital psiquiátrico. S.D. é filha da paciente A.D. e justificou que sua mãe não poderia ser entrevistada devido ao comportamento agressivo que vinha apresentando, mas se dispôs a fornecer todas as informações necessárias sobre a mãe. Como recurso de apresentação, segue a tabela 1 com as características da população entrevistada no que tange ao gênero, idade, estado civil, escolaridade, renda, número de vezes em que a pessoa foi submetida à internação em hospital psiquiátrico, bem como a soma aproximada do período total que cada pessoa permaneceu institucionalizada em hospital psiquiátrico, haja vista haverem períodos de alta entre uma internação e outra.

#### Instrumentos

De acordo com Andrade (2007), a pesquisa de

Tabela 1  
Identificação dos entrevistados

Identi- ficação	Sexo	Idade	Estado civil	Escola- ridade	Renda	Número de inter- Nações	Tempo aproxi- mado de institu- cionalização
M.K.	M	25	Solteiro	1º grau incompleto	Diarista	5	15 meses
J.T.A.	F	42	Casada	1º grau incompleto	Não	6	30 meses
A.D.	F	66	Viúva	1º grau incompleto	Aposen- tada	8	28 meses
C.A.R.S.R.	F	44	Viúva	1º grau incompleto	Não	10	30 meses
F.F.	M	44	Solteiro	1º grau incompleto	Não	6	18 meses

campo utiliza técnicas específicas, as quais têm por objetivo recolher e registrar, de maneira ordenada, os dados sobre um assunto estudado. Portanto, para acessar as informações necessárias para o desenvolvimento deste estudo, optamos pela história oral. Podem ser identificadas três tendências na forma de desenvolver essa técnica: a história oral de vida (valoriza as vivências individuais), a tradição oral (foca seu interesse naquilo que é coletivo e tradicional dentro daquela comunidade) e a história oral temática (parte de um tema específico para coletar as entrevistas orais) (Fonseca, 1997). Em razão do objetivo deste estudo, optamos por fazer uso da história oral temática, de modo que os aspectos enfocados na narrativa não se referem “(...) à totalidade da vida da pessoa, mas aos aspectos da vivência, os quais constituem informações para a reconstituição de fatos, eventos ou problemáticas do passado” (Fonseca, 1997, p. 38). Amado e Ferreira (1998) afirmam que a história oral conta com técnicas precisas que propiciam a análise de fenômenos histórico-sociais. Dentre essas técnicas, destaca-se a entrevista, enquanto um método que permite um processo de interação social entre o entrevistado e o entrevistador (Minayo, 1994; Haguette, 1997). O entrevistado tem a possibilidade de relatar suas experiências e, ao mesmo tempo, oferecer respostas livres e espontâneas. Dentre os vários tipos de entrevista, foi empregada a semiestruturada, na qual parte-se de um esquema básico de perguntas, cujo roteiro combina perguntas abertas e fechadas, de modo a permitir ao entrevistado conversar sobre o tema proposto. As questões foram previamente definidas, porém tínhamos a liberdade de fazer perguntas adicionais para elucidar questões que não houvessem ficado claras ou para ajudar a recompor o contexto da entrevista. As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade do entrevistado e

todas elas foram gravadas com o consentimento das pessoas entrevistadas.

#### Tratamento E Apresentação Dos Dados

Os depoimentos gravados foram posteriormente transcritos e submetidos a inúmeras leituras, momento em que procuramos analisar os conteúdos mais frequentes e de modo que sua história oral pudesse ser construída. Para Thompson (1992), a construção da história oral pode se dar de três maneiras: 1ª) a primeira consiste em utilizar a narrativa da história de uma única vida; 2ª) a segunda é quando se colhem várias narrativas, de diferentes pessoas, sobre um determinado assunto; 3ª) a terceira utiliza as fontes orais para complementar outras fontes, mediante uma análise cruzada entre dados orais e dados provenientes de outras fontes. Neste estudo, analisamos e organizamos os dados coletados de acordo com a segunda e a terceira maneira apresentadas por Thompson (1992). Este autor argumenta ainda que essa forma de construir e apresentar a história tem como vantagem permitir que as narrativas sejam utilizadas na construção de uma interpretação histórica mais ampla, agrupando-as – como um todo ou fragmentadas – em torno de temas comuns. Não obstante as narrativas estejam inseridas num contexto social mais amplo, isso não aparece de forma espontânea e clara na fala do entrevistado, é preciso que o pesquisador, em suas análises, faça sua contextualização (Thompson, 1992).

Neste estudo, para que as narrativas fossem agrupadas em torno de temas comuns, os dados foram tratados por meio de uma extensiva análise, agrupados em categorias e correlacionados com o referencial teórico pesquisado. Situar as narrativas em um contexto mais amplo significa ir ao encontro da perspectiva teórica em que buscamos inspiração

para realizar este trabalho. Para a análise das narrativas, pautamo-nos em documentos da legislação brasileira que compõem a Política Nacional de Saúde Mental, em parte do acervo bibliográfico já existente sobre a reforma psiquiátrica, bem como em clássicos da literatura sobre doença mental, representados aqui por Erving Goffman (1974) e Franco Basaglia (1985), mais precisamente por suas obras *Manicômios, prisões e conventos* e *A instituição negada*, respectivamente. À luz desta fundamentação teórica, as análises das narrativas se pautaram nas diversas questões que possibilitam ou dificultam o exercício da independência funcional na vida das pessoas egressas de instituições psiquiátricas. Nesse sentido, as análises resultantes deste estudo serão apresentadas nas seguintes categorias temáticas: a relação saúde e doença; o uso da medicação; o período de internação; os cuidados pessoais e as atividades da vida diária; os relacionamentos sociais; a (in) dependência financeira; as expectativas para o futuro; o atendimento disponibilizado para o tratamento da doença mental. Na apresentação dos resultados deste estudo, a pessoa entrevistada é identificada por meio das iniciais de seu nome. Um dado importante a ser destacado refere-se ao fato de que nenhuma das pessoas entrevistadas soube informar com precisão o número das internações em hospitais psiquiátricos a que havia sido submetida e sequer o diagnóstico de sua doença.

#### A História De Todos E De Cada Um

O conhecimento sobre a saúde e a doença: As pessoas entrevistadas, de modo geral, não demonstram independência nos cuidados com a saúde em geral e desconhecem informações básicas sobre o transtorno mental de que são acometidas. Desconhecem, inclusive, o diagnóstico acerca de sua doença. É possível que este seja um dos muitos motivos que levou à publicação da “Carta dos direitos dos usuários” que pretende assegurar ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. Nessa Carta, discute-se a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão para que a autonomia e o direito do cidadão sejam fortalecidos (Brasil, 2007). A necessidade de elaboração e de divulgação dessa Carta pode ser identificada quando observamos, por exemplo, que os usuários do sistema de saúde que foram entrevistados não têm informações ou mesmo respostas claras e objetivas por parte de técnicos e especialistas em relação àquilo que querem e têm o direito de saber:

Sobre a doença que eu tenho eu não sei nada... eles falaram pra mim que eu não posso ficar sem o remédio, que eu tenho uma doença invisível. Mesmo quando eu chego no hospital pra consultar pra internar, eles consultam, internam a gente, mas não explicam nada. Da última vez que eu estive internada, todas as quintas-feiras eu conversava a psicóloga que tinha lá e eu falei assim: “Por que eu

tenho essa doença?” e ela respondia: “Isso é vocês que pensam que existe, mas essa doença não existe. Vocês não podem ficar sem o remédio”. Mas se não existisse eu não tinha ela não (J.T.A.).

A falta de informação não se limita à compreensão da doença mental. Enquanto alguns pacientes não compreendem sobre sua doença, há ainda aqueles que desconhecem sua existência.

Da doença que ela tem minha mãe não fala nada, eu acho que ela nem sabe que é doente. Minha mãe fala que não pode ficar nervosa e nem passar raiva, mas que isso é uma doença e precisa de tratamento direto eu acho que ela nem imagina. (S.D., filha da paciente A.D.).

Além de informações sobre o transtorno mental em si, também faltam informações a respeito dos cuidados com a saúde em geral.

(...) em toda a minha vida exame de sangue eu fiz só uma vez, mas já faz muito tempo... quer ver... foi quando eu estava grávida da I., e olha que hoje ela está com dez anos. Foi a única vez que eu fiz exame de sangue. Já o preventivo, eu fiz já tem mais de dois anos, mais ou menos (C.A.R.S.R.).

Segundo Baremlitt (1996), a dicotomia entre o saber do especialista – aquele que detém o conhecimento científico – e o saber dos demais membros da sociedade intensifica-se na sociedade contemporânea, e isso pôde ser verificado a partir das falas de nossos entrevistados. Neste sentido, o profissional com uma formação específica é quem tem condição privilegiada para falar sobre determinado assunto ou negar tais informações quando considerar oportuno. Cria-se uma dependência em relação ao especialista, personagem legitimado por seus conhecimentos, considerados universais, e o principal responsável por fazer diagnósticos e intervenções nos mais diversos problemas, inclusive nos sociais. Para este autor, os conhecimentos produzidos para além do campo da ciência não são considerados, de modo que as pessoas permanecem alienadas da possibilidade de gerenciar suas necessidades e sua própria vida.

O uso da medicação: O uso contínuo da medicação, durante o período de internação no hospital psiquiátrico, não é explicado ou justificado para a pessoa portadora de transtorno mental. Reconhecemos que, em situação de crise, nem sempre é possível dar ao paciente as informações necessárias sobre a medicação, contudo identificamos que nem mesmo após a contenção da crise é explicado e discutido com o paciente o papel da medicação para o seu tratamento. Nessa situação, a pessoa não possui as informações necessárias e corretas acerca de seu tratamento e nem sobre a importância do uso da medicação, o que vai gerando e consolidando a dependência de terceiros: “Ah, alguém sempre tem que me ajudar a lembrar de tomar os remédios, isso tem mesmo. Meu marido sempre me ajuda a separar qual está na hora de tomar” (J.T.A.). Pesquisas indicam que a valorização da participação do paciente

nos procedimentos necessários tem permitido melhores resultados nos tratamentos, uma vez que pacientes e médicos são vistos como corresponsáveis nesse processo. Defender o conhecimento do paciente em relação à saúde significa reconhecer que todos os indivíduos devem ter espaço e voz no processo, devendo ser respeitadas as diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos entre eles (Soares & Camargo Jr., 2007). Desconhecendo a função da medicação no seu tratamento, algumas pessoas portadoras de transtorno mental também revelam decidir, por conta própria, não seguir o tratamento medicamentoso prescrito ou fazê-lo à sua maneira e se automedicar: “Agora eu tomo só uma vez por dia, que está bom. Eu decidi sozinha que ia parar de tomar o remédio de manhã e continuei tomando só à tarde”. (C.A.R.S.R.). A falta de informação sobre a doença e do uso da medicação, assim como a dependência podem ser observadas, de modo particular, no caso da paciente A.D.:

Lá em casa é assim, a gente faz café de manhã e tem duas garrafas pra colocar o café, uma das garrafas é só da minha mãe e nós misturamos o remédio no café para daí ela tomar, senão ela não aceita de jeito nenhum. (S.D., filha da paciente A.D.).

Estudos realizados, sobretudo a partir da década de 1990, concluíram que não basta o medicamento ser seguro em seu sentido intrínseco, a segurança em seu processo de uso também deve ser garantida. Miasso et. al (2006) esclarecem sobre a necessidade de serem respeitadas medidas seguras no preparo e administração de cada medicamento. Apontam diferentes aspectos que podem dificultar o uso seguro da medicação, dentre eles, o preparo e a manipulação incorreta da mesma. Neste sentido, algumas indagações vão se delineando: além da alteração no uso da medicação, que outros problemas podem resultar desta forma de fazer uso da mesma? Uma possível resposta a esta questão é aquela oferecida pela filha da paciente A.D. ao revelar que sua mãe faz uso da medicação, mas não apresenta melhora em seu comportamento: “Ah, porque minha mãe é muito nervosa, é muito agressiva... Se você chegasse lá em casa ela, ia te xingar e tocar você lá de casa” (S.D., filha da paciente A.D.).

A internação: justificativas e opiniões: Basaglia (1985) não defende o fim da psiquiatria, mas considera que somente ela não será capaz de dar conta do complexo fenômeno que é a loucura. Para ele, a pessoa portadora de transtorno mental possui necessidades que vão além da prática psiquiátrica, de modo que tais pessoas não devem ser consideradas como meros objetos de intervenção clínica. Assume uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo de tratamento), sendo, portanto, nas definições de Amarente (1996), excludente e repressora. Quando

as pessoas submetidas à internação em hospital psiquiátrico são questionadas sobre o período que passaram nesta instituição, expressam um intenso sentimento de perda com as sucessivas internações. Além da liberdade e do direito de gerenciar a própria vida, em muitos momentos, elas perdem também a independência para fazer escolhas e se sentem impotentes, conforme já assinalado por Goffman (1974) e Moura Fé (2006).

Lá no hospital tinha umas atividades, mas eu não gostava de fazer não. Ah, mas se a gente não quisesse fazer qualquer coisa, eles marcavam tudo na pasta, e se a gente não fizesse, era um dia a mais que a gente tinha que ficar lá preso... (J.T.A.).

E para evitar a situação de internação, simulam “estar bem”, conforme identificado no depoimento a seguir:

Ai, eu não gosto nem de pensar no hospital... A gente fica trancado naquele lugar, tudo abaixo de chave. A gente fica tudo igual criminoso. Eu não gosto muito de falar que eu não estou bem, porque eu não gosto de ir para o hospital não (J.T.A.).

O lamento pela impossibilidade de fazer escolhas também aparece nas entrevistas: “Se eu pudesse escolher eu não quero mais ser internado não. Ficar em casa e mandar na vida da gente é muito melhor. Lá os outros é que mandam em tudo e aqui eu tomo conta e decido minhas coisas” (M.K.).

Como o paciente mantém os cuidados pessoais: Em geral, após a alta hospitalar, as pessoas portadoras de transtorno mental não conseguem retomar, com independência, muitas das atividades diárias que costumavam desempenhar. O isolamento e o confinamento a que são submetidas nos hospitais psiquiátricos parecem, realmente, desenvolver um afrouxamento no comportamento social dos pacientes, tornando-os despreocupados com hábitos simples, como se vestir, falar, assear-se e mesmo comunicar-se com o outro (Moura Fé, 2006). No relato de todos os entrevistados, identificamos a necessidade – em maior ou menor intensidade – de auxílio e de participação de algum membro da família para que suas necessidades sejam satisfeitas: “(...) eu preciso de ajuda no banho da tarde, todo dia minha irmã fala que eu tenho que tomar banho, porque às vezes eu esqueço, ela me ajuda a lembrar, mas eu nunca fui dormir sujo” (M.K.). Outras pessoas passam a exigir mais cuidados e atenção, o que configura a perda da independência e da iniciativa para atender às necessidades básicas do cotidiano:

Pra minha mãe tomar banho é bem difícil. Pra tomar banho eu tenho que ficar mandando e ela só vai quando tem vontade. Se bobear só toma banho se chover e acontecer de tomar chuva. A verdade é que ela passa bastantes dias sem tomar banho e só vai quando quer. (S.D., filha da paciente A.D.).

Dessa forma, os pacientes internados em hospitais psiquiátricos aprendem modos de viver e pensar que, com o tempo, vão se automatizando. Em consequência

dos condicionamentos impostos a todos, terminam por compor um conjunto mais ou menos uniforme de autômatos disciplinados, e nunca de sujeitos sociais, com vontade e liberdade próprias (Goffman, 1974; Moura Fé, 2006).

Relacionamento social: Apenas uma das cinco pessoas entrevistadas afirmou ser possível exercer, com mais propriedade e independência, suas atividades de convívio social, demonstrando realização e prazer em desempenhá-las:

Quando não estou trabalhando eu fico nos bares, jogando baralho. No fim de semana eu gosto de assistir o jogo. O vizinho aqui da frente é meu amigo, nós assistimos o jogo juntos, só que ele não é são-paulino, ele é corintiano (M.K.).

A longa permanência em hospital psiquiátrico ou as recorrentes internações promovem a submissão da pessoa portadora de transtorno mental a uma relação heterônoma, na qual a vontade e a imposição de outra pessoa, considerada em posição superior, acabam sendo respeitadas e, assim, a vontade e expectativas do internado são sempre ignoradas (Goffman, 1974; Moura Fé, 2006). Geralmente, essa situação de subjugação provoca no internado um intenso sentimento de inferioridade, que pode se constituir em um fator de dificuldade para o estabelecimento de futuros relacionamentos após a alta hospitalar. Isto sem considerar o histórico preconceito em relação à pessoa com transtorno mental, o qual, de fato, obstrui a possibilidade de interlocução social, tal como podemos observar no depoimento a seguir:

Sabe por que eu acho que minha mãe fica mais agressiva e tem esses problemas dela? Os vizinhos dela incomodam ela demais. A mãe não pode sair na rua que a piçada começa provocar ela, eles xingam, jogam pedra... Como que minha mãe vai ficar o dia inteiro presa dentro de casa? Ela tem direito de sair na rua e procurar um divertimento sem ser provocada o tempo todo. (S.D., filha da paciente A.D.).

A (in) dependência financeira: De acordo com Hirdes (2009a), a inserção no mercado de trabalho constitui-se para o portador de transtorno mental uma das raras possibilidades de aceitação social. Entretanto, por uma série de fatores que não cabe aqui discutir, entre eles a competitividade, um contingente cada vez maior de pessoas acaba sendo excluído desse mercado. O que sugere, de acordo com a autora, o seguinte questionamento: como, então, podemos projetar trabalho para pessoas que têm dificuldade em competir? Ou antes, como concorrer no mercado de trabalho em uma situação já de desvantagem? Neste estudo, as cinco pessoas entrevistadas apresentam dependência financeira – total ou parcial – de outro membro da família. Nenhum dos entrevistados declarou receber qualquer tipo de benefício assistencial ou outro valor financeiro. Apenas um deles tem conseguido realizar atividade laboral, cuja produtividade resulta em pequenos ganhos

financeiros. Identificamos que isso ocorre, seja pelos efeitos colaterais que a medicação provoca, seja pela falta de oportunidade no mercado de trabalho, e quando esta é alcançada, o reconhecimento pelo serviço prestado não é suficiente para garantir sua independência financeira.

Eu trabalho no moinho, nós moemos farinha, ajudo a ensacar, faço tudo o que precisa... Lá no moinho eles nunca me contrataram não, eu trabalho por dia. Já faz bastante tempo que eu trabalho ajudando no moinho... mas do resto, eu dependo da minha irmã e do marido dela (M.K.).

Os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados representam um fator complicador, porém o preconceito em relação a quem faz uso desta medicação também é um agravante da difícil situação vivida pela pessoa portadora de transtorno mental.

Não tem mais lugar onde me pegam pra trabalhar. Aqui em Braganey, todo mundo sabe da minha doença e por isso ninguém quer saber de me chamar pra trabalhar. Parece que todo mundo tem medo. Isso fica tão ruim, mas o que eu posso fazer... eu sou assim mesmo. Agora eu não consigo mais nenhum trabalho (C.A.R.S.R.).

Expectativa para o futuro: Após a liberação do hospital psiquiátrico, na maioria dos casos, o portador de transtorno mental mantém-se na condição de “doente” e, tal e qual na instituição psiquiátrica, a doença é o único aspecto de suas vidas que merece destaque e preocupações. As expectativas e sonhos em relação ao futuro também dizem respeito à doença:

Meu maior sonho é parar de tomar esses remédios. Espero que os médicos digam: “olha você está curada e não precisa mais tomar esses remédios”. Eu acho que um dia isso vai acontecer. Eu tenho fé em Deus que um dia isso vai acontecer (J.T.A.).

O acompanhamento disponibilizado para o tratamento: De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental em território brasileiro, deve ocorrer a substituição progressiva dos leitos em hospital psiquiátrico por uma rede comunitária de atenção psicossocial, em que todos os municípios do Brasil, mediante o serviço oferecido pelas Unidades Básicas de Saúde, devem se responsabilizar pelo atendimento disponibilizado às pessoas portadoras de transtorno mental (Brasil, 2003). Contudo, nem sempre este atendimento está disponível:

(...) do posto de saúde ninguém nunca foi ver minha mãe lá em casa. Depois que ela saiu do hospital pela última vez, e eu acho que já tem uns 20 anos, nunca mais ela consultou com nenhum médico. Ela continua tomando os mesmos medicamentos que eles deram, porque deu certo pra ela. (S.D., filha da paciente A.D.).

É interessante observar que a mesma entrevistada referiu anteriormente que sua mãe não apresentava melhora em seu comportamento mesmo fazendo uso da medicação e, nesse momento, possivelmente pelo receio de uma possível internação, acaba afirmando – de maneira contraditória – que o remédio

continua sendo o mesmo de vinte anos atrás, por dar bons resultados. Além da falta de atendimento, identificada nos depoimentos, constatamos ainda encaminhamentos profissionais, no mínimo, questionáveis:

Eu pego meus remédios com a receita velha mesmo. Meu cunhado trabalha num posto de saúde e o médico faz uma receita nova, daí meu cunhado pega todos os meus remédios no posto de saúde. O médico que faz a receita pra mim eu nunca consultei com ele e ele nunca me viu. Não tem ninguém do posto que acompanha meu tratamento. Nunca eles me visitam e nem perguntam do remédio. (C.A.R.S.R.).

### Uma Breve Análise Do Caminho Percorrido

A história de vida relatada pelos entrevistados permite constatar as adversidades pelas quais passa a pessoa que é acometida de transtorno mental, e o seu desprendimento pessoal acerca da própria história possibilitou a efetivação deste estudo. São depoimentos que nos permitem algumas reflexões, sem a pretensão de esgotar as possibilidades que ainda podem suscitar. Os relatos apresentados, cada qual com suas particularidades, permitem vislumbrar o não exercício da independência por parte das pessoas egressas de instituições psiquiátricas, assim como revelam a lacuna existente entre as conquistas do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e a efetivação dessas conquistas no município onde realizamos a presente pesquisa.

De acordo com a literatura consultada, a reclusão em instituições psiquiátricas não favorece o exercício da independência, ao invés disso, as pessoas aprendem a ser totalmente dependentes de regras, imposições e normas, inclusive em aspectos simples da vida diária (Goffman, 1974; Benelli, 2003). Desse modo, a situação de dependência vivenciada durante o período de internação pode se estender a muitos aspectos da vida da pessoa portadora de transtorno mental, mesmo após receber alta hospitalar (Moura Fé, 2006). Além de confirmar este fato, os resultados de nossa pesquisa comprovam que, independentemente de quantas vezes tenha sido internada no hospital psiquiátrico e nele permanecido, a pessoa portadora de transtorno mental continua necessitando de assistência – com maior ou menor intensidade – nas atividades comuns da vida diária, como uso da medicação, cuidados com a saúde em geral, cuidados com a higiene pessoal e outras. Em nosso entender, essa situação de dependência, provavelmente, poderia ser minimizada se o município onde estas pessoas residem contasse com um programa de reabilitação psicossocial efetivo na Unidade Básica de Saúde, conforme determina a Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 (Brasil, 1993). Identificamos ainda a necessidade de que seus familiares sejam incluídos e orientados nos mais diversos aspectos da vida da pessoa portadora de transtorno mental, bem como do processo de

reinserção social das mesmas. Possivelmente pela falta de compreensão, informação e orientação, os familiares da pessoa portadora de transtorno mental não conseguem auxiliar com efetividade para que o tratamento dê bons resultados e uma maior qualidade de vida seja alcançada por essas pessoas.

Convém destacar que o período em que permanecemos atuando neste dispositivo (julho de 2006 a abril de 2007) não foi suficiente para uma eficaz estruturação e elaboração das iniciativas que seriam necessárias para o atendimento dessas pessoas. Com nossa saída do serviço municipal de saúde, deixamos à disposição do serviço de saúde todos os levantamentos e cadastros realizados, com a intenção de que a equipe continuasse com o trabalho iniciado. Apesar disto e da necessidade emergencial de atendimento das pessoas portadoras de transtorno mental, o gestor municipal de saúde informou que, desde o ano de 2007, nenhum outro profissional dedicou-se ao referido público. Constatamos então que, ainda no ano de 2011, a atenção à saúde mental encontra-se sem nenhuma estruturação, confirmando a inexistência de qualquer tipo de atendimento substitutivo destinado à pessoa portadora de transtorno mental. O desamparo vivido pelo portador de transtorno mental em relação ao serviço de atenção à saúde mental em municípios de baixa densidade populacional não é algo que ocorre apenas no município de Braganey, no Estado do Paraná. Estudo realizado por Boarini (2009) indica não ser raro encontrar municípios de pequeno porte com ausência de atenção à saúde mental na perspectiva extra-hospitalar.

A desinstitucionalização tem como ênfase o desenvolvimento de ações no próprio território onde reside a pessoa portadora de transtorno mental, porém a iniciativa e a vontade política dos gestores tornam-se peças fundamentais para a implantação de estruturas substitutivas à internação psiquiátrica. Além disso, os profissionais da saúde precisam estar instrumentalizados para repensar suas práticas de atendimento e adotar uma abordagem que articule tratamento, reabilitação psicossocial e projetos terapêuticos individualizados (Hirdes, 2009b). Outro aspecto que observamos em nosso estudo diz respeito não adesão ao uso da medicação e à inexistência de ações que evitem ou minimizem este acontecimento. Consideramos adesão como um complexo fenômeno que envolve a decisão do paciente de utilizar e seguir a prescrição de medicamentos e procedimentos que deverão auxiliar em seu tratamento (Cardoso e Galera, 2006). Seja pela falta, seja pelo uso incorreto, seja ainda pela distribuição inadequada, identificamos que a medicação se constitui num significativo fator que dificulta a independência ou mantém o quadro de dependência do portador de transtorno mental. Ao não receber o atendimento médico disponibilizado nas unidades básicas de saúde (UBSs) para orientação do uso da medicação e ao não exercer atividades de

caráter social e terapêutico-ocupacional, o portador de transtorno mental segue excluído apesar de estar em “liberdade”.

Nesse sentido, em nosso entender, em municípios de pequeno porte, a falta do hospital psiquiátrico parece agravar-se com a falta de programas de reabilitação psicossocial, capazes de contribuir para a reversão ou minimização deste quadro. Tal fato nos leva a concordar com Boarini (2009, p. 28), quando “(...) aponta a necessidade de outro olhar para os municípios ‘minúsculos’ e maior investimento na formação de equipes multiprofissionais comprometidas com a Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, que privilegia a atenção de base comunitária”. Concluindo, reafirmamos a literatura no que tange à fragilidade de independência funcional produzida por internações recorrentes e prolongadas e relembrando Bezerra Jr. (1999) quando afirma que a Reforma Psiquiátrica não se limita a uma mera substituição de técnicas obsoletas por outras, supostamente, mais eficazes. Trata-se de uma redefinição profunda dos objetos e objetivos das práticas de cuidado, e uma discussão acerca dos instrumentos que tal redefinição exige.

### Referências

- Amado, J. & Ferreira, M. de M. (Eds.) (1998). Usos & abusos da história oral. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Amarante, P. (1996). O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- Andrade, M. M. de (2007). Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação (8ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Araújo, M. O. P. H. & Ceolim, M. F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Revista da Escola de Enfermagem – USP, São Paulo, 41 (03), p. 378-385.
- Barembliitt, G. (1996). Compêndio de análise institucional. (3ª ed.) Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Basaglia, F. (1985). A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal.
- Boarini, M. L. (2009, abril). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, 15 (1), p. 28-50.
- Benelli, S. J. (2003, julho/dezembro.). Dispositivos disciplinares produtores de subjetividade na instituição total. Psicologia em Estudo, Maringá, 08 (02), p. 99-114.
- Bezerra Jr. B. Prefácio em: Vieira, M. C. T.; Vincentim, M. C. G. E.; Fernandes, M. I. A. Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo. São Paulo: Cabral, 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde (1993, janeiro 7). Portaria n. 224, 29 jan. 1992. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001, abril, 9) Lei Federal n.º 10.216, 6 abr. 2001. Secretaria de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002a, janeiro 31). Portaria n. 251/GM, 31 jan. 2002. Secretaria de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002b, fevereiro 19). Portaria n. 336/GM, 19 fev. 2002. Secretaria de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002c). Legislação em saúde mental: 1990-2002. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2003). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual do Programa “De volta pra casa”. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2005a, novembro). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2005b, julho 7). Portaria n. 396, 07 jul. 2005. Secretaria de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil (2010, janeiro 6). Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010. Acessado de [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação de Saúde).
- Cardoso, L. & Galera, S. A. F. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. Acta Paul Enfermagem, 19 (3), p. 343-348.
- Fonseca, S. G. (1997). Ser professor no Brasil: história oral de vida. São Paulo: Papyrus. (Coleção Magistério: Formação e trabalho pedagógico).
- Frazatto, C. F. (2011). O hospital psiquiátrico e o “voltar para casa”: interstícios deste caminho. Maringá. 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá.
- Gil, A. C. (1996). Como elaborar projetos de pesquisa (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Goffman, E. (1974). Manicômios, prisões e conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva.
- Haguette, T. M. F. (1997). Metodologias qualitativas na Sociologia (5ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Hirdes, A. (2009a). Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. Revista Ciência e saúde coletiva, 14, (1), p. 165-171.
- Hirdes, A. (2009b). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Revista Ciência e saúde coletiva, 14, (1), p. 297-305.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010, setembro 15). IBGE Cidades @. Acessado em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=410335#>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011, janeiro 6). IBGE Cidades @. Acessado em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=410335>
- Lopes, J. R. L. (2000, fevereiro). Direitos humanos e tratamento igualitário: questões de impunidade, dignidade e liberdade. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 15 (42), São Paulo, p.77-100.
- Miasso, A. I.; Silva, A. E. B. C.; Cassiani, S. H. B.; Grou, C.R.; Oliveira, R. C.; Fakhil, F. T. (2006). O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. Revista Latino-Americana de Enfermagem 14 (3), maio-jun, p. 354-63 .
- Minayo, M. C. de S. (1994). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (3.ed.). São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Moura Fé, I. A. (2006, setembro 7). Doença mental e autonomia. Revista Portal Médico. Acessado em: <http://www.portalmedico.org.br/revista> Paraná. Governo do Estado. (1995, novembro 9). Lei Estadual n. 11.189, de 09 de novembro de 1995. Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. Diário Oficial do Estado do Paraná. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2011, janeiro 6). Regional de Saúde. Acessado em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=524>.
- Sen, A. (2000). Desenvolvimento com liberdade. São Paulo: Companhia das Letras.
- Soares, J. C. R. S. & Camargo JR., K. R. (2007, janeiro/abril). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface, Botucatu, 11, (21), p. 65-78.

Thompson, P. (1992). A voz do passado: História oral (L. L. de Oliveira, Trad.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Triviños, A. N. S. (1987). Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.

Wanderley, M. B. (2006, janeiro/abril). Sistema de informação em gestão social. Estudos avançados, 20, (56), p.149-160.

*Recebido: 11/01/2011*  
*Última Revisão: 23/05/2011*  
*Aceite Final: 15/06/2011*

Sobre os autores:

Grazieli Rosa Tenório: Psicóloga. Especialista em Saúde Mental. Coordenadora Executiva Estadual do Programa Atitude da Secretaria de Estado da Criança e da Juventude (SECJ-PR).

Maria Lúcia Boarini: Doutora. Docente do depto. de Psicologia e do Programa de Pós-graduação do depto. de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.