

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Reforma psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado”

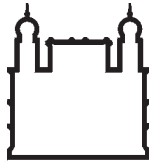
por

António de Oliveira Sabalo

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, maio de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Reforma psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado”

apresentada por

António de Oliveira Sabalo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Prof. Dr. Fernando Ferreira Pinto de Freitas

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Orientador

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S113 Sabalo, António de Oliveira
Reforma psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado. -- 2011.
135 f.

Orientador: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Reforma dos Serviços de Saúde. 2. Saúde Mental.
3. Humanização da Assistência. 4. Instituições de Saúde.
5. Angola. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.209673

A construção de um trabalho leva muito tempo e não se restringe ao momento dedicado à sua elaboração. É preciso considerar a construção da vida. Por isso, agradeço a DEUS, por me ter dado tantas pessoas boas e tantas oportunidades de crescimento.

A DEUS,

À minha Mãe Laurinda Kilombo, aos meus Avôs, Sabalo António e Julieta Kilombo,
ao Frei João Domingos, meu educador, eterno descanso;
ao meu Pai, Oliveira Sabalo, pela vida, amor e pelos
ensinamentos sábios, que me fizeram homem,
aos parentes, formadores,
benfeitores e amigos,
eterna gratidão

AGRADECIMENTOS

Muitos foram aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, incluindo amigos, familiares, colegas de trabalho e de escola. Embora todos mereçam a minha gratidão, alguns devem ser expressamente mencionados.

Começo agradecendo a Deus todo poderoso pela vida e pela saúde;

Ao Professor Paulo Duarte de Carvalho Amarante, de quem recebi uma orientação experiente, esclarecida e amigável;

Ao Brasil, à FIOCRUZ, à Direção da ENSP e particularmente à Coordenação do Mestrado de Saúde Pública de Angola na pessoa das Professoras Elizabeth Artmann, Joyce Mendes de Andrade Schramam, Marina Ferreira de Noronha, Marismary Horsth De Seta, pela dedicação, coragem e por tornar possível esta formação;

Ao colega de turma Edmundo de Almeida, pela ajuda desinteressada;

Aos gestores de instituições de estudo por terem autorizado, viabilizado e aceite participar da pesquisa, nomeadamente: Dr. Lando Miezi e Dr^a Antónia da Costa, ambos do Hospital Psiquiátrico de Luanda; Dr. Rui de Encarnação Pires – Médico Chefe da Casa de Repouso da Clínica Sagrada Esperança; Sr. Matias Sanjimba – Chefe da Seção de Psiquiatria do Hospital Central do Huambo; Dr. Lourenço Bento – Administrador do Hospital Psiquiátrico do Lubango; Sr. Quitoco Maiavangua – Patrono da Fundação Quitoco; Sr. Jorge Correia – Co – Pastor da REMAR; Dr. Albino Cunene Chefe do Programa Nacional de Saúde Mental; Dr^a Nazaré Baptista – Responsável pela Seção/Núcleo de Saúde Mental da Direção Provincial de Saúde de Luanda.

Aos meus filhos Domingos Lenda Pedro Sabalo, Esperança Kilombo Lemos Sabalo, António Kapanga Domingos Sabalo, Paula Sabalo e Marcela Sabalo, por sua compreensão e paciência, dadas as limitações no convívio familiar durante o período de formação e, sobretudo, pela alegria que trazem à minha vida.

A todos,

Os meus profundos agradecimentos.

*Todavia prossigamos!
Seja de que maneira for!
Saíamos a campo para a luta, lutemos, então!
Não vimos já como a crença removeu montanhas?
Não basta então termos descoberto que alguma coisa está sendo ocultada?
Essa cortina que nos oculta isto e aquilo, é preciso arrancá-la!*

Bertold Brecht
(1898-1956)

Sabalo, António de Oliveira. Reforma Psiquiátrica: reflexão sobre implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado.

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.135.f.

RESUMO

As reflexões aqui expressas têm como finalidade subsidiar discussões e encaminhamentos no setor de saúde em relação à Reforma Psiquiátrica, especialmente a brasileira no seu pormenor de inclusão da atenção à saúde mental no contexto da saúde da família, visando o cuidado humanizado. O presente trabalho objetiva descrever todas as estruturas de assistência e gestão em saúde mental existentes em Angola, suas características, impasses, facilidades e análise em relação à política internacional. Trata – se de um estudo observacional descritivo transversal, realizado nas províncias de Luanda, Huambo e Huila no período de Setembro de 2010 a Março de 2011. Em Angola ainda não há sinais evidentes de estruturação de um sistema de saúde mental porque o funcionamento efectivo do Programa Nacional de Saúde Mental ainda não é extensivo em 17 províncias do país. Porém, há vontade expressa pelos gestores de instituições de saúde mental de elaboração da respectiva política nacional e de legislação afim. Foram visitadas 8 instituições, sendo 5 assistenciais, 1 de acolhimento (REMAR) e 2 de gestão (Programas). Das 5 assistenciais 3 são hospitais públicos, 1 clínica privada e 1 Centro de medicina tradicional. A maioria das instituições (6) está localizada na Província de Luanda e apenas 2 hospitais no resto do país nomeadamente Huambo e Lubango Província da Huila. O hospital psiquiátrico de Luanda é o maior e único de nível central nesta especialidade com 106 leitos e recebe pacientes provenientes do resto do país. Em Angola no biénio 2009 e 2010, foram atendidos 66.425 pacientes com transtornos mentais sendo 25.909 (39%) em 2009 para 40.516 (61%) em 2010, tendo se registado um aumento de 14.607 (22%) dos casos atendidos nas províncias de Luanda, Huambo e Lubango cujas principais causas foram: o consumo excessivo de álcool e demais substâncias psicoativas, epilepsia, traumas psicológicos decorrentes da longa passagem pela guerra, pobreza extrema, episódios depressivos, transtornos somáticos relacionados com o estresse somático. As instituições estudadas enfrentam imensas dificuldades e problemas que vão desde infra-estruturas inadequadas, degradadas e sérios problemas de organização e de funcionamento.

Palavras chaves: 1. Reforma Psiquiátrica. 2. Saúde Mental. 3. Cuidado Humanizado. 4. Instituições Assistenciais e de Gestão em Saúde Mental. 5. Angola.

Sabalo, Antonio. Psychiatric reform: reflections on implementation of policy and mental health services in Angola to promote the practice of humanized care. National School of Public Health Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. 135.f.

ABSTRACT

The reflections expressed here are intended to support discussions and referrals in the health sector in relation to the psychiatric reform, especially the Brazilian one in its detailed of mental health care inclusion in the context of family health in order to humanized care. This study objective to describe all care and management structures of mental health in Angola, their characteristics, impasses, facilities and analysis in relation to international politics. It is a descriptive observational transverse study, held in Luanda, Huambo and Huila from September 2010 to March 2011. In Angola there aren't clear signs of structuring a mental health system because the effective operation of the National Mental Health has not yet been extended to 17 provinces. However, there is a desire expressed by the managers of mental health institutions to prepare the national policy and related legislation. Were visited 8 institutions, being 5 for care, 1 of refuge (Remar) and 2 for Management (Programs). 3 of 5 places of care are public hospitals, 1 is private clinic and other 1 a traditional medicine center. Most of institutions (6) are located in the Luanda Province and only two hospitals are in the rest of the country namely Huambo and Lubango in Huila Province. The psychiatric hospital of Luanda is the largest and single central level in this specialty with 106 beds and receives patients from the rest of the country. In Angola at biennium 2009 and 2010, were seen 66,425 patients with mental disorders, 25,909 (39%) in 2009 and 40,516 (61%) in 2010, having been registered an increase of 14,607 (22%) of cases occurred in Luanda, Huambo and Lubango whose main causes were the excessive consumption of alcohol and other psychoactive substances, epilepsy, psychological traumas as result of the long war, extreme poverty, episodes of depression, somatic disorders related to somatic stress. The institutions studied face immense difficulties and problems from inadequate infrastructure, degraded and serious problems of organization and functioning.

Keywords: 1. Psychiatric Reform. 2. Mental Health. 3. Humanized care. 4. Assistance Institutions and Management in Mental Health. 5. Angola.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipos e modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	32
Quadro 2 - Instituições de saúde mental e pessoas entrevistadas, Angola 2010	75
Quadro 3 – Capacidade instalada dos serviços de instituições assistenciais, Angola, 2010	76
Quadro 4 – Pacientes atendidos pelas instituições assistenciais de Angola, no biénio 2009/2010	77
Quadro 5 - Resumo das características das instituições visitadas, Angola 2010.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS

C.S.E.: Clínica Sagrada Esperança

C.M.T.A.Q.: Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco.

D.N.T.: Doenças Não Transmissíveis.

D.P.S.L.: Direcção Provincial de Saúde de Luanda.

INSALUD (Espanhol): Instituto de Saúde de Mutualidade Obrigatória.

P.N.S.M.: Programa Nacional de Saúde Mental.

REMAR: Reinserção de Marginalizados.

U.P.I.M.A.: Unidade de Pesquisa e Investigação de Medicina Tradicional Africana.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 Breves considerações sobre a história da psiquiatria no mundo	19
2.2 Reforma psiquiátrica	21
2.3 Desinstitucionalização	22
2.4 Rede de saúde mental comunitária	25
2.5 A ocupação: um instrumento terapêutico	35
2.6 As cooperativas, centros de convivência e empresas sociais	45
2.7 Saúde mental e estratégia de saúde da família	45
2.8 Comparação da política nacional de saúde mental de Angola com a política internacional de saúde mental embasado na síntese das suas características.....	47
2.8.1 Inglaterra	48
2.8.2 França	48
2.8.3 Estados Unidos da América	50
2.8.4 Itália	51
2.8.5 Portugal	53
2.8.6 Espanha	54
2.8.7 Canadá	55
2.8.8 Brasil	56
2.8.9 Angola	58
2.9 Proposta da organização mundial da saúde para as reformas nos sistemas de saúde mental	59
3 METODOLOGIA	60
3.1 Formulação do problema da investigação	60
3.1.1 Hipótese	60
3.1.2 Justificativa do problema de investigação	60
3.2 OBJETIVOS	61
3.2.1 Geral	61
3.2.2 Específicos	61

3.3 Tipo de estudo	61
3.3.1 Campo de estudo	62
3.3.2 Procedimentos	62
3.3.3 Procedimentos éticos	62
3.3.4 Procedimentos de coleta	62
4 RESULTADOS DA PESQUISA, ANÁLISE E DISCUSSÃO	64
4.1 Da grelha de entrevista para instituições assistenciais	64
4.1.1 Descrição do Hospital Psiquiátrico de Luanda	64
4.1.2 Descrição da Secção de Psiquiatria do Hospital Central do Huambo ..	66
4.1.3 Descrição do Hospital Psiquiátrico do Lubango – Huila	68
4.1.4 Descrição da Casa de Repouso da Clínica Sagrada Esperança	69
4.1.5 Descrição do Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco	70
4.1.6 Descrição da REMAR	73
4.1.7 Discussão das questões de instituições assistenciais	75
4.2. Da grelha de entrevista para o Programa Nacional de Saúde Mental e da Secção de Saúde Mental da Direção Provincial de Saúde de Luanda	94
4.2.1 Descrição do Programa Nacional de Saúde Mental	94
4.2.2 Descrição da Secção Núcleo de Saúde Mental da Direção Provincial de Saúde de Luanda	95
4.2.3 Discussão das questões de instituições de gestão de saúde mental	96
4.2.4 Resumo das características das instituições visitadas	106
5 CONCLUSÕES	108
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICES	121
ANEXOS	135

1 INTRODUÇÃO

A concepção do tema em discussão proveio do longo tempo de serviço no Hospital Psiquiátrico de Luanda, das incomensuráveis dificuldades de assistência, da crescente estigmatização dos pacientes dentro e fora das unidades sanitárias, da esperança idosa para se atenuar esse calvário, da demanda cada vez maior como consequência de 50 anos de luta armada e de más condições sociais, internações em demasia e fraca oferta dos serviços, exiguidade de instituições assistenciais, existência de inúmeros pacientes nas ruas das grandes cidades; o que deu para perceber que a solução desses problemas não passaria apenas pela psicofarmacoterapia, mas também por outros desejos e práticas sanitárias inclusivas.

A finalidade deste trabalho é de subsidiar discussões e encaminhamentos no setor de saúde em relação à Reforma Psiquiátrica, especialmente a brasileira no seu pormenor de inclusão da atenção à saúde mental no contexto da saúde da família, tendo como objetivo “descrever a estrutura de assistência e saúde mental em Angola, suas características, impasses, facilidades e análise em relação à política internacional” e visa despertar a atenção dos profissionais para o cuidado humanizado em saúde mental.

A saúde mental enquanto campo teórico e de práticas tem sido um mote instigante de investigações científicas e foi definida pela Organização Mundial da Saúde como «um aspecto vinculado ao bem – estar, à qualidade de vida, à capacidade de amar, trabalhar e de se relacionar com os outros» (OMS, 2006).

Amarante é peremptório ao definir saúde mental como um campo de conhecimento e de atuação na saúde vigorosamente complexo, plural, intersetorial e com tanta transversalidade de saberes ou seja, é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas (AMARANTE, 2007).

Uma saúde mental positiva implica uma sensação de bem – estar, com uma capacidade de perceber e saber interpretar o que o rodeia, mudando sempre que necessário para facilitar uma boa adaptação. Os problemas de saúde mental encontram – se ligados frequentemente à instabilidade social nomeadamente ao desemprego, condições más de emprego, exclusão social, aumento da criminalidade, abuso de álcool e outras drogas. Em cada ano pelo menos 15 a 20% da população sofre de uma doença mental. As doenças mentais em sentido estrito são responsáveis por 8,1% do peso

global das doenças, medido em termos de anos perdidos de vida com qualidade (ARMINDO et al, 2007).

Cálculos da OMS mostram que, uma em cada quatro pessoas terá um problema de saúde mental durante a vida. Nos países de renda baixa e média, as precárias condições de saúde levam a problemas mentais que causam morte ou invalidez de 8% a 16% da população afetada por esse tipo de problema. Ao passo que nos países de renda baixa, a depressão será, até 2030, a causa número um da carga de doença (OMS, 2010).

De acordo com Legay & Lima (2004), no mundo existem cerca de 450 milhões de pessoas sofrendo com transtornos mentais e comportamentais.

Segundo estimativas da carga de morbidade de 1990, cinco das dez maiores causas de incapacidade, no mundo, tanto em países industrializados quanto em desenvolvimento, são problemas mentais: episódios depressivos graves, esquizofrenia, transtornos bipolares, dependência do álcool e transtorno obsessivo – compulsivo. Segundo as mesmas estimativas os episódios depressivos graves figuram em quinto lugar da lista. Em 2020, se a tendência mundial se mantiver, esses transtornos chegarão na segunda posição (OMS, 2000).

Na Região Africana, 3,4% do fardo da doença é considerado como atribuível aos distúrbios mentais e neurológicos. Por outro lado, estima-se que cerca de 80% das pessoas que sofrem destes distúrbios não recebem qualquer tipo de tratamento. Para além disso, em relação às incapacidades causadas por estas perturbações, o problema é agravado pelas dificuldades sociais causadas pelo estigma. Alguns distúrbios mentais, tais como: depressão profunda ou doença unipolar, alcoolismo, stress pós-traumático e epilepsia estão intimamente relacionados com as Doenças Não Transmissíveis (DNT) (OMS, 2011).

A luta contra as doenças mentais e a promoção da saúde mental das populações passam pelo combate contra a pobreza e a exclusão social, bem como pelas soluções encontradas para os problemas colocados pelo desemprego, as migrações, a violência e as condições de vida nas grandes cidades (ARMINDO et al, 2007).

Por outro lado vivemos numa época de mudanças, marcada sobretudo pela tecnologia, pela economia, pela política, entre outras, que afetam todas as áreas da nossa vida, entre elas a profissional.

As práticas dirigidas à assistência em saúde mental estão referidas às várias tendências, concepções coexistentes e determinantes do entendimento acerca do

processo saúde – doença e coerentemente a este, à organização das instituições que, por sua vez, determinam a natureza da assistência aos seus usuários (AMARANTE, 1992).

Para Espinhosa (1998), atualmente o hospital psiquiátrico já não é o único, nem o mais importante dispositivo assistencial em psiquiatria. O tradicional manicómió está em vias de desaparecimento definitivo. Pouco a pouco, estes hospitais vão perdendo sentido em favor de outros recursos assistenciais mais adequados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital – dia, lares abrigados entre outros. Assim, o hospital psiquiátrico deixou de ter como objetivo resguardar e afastar o portador de transtorno mental da população supostamente sã, para passar a ser um local terapêutico onde se efetuam tratamentos com diferentes modelos terapêuticos: biologicistas, dinamicistas, humanistas, condutivistas, cognitivistas; todos eles atendendo aspectos psicossociais do paciente. Tenta – se não desvincular o paciente do seu meio ambiente, procurando o seu restabelecimento de forma a alcançar o maior nível de saúde possível que lhe permita independência. A hospitalização apenas se realiza em casos agudos. Realizam – se programas de prevenção e reabilitação. O paciente, embora doente, de forma aguda ou crónica, é um ser humano com direitos reconhecidos.

Neste âmbito, o panorama atual é de um maior conhecimento em relação a outras épocas, das alterações psíquicas e de um tratamento interdisciplinar. Daí o enfoque na reforma psiquiátrica consubstanciada na desinstitucionalização que é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais e, é no quotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo que é político e social complexo, avança (BRASIL, 2005).

Angola é um país africano do sul do sahará denominado África Austral. Está situado na costa ocidental a sul do equador, entre os paralelos 4° 22' Sul em Mongo e Caio Bungo, na província de Cabinda, e 18°2' Sul no Mucusso, na província do Kuando Kubango, e os meridianos 11° 41' Este na península dos Trigres, na província do Namibe, e 24° 2' Este no Alto Zambeze (saliente do Cazombo), na província do Moxico. Angola tem uma área de 1.246.700 Km² e uma população estimada em cerca de 17.000.000 de habitantes. A extensão total das fronteiras é de 6.487 Km, sendo 4.837 Km de fronteira terrestre, e de 1.650 Km de orla marítima, entre os paralelos 5° Sul, na foz do rio Luema em Cabinda, e 17° 30', na foz do rio Cunene.

O estado de saúde da população angolana é caracterizado pela baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materna e infantil, um elevado fardo de

doenças transmissíveis e crescentes doenças crônicas e degenerativas, bem como de mortalidade prematura.

Quanto as doenças não transmissíveis, à semelhança de outros países em vias de desenvolvimento, verifica – se um aumento dessas patologias, particularmente dos traumatismos e perturbações mentais resultantes de estilos de vida pouco saudáveis, associados ao hábito de consumo excessivo de bebidas alcoólicas e drogas, estando na base da maior parte dos distúrbios sociais, que levam à crescente violência física e psicológica, à delinquência juvenil, aos acidentes de viação, que têm contribuído para o aumento do fardo das doenças e das incapacidades.

Angola vive um período de paz de apenas oito anos. A população angolana que é calculada em cerca de 14 milhões de pessoas (MINPLANO, 2001), atravessa imensas dificuldades de sobrevivência; vive problemas residuais da colonização (1482 a 1975), da guerra anticolonial (1961 a 1975) e da guerra posterior a libertação ou conflito interno (1975 a 2002) esta, mais desestabilizadora (atroz) a partir de Outubro de 1992 após as primeiras eleições gerais realizadas no País. O conflito armado afetou diretamente mais de 4.600.000 pessoas (MINARS, 2002). Segundo Lores; Sambumba; Andrade (s/d), uma em cada três crianças tem participado em operações militares e muitas têm disparado uma arma contra outro ser humano. Durante o conflito angolano, os menores de idade têm sido recrutados e utilizados como soldados. Muitas delas chegam mutiladas das minas, algumas inclusive cegas. Entre elas muitas mulheres e anciãos que já não estão em condições de atender-se a si mesmas (LORES; SAMBUMBA; ANDRADE, s/d). Cerca de 1/3 da população não sabe ler nem escrever (INAC&UNICEF, 2006).

Os estragos provocados pela guerra foram inúmeros e profundos não havendo dados estatísticos que espelhem a magnitude da real situação.

Esse conflito armado que teve lugar em Angola por 41 anos, carregou como toda guerra, graves consequências tais como 500.000 mortos segundo (GRANDE BARSA, s/d); deixando 38.888 órfãos de combatentes cadastrados pelo Governo Angolano (MACVG, 2007), viúvas, deficientes físicos, destruição de infra-estruturas socioeconómicas, 3.830.000 pessoas internamente deslocadas (INAC&UNICEF, 2006). Em 2003 o total de refugiados foi de mais de 450.000 habitantes e as crianças separadas dos seus pais perfaziam 4.510.127. Alguns milhares vivem fora do âmbito familiar, muitas vezes nas ruas das principais cidades (INAC & UNICEF, 2006), associando – se a isso o aumento do uso e consumo abusivo de álcool e outras drogas, aumento da

violência doméstica e em todas as mentes dos angolanos as feridas invisíveis (traumas psicológicos). Destacam – se ainda segundo o INAC & UNICEF (2006); Pereira (2008), 2.947.393 crianças fora do sistema de ensino, 85.000 crianças que sofriam de deficiências incluindo as mentais, seguindo – se a isso acusações de feitiçaria contra crianças protagonizada principalmente pelos angolanos do Norte do País ou que tenham regressado de países vizinhos de Angola apontando – se como causa a transformação profunda das estruturas familiares e do significado das relações de parentesco, especificamente, nas mudanças das relações matrilineares e suas consequências sobre os cuidados das crianças órfãos. Sem contudo haver ainda alguma resposta satisfatória governamental respeitante à prevenção e assistência primárias à saúde mental dessas populações; ficando ao final da guerra os homens sofridos, afetados direta ou indiretamente por essas agruras; carecendo de quase tudo e com necessidade de reconstruir como é óbvio, suas famílias e reorganizar suas vidas o que nem sempre é possível porque as oportunidades são muito escassas, e isto constitui – se em mais uma batalha, desta vez pela sobrevivência e afirmação de cada cidadão.

Porém o País ainda não recompôs – se desses efeitos nefastos da luta armada ora terminada, por isso, há insuficiência de quase tudo, particularmente de escolas para adolescentes e oferta de emprego para a população economicamente ativa.

O serviço público especializado na assistência as pessoas com transtornos mentais (Hospital Psiquiátrico de Luanda) existente apenas na cidade de Luanda, está por estruturar e depois reformar.

O referido serviço existe desde 1930 como parte integrante do Hospital Josina Machel tendo se tornado independente em 1978 altura em que foi elevado a categoria de Hospital Psiquiátrico de Luanda uma instituição de III nível de assistência sanitária assumindo as funções de assistência, reabilitação mental, física e social dos portadores de transtornos mentais bem como atividades relacionadas com a investigação científica e docência. Tem a capacidade de 300 camas funcionando atualmente com apenas 93 e contém os serviços de urgência, consultas externas, psicoterapia, internação, laboratório de análises clínicas, farmácia e estatística, entre outros, assegurados por 293 trabalhadores sendo:

14 Médicos entre os quais 3 especializados em psiquiatria, 9 internos de especialidade e 2 clínicos gerais.

96 Profissionais de enfermagem sendo 3 Enfermeiros, 28 técnicos e 65 auxiliares.

46 Técnicos de diagnóstico e terapêutica constituídos por 6 psicólogos clínicos, 1 Sociólogo, 3 Defectólogos, 1 Farmacêutico, 2 Técnicos de Farmácia, 7 Técnicos básicos de Farmácia, 5 Técnicos de Laboratório, 15 Técnicos básicos de laboratório, 4 Técnicos básicos de estatística, 1 Técnica Assistente social, 1 Técnica de terapia ocupacional e, 137 Trabalhadores entre administrativos, operários e de apoio hospitalar.

No que tange aos indicadores o atendimento no serviço de urgência é de 20 a 40 doentes/dia e de 7 a 8 doentes/médico/dia. Entre as principais causas de internamento figuram as psicoses por malária, psicoses pós - parto, psicoses por convulsões epiléticas, transtornos esquizofrénicos, depressão, transtornos de ansiedade e tentativas de suicídios.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Breves considerações sobre a história da psiquiatria no mundo

Psiquiatria é um ramo ou especialidade médica consagrada ao estudo, prevenção e tratamento das doenças mentais (REY, 2003).

Segundo Silva, até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médica. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados "indesejáveis" à sociedade, como os leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos, ficando claro que eram lugares de exclusão social da pobreza e da miséria produzidas pelos regimes absolutistas da época. A psiquiátrica foi constituída como especialidade médica no fim do século XVIII, para atender à necessidade de legitimar as restrições da sociedade burguesa e as contradições de uma Revolução que defendia a liberdade, a igualdade e a fraternidade mas que precisava, também, impedir as transgressões e manter a ordem burguesa e suas novas referências, como a potência de trabalho para produzir riquezas (SILVA, 2004).

Na ocasião da Revolução Francesa, o hospital de Bicêtre, em Paris, era considerado uma verdadeira "casa de horrores" onde os internados, loucos em sua maioria, eram abandonados à própria sorte. O médico Phillipe Pinel - um dos primeiros alienistas (como eram chamados os médicos que foram os precursores da psiquiatria) -, ao ser nomeado diretor daquele hospital, começou a separar e classificar os diversos tipos de "desvio" ou "alienação mental" que encontrava, com o objetivo de estudá-los e tratá-los (AMARANTE, 1995). Foi deste modo que surgiu o hospital psiquiátrico, ou manicômio, como instituição de estudo e tratamento da alienação mental. O chamado "tratamento moral" praticado pelos alienistas incluía o afastamento dos pacientes do contato com todas as influências da vida social, e de qualquer contato que pudesse modificar o que era considerado o "desenvolvimento natural" da doença. Desta forma, pressupunha-se que a alienação poderia ser melhor estudada e sua cura poderia ser atingida.

Para Lopes, nessa altura, a loucura tinha denominações como por exemplo: possuídos por espíritos, mania ou furor insano, sofrimento da alma, perda das Faculdades Mentais, louco, lunático, lelé, maniático, tança, vesano, demente, alienado, insano, entre outros (LOPES, 2001).

A medicina do mundo ocidental organizou – se como prática médica individual e como prática coletiva, por meio da Clínica e da Medicina Social, respetivamente. Tomou como objeto de interesse, o corpo biológico do indivíduo e a significação das sensações corpóreas, agregando dimensões, até então, do universo mágico – religioso, para repor a força do trabalho, incapacitada pela doença (SILVA, 2004).

As críticas ao saber da psiquiátrica clássica motivaram o surgimento da psiquiatria social que recortou um novo objeto de interesse, a saúde mental (SILVA, 2004). A assistência em saúde mental passou por três grandes mudanças ao longo do tempo, determinadas por revoluções conceituais da psiquiatria. A primeira foi a revolução pineliana, em 1793, quando os cidadãos insanos já incorporados como doentes mentais pela psiquiatria nascente passaram a ser institucionalizados para o tratamento; a segunda revolução foi a das comunidades terapêuticas dos anos 30, definidas como processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um papel de horizontalidade e “democratização” das relações (MAXWELL JONES, 1978 apud AMARANTE, 2007). Para Amarante, comunidade terapêutica dá ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos; implica numa organização social democrática, igualitária, e não numa organização social do tipo hierárquico tradicional (AMARANTE, 2007); seguida pela terceira, a psiquiatria comunitária dos anos 50, desenvolvida nos Estados Unidos pelo Gerald Caplan e ficou conhecida também como Saúde Mental Comunitária. A noção de prevenção adotada por Caplan foi transportada da medicina preventiva para a psiquiatria e considerava – se que poderia ser realizada em três níveis de acordo com a análise realizada por Joel Birman e Jurandir Freire Costa (1998):

1. Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação dos transtornos mentais, condições etiológicas, que podem ser de origem individual, e/ou do meio;

2. Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces de transtornos mentais;

3. Prevenção Terciária: que se define pela busca de readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria. (CAMPOS & BARROS, 2001; AMARANTE, 2007).

Disso resultaram os vários movimentos por Reformas Psiquiátricas no mundo.

2.2 Reforma psiquiátrica

Reforma psiquiátrica no conceito de Tenório é um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Para esse autor, reforma e psiquiatria só se tornaram parceiras recentemente. No entanto, elas andam juntas desde o próprio nascimento da psiquiatria que os reformadores da revolução francesa delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam – se recolhidos junto com os outros marginalizados da sociedade. A novidade deste processo que chamamos hoje reforma psiquiátrica não visa criticar o aperfeiçoamento ou humanização do asilo, mas sim, criticar os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle cujo início o autor situa na segunda metade da década de 1970 (TENÓRIO, 1999).

Para Birman & Costa (1994); Goulart (2006), a profundidade e amplitude destas reformas variam, dando forma a paradigmas diferenciados como: a Antipsiquiatria e as Comunidades Terapêuticas (Reino Unido), a psiquiatria comunitária (EUA), a de sector ou psiquiatria institucional (França) e a psiquiatria Democrática Italiana (Itália).

Trata-se de abraçar o grande desafio de reversão de processos de segregação que imperaram desde o final do século XV e especialmente ao longo dos séculos XIX e XX, em praticamente todo mundo. A ONU elaborou, em 1991, uma carta de direitos bastante detalhada e propositiva afirmando vinte e cinco “princípios para a protecção de pessoas com problemas mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental” (VASCONCELOS, 1992)

O modelo italiano de Reforma Psiquiátrica pressupõe, que o vínculo do indivíduo com a dimensão social não é apenas uma exterioridade, mas, algo que determina sua qualidade humana (SILVA, 2004). Por isso, propõe a desconstrução da sociabilidade determinada pela Psiquiatria Tradicional e um novo eixo orientador para a assistência, a vida material e relacional para a inclusão social da pessoa com doença mental (SILVA, 2003). Neste contexto, é incontornável a abordagem, mesmo que breve sobre a desinstitucionalização que é parte deste processo de reforma psiquiátrica.

2.3 Desinstitucionalização

Taylor definiu a desinstitucionalização como mudança no foco do atendimento à saúde mental, das formações tradicionais institucionais para os serviços baseados na comunidade (TAYLOR, 1992).

A grande estação de reforma na Europa e nos Estados Unidos envolveu e transformou em várias medidas os sistemas de saúde mental, foi impulsionada pelo intento de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando – a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação (ROTELLI, 1990).

Em suas intenções todas as reformas psiquiátricas dos anos 60 na Europa se propunham a atingir a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção, a reabilitação, etc... Esta transformação de forma organizativa dos sistemas de saúde mental rompeu o domínio cultural do modelo segregativo clássico da psiquiatria, no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico. E nesta perspectiva foram multiplicadas as estruturas extra – hospitalares, médicas e sociais, que deveriam assistir aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e constituir um filtro contra hospitalizações ulteriores (ROTELLI, 1990).

Os serviços psiquiátricos diferenciam – se em três modelos principais: *o modelo médico*, que tem seu lugar institucional no hospital geral e sua prestação principal na ministração de fármacos; *o modelo do auxílio social*, que privilegia as condições materiais da vida da pessoa e oferece assistência social; *o modelo de escuta terapêutica*, que privilegia a vivência subjetiva e oferece psicoterapia (ROTELLI, 1990).

Esta forma especialista e seletiva de funcionar dos serviços psiquiátricos faz com que as pessoas sejam separadas, “despejadas”, jogadas de um lado para outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas (ROTELLI, 1990).

O sistema de saúde mental deve funcionar como um circuito. A imagem do circuito coloca em evidência o fato de que na psiquiatria reformada a “estática” da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela “dinâmica” da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas. Assim,

funcionam: o centro para intervenção durante a crise, o serviço social que distribui subsídios, o ambulatório que distribui fármacos, o centro de psicoterapia, etc... assim também funcionam os locais de internação, os quais também são organizados segundo a lógica do “revolving door” e portanto exemplificam o funcionamento em circuito do sistema em seu conjunto (ROTELLI, 1990).

O primeiro passo da desinstitucionalização, foi o de começar a desmontar a relação problema – solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida. (ROTELLI, 1990). Por isso, este primeiro passo da desinstitucionalização consiste no fato de que não se pretende enfrentar a etiologia da doença (ao contrário, renuncia – se efetivamente a qualquer intenção de explicação causal), mas, ao contrário, se adota a direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental – isto é, o problema – assumiu aquelas formas de existência e de expressão (ROTELLI, 1990).

Os primeiros atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc... Sobre esta base também os pacientes se tornam atores e a relação terapêutica torna – se uma fonte de poder que é utilizada também para chamar à responsabilidade e ao poder os outros atores institucionais, próximos ou não, os administradores locais responsáveis pela saúde mental, os técnicos das estruturas sanitárias locais, os políticos, etc... Em outras palavras, os técnicos de saúde mental ativam toda a rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional e dinamizam as competências, os poderes, os interesses, as demandas sociais, etc. (CROZIER, FRIEDBERG 1977 apud ROTELLI, 1990). Permanecendo ligados a seu papel, que é uma fonte de poder e uma condição para praticar concretamente os objetivos de mudança.

OBJETIVO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes.

No trabalho de desconstrução do manicômio, a transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção, restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI, 1990).

A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por agora, não se “cure” agora, mas no entanto seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado “a solução - cura” se descobriu que cuidar significa ocupar – se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990).

ASPECTOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

- a) *A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos atores interessados;*
- b) *A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais.*
- c) *A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI, 1990).*

2.4 Rede de saúde mental comunitária

No cenário mundial, a partir da década de 1990, a saúde mental tem sido tema dos discursos de instituições internacionais e nacionais, que reclamam o reconhecimento de sua importância e a necessidade de se repensar seus referenciais teóricos e práticos, bem como, a formação de recursos humanos para área, numa nova perspectiva, pois, a mudança no plano da política implica em sua repercussão no plano do trabalho (SILVA, 2003).

A transformação da assistência, a partir do trabalho pressupõe articular as dimensões teóricas – filosóficas, técnicas, sociais, políticas, económicas e históricas com as questões da loucura, pois a Reforma Psiquiátrica é um projeto político e social, desencadeado por críticas sobre a realidade, na qual, os processos, saúde – doença e ensino – aprendizagem, são partes que determinam a superação ou a manutenção do modelo hegemónico (SILVA, 2004).

Na perspectiva da superação do modelo hegemónico, o processo de trabalho necessita de um novo referencial teórico cujas concepções do processo saúde – doença mental articulem – se às várias dimensões da existência da pessoa com doença mental, para enfrentamento das contradições produzidas nas sociedades capitalistas que historicamente, determinaram a exclusão social desse grupo (SILVA, 2004). Assim, o processo de trabalho em saúde mental, pela vinculação histórica e ideológica de sua constituição, nas sociedades de cada época, pode ser legitimado ou superado pela prática, como trabalho, que só se transforma quando agrega novos significados (SILVA & EGRY, 2001).

Ambientes onde falta alento, resultantes de lares sem amor ou de violência doméstica ou na comunidade, podem causar maior risco de doença mental (PESSINI, 2001).

Quanto a assistência, hoje evita – se uma ação predominantemente medicamentosa, ainda muito apoiada na internação em hospitais com características prisionais. Considera – se que o hospital – dia, o ambulatório multiprofissional de Saúde Mental e os Centros de reabilitação psicossocial possam ser mais inclusivos, já que dirigem – se não só às fragilidades psicológicas e psiquiátricas dos pacientes, mas também atuam com familiares, comunidade, trabalho e contexto cultural. Entretanto, a desospitalização deixa pendente problemas como a necessidade de abrigo de pacientes

crónicos ou extremo desamparo social, além das urgências das fases agudas de pacientes menos comprometidos e neste sentido o cuidado fora do hospital impede a exclusão geográfica (FELÍCIO, 2001).

HOSPITAL – DIA

O Hospital – Dia é “um programa de tratamento ambulatorial que inclui as mais importantes modalidades de tratamento, diagnóstico médico, psiquiátrico, psicossocial e vocacional, desenvolvidas para pacientes portadores de distúrbios mentais severos e que necessitem de um tratamento coordenado intensivo, amplo e multidisciplinar não disponível em ambulatório. Permite um programa de tratamento mais flexível e menos restritivo por oferecer uma alternativa à internação” (KNOLL, 1990 apud CAMPOS & BARROS, 2001). Neste mesmo sentido expressou –se a Espinhosa apresentando os seguintes conceitos de Hospital – Dia:

- O hospital – dia enquadra – se dentro dos dispositivos terapêuticos de “hospitalização parcial”, que surgem como fórmula intermediária entre a hospitalização psiquiátrica e a integração na comunidade, alternando entre um meio natural e um sistema de cuidados ou de proteção (ESPINHOSA, 1998).
- O hospital – dia define – se como um centro de hospitalização parcial para tratamentos de complexidade média e intensiva, de caráter multidimensional, tanto biológicos como psicoterapêuticos e institucionais. Como seu nome indica, é um recurso terapêutico que trata o paciente durante um tempo limitado (algumas horas por dia, podendo ser das 8 – 15 horas, de segunda a sexta - feiras), sem o afastar do seu meio social, familiar, de trabalho ou acadêmico, prevenindo a reclusão e a marginalização do paciente psíquico (ESPINHOSA, 1998).

A diferença entre um hospital – dia e qualquer outro dispositivo de hospitalização parcial, ou estrutura intermediária de reabilitação e reinserção social (Serviços de Residências Terapêuticas, Centros – dia, Hospitais – noite, Oficinas Terapêuticas, etc.), reside no facto de ser um recurso que:

- Dispõe de um programa terapêutico que dá ênfase às manifestações clínicas e terapêuticas.
- Compromete o paciente e a sua família numa relação terapêutica contratual com a equipe terapêutica, com uma participação e implicação ativas (ESPINHOSA,

1998). Para esta autora, existe uma variedade de modalidades de hospital – dia psiquiátrico, de acordo com a função que deles se espere: como fórmula de transição entre hospitalização completa e a comunidade; como fórmula alternativa ao hospital psiquiátrico; como centro polivalente; outros modelos funcionais estão especializados por idade (Geriátrico, Pediátrico) ou por patologias (alcoólicos, psicóticos jovens crônicos, toxicómanos).

A fórmula assistencial mais generalizada e pela qual optamos neste tema, é o hospital – dia, que estabelece como alternativa mais completa ao tratamento psiquiátrico ambulatorial e que pode prestar o seu serviço como forma de transição entre a hospitalização total e o tratamento ambulatorial cujo o objetivo geral é psicoterapêutico, concretizando – se em:

- Ajudar os pacientes com possibilidade de obter um grau de reestruturação e uma autonomia que torne possível uma atividade pessoal, no trabalho ou académica aceitável.
- Evitar ao máximo a sua desvinculação da comunidade.
- Melhorar as suas relações no núcleo familiar e social.
- Evitar os aspectos cronificadores que a evolução da psicopatologia provoca no paciente mental (ESPINHOSA, 1998).

Para Espinhosa o hospital – dia é dirigido para o acolhimento da população geral que sofre de qualquer transtorno mental como (agitação psicomotora, estados delirantes ou alucinatórios agudos, grave perigo de suicídio), ou de que as condições sócio – familiares não estejam sob controlo fora do próprio hospital – dia e que pode beneficiar – se das funções e objetivos do mesmo. Segundo a mesma autora, num hospital – dia trabalha – se com terapias individuais, com intervenções familiares, mas trabalha – se sobretudo em grupo, que se pode diferenciar, por sua vez em:

- Grupo de pacientes.
- Grupo terapêutico constituído por equipe terapêutica e pacientes.
- Equipe terapêutica (equipe multiprofissional).

Toda a equipe terapêutica participa nas diferentes atividades assistenciais com que conta o programa: tomada de decisões de forma conjunta, troca de informações entre os diferentes profissionais, planeamento e estabelecimento do conteúdo das atividades assistenciais, papéis e tarefas a serem desempenhadas por cada membro em cada uma delas (ESPINHOSA, 1998).

Espinhosa (1998), resumiu a realização do tratamento através de uma série das seguintes atividades assistenciais com paciente, com a família e em grupos terapêuticos, de acordo com os objetivos traçados para cada paciente:

- **Reuniões matinais:** na primeira hora da manhã, é o primeiro contacto de toda a Equipe Terapêutica com o grupo de pacientes, em forma de acolhimento. Além disso, serve como introdução às demais atividades do dia e permite à equipe terapêutica perceber o tipo de trabalho que o grupo de pacientes vai exigir. Isto é importante porque pode ajudar a modificar certas atividades, dependendo do estado dos pacientes. Após a primeira atividade do dia, com diferente periodicidade, podem acontecer os seguintes eventos:
- **Sessões de expressão corporal, musicoterapia e dramatização:** nelas participa qualquer membro da equipa técnica (enfermeiro, monitor ou terapeuta correspondente) e o grupo de pacientes.
- **Mobilização corporal e psicomotricidade:** participam a equipe terapêutica (enfermeiro, monitor ou terapeuta) mais o grupo de pacientes.
- **Assembleia do grupo terapêutico:** todo grupo terapêutico (equipe e pacientes).
- **Psicoterapia de grupo:** um grupo de pacientes e algum membro da equipe terapêutica (psicólogo ou psiquiatra e outro membro da mesma equipe terapêutica).
- **Psicodrama:** equipe terapêutica (psicodramatista e os demais membros que sejam necessários) e o grupo de pacientes.
- **Dinâmica de grupos ou grupos de discussão:** grupo terapêutico completo.
- **Atividades de animação sociocultural:** grupo de pacientes e equipe terapêutica.
- **Oficinas de expressão plástica:** terapeuta ocupacional, enfermeiro e grupos de pacientes.
- **Programas de treino em comunicação e habilidade social:** paciente ou grupo de pacientes e equipe terapêutica (psicólogo mais co - terapeuta).
- **Psicoterapia individual:** psiquiatra ou psicólogo, co – terapeuta e paciente.
- **Intervenções familiares:** psicólogo e psiquiatra, o paciente e a família.
- **Tratamentos psicofarmacológicos:** psiquiatra, enfermeiro e paciente.

A reabilitação psicossocial inserida no paradigma preventista ganha maior ênfase no campo extra – hospitalar e nesse sentido a reabilitação iniciada pelo pessoal psiquiátrico pode ser continuada por outros profissionais da assistência, em particular médico de família, enfermeira especializada em saúde mental e assistência religiosa em Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) ou em Lares abrigados (SILVA, 1979 *apud* FERREIA FILHA, 2005).

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

(texto de BRASIL, 2005; 2008,)

«Os serviços de atenção psicossociais devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças. Como devem ser espaços onde a crise possa ser acolhida, pode ser que tenham de oferecer leitos de suporte nos quais as pessoas possam ser internadas por um breve período. Existem várias modalidades de serviços de atenção psicossocial, dentre os quais os hospitais – dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que reestruturados estabelecendo várias modalidades de CAPS.

«Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS situam - se entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, que têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica e demonstram a possibilidade de organização de uma rede substitutiva e não complementar ao Hospital Psiquiátrico.

Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

A referência ou indicador é de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam - se de acordo com o perfil populacional dos municípios. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes serviços devem ter equipe mínima de

9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior e como clientela, adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; funcionando durante os cinco dias úteis da semana, das 8 às 18 horas e devem ter capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II devem ter equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês; devendo funcionar durante os cinco dias úteis da semana, das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período que vai até 21 horas.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. São serviços de grande complexidade, devem estar presentes nas grandes metrópoles, funcionando com no máximo cinco leitos durante 24 horas ao dia incluindo feriados e fins de semanas e realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços devem ter capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionando durante os cinco dias úteis da semana, das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período que vai até 21 horas e, devem ter capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços deve ter 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental; a funcionar durante os cinco dias úteis da semana, das 8 às 18 horas, podendo

ter um terceiro período que vai até 21 horas e, devem ter capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior».

A política de atenção a álcool e outras drogas prevê a constituição de uma rede que articule os CAPSad e os leitos para internação em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos). Estes serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos como eixo central ao atendimento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas. Ou seja, o tratamento deve estar pautado na realidade de cada caso, o que não quer dizer abstinência para todos os casos (BRASIL, 2008).

A implantação de um Serviço Hospitalar de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad) em Hospital Geral é importante em municípios com mais de 200.000 habitantes que já ofereçam atendimento especializado, como o CAPSad (projetos para municípios com menor população podem ser analisados, de acordo com a situação local). Os principais objetivos dos SHRad são o atendimento de casos de urgência/emergência relacionados a álcool e outras drogas (Síndrome de Abstinência Alcoólica, overdose, etc) e a redução de internações de alcoolistas e dependentes de outras drogas em hospitais psiquiátricos. Para tanto, os SHRad realizam procedimentos que podem contar com, no máximo, 16 leitos (BRASIL, 2008).

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de cada localidade ou município (BRASIL, 2005; 2008).

Quadro 1 – Tipos e modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Tipos e modalidades de CAPS	População do município	Horário de funcionamento	Nº Profissionais	Acompanhamento/mês	Dias de funcionamento na semana	Clientela
CAPS I	Entre 20.000 e 50.000 habitantes	8 às 18 h	9 Entre superiores e médios	240 Pessoas	Segunda a Sexta	Adultos
CAPS II	Mais de 50.000 habitantes	8 às 18 h pode ter um terceiro período até as 21 h	12 Entre superiores e médios	360 Pessoas	Segunda a Sexta	Adultos
CAPS III	Acima de 200.000 habitantes	24 horas	16 Entre superiores e médios	450 Pessoas	Diariamente, incluindo feriados e fins de semanas	Adultos
CAPSi	Acima de 200.000 habitantes	8 às 18 h pode ter um terceiro período até as 21 h	11 Entre superiores e médios	180 Crianças e adolescentes	Segunda a Sexta	Crianças e adolescentes
CAPSad	Acima de 200.000 habitantes	8 às 18 h pode ter um terceiro período até as 21 horas	13 Entre superiores e médios	240 Pessoas	Segunda a Sexta	Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas

Fonte: Elaboração do autor deste trabalho com base no conteúdo de Brasil, 2005 e da constatação na prática dos CAPS do Estado de São Paulo com realce para o CAPS Pirituba.

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio - sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005; 2008).

Outra possibilidade é a realização do apoio matricial por meio dos CAPS ou ambulatórios de saúde mental. As principais ações do apoio matricial são:

1. Responsabilidade compartilhada.
2. Construção de uma agenda integrada:
 - a) Atendimento conjunto;
 - b) Discussão de casos – supervisão;
 - c) Criação de estratégias comuns para abordar as questões de violência, abuso de álcool e drogas, entre outras;
 - d) Elaboração de um projeto terapêutico singularizado.
3. Formação continuada.
4. Fomento das ações intersetoriais (BRASIL, 2008).

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (SRTs)

Segundo Brasil, (2008) os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS. O número de usuários em cada SRT pode variar de uma pessoa até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. Os SRTs deverão estar vinculados aos CAPS ou outro serviço ambulatorial.

Para Espinhosa «Serviços de Residências Terapêuticas para doentes com transtornos mentais são locais onde podem viver, durante um período mais ou menos longo de tempo, um grupo reduzido de doentes mentais num clima familiar, sob a tutela de uma equipe assistencial ou ainda são locais a meio caminho entre o hospital psiquiátrico e a vida em família, ou completamente independente. Têm como objetivo a reintegração do paciente na sociedade, implicando uma alternativa à hospitalização, e são locais de transição de carácter terapêutico enquadrados em programas de reabilitação e reintegração. Por vezes os lares convertem - se em alojamento definitivo, pela carência de familiares, pela falta de outro recurso social ou pela impossibilidade de uma reintegração profissional. Estes lares são indicados a pacientes mentais que

precisam de uma tutela para poderem desenvolver na sociedade sempre que a sua doença não impeça a sua reintegração social (ESPINHOSA, 1998: 301).

A equipe de atendimento e de acompanhamento de Residências é o elemento fundamental no desenvolvimento e sucesso nos objetivos do Lar abrigado; é integrada por enfermeiro psiquiátrico, funcionários auxiliares e assistente social, que se encarregam de operacionalizar o funcionamento do mesmo. A equipe trabalha com um programa estruturado e realiza o trabalho de programação, seguimento e avaliação, estabelecendo para isso reuniões periódicas entre os profissionais da equipe; cujos objetivos são:

- O desenvolvimento da autonomia da pessoa e do grupo.
- A re – socialização (ESPINHOSA, 1998).

Na instituição, o enfermeiro psiquiátrico é o profissional da equipe que mais próximo vai estar do Lar. É ele quem periodicamente, se desloca até ao local, realizando as atividades do processo assistencial, sobretudo no aspecto de educação e adaptação:

Acompanhar o paciente ao Lar e mostrar – lhe o quarto, ajudando – o a instalar – se nele.

Informar sobre as normas do Lar, tais como:

- **A economia:** têm uma subvenção do estado, caso seja insuficiente, cada pessoa deve contribuir com uma quantia mensal. A organização económica, inicialmente a cargo dos enfermeiros, depende agora dos membros do Lar, apenas com a supervisão do enfermeiro, que primeiro as ensinou e, agora, as ajuda;
- **A limpeza** da casa está distribuída entre aqueles que a habitam. Cada uma encarrega – se do seu próprio quarto, colaborando na limpeza do resto da casa;
- **As compras e as refeições** são um problema ainda totalmente do domínio dos pacientes, tendo de receber a ajuda do enfermeiro poderem realizá – las;
- **Normas fundamentais** para a convivência, como o respeito e a ajuda mútua, etc., constituem “aspectos vitais”, que são avaliados e desenvolvidos de forma contínua, no dia-a-dia;
- **Outras normas de interesse**, fazem referência a horários de entradas e saídas e de refeições. Come – se a horas predeterminadas e aceites por todos pacientes juntos;
- **Sempre que um paciente** se mostre atento e predisposto para certas tarefas, a equipe terapêutica deve decidir tentar prepará – lo para que participe na

realização das compras diárias e no preparo da comida. Um enfermeiro acompanha – o durante vários dias, mostrando – lhe as lojas, ensinando – lhe o que comprar e como fazê – lo até que possa realizar essas tarefas sozinho;

- **Em relação ao tempo livre**, o enfermeiro ajuda a organizar, incentivar a fazer trabalhos de casa ou manuais, a passear pela cidade, assistir espectáculos, etc;
- **Em relação aos conflitos inter – pacientes**, cabe ao enfermeiro saber geri – los através da distribuição mais adequada das tarefas que não dê lugar a grandes ciúmes (ESPINHOSA, 1998).

Os instrumentos utilizados resumem – se em um termómetro, um estetoscópio e um esfigmomanómetro, já que perante qualquer necessidade sanitária, o paciente procura o centro de saúde ou vai ao centro de saúde mental». São prioritários para implantação de SRTs os municípios sede de hospitais psiquiátricos e com CAPS.

2.5 A ocupação: um instrumento terapêutico

Segundo Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (A.P.E.T.O., 1999), «A ocupação é um conjunto de actividades, é considerada um meio através do qual os seres humanos dão sentido e significado da vida, estrutura e mantém a organização do tempo.

Em grande medida, o progresso do doente pode ser avaliado pelo seu entusiasmo e capacidade para o trabalho. O trabalho é um instrumento terapêutico essencial para psiquiatria. Este foi reconhecido há muito por médicos e enfermeiros e em todos os hospitais psiquiátricos se dispõem presentemente de uma grande variedade de ocupações, adaptadas as pessoas diferentes e em várias fases da doença. Embora muitos hospitais disponham de terapeutas ocupacionais e de artífices para instruir os doentes e supervisionar os trabalhos nas oficinas e departamentos de terapeutas ocupacionais, compete quase sempre ao enfermeiro conseguir o êxito na utilização das facilidades existentes no hospital (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

Duas funções em especial deviam ser desempenhadas pela enfermeira: primeiro, assegurar – se de que o doente tem o conhecimento e a certeza de que a ocupação é verdadeiramente terapêutica; em segundo lugar, dar – lhe o incentivo necessário para empreender a tarefa. A sua imaginação, aliada a alguma habilidade especial que possa ter, são, muitas vezes, elementos valiosos para estimular o interesse. A enfermeira

colabora com o psiquiatra e os terapeutas ocupacionais, assegurando – se de que, para cada doente foi encontrada a ocupação certa» (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

Por uma razão ou por outra, um doente que sofre de perturbação mental sente – se impossibilitado de realizar o seu trabalho. Um indivíduo pode falhar em muitos aspectos da sua adaptação, mas a sociedade é mais severa para com a pessoa incapacitada de trabalhar (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

Muito frequentemente a história do doente revela um ajuste pouco satisfatório ao trabalho. Alguns doentes têm uma folha de serviço muito fraca, tendo mudado de emprego com frequência e sempre por razões insignificantes. Alguns deterioram – se gradualmente sob o ponto de vista da eficiência e assiduidade, ao longo de um dado período de tempo. Alguns foram – se abaixo ao ter de enfrentar novas responsabilidades, outros tiveram empregos demasiado simples e monótonos para a sua inteligência. Algumas donas de casa negligenciaram a família e ficaram na cama, recusando – se a fazer fosse o que fosse. As pessoas que se comportam desta forma sofrem prejuízos materiais, perdem a estima da família e dos amigos e seu prestígio desaparece. São criticadas, exortando e aconselhadas, fazem lhes sentir as consequências do seu comportamento (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

Quando o doente entra no hospital é aceite como doente, não como um indivíduo de mau carácter ou preguiçoso. Quer trabalhe ou não, recebe tratamento, estima e atenção. As pessoas gostam dele, a família recebe amparo. Os incentivos materiais são, em grande parte banidos (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

Embora não haja necessidade de trabalhar para ganhar vida, espera – se que o doente trabalhe como parte do tratamento. A única recompensa que lhe oferece é o valor intrínseco do próprio trabalho, a estima própria crescente e o prazer que a família sente ao vê – lo recuperar (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

É necessário que o trabalho seja cuidadosamente planejado por todos que estão a tentar ajudar o doente e por ele próprio. Todos os seus êxitos devem ser reconhecidos. Devem ser – lhe dadas todas as oportunidades de alargar o seu campo de ação. São lhe proporcionadas situações de trabalho autênticas e semelhantes às da vida real e ele é encorajado a envolver – se nelas. Contudo, no caso de insucesso da sua parte, ele é protegido das consequências resultantes desse facto. É encorajado a esperar com entusiasmo o seu próprio emprego normal, nunca se devendo permitir que sinta que seria melhor desistir. Mesmo para o doente que fica no hospital, a finalidade principal deve ser a do emprego a tempo inteiro, de acordo com o que poder fazer de melhor,

porque, a menos que possa satisfazer esta necessidade, o doente aborrece – se e perde o sentido da independência (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

O primeiro ponto a considerar, ao procurar um trabalho adequado para o doente, é a utilidade do que ele irá fazer. Alguns doentes fabricam objetos para si próprios ou como presentes para a família. Isto proporciona – lhes o meio de manter o um certo contacto e grau de responsabilidade. A enfermeira deve saber sempre a quem se destina o objeto e deve encorajar as tentativas do doente, fazendo referências ao prazer que ele proporcionará à mulher ou filho quando o recebem. Por vezes é necessário discutir com a mulher a importância que tem para o doente o prazer que ela possa mostrar ao receber o objeto confeccionado por ele; se o doente está desanimado e se sente rejeitado pela família, a enfermeira pode encorajá – lo a trabalhar para ela própria. Ele pode varrer ou limpar o pó, para agradar à enfermeira, fazer pequenos trabalhos ou fazer uma almofada, se souber que é precisa uma para enfermeira. A medida que o doente melhorar será possível encorajá – lo a trabalhar para o hospital ou para os outros que se encontram piores do que ele. O seu trabalho deve ser apreciado e, a todos os momentos, ele deve ter consciência da sua utilidade (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

O doente deve ter êxito no seu trabalho. Há que tomar em consideração a sua ocupação, capacidades e ambições anteriores, dando – lhe um trabalho que ele possa realizar. Em certos casos seria imprudente deixá – lo trabalhar dentro da sua linha habitual, porque isso podia levá – lo a fazer a si próprio exigências excessivas. Por muito bem que ele faça o seu trabalho enquanto está doente, o mais provável é que, mesmo assim, esteja em desvantagens quando comparado com o que pode ele mesmo produzir de melhor quando está de boa saúde. Esta comparação apenas serviria para confirmar no seu espírito o facto de se sentir falhado (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

Normalmente as pessoas criam uma finalidade e esperam atingir qualquer coisa que é um tanto difícil. O sucesso leva à satisfação e o nível das aspirações sobe um pouco mais. Em certos casos, o insucesso pode constituir incentivo para maior esforço. Os pacientes com perturbações mentais têm por vezes finalidades pouco realistas. Alguns criam para si próprios padrões de tal maneira elevados que o insucesso se torna inevitável. Outros estão de tal maneira desesperados que não tentam nada que não esteja bastante abaixo da sua capacidade média reconhecida. Ao encorajar o doente a trabalhar é necessário ajudá – lo também a reajustar os seus padrões. A enfermeira pode ajudá – lo nos pormenores mais complicados, para lhe assegurar o êxito. Só gradualmente é que deve ser permitido ao doente haver – se sozinho com os seus erros, encorajando – o a

enfrentar as dificuldades. Deve ser – lhe dado um trabalho que ele consiga concluir sozinho. Se a tarefa for demasiado longa, ele pode sentir – se desanimado e talvez mesmo desistir de tentar. A enfermeira deve saber se pode esperar a perfeição por parte de um determinado doente ou se deve aceitar um trabalho um tanto inferior, com a finalidade de ver uma tentativa chegar ao fim (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

O FACTOR TEMPO DURANTE A OCUPAÇÃO

Caso de certos doentes, as horas dedicadas ao trabalho podem constituir um factor mais importante do que o próprio trabalho. Para alguns doentes obsessivos pode ser quase impossível chegar a tempo seja onde for, pelo que é talvez necessário dar maior atenção ao tempo do que ao trabalho feito no departamento de terapia ocupacional. A participação regular pode constituir o problema principal para os psicopatas, enquanto os esquizofrénicos e os hipomaníacos podem ter dificuldade em se concentrar durante muito tempo no mesmo trabalho. O tempo de ocupação deve ser planeado individualmente para cada doente. Alguns são responsáveis por se apresentarem ao trabalho regularmente e com pontualidade, sem terem de ser acompanhados. Outros necessitam de ser acompanhados ao departamento ocupacional. O número de horas de trabalho varia segundo a idade e o grau de doença do paciente. Há que decidir, para cada caso, se devem prever interrupções e intervalos para descanso ou se há vantagem em que o doente esteja sempre ocupado (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

OCUPAÇÃO DE GRUPO

O trabalho pode contribuir consideravelmente para a socialização do doente. Ele pode trabalhar sozinho, ao lado de outros ou num projeto conjunto com outros doentes ou ainda ser tornado responsável pelo trabalho de um grupo. O trabalho doméstico da enfermaria, por exemplo, pode ser organizado de forma que prevaleça um verdadeiro espírito de equipe ou então que cada doente cumpra a sua tarefa com um mínimo de comunicação com os outros. No primeiro caso, a atuação dos doentes está interligada e geralmente surge um chefe ou torna – se possível designar um. Podem fazer – se observações valiosas quanto às relações entre os doentes e cada um tem a oportunidade de tentar técnicas de relacionamento pessoal, ao abrigo do ambiente hospitalar (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

A localização das atividades ocupacionais varia consoante as necessidades dos doentes e as possibilidades do hospital. A terapêutica ocupacional pode ser eficaz no ambiente da enfermaria ou num edifício especialmente destinado a esse fim. O trabalho especializado pode dar ao doente um sentimento de realização e de contentamento e pode ser usado com vantagem para certos indivíduos; mas, a fim de ajudar o doente nas suas relações interpessoais, tem – se firmado a tendência para as situações de trabalho de grupo (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977). Os doentes cuja estadia é prolongada, e que estão a ser reabilitados, podem necessitar de ser reeducados nos trabalhos de casa, cozinha e compras. As duas primeiras atividades podem ser executadas em grupos, na enfermaria, e podem organizar – se saídas para compras, em grupos de dois ou três, a princípio acompanhados por uma enfermeira ou terapeuta e, à medida que se restabelece a confiança, sozinhos. As explicações relativas a alterações dos sistemas monetário e de pesos e medidas podem exigir grande paciência e esforço por parte da enfermeira, antes de se poder esperar que os doentes sejam capazes de fazer sozinhos as compras mais insignificantes (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

Nos casos em que os doentes devem ser transferidos para um lar comunitário ou para uma habitação, é muito vantajoso que eles consigam usar o telefone ou fazer pequenas reparações, atividades que podem ser integradas no seu programa ocupacional (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

É geralmente muito difícil encontrar uma ocupação adequada para os doentes que não gostam ou que objetam ao trabalho manual. Estes poderão ser incentivados a fazer trabalhos de datilografia ou a dar uma ajuda na biblioteca. Podem também colaborar em cursos didáticos destinados a outros doentes. Por vezes, no entanto, os doentes que vêm de trabalhos profissionais bem definidos adaptam – se com extrema facilidade a qualquer tarefa que lhes seja pedida, desde que a sua utilidade ou criatividade lhes sejam patentes (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

Após uma estadia prolongada num hospital psiquiátrico pode ser necessário fazer uma readaptação ocupacional, o mesmo acontecendo nos casos em que o doente tenha ficado parcialmente incapacitado (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

PAGAMENTO POR OCUPAÇÃO

Se o doente já está no hospital há bastante tempo, é conveniente oferecer – lhe uma remuneração pelo seu trabalho. A ideia de trabalhar competitivamente pode estar

associada à recompensa financeira. No caso de um trabalho em peças soltas, o doente pode medir o seu progresso e o dinheiro funciona como um incentivo para uma melhor produção. O que é mais importante, ainda, é que alguns doentes podem ter esquecido o valor do dinheiro. Fazer orçamentos, planejar em que gastar o dinheiro, aprender o preço das coisas, pode constituir um aspecto importante da reabilitação (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

À exceção das circunstâncias referidas, é duvidoso se a recompensa monetária deve alguma vez ser usada como incentivo para o trabalho. Os doentes podem e muito sentir que estão a ser usados como mão-de-obra barata, no caso de serem capazes de executar bem o seu trabalho e receberem apenas algum dinheiro para as suas pequenas despesas. Se não forem capazes de trabalhar bem, o treino, vigilância, encorajamento e assistência que recebem fazem parte do tratamento, sendo portanto fora de propósito que recebam qualquer recompensa financeira. No caso da enfermeira ser chamada a avaliar o trabalho do doente, com vista ao pagamento, ou ainda mais se tiver de lhe pagar, torna – se impossível para ela manter com o doente uma relação terapêutica (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

OCUPAÇÕES PARA AS PESSOAS IDOSAS

É geralmente aceite que as pessoas idosas se sentem muito mais felizes e saudáveis se continuarem a trabalhar para além da idade normal da reforma apreciam geralmente o facto de ainda conseguirem ser membros úteis da comunidade e de manterem a sua independência, ganhando pelo menos uma pequena importância em dinheiro. Depois da reforma, aqueles que têm interesses numerosos e variados sentem – se muito mais contentes do que aqueles cujo único interesse foi o seu trabalho. As pessoas idosas mais felizes são aquelas que arranjam novos interesses antes da reforma e esperavam ansiosas o dia em poderiam dedicar mais tempo às ocupações do seu agrado (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

As pessoas de idade são mais lentas do que os jovens naquilo que fazem e há muitas coisas que não conseguem fazer. Não se pode esperar que levantem objetos pesados e têm de ser protegidas de acidentes; mas se conseguirem encontrar algum tempo que esteja dentro das suas capacidades físicas, devem ser autorizadas e encorajadas a fazê – lo. Há muitas tarefas nos hospitais psiquiátricos que os doentes idosos podem fazer tão bem como os novos. Podem limpar as enfermarias, varrer, limpar o pó, encerrar

a mobília, arear os metais – mas não podem, como é evidente, lavar o chão. Podem preparar refeições, lavar a loiça e pôr as mesas. De acordo com a sua capacidade e experiência anterior, podem coser ou ajudar a lavar a roupa e, quem souber, pode fazer tapetes, tricotar, bordar almofadas e fazer brinquedos (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

As pessoas idosas devem trabalhar juntamente com outras da sua idade, não em competição com doentes mais jovens e mais fortes. Pode ser necessário tomar medidas para que haja intervalos para o descanso, mais frequentes, ou para que doentes se possam sentar, ainda outros fiquem de pé. Nenhum doente deve trabalhar depois de se sentir cansado. Meio dia de trabalho é provavelmente bastante para pessoas idosas, visto precisarem de mais tempo em todas as suas outras atividades. O ritmo mais lento das pessoas de idade é uma das razões por que não é desejável que se misturem com os jovens nas enfermarias. A rotina deve ser especialmente estudada, tomando em consideração a lentidão dos seus movimentos e a sua necessidade de mais tempo e mais assistência em tudo o que fazem (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

O facto de ser preciso tomar disposições especiais relativamente aos mais velhos não significa, no entanto, que devam ser afastados totalmente dos jovens. A companhia e o estímulo destes pode contribuir para manter os mais idosos interessados e ativos. O discernimento e os conselhos dos doentes mais velhos podem ser usados construtivamente nas discussões e nas decisões a tomar no hospital (ALTSCHULL; SIMPSON, 1977).

OCUPAÇÃO E LAZER

Ocupação é um aspecto essencial de vida normal e também constitui elemento essencial da terapêutica psíquica. Com habilidade e cientificamente utilizada tornará possível a reintegração do paciente na sociedade, como elemento ativo da mesma (GRANDO; CENTENO, 2001).

Durante uma atividade de ocupação, três aspectos são de consideração fundamental para o paciente: o desenvolvimento e esforço pessoal, a comunicação e a relação pessoal e o aspecto de produção e rendimento. Esses devem estar interligados durante a atividade, por exemplo: exigir produção sem estar atento ao relacionamento interpessoal que ocorre durante a ocupação não será de grande ajuda terapêutica (GRANDO; CENTENO, 2001).

O uso de lazer (recreação) como tratamento é acima de tudo um processo que usa as emoções. Fenómeno psíquico e físico no qual as partes estão agradável e

estritamente relacionadas. Ele envolve não somente movimento mas apreciações do mesmo. Exemplo: dançar quadrilha em festa junina – há o movimento e emoção e interação partilhada (GRANDO; CENTENO, 2001).

Sabemos que a ociosidade contribui de modo negativo sobre a saúde mental e que para o indivíduo com problema psiquiátrico ela terá um efeito ainda pior. Um paciente que permanece o dia todo na cama, sem participação e sem conversar com os outros, terá gasto esse tempo preocupando – se com sua doença, voltado para seus sintomas (alucinações, delírios) sem desenvolver seu lado sadio (GRANDO; CENTENO, 2001).

Os objetivos da ocupação e lazer são de, através das atividades, desenvolver melhora na auto – estima (na medida em que ele se percebe capaz de participar), ajudá – lo a desenvolver sua independência, evitar a incapacitação física, mental e social, estimulando seu lado sadio (GRANDO; CENTENO, 2001).

No aspecto físico, sabemos que o cansaço tem efeito benéfico sobre a saúde emocional, pois corpo e mente trabalham juntos, e ele relaxa e alivia a sensação de opressão. Os exercícios físicos ajudam a melhorar as funções do organismo como: o sono, a função intestinal, fortalecimento muscular, mobilização das articulações, coordenação motora, manutenção de postura correcta, entre outras (GRANDO; CENTENO, 2001).

No aspecto mental e social, a ocupação e lazer proporcionam: distração, socialização, segurança, sublimação de tendências anti – sociais, restaurando o pensamento sadio, desenvolvendo talentos pelo emprego do poder de concentração e habilidades de cada um (GRANDO; CENTENO, 2001).

Para a escolha da atividade deve – se levar em consideração a doença e o paciente (idade, sexo, grau de instrução, inteligência, cultura, preferências, habilidades e capacidades), além de lembrar – se de que cada atividade tem um foco específico. Ela não deve ser usada como objetivo de produção, e o factor económico (recursos materiais) deve ser tomado em consideração somente para evitar gastos excessivos (GRANDO; CENTENO, 2001).

MODALIDADES SOCIOTERAPÊUTICAS DE REABILITAÇÃO

O seu objetivo geral é a recuperação integral do paciente, como cidadão que pertence a uma comunidade, com os seus direitos e deveres.

Alguns aspectos do tratamento socioterapêutico segundo Espinhosa (1998), são:

- Aquisição ou recuperação de hábitos sociais e de comunicação.
- **Ergoterapia**: reabilitação através de trabalhos não remunerados, como tarefas diárias de manutenção do serviço, oficinas de costura, confecção de móveis, pinturas, barro, etc. Seria o primeiro elo na cadeia de readaptação ao trabalho.
- **Laborterapia**: entretenimento laboral mais estrutural, sobre uma base de tarefas não muito complexas, pelas quais o paciente recebe uma remuneração. Fazem – se trabalhos de encadernação, etc.
- **Ludoterapia**: reabilitação através de atividades recreativas.
- “**Lar abrigado**”: serviço de residência terapêutica com inúmeros afazeres ou ocupações que visam a reabilitação e integração do paciente na sociedade.
- **Oficina abrigada**: enquadram – se, dentro dos cuidados assistenciais psiquiátricos, na reabilitação entendida no seu conceito mais amplo, que tem por finalidade a recuperação funcional psíquica e laboral, ou aprendizagem de outras profissões que permitam ao paciente a integração, de novo na sociedade. Estas oficinas estão a cargo de monitores, para as tarefas que aí se realizam, geralmente muito simples.
- **Outros** (ESPINHOSA, 1998).

EXEMPLOS DE TIPOS DE ATIVIDADES DE ACORDO COM O
COMPORTAMENTO DO PACIENTE
Segundo Grando; Centeno (2001)

O paciente apático

- Oferecer atividades plásticas como pintura, escultura, modelagem;
- Exercícios ritmados com ou sem música;
- Atividades individualizadas.

O paciente catatônico

- Atividades do individual para o coletivo;
- Jogos e danças.

O paciente autista

- Atividades que prendam atenção, como o trabalho com cera ou argila.

O paciente delirante

- Ocupações concretas “hobbies”, como criação de peixes.

O paciente rebaixado intelectualmente

- Atividades de efeitos pedagógicos correctivos;
- Tarefas fáceis e simples mas que exijam esforço físico;
- Atividades regradas e de complexidade crescente conforme o nível intelectual.

O paciente com comportamento anti – social

- Tarefas complexas para envolver completamente o indivíduo;
- Tarefas definidas com características de profissão.

O paciente agitado

- Ocupações durante a maior parte do tempo;
- Serviços variados (limpeza, arrumação da casa);
- Exercícios corporais alternados com repouso (ginástica);
- Tarefas ritmadas e repetidas.

O paciente deprimido

- Trabalho útil, estimulante e capaz de absorvê – lo a ponto de captar sua atenção (trabalhos manuais);
- Não forçá – lo a assumir muita responsabilidade de uma vez; se cobrar demais pode causar – lhe sensação de fracasso.

O paciente ansioso

- Tarefas amenas, leitura instrutiva;
- Representação (teatro), jogos, trabalhos manuais.

O paciente demente

- Trabalho simples e monótono é benéfico mesmo nos casos de confusão e grande agitação.

Todas essas sugestões podem ser associadas a outras atividades como as programadas para os grupos existentes. Por exemplo: grupo de atividades desportivas.

Ao oferecer atividades para o paciente, os membros da equipe de enfermagem devem:

- Ajudar na escolha da atividade mais apropriada para cada um.
- Encorajá – lo a participar de atividades, buscando restaurar as que lhe davam prazer antigamente.
- Observar, auxiliar e orientar o paciente em suas dificuldades durante a realização da actividade.
- Fazer comentários sinceros quando houver progressos.

- Observar e anotar o comportamento, como o interesse, participação, desempenho, relacionamento interpessoal.

O profissional deve estar presente e participando com os pacientes nas atividades programadas (GRANDO; CENTENO, 2001).

2.6 As cooperativas, centros de convivência e empresas sociais

A criação de cooperativas de trabalho para os pacientes internados num hospital psiquiátrico é considerada insana. Se os pacientes tiverem que trabalhar, devem ser remunerados justamente pelo trabalho que realizam.

A terapia ocupacional devia estar rigorosamente reservada aos processos terapêuticos sem margem de dúvidas para aproveitamentos de mão-de-obra barata dos doentes com transtornos mentais. Atualmente, a situação das pessoas sofrendo de doenças mentais, neste pormenor, é deveras bastante promissora e de muita expectativa internacional no que toca a reinserção social e a sustentabilidade dos ex-pacientes.

Segundo Amarante, as políticas de saúde mental e atenção psicossocial passaram a adotar estratégias mais específicas e concretas de criação de projetos de geração de renda para as pessoas em acompanhamento na rede. Com as cooperativas ou empresas sociais ou mesmo com projetos de geração de renda que incorporam os mesmos princípios das anteriores, a questão do trabalho foi uma reviravolta. O trabalho deixa de ser uma atividade terapêutica (prescrita, orientada, protegida), ou deixa de ser uma forma de simples ocupação do tempo ocioso, ou, ainda uma forma de submissão e controle institucional para se tornar uma estratégia de cidadania, de autonomia e de emancipação social. Atualmente existe muitas iniciativas de inclusão pelo trabalho e geração de renda (AMARANTE, 2007).

2.7 Saúde mental e estratégia de saúde da família

«A proposta de atenção à saúde da família que sendo implantada no Brasil é, sem dúvida alguma, uma das mais importantes políticas públicas experimentadas no País. A estratégia de saúde da família (ESF), surgiu em 1994 com o nome de Programa de Saúde da Família. A equipe básica da ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes de saúde, estes devem ser residentes no próprio território da atuação da equipe. Em alguns casos é incluído um

odontólogo. Cada equipe é responsável pela atenção acerca de 800 famílias, o que significa em torno de 3.500 pessoas (AMARANTE, 2007).

Para Amarante considera – se que em torno de 80% dos problemas de saúde poderiam e deveriam ser resolvidos no âmbito da rede básica, isto é, com cuidados mais simples (mas não desqualificados), sem muitas sofisticadas tecnológicas de diagnóstico e tratamento sendo a atenção básica em saúde, também uma estratégia de “desmedicalização” que pode ser entendida de duas maneiras:

1. *Alta capacidade resolutiva*: dispensa grande parte de encaminhamentos para os níveis mais sofisticados e complexos de atenção como os ambulatórios e serviços especializados de hospitais gerais (nível secundário) e de hospitais centrais (nível terciário).
2. *Consequências decorrentes das intervenções médicas*: a própria medicina pode produzir ou agravar as doenças, o que é denominado de iatrogenia secundária à prática clínica (procedimentos invasivos, reações medicamentosas) (AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (2008), em atuação articulada com a saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, representa uma das mais efetivas e inovadoras frentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Ambas partem de um mesmo princípio, que é o da ruptura com o modelo biomédico, cujas características principais são a centralidade do hospital no modelo assistencial, o especialismo exacerbado, a predominância da relação médico – doença e não a relação sujeito – sujeito, dentre outras.

Por isso, é muito importante que, nas atividades da atenção psicossocial, tanto dos CAPS quanto dos demais serviços (hospitais – dia, ambulatórios, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, etc.) e dispositivos (centros de convivência) oficinas, projetos de residencialidade, projetos culturais, de geração de renda e de inserção social), esteja sempre presente a articulação com a equipe de saúde da família. Os programas de saúde mental de muitos municípios do Brasil, organizam estratégias de apoio matricial às equipes de saúde da família, isto é, estratégias de apoio permanente e consistente às equipes de saúde da família no lidar com os problemas do sofrimento psíquico na comunidade. Trata – se não apenas de realizar supervisões regulares, mas de organizar outras formas de cooperação que vão desde prestar consultas em conjunto, fazer visitas domiciliares, organizar estudos de situações clínicas mais complexas, etc. (AMARANTE, 2008).

Amarante (2008) apud Lancetti (2000) cita a atenção à saúde mental no contexto da saúde da família poder significar a institucionalização radical proposta pela reforma psiquiátrica, na medida em que, ao cuidar das pessoas em casa, fortalece os recursos espontâneos e originais das próprias famílias e evita que o sujeito em sofrimento seja introduzido na carreira de portador de transtorno mental produzida pelos hospitais psiquiátricos e outros recursos terapêuticos da psiquiatria tradicional. Lancetti citado por Amarante entende ainda que a saúde mental na saúde da família possibilita um processo que pode ser denominado de complexidade invertida. Explicando: na saúde de uma maneira geral, a assistência é oferecida em graus crescentes de complexidade, isto é, vai dos cuidados mais básicos (atenção básica), ou primários (atenção primária) até os níveis mais sofisticados (assistência médico – cirúrgica hospitalar hiperespecializada). Ao contrário, o nível hospitalar na psiquiatria é o que dispõe do tratamento mais elementar, o mais padronizado e menos individualizado: eletrochoques como medidas punitivas, celas fortes, proibições, coquetéis de medicamentos que atuam no sistema nervoso central, intolerâncias, violências, etc. é no âmbito do território, da saúde da família, que as ações são mais complexas, mais voltadas para os sujeitos e suas famílias, pois deve contribuir para que a família modifique sua maneira de relacionar – se com o usuário, a tomar decisões a este respeito; orientar os vizinhos, participar das decisões da comunidade, mudar a cultura em relação aos problemas mentais (AMARANTE, 2008).

2.8 Comparação da política nacional de saúde mental de Angola com a política internacional de saúde mental embasado na síntese das suas características

Alguns países que já passaram por reformas em seus modelos assistenciais em Saúde mental e ainda os estão aprimorando, nos quais reconhecidamente a assistência em saúde tem qualidade, embasamento científico, capacidade e reconhecimento internacional. Veremos a síntese das características dos modelos de cuidado à saúde mental ocorridos na Inglaterra e França, por serem as primeiras experiências da reforma psiquiátrica no mundo; o modelo dos Estados Unidos da América, por ser um marco da história da psiquiatria preventiva; o modelo da Itália que é o mais radical contra o manicômio e outras experiências atuais como a de Portugal, país colonizador de Angola; Espanha e Canadá, por possuírem experiências modernas; o Brasil com uma reforma sem igual, por ser o país de formação e obviamente Angola, o país estudado.

INGLATERRA

A Inglaterra conta com uma rede de atenção integral em Saúde Mental em todos os níveis de complexidade (OMS, 2006).

Seus principais esforços sanitários concentram-se na prevenção, na atenção primária diretamente ligada as unidades básicas e comunidades e um forte investimento na atenção secundária com inúmeros tipos de serviços oferecidos a seus cidadãos. Entretanto, mesmo com estes serviços em pleno funcionamento conta com 0,58 leitos psiquiátricos por mil habitantes, considerados insuficientes para a demanda. Entendem que o baixo número de leitos tem gerado um efeito cascata superlotando serviços de menor complexidade limitando sua eficácia (OMS, 2006).

Em 1990 o Governo Inglês determinou a desativação dos grandes hospitais Psiquiátricos e promulgou o “Community Care Act 1990”, um pacote legislativo estabelecendo que o tratamento e reabilitação dos pacientes psiquiátricos deveriam ocorrer na comunidade (OMS, 2006).

Tais serviços iriam não somente substituir o tratamento hospitalar, mas, sobretudo oferecer aos pacientes desospitalizados uma alternativa radicalmente melhor de assistência médica e social, além de promover a sua reintegração no meio comunitário. O programa Conservador de redução do número de leitos psiquiátricos provou ser, na verdade, parte de um programa mais abrangente de redução de todos os leitos hospitalares no país com conseqüente redução dos gastos com saúde (OMS, 2006).

Uma das grandes premissas era que a “comunidade” representaria um espaço mais benéfico, acolhedor e humano para as pessoas com transtornos mentais que a vida intramuros do hospital e, portanto, ofereceria oportunidade para reabilitação e reintegração social não disponível ao paciente hospitalizado. A premissa seria a de que o ambiente hospitalar restringe, oprime e “institucionaliza” os seus desafortunados usuários. Contudo, nunca houve uma preocupação em definir melhor o que entendiam por “comunidade”, e muito menos em se certificar que tipo de acolhida estaria à espera dos pacientes “desinstitucionalizados” (OMS, 2006).

FRANÇA

Para Passos, «uma particularidade da psiquiatria francesa é sua tradição humanista iniciada por Pinel. Os médicos de hospitais psiquiátricos públicos

preocupavam – se em dar prosseguimento, criando novas estratégias de melhoria de assistência aos doentes com transtornos mentais. Encontram a concorrência dura da psiquiatria de extração cientista biológica, cada vez mais dominante na formação universitária, na prática dos hospitais universitários, dos hospitais gerais e da psiquiatria privada.

A França promulgou, em 1838, a primeira lei no mundo a obrigar a criação de estabelecimentos de saúde especializados para receber os alienados, bem como tratar e cuidar deles. O paradoxo é que a partir da lei as pessoas assim qualificadas foram *ipsu facto* condenadas a um destino institucional quase obrigatório e, na maioria das vezes, definitivo.

Na lei, fazia – se obrigatório construir asilos para alienados em todos os departamentos do país, regulamentavam – se os direitos civis dos alienados (ou, mais exatamente, a sua perda ou limitação), bem como se definiam limites para a ação do psiquiatra. Ela regulará, a partir de então, a entrada a saída do asilo, o qual passa a ser reservado, em tese, a casos psiquiátricos, doravante diferenciados da mera delinquência ou vadiagem.

Pretendia – se evitar abusos de internações arbitrárias, instituindo a internação voluntária, que consistia na autorização de um médico para proceder à internação, a partir de solicitação de um familiar mediante perícia médica» (PASSOS, 2009).

Segundo Amarante, para suprir as necessidades de um trabalho externo ao manicômio, adotou – se medidas de continuidade terapêutica após alta hospitalar, de forma a evitar a reinternação ou internação de novos casos. Para isso, foram criados centros de saúde mental (CSM) distribuídos nos diferentes “setores” administrativos das regiões francesas, diferentes dos ambulatórios outrora existentes até então e seriam responsáveis pelo acompanhamento extra – hospitalar dos pacientes egressos. Estes centros eram distribuídos por regiões de acordo com a sua densidade populacional. Assim, o espaço interno do hospital era subdividido correspondendo a cada setor uma enfermaria (AMARANTE, 2003).

Para Amarante, «a psiquiatria de setor da França contribuiu enormemente ao dar o primeiro passo para fora dos hospitais, organizando as primeiras estratégias de retomada da cultura, da sociedade, da família. Ao introduzir a questão do setor, houve um deslocamento da psiquiatria no sentido das práticas profissionais, que se ampliaram para outras categorias e outras áreas de conhecimento. Os pacientes deixaram de ser exclusivos “do médico” para se tornarem “da equipe”. Foi grandemente uma inovação.

O princípio da referência e contra referência foi também decisivo para este novo campo, na medida em que os egressos de uma instituição asilar já recebiam alta hospitalar, sabendo aonde ir e com quem continuar o tratamento. A organização de enfermarias com pessoas de uma mesma região é muito utilizada nos processos de desmanicomialização com o objetivo de estimular vínculos sociais e elaborar as saídas do espaço hospitalar em caráter definitivo. É no território que os mecanismos de solidariedade, de fraternidade, de rejeição e discriminação são edificados no dia – a - dia de uma determinada cultura social. Atuar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade» (AMARANTE, 2003).

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Nos Estados Unidos da América existe uma rede de atenção em saúde mental em todos os níveis de complexidade do atendimento aos portadores de transtornos mentais (OMS, 2006).

No nível básico de atenção primária existe a detecção e o tratamento dos acometimentos menores; no nível secundário há um atendimento voltado ao paciente diretamente nas comunidades com serviços em centros comunitários, ambulatório especializado, internações similares aos hospitais dia, casas monitoradas e ligadas aos centros de atendimento, etc. (OMS, 2006).

Mesmo assim, os EUA ainda mantêm no nível terciário serviços com um índice de 0,95 leitos psiquiátricos por mil habitantes (OMS, 2006).

As idéias de desospitalização e desinstitucionalização nos EUA surgiram por volta dos anos 60, no plano de Saúde Mental do governo Kennedy e, importante destacar, que se alinhavam aos fundamentos das políticas neoliberais de contenção de gastos e transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil, sem a devida contrapartida de serviços essenciais à população necessitada (OMS, 2006).

Na realidade a redução de leitos significou diminuição dos custos da assistência para os cofres públicos mas não se preocuparam e nem fizeram uma real transformação na assistência oferecida ao portador de doença mental. A mudança implicou na desassistência de milhares de pessoas que se encontravam internadas nos hospitais e passaram a perambular pelas ruas “homeless” das grandes cidades. De forma artificial reprimiram a demanda aos serviços e, efetivamente, reduziram a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e seus familiares (OMS, 2006).

O que realmente propiciou uma melhora dos pacientes e parte de sua ressocialização foi o advento dos medicamentos antipsicóticos, como a Clorpromazina que se tornou disponível em meados dos anos 50, mantendo os quadros psicóticos dos pacientes controlados o suficiente para serem tratados ambulatorialmente (OMS, 2006).

Entre a assinatura de Kennedy na lei de Saúde Mental em 1963 e a sua expiração em 1980, o número de pacientes em hospitais psiquiátricos caiu cerca de 70%. Os centros comunitários de Saúde Mental da nação não conseguiram lidar com os pacientes que foram “liberados” das instituições. Não havia suficientes psiquiatras e profissionais da área de Saúde Mental (OMS, 2006).

Em 1963 o presidente Kennedy assinou o “Ato dos Centros de Saúde Mental” através do qual os grandes hospitais estaduais de doenças mentais dariam espaço às pequenas clínicas comunitárias. A fria clemência do isolamento custodial seria suplantada pelo calor da capacidade e da preocupação da comunidade (OMS, 2006).

Colocar as pessoas com transtornos mentais prisioneiras em unidades de tratamento ajudaria, mas a solução seria manter as pessoas psicóticas, cujas infrações criminais são um produto de sua doença, fora das prisões. Isto requer a reparação de um sistema de tratamento em saúde mental fragmentado (OMS, 2006).

A mudança mais freqüentemente proposta é a liberação dos hospitais estaduais da camisa de força das regulamentações, pois, infelizmente, cerca de metade de todas as pessoas sem tratamento com transtornos psicóticos não reconhecem que há algo de errado com elas (OMS, 2006).

Infelizmente, para milhares de pessoas com problemas mentais, principalmente as de mais baixa renda, a América falhou em “fazer o bem” com a promessa de John Kennedy: foram liberados dos grandes hospitais, mas acabaram sem assistência ou nas prisões (OMS, 2006).

Segundo Passos, nos Estados Unidos, a desinstitucionalização não passou de uma política de desospitalização, sem consequente reestruturação da assistência pública, continuando com as estruturas de assistência terciária sobrecarregadas (PASSOS, 2009).

ITÁLIA

Na descrição de Lobo, a reforma psiquiátrica italiana representou uma das experiências mais significativas do movimento, e serviu de referência para vários países, inclusive o Brasil. O marco da reforma psiquiátrica italiana foi a experiência do

psiquiatra Franco Basaglia e da equipe de profissionais que atuavam com ele, no interior do hospital da província italiana de Gorizia. Inicialmente, com a finalidade de humanizar o tratamento, vivenciaram a experiência de transformar a instituição em uma comunidade terapêutica, o que logo demonstrou ser insuficiente para atingir os objetivos propostos. Em seguida, Franco Basaglia e sua equipe concluíram que o melhor tratamento psiquiátrico era devolver a pessoa com transtorno mental à sociedade e desarticular a instituição manicômio (LOBO, 2003).

A reforma psiquiátrica italiana contribuiu decisivamente para a revisão da atenção psiquiátrica em todo o mundo, tendo como principais características: (1) diminuição, até a extinção, do hospital, de forma gradativa; (2) criação de novos serviços concebidos como alternativa ao hospital; (3) integração entre serviços da rede de cuidados, que viabilizem a continuidade do tratamento; (4) acesso facilitado aos centros de Saúde Mental (LOBO, 2003 apud Desviat, 1999).

Segundo Passos, Franco Basaglia, então professor universitário de Parma, assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, cidade do norte da Itália à fronteira com ex – Iugoslávia. Nesse hospital Basaglia introduziu a comunidade terapêutica. Em torno de Basaglia começa a se agregar um grupo de jovens profissionais, constituindo assim a psiquiatria democrática italiana (PASSOS, 2009 apud BASAGLIA, 1995).

O movimento de psiquiatria democrática, centrou sua luta contra o manicômio e pela revisão jurídico – normativa, com plena recuperação da cidadania pelos doentes com transtornos mentais (coisa que nenhuma reforma estrangeira havia até então, de fato proposto), expandiu - se rapidamente pelo país como ideário de uma verdadeiramente reforma. A reforma italiana, desde início considerou central a mudança da condição legal e civil do doente com transtorno mental, sem a qual seria inviável a efetiva desconstrução da prática de internação (LOBO, 2003).

O processo italiano, tendo nas lideranças profissionais e nos técnicos de base seus principais agentes, mobilizou diretamente muitos outros atores sociais, com grande intensidade de conflitos: os próprios pacientes, as famílias, a comunidade local, a opinião pública visava a desmedicalização do problema da loucura, desmantelamento da instituição visando eliminar a dicotomia que opõe a construção de estruturas externas ao funcionamento interno hospitalar (LOBO, 2003).

Os italianos tentaram recuperar um sentido mais original, impresso na raiz do sufixo, como “a desmontagem” da instituição, a partir da profunda transformação de seu

modo de existência concreta. A lei 180 demonstra a efetividade da proposta basagliana, até então considerada absurda, de substituição do modelo asilar/hospitalar, por um sistema de atenção psicossocial de base territorial (LOBO, 2003).

Para Costa (2001), De todos esses modelos implementados ao longo do século XX, apenas no último é que, de fato, se efetivou a ruptura com o hospital psiquiátrico. O psiquiatra italiano Franco Basaglia, nos hospícios das cidades de Gorizia e depois Trieste, no norte da Itália, conseguiu superar o modelo asilar/carcerário herdado dos séculos anteriores e substituí-lo por uma rede diversificada de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental de Base Territorial e Comunitária. Finalmente o futuro tornou-se presente e o hospício pineliano passou a ser uma página virada da História.

Amarante (2007) apud Basaglia (2005), insistia que: ainda que atualizado, humanizado, “medicalizado”, o hospital psiquiátrico, continuando a existir, induz e sanciona também, em relação as necessidades antigas e novas de assistência, toda uma série de círculos concêntricos de contágio, correspondentes a outros tantos aparatos institucionais. Nesse sentido o hospital psiquiátrico, ainda que modificado e transformado, permanece – enquanto tal – causa de doença (AMARANTE, 2007).

PORTUGAL

O texto descrito por Portugal, realça os princípios do processo de reforma da Saúde Mental portuguesa aprovados ministerialmente em 1985 com emendas em 1988.

Princípios:

- Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos;
- Desenvolvimento, em cada área de intervenção dos Centros de Saúde Mental, existentes e a criar, de um sistema de cuidados comunitários e abrangentes;
- Continuidade de cuidados;
- Integração e administração conjunta de diferentes respostas, incluindo as localizadas em centros de saúde e hospitais gerais (PORTUGAL, 2004).

No início dos anos 90, a Lei n.º 127/92, de 3 de Julho, extinguiu os serviços descentralizados e autónomos então existentes para adultos e crianças, integrando - se as suas funções em Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental de hospitais gerais e pediátricos, respectivamente. Em 1994, foi constituída pela Direcção-Geral da Saúde uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental, composta por cinco grupos de trabalho

temáticos, multiprofissionais e representativos das principais correntes organizacionais para o setor (PORTUGAL, 2004).

Após um ano de atividade, teve lugar (Lisboa, Maio de 1995) uma Conferência Nacional sobre a Saúde Mental, que contou com o apoio de entidades internacionais de referência, tais como a OMS - Europa, o Conselho Europeu da Federação Mundial da Saúde Mental e a Associação Mundial para a Reabilitação Psiquiátrica, que reorganizou a rede como se segue (PORTUGAL, 2004):

1. Serviços de Saúde Mental;
2. Serviços Locais de Saúde Mental;
3. Serviços Regionais de Saúde Mental;
4. Recursos Humanos e Lotações;
5. Referência e Consulta;
6. Organização e Administração;
7. Acesso aos cuidados de saúde;
8. Serviços públicos e serviços privados;
9. Censos psiquiátricos;
10. Psiquiatria forense;
11. Rede de urgências;
12. Reabilitação Psiquiatria de Adultos;
13. Psiquiatria da Infância e da Adolescência (PORTUGAL, 2004).

Mas Portugal continua com elevadas taxas de doenças mentais, sendo o país da Europa com maior índice de pessoas com transtornos mentais. A prevalência de transtornos mentais abaixo apresentada é da responsabilidade de Almeida, e é deveras preocupante:

Quase 23% dos portugueses tiveram uma doença mental nos 12 meses anteriores ao inquérito que deu origem ao primeiro estudo epidemiológico nacional de Saúde Mental. Os resultados colocam Portugal com as taxas mais elevadas na Europa. Almeida, apontou ainda uma "prevalência altíssima" de quase 43% de portugueses terem sofrido de perturbações mentais ao longo da vida. O mesmo responsável sublinhou que 33,6% de perturbações graves não tiveram qualquer tratamento e que das acompanhadas, 38,9% ocorreram em serviços especializados em Saúde Mental, enquanto 47,1% foram acompanhadas em Medicina Geral. Este valor coloca Portugal no topo entre os países europeus e próximo dos Estados Unidos (26,4%) (ALMEIDA, 2010).

ESPAÑA

A reforma psiquiátrica na Espanha começou tardiamente, em uma época de transição política. A marca política, que era a descentralização político – administrativa em regiões autónomas, e a herança do gigantismo social – uma importante infra – estrutura pública hospitalar e ambulatorial em torno do INSALUD, um instituto de saúde de mutualidade obrigatória – estabeleceram, logo de saída, as principais

precondições de um atendimento comunitário: a universalidade, a territorialização e a implantação de um sistema, mesmo que precário, de atendimento primário (DESVIAT, 1999).

Os médicos residentes e os psiquiatras dos manicómios, foram os primeiros a propor a necessidade de uma reforma. Os referenciais da transformação psiquiátrica inscreviam – se nas experiências europeias e norte - americanas surgidas depois da segunda guerra mundial: a política de setorização e a psicoterapia institucional francesa, a comunidade terapêutica e a ordenação de serviços britânicos, a psiquiatria comunitária e a desinstitucionalização dos Estados Unidos, e a demolição basagliana do manicómio (DESVIAT, 1999).

O primeiro momento de preocupação de fato com a situação do atendimento psiquiátrico foi a criação da Associação Espanhola de Neuropsiquiatras e de Liga de Higiene Mental, que confluiu para um projeto de reforma durante a segunda república (1931 - 1939). Esse esforço transformador evidenciou – se no decreto de Julho de 1931 sobre a internação de pessoas com transtornos mentais, o que não era feito até então (DESVIAT, 1999).

Na Espanha o número de leitos nunca fora muito grande, o que iria facilitar a reforma, tal como é, hoje em Angola. O número de leitos nos hospitais psiquiátricos situava – se em (1,15/mil). Hoje em dia, sem dúvida, se pode afirmar que o atendimento à saúde mental impôs – se na Espanha, junto com atendimento primário, uma concepção pública inovadora, social e tecnicamente avançada. Modelo próximo do cidadão, preocupado com as populações frágeis. Um modelo indiscutivelmente eficiente, mas confrontado com interesses e insolvências dissimuladas de profissionais e administradores. Um sucesso que, em suas versões mais acabadas, situa a psiquiatria pública espanhola como uma referência no cenário internacional (DESVIAT, 1999).

CANADÁ

O Canadá tem uma rede de atenção integral em Saúde Mental, onde os mais diversos serviços não concorrem entre si, mas trabalham de forma harmônica e integrada, como segue descrito pela OMS:

«*Atenção Primária: A Saúde Mental é parte integrante do Sistema Básico de Saúde tendo psiquiatras em parte da rede e médicos treinados para detetar transtornos mentais mais leves. Têm na rede básica, além do médico, pessoal técnico de apoio*

(enfermeiros, assistentes sociais e outros) treinado em saúde mental, tratando e resolvendo cerca de 50% dos problemas de saúde mental já na rede básica.

Atenção Secundária: Os serviços de Saúde Mental no nível secundário representam um estágio intermediário de complexidade da assistência, atendendo a demanda que os serviços de nível primário não conseguiram tratar ou entenderam que, devido ao grau de gravidade ou a complicações deveriam ser encaminhados para serviços com maior resolutividade.

Os serviços são compostos por: Ambulatórios Psiquiátricos de Especialidades;
Centros Comunitários com atenção e atendimento especializado em Saúde Mental;
Atendimento domiciliar em Saúde Mental (quando necessário);
Internações parciais e observações diárias em Centros Especializados.

Atenção Terciária: Quando os dois tipos de atenção, em menor grau de complexidade, não solucionaram os casos, os pacientes são encaminhados para internação em serviços especializados em psiquiatria. Embora este seja o último recurso usado, devido à sua complexidade e ao seu elevado custo, note-se que, mesmo tendo reduzido seus leitos psiquiátricos nos últimos anos, ainda assim o Canadá conta com um índice de 1,93 leitos psiquiátricos para cada mil habitantes» (OMS, 2006).

BRASIL

Da imensa literatura disponível sobre reforma psiquiátrica brasileira consta que o início do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu nos anos 70 e 80 e contou com a participação de vários atores da sociedade.

Amarante (2003), destaca o papel do MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - como decisivo na consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. Esse movimento tinha como objetivo representar um espaço de luta não institucional, um local de debate e encaminhamento de propostas comprometidas com as mudanças do modelo de assistência psiquiátrica vigente no país. Era composto por trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade e apresentava uma característica peculiar: estrategicamente, não contava com nenhuma vinculação institucional. Anos depois, deu origem à Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, que atua com a participação de entidades de amigos, familiares e usuários, de forma bastante ativa, e ocupa lugar de destaque na condução do processo da

reforma psiquiátrica e na defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais (AMARANTE, 2003).

Segundo Costa, no campo da Saúde mental, o modelo assistencial vigente à época, era carregado de contradições e injustiças. Essa situação fez com que os trabalhadores desse setor iniciassem a elaboração e o encaminhamento de críticas à instituição e concomitantemente, de forma sistemática, comesçassem a propor mudanças àquele modelo. No início da década de 80, surgem outros movimentos, orquestrados por distintos segmentos sociais que apontam para a necessidade premente de uma reestruturação da atenção em Saúde Mental prestada no país, unidos pelo ideal comum de substituir a assistência hospitalar vigente por modalidades de atenção extra-hospitalar, diária e de base comunitária (COSTA, 2001).

Para Amarante, a nova conceituação da Reforma Psiquiátrica enquanto processo social complexo, articulado nas e pelas várias dimensões simultâneas e interligadas, envolvendo movimentos, atores e conflitos. As dimensões deverão ter a seguinte abrangência:

O campo epistemológico, que se refere à produção de conhecimento e sustenta o *saber/fazer médico psiquiátrico*; a *dimensão técnico – assistencial*, que diz respeito ao modelo assistencial; a *dimensão jurídico – política*, que rediscute e redefine as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais dos atores envolvidos; a *dimensão sócio - cultural*, que diz respeito ao conjunto de ações suficientemente potentes para transformar a loucura no imaginário social, modificando as relações entre sociedade e loucura (AMARANTE, 2003).

A reforma psiquiátrica brasileira se configurava como movimento de base social. No Brasil, a reforma foi liderada por psiquiatras politicamente militantes (como ocorre em toda parte) e por um movimento orquestrado pelas bases profissionais, aliados a muitos outros atores sociais, cuja força se encontra, precisamente em seu conteúdo de contestação e de luta política contra um poder psiquiátrico constituído (PASSOS, 2009).

Segundo Amarante, o processo brasileiro incorporou as questões saídas de todas as experiências do mundo, inclusive aprendendo com a tradição basagliana a refletir e a incorporar os erros e os acertos dos processos anteriores. O conjunto de estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil é responsável por um novo cenário político em que há um efetivo processo de participação e construção social sem similar em nenhum país do mundo, mesmo na Itália.

São muitas as estratégias e dispositivos que vêm contribuindo para a configuração do novo quadro: as leis estaduais da reforma psiquiátrica e a Lei 10.216/01; a importante atuação do Ministério Público; a participação e o controle social nas políticas de saúde mental e atenção psicossocial; a participação política dos movimentos em prol da reforma psiquiátrica; a crítica permanente e consistente da violência e da segregação produzidas pelo hospital psiquiátrico e pela medicalização; a redução de mais de quarenta mil leitos hospitalares com a construção simultânea de serviços de atenção psicossocial, de estratégias de residencialidade, de centros de convivência, cooperativas e empresas sociais; o Programa de Volta para Casa; os projetos de inclusão pelo trabalho; as iniciativas culturais; a estratégia Saúde da Família, entre outras (AMARANTE, 2007).

ANGOLA

Em Angola ainda não há sinais evidentes de estruturação de um sistema de saúde mental, porém, há vontade expressa pelos gestores de instituições assistenciais e de programas de saúde mental, de elaboração da política nacional de saúde mental e de legislação afim.

Das instituições assistenciais existentes no país, apenas um de nível terciário de assistência, da categoria de hospitais centrais com previsão de 300 leitos mas funcionando com apenas 106 leitos. As demais instituições situam – se ao nível secundário de assistência e são da categoria de hospitais gerais, funcionando com menos de 100 leitos. Esta situação não se configura negativa para Angola, porquanto constitui – se numa facilidade no âmbito da reforma sanitária, tanto na elaboração de política nacional de saúde mental como de sua implementação em todo território nacional, pois não serão mais construídos hospitais que requeiram elevadíssimos gastos recursos financeiros dos cofres do Estado, ao partir diretamente para os investimentos na rede comunitária de saúde mental que, de longe, é menos onerosa. Assim, o orçamento atribuído ao Programa Nacional de Saúde Mental, seria suficiente para cobrir as despesas de elaboração de políticas e legislações, formação de especialistas e implantação da rede comunitária de saúde mental sustentável.

Para isso, Angola não teria que se preocupar na adoção de modelo de reforma de saúde mental, uma vez que tem o Brasil cujo processo de reforma psiquiátrica inspirado na psiquiatria democrática italiana, sofreu melhorias significativas,

transformando – se num modelo ímpar no mundo (como acima referenciado) e, por isso, adotado pela Organização Mundial da Saúde.

A outra facilidade consiste no aproveitamento ao máximo dos laços de amizade, culturais, políticos e linguísticos que unem Angola e Brasil, numa cooperação mutuamente vantajosa para a elaboração e implementação de políticas e da rede de cuidados à saúde mental.

2.9 Proposta da Organização Mundial da Saúde para as reformas nos sistemas de saúde mental

Em linhas gerais, a proposta da OMS incluiria ampliar o acesso às terapias, garantindo os direitos humanos, mas privilegiando o tratamento ambulatorial e reduzir ao máximo as internações psiquiátricas, substituindo progressivamente os leitos psiquiátricos por uma rede integrada, formada por núcleos de atendimentos, redes de apoio, hospitais-dia e recomenda o fortalecimento da atenção básica e a da atenção psicossocial comunitária, sugerindo a cada país encontrar o melhor caminho, respeitadas as particularidades sociais, económicas e culturais (OMS, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 Formulação do problema da investigação

Qual a estrutura de assistência e saúde mental em Angola, suas características, impasses, facilidades e análise em relação à política internacional?

3.1.2 Hipótese

A atual política de saúde mental de Angola não está de acordo com a política internacional de saúde mental não favorecendo a prática do cuidado humanizado.

3.1.3 Justificativa do problema de investigação

Esta investigação é importante, no entanto serve para despertar os decisores para a importância da prevenção e assistência primárias da doença mental e da atenção psicossocial no desenvolvimento dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

Como mestrando em ciências na área de saúde pública, ciência capaz de dar um contributo bastante valioso na prevenção de doenças e de incapacidades, bem como no processo de reinserção familiar e social exitosa dos pacientes; no âmbito da assistência social preconizada pelo Governo de Angola, expressa pela mais alta Magistratura do País S. Excelência Sr. Presidente da República de Angola o Engenheiro José Eduardo José Eduardo dos Santos quando discursava na cerimónia de cumprimento de fim de ano de 2006 e porque ainda em alguma circunstância foi investigado como tema de licenciatura ou de mestrado em Angola, acha – se pertinente fazer uma abordagem sobre o tipo de tema.

Este tema tem importância, uma vez que permitirá que as autoridades sanitárias de Angola e não só, os estudantes de saúde, se sintam despertados na relação vantajosa que existe entre a saúde mental em si, a reforma psiquiátrica que enfoca a atenção psicossocial.

Se beneficiarão com os resultados do trabalho:

Todos os angolanos em geral

Todos doentes mentais em tratamento e em reabilitação, capacitando – os de acordo com as suas limitações.

Os estudantes de saúde de todos os níveis que tenham nos seus perfis de formação programas e conteúdos sobre saúde mental, assistência psiquiátrica, reabilitação e reinserção familiar e social da pessoa com transtorno mental.

O Ministério da Saúde, os Hospitais Psiquiátricos, as Instituições de formação profissional de saúde de Angola a que interessa a abordagem, aos futuros investigadores desta problemática ao dispor de um material para consulta bibliográfica e às instituições de colheita de dados.

Espera – se que contribua na melhoria de qualidade de saúde mental da população e a conseqüente redução dos recursos financeiros na construção e manutenção de enormes infra – estruturas psiquiátricas.

3.2 Objetivos

3.2.1 Geral:

Descrever a estrutura de assistência e saúde mental em Angola, suas características, impasses, facilidades e análise em relação à política internacional.

3.2.2 Específicos:

- Descrever a organização da rede de assistência e saúde mental de Angola.
- Identificar as características, impasses e facilidades das instituições visitadas.
- Comparar a política nacional de saúde mental de Angola com a política internacional de saúde mental.

3.3 Tipo de estudo

Trata – se de um estudo observacional descritivo transversal realizado no período de Setembro de 2010 a Março de 2011. Segundo Silva (2006), estudo descritivo transversal é aquele que descreve um fenómeno que decorre numa população, comunidade ou instituição num determinado momento.

3.3.1 Campo de estudo

O estudo foi realizado em 8 instituições das quais 5 públicas, sendo 3 assistenciais (Hospital Psiquiátrico de Luanda, Seção de Psiquiatria do Hospital Central do Huambo, Hospital Psiquiátrico do Lubango), e 2 de nível central de gestão (Programa Nacional de Saúde Mental e Seção/Núcleo de Saúde Mental da Direção Provincial de Saúde de Luanda), 2 privadas (Casa de Repouso da Clínica Sagrada Esperança localizada na Ilha de Luanda, Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco localizado no Município do Cazenga em Luanda) e 1 filantrópica (REMAR localizada no Município de Viana em Luanda), portanto, a totalidade das instituições assistenciais e saúde mental de Angola (**Quadro 1**).

3.3.2 Procedimentos

3.3.3 Procedimentos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e aprovado pelo Parecer nº 155/10 (**ANEXO 1**), seguido de elaboração de um pedido de autorização de coleta de dados dirigido a cada uma das Direções das instituições de estudo. Os pedidos foram autorizados a favor do autor do presente trabalho como consta nos Apêndices (**D, E, F, G, H, I, J, K**).

Para aplicação das Grelhas de Entrevistas, elaborou – se um termo de consentimento livre e esclarecido (**APÊNDICE A**) que foi aplicado e assinado por todos responsáveis entrevistados participantes no presente estudo.

3.3.4 Procedimentos de coleta

Para a colheita de dados foram utilizados dois instrumentos que são duas Grelhas de Entrevistas sendo uma direcionada às instituições assistenciais de pessoas que sofrem de doenças mentais existentes em Angola (**APÊNDICE B**), e outra para o Programa Nacional de Saúde Mental incluindo a Seção/Núcleo de Saúde Mental da Direção Provincial de Saúde de Luanda (**APÊNDICES C e C1**), respectivamente. As

entrevistas foram gravadas em privado nos gabinetes de trabalho dos gestores participantes ao estudo e a identidade foi preservada.

A Grelha de entrevista para as Instituições Assistenciais é composta de 24 perguntas todas abertas. Baseou – se na identificação do entrevistado e da Instituição que representa e na descrição da política de assistência ao portador de transtorno mental; por outro lado, a Grelha de Entrevista para o Programa Nacional de Saúde Mental e Seção/Núcleo de saúde Mental da Direção Provincial de Saúde de Luanda é composta por 19 perguntas, igualmente todas abertas.

As variáveis foram definidas de acordo com os objetivos traçados.

Os sujeitos de pesquisa foram na sua maioria os gestores principais das instituições de estudo ou em poucos casos seus representantes legais por inerência das funções que exercem, não havendo, por isso, critérios de seleção da parte do pesquisador que não fosse alguém liderando a instituição.

As entrevistas decorreram nos gabinetes de cada responsável a porta fechada seguido de visitas e descrição de todos compartimentos e serviços de cada instituição.

Os resultados da pesquisa foram processados usando o software do Windows Vista, a confecção de quadros foi realizada no Programa Microsoft Excel 5-0, e o texto foi elaborado no processador de texto Word 5.0.

Para a análise das entrevistas fez – se a categorização das respostas de cada pergunta seguido de interpretação e discussão dos resultados buscando a literatura específica para cada questão discutida.

4 RESULTADOS DA PESQUISA, ANÁLISE E DISCUSSÃO

4.1 DA GRELHA DE ENTREVISTA PARA INSTITUIÇÕES ASSISTENCIAIS

4.1.1 Descrição do Hospital Psiquiátrico de Luanda

O Serviço de Psiquiatria de Luanda era um Dispensário de Higiene Mental construído em 1930 fazendo parte integrante do Hospital Maria Pia actual Hospital Josina Machel, fundado em Junho de 1883.

Após a independência de Angola a 11 de Novembro de 1975, manteve - se na condição de Dispensário de Higiene Mental até 1978, altura em que foi elevado a categoria de Hospital Psiquiátrico de Luanda com autonomia financeira e administrativa, uma instituição de III nível de assistência sanitária assumindo as funções de assistência, reabilitação mental, física e social dos doentes mentais bem como actividades relacionadas com a investigação científica e docência e tem a capacidade de 300 camas.

Actualmente funciona com apenas 3 Pavilhões dos quais 2 provisórios contendo 26 enfermarias e 106 camas para 450 doentes ao final de 2010, pelo fato de 2 dos seus Pavilhões encontrarem - se em reconstrução por uma empresa portuguesa de construção civil denominada CONDURIL desde 2005, causando assim, o amontoamento de pacientes nas poucas camas que a instituição se dispõe e outros pacientes estendendo colchões no chão caso os tenham; agravado com a existência de elevada quantidade de doentes já recuperados ou sem critérios de internação, considerados “residentes” por não terem por onde ir. Dos 2 Pavilhões em reconstrução, espera - se por 29 leitos e alguns serviços especiais como E.E.G., R.X., Fisioterapia, entre outros.

O Hospital contém os serviços de urgência, consultas externas, psicoterapia, internamento, laboratório de análises clínicas, farmácia e estatística, entre outros, assegurados por 293 trabalhadores sendo:

14 Médicos entre os quais 3 especializados em psiquiatria, 9 internos de especialidade e 2 clínicos gerais;

96 Profissionais de enfermagem sendo 3 Enfermeiros, 28 técnicos e 65 auxiliares;

46 Técnicos de diagnóstico e terapêutica constituídos por 6 psicólogos clínicos, 1 Sociólogo, 3 Defectólogos, 1 Farmacêutico, 2 Técnicos de Farmácia, 7 Técnicos básicos de Farmácia, 5 Técnicos de Laboratório, 15 Técnicos básicos de laboratório, 4 Técnicos básicos de estatística, 1 Técnica Assistente social, 1 Técnica de terapia ocupacional e;

137 Trabalhadores entre administrativos, operários e de apoio hospitalar, dirigidos por uma equipe liderada pela Dr.^a Antónia Mendes Ferreira da Costa de Sousa, Diretora Geral; pelo Dr. Lando Geraldo Miezi, Diretor Clínico; pela Dr.^a Mariquinhas de Lurdes de Oliveira, Diretora Pedagógica e Científica e pelo Dr. Zuzi Tâmbwe, Diretor de Enfermagem.

No concernente aos indicadores o atendimento é de 50 doentes/dia e de 7 a 8 doentes/médico/dia. Entre as principais causas de internamento figuram as convulsões epilépticas, uso de substâncias psicoativas, psicoses por malária, transtornos afectivos, transtornos somáticos relacionados com o estresse somático e retardos mentais com alteração e transtorno do desenvolvimento psicológico.

Nesta instituição foram tratados em 2009, **18.000** doentes contra os **31.163** em 2010.

No que tange a docência e investigação científica como função de um hospital, o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto que funcionava no Hospital Psiquiátrico de Luanda, facilitando a especialização dos profissionais principalmente médicos, deixou de existir desde os anos 90 por motivo desconhecido o que incompleta o leque das atividades para a Direcção Pedagógica e Científica concebida na sua estrutura organizacional.

Todos os anos a 22 de Dezembro comemora – se o Dia Nacional consagrado às pessoas que sofrem de doenças mentais instituído pela Dr.^a Natália de Carvalho da Silva do Espírito Santo antiga Directora do Hospital Psiquiátrico de Luanda, na verdade, um Natal antecipado para os pacientes.

Por outro lado, desde 2009 que se adoptou a realização de eventos científicos por altura do Dia Internacional da Saúde Mental que se comemora a 10 de Outubro de cada ano. Assim, foram realizados dois eventos:

1º Workshop sobre saúde mental – 2009. Lema: *Sim à Vida, Não ao Suicídio*; com a seguinte abordagem:

- a) Suicídio – Dr.^a Irene Macrine – Psicopedagoga e Sebastião Pedro – Sociólogo;
- b) Síndrome de burnout – Dr. Nunes Pimpão – Psicólogo Clínico.

1º Fórum sobre saúde mental – 2010. Lema: *cuidar sim, excluir não*, tendo discutido quatro temas:

- a) Saúde Mental e Prevenção - Dr. Inocêncio da Silva Quialunguila – Licenciado em Enfermagem;
- b) Manejo do Doente Psiquiátrico - Sr. Joaquim Cavala – Técnico de Enfermagem;

- c) Alcoolismo - Dr. Jaime Sampaio – médico;
- d) Comportamento de Risco e Toxicodependência - Dr. Nvunda Tonet – psicólogo Clínico.

Ainda no âmbito das programações positivas destaca - se a preocupação da instituição com os alcoólatras. Assim, há consultas para os álcool - dependentes uma vez por semana às quintas-feiras.

Mas não é tudo, o hospital Psiquiátrico de Luanda tem imensos problemas desafiadores, observados no decorrer desta pesquisa:

Inexistência clara de separação de pacientes por gravidade ou por tipo de patologia; alimentação insuficiente; fila e força na hora da refeição. Alguns pacientes perdem as refeições por dois motivos: astenia geral causada pela hipnose dos psicofármacos e muitas vezes insuficiência de alimentos; o consumo de álcool e cannabis dentro do hospital acrescido de oferta de cigarros oferecidos pelos trabalhadores de base para motivar os pacientes a executar tarefas que seriam da responsabilidade desses mesmos trabalhadores; falta de saneamento básico do meio dada acumulação de lixo nos arredores do edifício velho localizado na parte distal oeste do interior do Hospital que tem servido de esconderijo de pacientes em fuga, para consumo de drogas e prática sexual entre pacientes originando em gravidezes indesejadas; falta de esgotos nas salas de contenção que sendo pequenas acumulam mais de 4 pacientes cada uma.

4.1.2 Descrição da Secção de Psiquiatria do Hospital Central do Huambo

A estrutura física do Serviço de Psiquiatria do Huambo foi construída em simultâneo com as estruturas dos Serviços de Maternidade e Pediatria do Hospital Central do Huambo fundado em 1956 e com 746 leitos. Segundo o Psicopedagogo Dr. Justino Chimuco, que é funcionário do serviço de Psiquiatria desde era colonial, o funcionamento desta instituição no Huambo foi iniciado pelo médico português Dr. Gregório Pereira em 1973 como Dispensário de Higiene Mental com autonomia financeira e administrativa.

Após a Independência de Angola ocorrida a 11 de Novembro de 1975, passou a chamar – se Hospital Psiquiátrico do Huambo funcionando com 80 camas mas fazendo parte integrante do Central do Huambo ou seja, sem autonomia financeira e administrativa.

A estrutura física está em obra a cargo de uma empresa Chinesa chamada SINO HIDRO e vai retomar a sua designação de Dispensário de Higiene Mental. Pensa – se que venha a ser uma instituição independente do Hospital Central após a sua reabilitação. Não foi permitida visita a infraestrutura em obra. Segundo o *Dr. Joaquim Manuel da Silva*, um Psicofarmacologista de nacionalidade portuguesa há muito tempo erradicado na Província do Huambo e residindo no Município da Caala, as salas de contenção da estrutura em obra não possuem esgotos sanitários nem as janelas têm gradeamentos e desconhece – se os leitos previstos para esse serviço.

Actualmente a Secção de Psiquiatria funciona num pavilhão provisório de pequena dimensão, pré – fabricado construído para o efeito, cujos quartos de banho se encontram inoperantes, por isso, os pacientes usam quartos de banho móveis, localizados num pavilhão ao lado. Contém 13 enfermarias, 48 camas incluindo 9 provisórias sendo 32 camas para homens e 16 para mulheres; ao final de 2010 tinha 21 doentes no internamento. Cada enfermaria tem 4 camas. A média de atendimento é de 30 doentes/dia em consultas externas, destacando – se como causas de doenças mentais os traumas psicológicos consequentes ao estado de guerra que país atravessou, a epilepsia (10 a 15 casos/dia), seguida pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas e outras drogas. A imobilização dos pacientes com agitação psicomotora é feita com gaze e com psicofármacos.

No cômputo geral foram atendidos **4.697** doentes em 2009 contra **4.757** doentes em 2010.

O funcionamento da Instituição é assegurado por **26** trabalhadores dos quais 13 profissionais sendo 3 Psicólogos Clínicos, 6 Técnicos Médios de Enfermagem e 4 Auxiliares de Enfermagem; 13 Trabalhadores de apoio hospitalar entre vigilantes, copeiras, maqueiros, roupeiras e auxiliares de limpeza dirigidos interinamente pelo Sr. Matias Sanjimba Técnico Médio de Enfermagem que trabalha neste serviço há mais de 10 anos, prevendo – se por isso, uma reestruturação organizacional da Direção do Serviço.

Esta instituição é importante na medida em que se encontra inserida na zona central para a qual fluem pessoas vindas do Norte, Sul, Este e Oeste de Angola e é adstrita a um Hospital Central do tipo Regional.

Por outro lado regista – se uma carência gritante de pessoal técnico por abandono dos profissionais de enfermagem que preferiram integrar os serviços de educação por oferecer melhor remuneração salarial. O serviço clínico é assegurado de

dia por Psicólogos que fazem o papel de médicas e por Enfermeiros de noite com apenas 1 profissional de enfermagem por noite; porém, os pacientes com doenças mentais saídos de Luanda procuram o serviço de assistência à saúde mental do Huambo por oferecer um atendimento marcadamente humanizado “inato”, medicação assegurada e garantia de três refeições por dia.

No Huambo as pessoas só procuram o serviço de assistência à saúde mental após terem passado sem êxitos pelos adivinhadores, curandeiros ou terapeutas tradicionais, pastores de seitas religiosas, entre outros.

4.1.3 Descrição do Hospital Psiquiátrico do Lubango

O serviço de psiquiatria do Lubango funcionava no 8º andar do Hospital Central do Lubango como parte integrante do mesmo até 1984, tendo se desmembrado e cedido seu espaço ao Instituto Médio de Saúde. Desta feita, passou a ser uma instituição autónoma com nova localização na encosta do Morro Mapunda a 15 quilómetros da Cidade do Lubango, funcionando numa residência adaptada como serviço de psiquiatria, não sendo por isso, adequada a um serviço de assistência as pessoas portadoras de doenças mentais. Este imóvel foi cedido sem custo pelo proprietário, um português médico psiquiatra Dr. José Farrica, que reside em Portugal.

Actualmente o serviço funciona com 8 enfermarias que podem conter 25 camas.

No final de 2010 havia 16 pacientes hospitalizados.

A média de atendimento de doentes mentais é de 15/dia e de 50/dia de casos diagnosticados com transtornos mentais epilépticos. Só no 3º trimestre do ano de 2010, foram atendidos 309 casos de epilepsia constituindo – se na primeira causa de doenças mentais entre os pacientes atendidos no Hospital Psiquiátrico do Lubango, secundado pelo consumo excessivo de álcool e demais substâncias psicoactivas.

Em 2009 foram atendidos **2.431** dos quais 1511 masculinos e 920 femininos contra os **3.294** de 2010 sendo 1929 masculinos e 1365 femininos.

O funcionamento do hospital é assegurado por 75 funcionários dos quais 1 Psiquiatra, 2 Psicólogos, 16 profissionais de enfermagem sendo 4 Técnicos Médios e 12 Auxiliares, 7 Técnicos de Farmácia e 49 trabalhadores de apoio hospitalar, dirigidos por uma Psicóloga a Dr.^a Madalena Francisco coadjuvada pelo Psicopedagogo Dr. António Cavala que exerce a função de Administrador Hospitalar.

A Instituição enfrenta imensos problemas de difícil resolução que vão desde a sinuosidade da via de acesso, passando pela insuficiência de comida, falta de água para

todos efeitos, falta de energia eléctrica, camas, colchões, portas nas enfermarias até a aquisição de psicofármacos e outros meios hospitalares que poderiam garantir o normal funcionamento do Serviço que é a assistência aos portadores de doenças mentais.

Quanto a amplitude, essa unidade sanitária é bastante exígua e não completou o seu quadro de pessoal (estrutura organizacional) conforme orienta o Decreto Presidencial nº 260/10, de 19 de Novembro, segundo o qual um hospital deve ter na superestrutura: 1 Diretor Geral, 1 Diretor Clínico, 1 Diretor de Enfermagem e 1 Administrador (ANGOLA, DR I SÉRIE nº 219, 2010).

Está em curso a preparação de concurso público das construtoras, para construir de raiz um hospital psiquiátrico da Huíla, na Nova Centralidade da Hewa entre o Aeroporto da Muconca e a Comuna da Arimba Zona Sul do Lubango.

4.1.4 Descrição da Casa de Repouso da Clínica Sagrada Esperança

A casa de Repouso é um serviço de psiquiatria da Clínica Sagrada Esperança que é uma instituição de serviço público, dotada de personalidade jurídica, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com fins não – lucrativos; cujo nível de organização e funcionamento situa – se acima da média dentre instituições similares, por isso, considerada a melhor clínica privada de Angola, inicialmente proposta para o atendimento das necessidades de saúde dos funcionários das empresas diamantíferas nomeadamente: a Empresa Nacional de Diamantes de Angola (ENDIAMA E.P.), a Sociedade de Diamantes de Angola (SODIAMA) e a ENDITRADE (Logística Integrada e Trading, S.A.R.L.), hoje, aberta ao público em geral que possua capacidade financeira para a compra da assistência médico – medicamentosa de qualidade aceitável em Angola.

Tem a sua sede em Luanda e está localizada na Ilha de Luanda, Avenida Mortala Mohamed. Inaugurada em 1991, foi premiada em Abril de 2005 com a Medalha de Ouro da *Fundacion for Excellence and Business Praticce*, situada em Genebra, Suíça.

Por sua vez, a Casa de Repouso foi fundada em 20/05/2002, liderada pelo Psiquiatra Dr. Rui de Encarnação Pires Médico Chefe do Serviço que labuta há 12 anos na Clínica Sagrada Esperança e pelo Técnico de Enfermagem Sr. Jaime Carlos Paulino que substituíra a Sr.^a Guiomar Castelo Branco em 2006. Esta Unidade assistencial possui 7 enfermarias dos quais 3 duplos, 3 triplos, e 1 quarto de isolamento num total de 15 camas. Ao final de 2010 continha 10 pacientes no internamento. A média de

atendimento de doentes é de **(15/dia)**. Em 2009 foram atendidos **179** pacientes contra **194** em 2010. A taxa de ocupação é de 8 pacientes.

As principais causas de morbilidades das pessoas atendidas nessa instituição foram a narcomania, a epilepsia, os transtornos de impulso, entre outras.

O funcionamento da Casa de Repouso é assegurado por 30 trabalhadores dos quais 2 Psiquiatras, 14 profissionais de enfermagem sendo 2 Licenciados, 5 Técnicos Médios e 5 Auxiliares; 4 Psicólogos Clínicos, 1 terapeuta Ocupacional e 2 Assistentes Sociais; 6 trabalhadores de apoio hospitalar designadamente 2 copeiras e 4 dos serviços gerais. A falta de Laboratório de psicofármacos em Angola e a consequente dificuldade na aquisição de psicotrópicos é a principal dificuldade da Casa de Repouso da Clínica da Endiama.

O serviço é pago por um valor equivalente em Kwanzas a 1750 USD/3 dias.

Actualmente está em construção de raiz por uma empresa portuguesa designada por Teixeira Duarte um novo edifício com previsão de 18 enfermarias suites para assistir os clientes com transtornos mentais e uma extensa área para terapia ocupacional localizada à beira mar.

4.1.5 Descrição do Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco

O Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco (CMTAQ) existe há 36 anos e é dirigido pelo Patrono da Fundação Quitoco, ele mesmo Quitoco Maiavangua Médico Tradicional. Fundado na localidade de Kibokolo Município de Maquela do Zombo Província do Uíge.

A prática de curandeirismo vem dos seus ancestrais, passando pela mãe do terapeuta (mamã Samba) que teve a iniciativa de criar o centro até ao alcance da revolução terapêutica do Avô Quitoco. Muito antes de vir a instalar - se em Luanda, Avô Quitoco separou – se da sua mãe, indo trabalhar na cidade do Negage Província do Uíge em 1982, a convite de um paciente por ele curado em Kibokolo, onde funcionou durante 14 anos. Em 1977 recebeu um novo convite por um paciente também por ele curado para exercer as suas atividades na província de Luanda onde a afluência ao centro seria maior e mais rentável. Passou por várias peripécias mudando de um lugar ao outro até que em 2002 instalou – se definitivamente no bairro Dr. António Agostinho Neto no município do Cazenga num terreno obtido por intermédio do parente de uma doente curada.

Inicialmente Centro de Medicina Tradicional Papá Quitoco, localiza – se na 6ª Avenida, Aviário, Bairro Dr. António Agostinho Neto no Município do Cazenga Província de Luanda e dedica – se ao tratamento de doentes com perturbações mentais, esterilidade masculina ou feminina, obstetrícia, epilepsia, hemorróides e pode exercer qualquer actividade permitida por Lei. (ANGOLA, 2000).

Em 1990 o Centro de Medicina Tradicional Papá Quitoco ganhou pela primeira vez o Prémio Galax Angola (Objeto Pau Preto), ocorrido no Palácio dos Congressos “10 de Dezembro” em Luanda.

Após o fim da guerra em 1992, houve um aumento exponencial de pessoas sofrendo de transtornos mentais e urgiu a necessidade de assisti – las seguindo – se de doações de bens de consumo aos hospitais. Nessa altura, o Centro de Medicina Tradicional Papá Quitoco recolhia e assistia massivamente todas as pessoas com transtornos mentais, com a colaboração do Serviço Nacional de Bombeiros com o qual mantém boas relações de trabalho. Após o tratamento tradicional que consiste nos banhos e aplicação de ervas na cabeça do paciente, os doentes mentais são encaminhados ao Hospital Psiquiátrico de Luanda para o tratamento complementar convencional.

Por aumento do volume das suas atividades, pelo impacto social produzido por essas atividades e para garantir a sua sustentabilidade, o Centro de Medicina Tradicional Papá Quitoco, transformou – se na Fundação Avô Quitoco ONG. Daí o ganho pela segunda vez do Prémio Galax Angola (objecto d,ouro), ocorrido no mesmo Palácio dos Congressos “10 de Dezembro” em 1997, desta vez atribuindo ao Avô Quitoco o galardão de melhor cidadão da sociedade, daí a legalização pelo Governo da Fundação e do seu componente Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco conforme consta no Diário da República III Série nº 35 de 1 de Setembro de 2000 que enuncia a Fundação como sendo uma instituição de carácter social, humanitário e de utilidade pública, constituindo o seu fim a recolha, assistência e recuperação e reeducação das pessoas com transtornos mentais e de qualquer outra forma participar em:

- a) Projetos e acções de carácter social de reconhecido significado e interesse no país;
- b) Projetos e acções no domínio da assistência sanitária, investigação e desenvolvimento da Medicina Tradicional e outros que pela sua especificidade se coadunem com a vocação da instituição.

Para o seu funcionamento a Fundação Avô Quitoco conta com 1200 membros maioritariamente ex-pacientes, entre empresários, funcionários públicos, particulares que contribuem cada um com o que pode. Não tem qualquer ajuda ordinária do governo.

A Instituição avô Quitoco, fundou uma Religião denominada *Congregação Cristã de Boa Vontade* que garante os cultos aos Domingos e às 4^{as} feiras. Durante essas sessões é que processa o diagnóstico dos males, exorcismo, prescrição dos tratamentos e conselhos para a prevenção e cura das patologias que afligem os usuários. Noutros horários, o terapeuta trabalha isoladamente no seu consultório.

A infraestrutura é ampla, composta por uma portaria com escritos do Patrono, o interior possui espaço para rezas, farmácia, cozinha, arrecadação, quartos de banho e camaratas em reabilitação com capacidade de 120 camas; contendo 30 doentes ao final de 2010, dos quais 10 homens e 20 mulheres. A média de atendimento de doentes é de **15/dia**.

Em 2009 foram tratados **602** doentes contra os **1108** em 2010 com as seguintes causas de morbilidade de doentes mentais: o desemprego, consumo excessivo de álcool e drogas, epilepsia, divórcios, violência doméstica, pobreza, esterilidade masculina e feminina.

Entre os métodos de tratamento de doentes mentais figura o acorrentamento devido a violência dos doentes, para impedi – los de fugas. Mas não é tudo, a fundação em si é um centro de acolhimento com 6 casas onde moram doentes já recuperados mas abandonados pelos seus familiares. Alguns residem na Fundação há mais de 20 anos e partem dessas casas fazendo a sua vida laboral normal e cada um faz uma contribuição financeira à mesma Organização.

O Médico Tradicional Avô Quitoco é auxiliado por vários colaboradores dos quais 1 Psiquiatra, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Psicólogo Clínico, 1 Sociólogo e 10 Assistentes Sociais em efectivo serviço na Fundação, formados em seminários promovidos pelo Governo de Angola.

Os principais problemas do Centro prendem – se com a degradação das instalações, falta de financiamento próprio para o apoio a reabilitação da Instituição, falta de camas, roupas, colchões, meios rolantes como ambulância para recolha de doentes e mesmo alimentação para os doentes abandonados;

4.1.6 Descrição da REMAR

REMAR significa: RE- *Reabilitação*, MAR- *Marginalizados*; reabilitação de marginalizados. É uma organização não governamental fundada em 1982 em Vitória Alava norte de Espanha pelo Pastor Miguel Dias que recuperado do vício de jogos e do álcool, um dia, vendeu e hipotecou todos os bens que possuía para abrir um centro de acolhimento semelhante a REMAR Angola tendo se expandido para Portugal de onde é filial a REMAR Angola. É um conjunto de Centros Cristãos de Ajuda e Reabilitação que se encontra a trabalhar em mais de 62 países do mundo e representada nos 5 continentes, ajudando e cuidando os viciados em drogas, álcool, crianças abandonadas, mães solteiras, prisioneiros e todos os tipos de carecidos.

Nasceu do desejo de ajudar os toxicodependentes (álcool e drogas) e todas pessoas marginalizadas.

A REMAR é um centro cristão da Igreja Evangélica que teve o privilégio de retirar só em Espanha mais de 100 000 toxicodependentes das ruas, da prostituição e da delinquência e foram ajudados na sua restauração espiritual, física, psíquica, profissional e familiar. Muitos deles foram reabilitados e retornaram ao seu emprego e às suas famílias, enquanto outros permaneceram na REMAR para dedicar suas vidas a ajudar o necessitado, deixando assim de ser elementos negativos para serem úteis e benéficos à sociedade. Dando – se a si mesmos para ajudar o próximo a sair de todos os tipos de problemas sociais. Está disponível em: <http://www.remar.org/> .

Em Angola, a REMAR está legalizada pelo Gabinete de Auditoria Jurídica do Ministério da Justiça a fls 1 do livro B3 do ano de 1997, sob o nº 11/97, estando por isso autorizada a exercer o seu trabalho nesse país sob direcção do Pastor Luís Macedo que é o Director Nacional e representante da Instituição na África Austral. Tem a sede em Viana Rua Nginga Bandi nº 24 Luanda.

Para garantir o funcionamento dos seus serviços esta ONG precisa das ajudas vindas das seguintes entidades colectivas e singulares:

- a) Europa: da Espanha e Portugal vem contentores com produtos diversos.
- b) Angola: ajuda das empresas petrolíferas, Ministério da Assistência e Reinserção Social e pessoas de boa fé.

A visão da organização é baseada no evangelho cristão, é de que cada indivíduo, homem ou mulher, na virtude da sua dignidade e igualdade fundamentais, seja capaz, com seu próprio esforço, de ser o agente responsável pela sua melhoria material, seu

progresso moral e seu desenvolvimento espiritual, e que possa desfrutar de uma vida decente.

O foco da ação da REMAR é a reabilitação e reintegração social das pessoas marginalizadas e necessitadas como aquelas que vivem nas ruas ou que venham das cadeias e não têm por onde ir. Essas pessoas são ocupadas com as seguintes atividades: Pedreira – construção civil; Mecânica com 7 aprendizes, Centro de formação com serralharia e carpintaria; Fábrica de produtos de limpeza denominada Naturália que produz, detergentes, desinfectantes, aromatizantes, entre outros produtos; uma Escola Comunitária com 400 alunos; uma Escola de Informática; costura.

A REMAR recebe em média 6 pessoas/dia. A comunidade alberga no **total 530** pessoas em 9 centros dos quais 3 reservados para o sexo feminino com camaratas contendo várias camas.

Na REMAR o tratamento é natural, feito com base na terapia ocupacional e rezas acompanhadas da pregação do evangelho. O funcionamento do Centro é garantido por um efectivo total de **20** obreiros sendo: 1 Pastor, 4 Co – Pastores e 15 Obreiros.

O consumo abusivo de álcool e drogas é a principal causa da procura dos serviços dessa ONG que enfrenta problemas logísticos tais como aumento excessivo da procura dos préstimos da organização, entram 4 – 8 pessoas por dia; escassez de alojamento principalmente para raparigas e carência de alimentos.

A ONG aponta como solução dos problemas de saúde mental a construção de centros de reabilitação do tipo a REMAR para acolher as pessoas envolvidas com álcool e drogas.

4.1.7 Discussão das questões de instituições assistenciais

Quadro 2 - Instituições de saúde mental e pessoas entrevistadas, Angola 2010.

Nº	Nome da Instituição	Natureza da Instituição	Localização	Entrevistado		
				Categoria profissional	Função	Tempo de Serviço
1	Hospital Psiquiátrico de Luanda	Pública	Província de Luanda	Médico Interno Complementar II	Director Clínico	10 anos
2	Hospital Psiquiátrico do Huambo	Pública	Província do Huambo	Enfermeiro Geral do 1º Escalão	Responsável Interino	10 anos
3	Hospital Psiquiátrico do Lubango	Pública	Lubango Morro Mapunda	Licenciado em Enfermagem	Director Administrativo	3 anos
4	Casa de Repouso da C.S.E. *	Privada	Luanda Ponta final da Ilha de	Psiquiatra	Médico Chefe do Serviço	12 anos
5	Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco	Privada	Luanda Município do Cazenga Província de	Médico Tradicional	Patrono da Fundação Quitoco e Coordenador da UPIMA*	36 anos
6	Associação REMAR	Filantrópica	Luanda Município de Viana	Co - Pastor	Responsável de uma Comunidade	11 anos
7	Programa Nacional de Saúde Mental	Pública gerencial	Província de Luanda	Defectólogo	Chefe de Secção de Saúde Mental	10 anos
8	Secção de Saúde Mental da DPSL*	Pública gerencial	Província de Luanda	Técnica Superior de 2ª Classe (Socióloga).	Coordenadora de Programas	5 anos

Fonte: Fonte: Elaboração do autor deste trabalho.

Legenda (*):

CSE - Clínica Sagrada Esperança.

UPIMA - Unidade de Pesquisa e Investigação de Medicina Tradicional Africana.

DPSL – Direcção Provincial de Saúde de Luanda.

Interpretação: o quadro demonstra todas as instituições pró saúde mental existentes em Angola num total de 8, sendo 5 assistenciais, 1 de acolhimento (REMAR) e 2 de políticas (Programas). Das 5 assistenciais 3 são hospitais públicos, 1 clínica privada e 1 Centro de medicina tradicional. A maioria das instituições (6) está localizada na Província de Luanda e apenas 2 hospitais no resto do país nomeadamente Huambo e Lubango.

QUADRO 3 – Capacidade instalada dos serviços de instituições assistenciais, Angola, 2010.

Nº	Instituição	Enfermarias	Camas	Doentes Internados
1	Hospital Psiquiátrico de Luanda	26	106	450
2	Hospital Psiquiátrico de Huambo	13	48	21
3	Hospital Psiquiátrico de Lubango	8	25	16
4	Casa de Repouso da C.S.E.	7	15	10
5	Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco	Camaratas	120	30
6	Associação REMAR	Camaratas em 9 centros	530	-----
	Total	54	314	1057

Fonte: Elaboração do autor deste trabalho.

Interpretação: quanto a capacidade de atendimento, o hospital psiquiátrico de Luanda é o maior nesta especialidade com 106 camas e recebe portadores de doenças mentais provenientes das demais províncias de Angola porque as outras instituições não se dispõem de recursos a altura de corresponder as exigências sanitárias das populações ou os custos são muito elevados ou ainda à precariedade da assistência.

QUADRO 4 – Pacientes atendidos pelas instituições assistenciais de Angola, no biénio 2009/2010.

Nº	Instituição	2009	%	2010	%	Total geral
1	Hospital Psiquiátrico de Luanda	18.000	69,5	31.163	76,9	49.163
2	Hospital Psiquiátrico de Huambo	4.697	18,1	4.757	11,7	9.454
3	Hospital Psiquiátrico de Lubango	2.431	9,4	3.294	8,1	5725
4	Casa de Repouso da C.S.E.	179	0,7	194	0,5	373
5	Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco	602	2,3	1108	2,7	1710
6	REMAR*	-----	-----	-----	-----	-----
	SubTotal	25.909	100	40.516	100	
	Total geral	25.909	39%	40.516	61%	66.425

Fonte: Elaboração do autor deste trabalho.

- A REMAR é uma instituição de acolhimento e não de tratamento. Assiste as pessoas com rezas, pregação do evangelho e realização de atividades profissionalizantes, por isso, não apresenta dados de pacientes atendidos.

Interpretação: observa – se que a quantidade de pacientes com transtornos mentais atendidas em Angola no biénio 2009 e 2010, aumentou exponencialmente de 25.909 (39%) para 40.516 (61%) respectivamente apesar da inexistência de notificação de casos em todo território nacional decorrente da falta de dispositivos terapêuticos específicos nas grandes cidades e comunidades.

QUESTÕES

SOBRE AS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBILIDADE DE DOENTES MENTAIS ATENDIDOS NAS INSTITUIÇÕES ASSISTENCIAIS DE ANGOLA.

Epilepsias, uso de substâncias psicoativas, transtornos afetivos, transtornos somáticos relacionados com o estresse somático, retardos mentais com alteração e transtorno do desenvolvimento psicológico.

No nosso meio podemos indicar os transtornos mentais derivados dos confrontos bélicos que passaram na nossa cidade e; ultimamente o consumo excessivo de álcool e demais substâncias psicoativas pelos jovens. A juventude está muito inclinada neste vício. É um problema preocupante. Transtornos mentais epiléticos, episódios depressivos, esquizofrenia.

Transtornos mentais epilépticos, consumo excessivo de álcool e demais substâncias psicoativas, episódios depressivos, esquizofrenia.

Transtornos endógenos: esquizofrenia, transtornos bipolares, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, narcomania.

Falta de emprego, consumo excessivo de álcool e drogas, epilepsia, divórcios, violência doméstica, pobreza, esterilidade masculina e feminina.

O consumo abusivo de álcool e drogas.

Nós críticos:

- Consumo excessivo de álcool e demais substâncias psicoativas.

Interpretação: a principal causa de doenças mentais em Angola identificada pelos entrevistados é o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o que é frequente entre as populações, principalmente aquelas acabadas de sair da guerra, extremamente pobres, carregando consigo traumas psicológicos, frustrações e demais consequências imprevisíveis e agravadas pela falta de legislação que impusesse ética na produção, comércio e consumo de bebidas alcoólicas. O álcool etílico é a droga psico-ativa mais utilizada no mundo.

Discussão: atualmente, o abuso desta droga vem alcançando proporções massivas, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, e está associado a uma série de consequências adversas, de maior relevância do ponto de vista clínico. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool) (PORTALBRASIL. M E D I C I N A. Disponível em: http://www.portalbrasil.net/medicina_glossario.htm/. Para a OMS, as prioridades na área de saúde mental são depressão, psicoses, suicídio, epilepsia e demência causadas por uso de álcool e drogas, além de doenças mentais em crianças (OMS, 2010).

OUTROS DIAGNÓSTICOS EM DESTAQUE:

Sem resposta.

Sem resposta.

Sem resposta.

Epilepsia e transtornos de impulsos.

Sem resposta.

Sem resposta.

Nós críticos:

- Sem resposta.

Interpretação: em Angola o fraco julgamento dos diagnósticos em psiquiatria reflete a exiguidade de psiquiatras e demais profissionais especializados no ramo ou seja, os poucos que existem trabalham em Luanda; nas restantes províncias apenas a Huila conta com os préstimos de um psiquiatra expatriado. Se mesmo quando se tem especialistas suficientes é possível haver vieses já conhecidos nos diagnósticos, pior se os não tiver. É como dizia Claude Bernard citado por Hototian & Diniz (s/d). Disponível em: <http://www.livrariacultura.com.br/imagem/capitulo/2744839.pdf>): “*Quem não sabe o que procura não pode interpretar o que acha*”.

QUAIS SÃO AS PREOCUPAÇÕES COM MEDICAMENTOS (PSICOTRÓPICOS)?

Há problemas com os psicofármacos de 3ª linha por serem bastante onerosos tais como: leponex, ceroquel, ciprexa, entre outros.

Quanto aos medicamentos podemos dizer que não temos tido grandes problemas daqueles localmente usados mas falta – nos medicamentos de desintoxicação para pacientes toxicodependentes.

As preocupações baseiam - se fundamentalmente com a sua aquisição:

- a) Os psicotrópicos são escassos, atendendo a exiguidade de verbas e as dificuldades na sua aquisição já que não há comparticipação da população nos custos de saúde.
- b) Não há venda de psicotrópicos nas farmácias da região por isso poucas famílias podem apoiar.
- c) Falta de uma farmácia que venda psicofármacos.

Dificuldade de aquisição por não existir laboratório localmente.

Usamos plantas medicinais. São medicamentos que buscamos das Províncias e agradecemos pela livre circulação de pessoas e bens e as áreas foram desminadas por isso, não há problemas na busca de medicamentos.

Não usamos nenhum tipo de medicamentos.

Nós críticos:

- Há problemas com os psicofármacos de 3ª linha por serem bastante onerosos...
- Falta – nos medicamentos de desintoxicação...

- Os psicotr3picos s3o escassos, atendendo a exiguidade de verbas... dificuldades na sua aquisi33o...
- N3o h3a venda de psicotr3picos nas farm3cias da regi3o...
- Dificuldade de aquisi33o por n3o existir laborat3rio.

Interpreta33o: todos os entrevistados apontaram a car3ncia de psicof3rmacos em geral e a falta de psicotr3picos de 3^a linha no mercado nacional devida a inexist3ncia de laborat3rios farmac3uticos e por necessidade de assist3ncia aos pacientes, esses medicamentos t3m que ser importados apesar da sua onerosidade dos cofres de um estado em reconstru33o onde a popula33o tem car3ncias de v3ria ordem e poucos recursos financeiros. O conselho vem do Folclore de Portugal: “*Quem demanda tiver n3o dorme quando quer*”. Dispon3vel em: <http://www.folcloreonline.com/proverbios/justi3a.html>.

OUTROS M3TODOS DE TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS QUE CONHE3A:

Sem resposta.

Sem resposta.

Sem resposta.

Sem resposta.

Cultos religiosos, imobiliza33o, acorrentamento devido a viol3ncia dos doentes para que n3o saiam.

Sem resposta.

N3s cr3ticos:

- Sem resposta.
- Imobiliza33o, acorrentamento devido a viol3ncia dos doentes para que n3o saiam.

Interpreta33o: nota – se a limita33o dos entrevistados quanto aos m3todos de tratamento em psiquiatria devido tamb3m a limita33o de conhecimentos e de tecnologia dispon3vel nas institui33es assistenciais a pessoas sofrendo de doen3as mentais.

Discuss3o: para Campos (2004) Dispon3vel em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/13257>, os m3todos ou formas de tratamento comumente usados s3o: medicamentoso, Tratamentos com Eletroconvulsivos (ECT) (Eletroconvulsivoterapia), O tratamento de Programa

Comunitário, Reabilitação vocacional, Tratamentos alternativos, Terapia Psicosocial (Psicanálise e Psicologia), A família e estruturas de apoio externa, entre outros.

CULTURALMENTE, COMO É FEITO O TRATAMENTO DE DOENTES MENTAIS NAS COMUNIDADES DA SUA REGIÃO OU MUNICÍPIO?

Sem resposta.

Banhos tradicionais, fumaças, rezas, métodos eméticos, tatuagens.

Sem resposta.

Com plantas, ervas medicinais e charlatanismo.

A Fundação faz rezas, orações e aconselhamento em colaboração com psicólogos e sociólogos.

Sem resposta.

Nós críticos:

- Banhos tradicionais, rezas, orações.
- Com plantas, ervas medicinais e charlatanismo.

Interpretação: o modo de tratamento de pessoas com transtornos mentais segundo a cultura do Povo angolano não é ainda conhecido entre os entrevistados o que requer pesquisas científicas neste pormenor, para o enriquecimento e aperfeiçoamento das formas de tratamentos de que se serve atualmente a esmagadora maioria da população rural e mesmo urbana, a julgar pela exiguidade de instituições sanitárias e de profissionais específicos para essa área. Daí o uso do charlatanismo (propaganda de serviço ou produto não comprovado) protagonizado por curandeiros e personalidades de ceitas religiosas espalhadas pelo país visando extorquir dinheiro às populações carenciadas.

Discussão: de acordo com Viegas & Bernardo (2010), a Medicina Tradicional constitui uma realidade na gestão da doença e da cura e em particular no que diz respeito aos transtornos mentais das populações angolanas. Enquanto prática social largamente utilizada pela maioria das populações, também ainda não alcançou o lugar que lhe é devido, nos cuidados primários de saúde, de acordo com as orientações saídas de Alma – Ata (1978). Contudo, tem merecido uma particular atenção no quadro das políticas de saúde pública desde a independência de Angola. Esta atenção começa a ser espalhada na Lei 9/75 de 13 de Dezembro, no seu artigo 2 – l) que orienta o seguinte: impulsionar a investigação científica no domínio das ciências médicas em geral e em particular da medicina tradicional de modo a integrá – la na prática clínica.

NA INSTITUIÇÃO EXECUTAM – SE ACTIVIDADES/PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS QUE VISAM HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL?

Sim, baseados na terapia ocupacional.

Sim, têm sido efectuadas visto que temos um bom número de técnicos superiores formados em psicologia que tem – se dedicado a estas actividades de humanização não só para doentes como também para os trabalhadores.

Recebemos os nossos utentes com o mínimo de dignidade; temos feito trabalhos de sensibilização dos trabalhadores sobre uma assistência minimamente humanizada; temos uma caixa de reclamações para utentes e pedimos aos nossos guardas que recebam as pessoas o mais afável possível.

Sim, são ministrados cursos regularmente aos enfermeiros, médicos clínicos gerais e palestras aos familiares.

Demos tempo de lazer, várias actividades por nós organizadas e aqueles pacientes já recuperados participam; melhor tratamento e assistência médica e sua integração como por exemplo trabalhar na limpeza e na construção civil.

Sim, baseados na terapia ocupacional.

Nós críticos:

- Temos uma caixa de reclamações para utentes...

Interpretação: as caixas de reclamações existentes nos hospitais de Angola foram instituídas no ano de 2010 através dos *Gabinetes dos utentes (usuários) aprovados no Regime Jurídico da Gestão Hospitalar* e visam identificar os problemas enfrentados pelos pacientes, a forma como têm sido assistidos e a promoção da assistência humanizada (ANGOLA, 2010). Mas a humanização é muito mais do que colocar uma caixa de reclamações que nem sempre o doente e seus familiares podem usar pior quando se trate de pessoas portadoras de doenças mentais: é preciso melhorar as condições de trabalho dos profissionais e pessoal de apoio hospitalar, dos usuários no tocante a qualidade de assistência incluindo alimentação, a melhoria na comunicação terapêutica, a proteção dos seus direitos enquanto doente e finalmente velar pelas condições das estruturas físicas.

Discussão: da literatura sobre humanização é de acolher a descrição do portalhumaniza disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=119>,

segundo o qual humanizar é empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde com estratégias a desenvolver em três níveis: 1) ao profissional de saúde; 2) ao usuário; 3) à instituição sanitária.

QUAIS SÃO AS MODALIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL PRATICADAS NA INSTITUIÇÃO?

Jardinagem, artesanato, futebol salão, corridas com as cadeiras.

Neste momento não temos actividades de terapia ocupacional por falta de meios e por estar a funcionar num recinto restrito e provisório que não permite fazermos mais coisas.

Da responsabilidade do hospital não temos um assistente social por isso não se pratica terapia ocupacional da responsabilidade do hospital. A terapia ocupacional é feita 3x/semana pelas IRMÃS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS da Igreja Católica com material próprio. Ensinam os pacientes a produzirem artefactos. Todos os anos organizam exposições, fazem feira de produtos confeccionados pelos pacientes a 10 de Outubro Dia Internacional da Saúde Mental e culmina com culto e confraternização.

Arteterapia.

Rezas e orações.

Corte e costura e culinária.

Nós críticos:

- Neste momento não temos actividades de terapia ocupacional por falta de meios.
- Da responsabilidade do hospital não temos. Falta um assistente social por isso não se pratica terapia ocupacional da responsabilidade do hospital.

Interpretação: Em Angola não existe a prática de terapia ocupacional baseada em critérios científicos por não haver nenhum terapeuta ocupacional formado nesta subespecialidade de psiquiatria. No decorrer desta pesquisa constatou – se que apenas 2 das 6 instituições assistenciais praticam a terapia ocupacional. As demais instituições vão utilizando os pacientes como mão-de-obra para as suas diversas atividades. A verdadeira terapia ocupacional é terapêutica e depende do estado de cada paciente.

Silveira (2009), descreve 8 modalidades de terapia ocupacional ainda assim, passíveis de editamento e são: modelo de desempenho ocupacional, de reabilitação,

biomecânico, comportamental, de incapacidade cognitiva, de neurodesenvolvimento, de ocupação humana ou 'modelo moral e modelo de integração Sensorial.

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

QUAL É A IMPORTÂNCIA DA INSTITUIÇÃO E PORQUÊ DA SUA INSERÇÃO NO MEIO?

Esta instituição é fundamental por assegurar a assistência as pessoas portadoras de doenças mentais. É um componente essencial e integrante de saúde mental daí a sua importância e inserção no meio.

A nossa instituição tem uma grande importância no concenrente a recuperação de doentes mentais visto que são seres humanos que não devem ser abandonados só por atravessarem um momento de doença e visto que a nossa instituição está inserida numa área de confluência entre as regiões centro e sul de Angola e é adstrita a um Hospital Central do tipo Regional.

A importância é grande até do ponto de vista histórico, nós estamos num país que vivenciou mais de 30 anos de guerra que foi deixando muitas mazelas sobretudo do fórum mental e; também porque hoje por hoje a saúde mental também é um problema de saúde pública, daí fundamenta – se a importância desta instituição.

A instituição é importante por prestar cuidados especializados e inseriu – se nesta clínica para atender a demanda dos doentes mentais.

A importância da instituição é baseada nos serviços de saúde para cura das enfermidades, doenças: temos um projecto que lançamos em 1992 de assistência e reintegração social para os portadores de deficiência mental. Proteger os doentes mentais (Recolha, assistência e integração social) dos abandonados pelos seus familiares.

A missão da REMAR é melhorar as condições de vida das crianças, famílias e comunidades em regiões e países pobres, estabelecendo projectos que se auto – financiam, de desenvolvimento e da sensibilização, com o alvo final de mudar as estruturas a fim de contribuir para a erradicação completa da pobreza. Para lutar contra a marginalização social, a fome, a má nutrição, a pobreza, a doença, o subdesenvolvimento e a falta de instrução e para trabalhar para a erradicação das causas estruturais que produzem estes problemas: injustiça, distribuição desigual da riqueza e das oportunidades entre indivíduos e povos, ignorância, preconceito, falta de solidariedade, indiferença e a crise de valores humanos e cristãos.

Nós críticos:

- ...para atender a demanda dos doentes mentais.
- Para lutar contra a marginalização social.

Interpretação: o surgimento na era colonial de instituições de assistência às pessoas com transtornos mentais em Angola deveu – se fundamentalmente ao atendimento da demanda dessas pessoas e não para garantia dos direitos de cidadania como sejam a justiça social ou a equidade na redistribuição da renda nacional nem para a reabilitação de pessoas economicamente ativas, porque não era do interesse do colonizador. Segundo Amarante (2003), um hospital é uma instituição médica por excelência, lugar privilegiado tanto do exercício da atividade médica quanto de produção de saber da medicina moderna. Num país independente e, em tempo de paz é preciso primar pela garantia integral da saúde e proteção social como se refere a Constituição de Angola no seu artigo 77 (ANGOLA. CONSTITUIÇÃO DE 2010).

QUAIS SÃO OS PROBLEMAS DA INSTITUIÇÃO?

Perfil da instituição em termos das condições infraestruturais. Dificulta a organização – abertura de novos serviços; Carência de especialistas para assegurar o funcionamento dos serviços. Há médicos que trabalham a 10 anos sem especialidade; Baixa remuneração para os enfermeiros.

Neste momento os grandes problemas que temos são: falta de quadros especializados, de profissionais de enfermagem geral e de pessoal de apoio hospitalar; estrutura física inadequada: funcionamento numa instalação provisória que tinha sido concebida para albergar doentes por um determinado tempo já expirado e agora vemo – la degradando – se a cada dia que passa; falta de treinamento dos profissionais em psiquiatria. As Psicólogas auto – orientam – se para assistir os pacientes, lendo alguns conteúdos dispersos em folhetos que vão encontrando no seu dia – a – dia; abandono de doentes mentais pelos seus familiares, em média 5 doentes por mês por alegada inutilidade dos mesmos. Neste momento há no serviço 3 doentes abandonados; falta de acompanhamento dos pacientes em tratamento pelos seus familiares o que causa elevado índice de reinternamentos; carência de recursos materiais para todos efeitos; falta de um serviço integrado entre o Ministério de Assistência e Reinserção Social e o Serviço de Psiquiatria, para a reinserção de doentes mentais compensados no seio social

e familiar. Existem pacientes já compensados que ocupam camas há 6 meses por falta de destino, quer seja familiar ou sócia.

Os problemas são inúmeros começando pela própria estrutura: o imóvel foi adaptado na medida que isto é uma residência. Uma psiquiatria no verdadeiro sentido tem especificidades muito próprias; a via de acesso ao hospital é bastante sinuosa que não facilita o acesso ao serviço. Carência, onerosidade e falta de fornecedores de psicofármacos no mercado local cuja aquisição é feita a partir de Luanda. Insuficiência da quota financeira atribuída ao hospital que é de (AKZ 200.000/mês). Défice e baixa qualidade dos alimentos para os doentes que neste caso dependem única e exclusivamente do hospital e de algumas ajudas das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, da Mocidade Cristã da Igreja União e das Organizações Orcalves, visto terem sido abandonados pelos seus familiares, na sua maioria. Insuficiência de profissionais, dado que o hospital só tem 1 Psiquiatra, agora felizmente temos 2 Psicólogos mas o pessoal técnico de enfermagem nunca teve treinamento ou ao menos um seminário sobre assistência a pessoa com transtorno mental. Estes técnicos deveriam ter uma abordagem profissional mais específica.

Exiguidade de infraestrutura, recursos humanos e medicamentosos.

Temos vários problemas: falta de financiamento próprio para o apoio a reabilitação desse centro, compra de camas, colchões, roupas e mesmo alimentação para doentes abandonados; falta de meios rolantes como ambulância para recolha de doentes; lamentamos a falta de materiais que vivemos aqui porque camas e colchões foram destruídos pelos próprios pacientes; insuficiência de colchões, cobertores e vestuário para os doentes recolhidos da via pública.

Os principais problemas da instituição são logísticos: aumento excessivo da procura dos préstimos da organização, entram 4 – 8 pessoas por dia; escassez de alojamento principalmente para raparigas, não há lugares para raparigas; carência de alimentos.

Nós críticos:

- Falta de quadros especializados...
- Baixa remuneração para os enfermeiros
- Estrutura física inadequada: funcionamento numa instalação provisória.
- Insuficiência de profissionais...
- Carência, onerosidade e falta de fornecedores de psicofármacos...
- Défice e baixa qualidade dos alimentos para os doentes...

Interpretação: os principais problemas identificados pelos entrevistados deste estudo foram as péssimas condições e inadequação de infraestruturas; falta de psicofármacos de 3ª linha, onerosidade e escassez de outros; insuficiência de quadros e falta de profissionais especializados; carência e baixa qualidade de alimentos para os doentes e baixa remuneração para os profissionais de enfermagem. Quanto às infraestruturas estão todas em obras, umas em reabilitação e duas em construção de raiz nomeadamente a Casa de Repouso da Clínica Sagrada Esperança e o futuro Hospital Psiquiátrico da Huila. A resolução dos restantes problemas fica a depender do interesse e da capacidade de planeamento dos gestores dessas instituições.

QUE POSSÍVEIS SOLUÇÕES EM RELAÇÃO A ASSISTÊNCIA OU POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL?

Definir política de saúde mental. Vamos deixar que os políticos definam a política de saúde mental; Proposta de criar um programa de educação à saúde mental na televisão canal público com a designação de “MENTE SADIA”.

As possíveis soluções passam por uma formação de mais quadros sobretudo na área de especialização e não esquecendo também o pessoal de apoio médico e também dos quadros da área de enfermagem geral. Maior responsabilização na assistência social aos pacientes provenientes de localidades longínquas e de outras províncias do país; elaboração de políticas sobre saúde mental em Angola.

Nós somos apologistas de que a saúde mental não pode ser vista numa perspectiva curativa ou seja, medidas deveriam ser vistas também numa componente preventiva.

A nível da Província da Huila não temos o Programa de saúde mental. Pensamos que se tivéssemos o programa de saúde mental deveria trabalhar na componente preventiva porque só tratando não estamos a ir no cerne da questão que é a prevenção; é preciso prevenir as doenças mentais; alargar o leque das actividades de saúde mental para as comunidades. Semanalmente tem havido abordagem sobre saúde mental na Rádio 2000 do Lubango apelando aos profissionais no sentido de receber e tratar os doentes mentais com o mínimo de dignidade possível mas devido a problemas de vária ordem este programa deixou de ser emitido.

Melhoria da organização do serviço; concepção de políticas e estratégias a curto, médio e longo prazos.

Falta incentivar a política de saúde mental no País. Pouco interesse na política de saúde mental; sugerir mobilização da sociedade civil; elaboração de política nacional de saúde mental; criação de centros de intervenção social em todo território nacional ao contrário das actuais consultas de psicoterapias feitas pela Organização da Mulher Angolana (OMA) contra violência doméstica; temos um projecto de recolha, localização familiar e reintegração social de doentes mentais.

É uma luta. A solução dos problemas de saúde mental passa pela construção de centros de reabilitação do tipo a REMAR para acolher as pessoas envolvidas com álcool e drogas.

Interpretação:

Para todos os entrevistados a solução em relação a assistência ou política de saúde mental em Angola passa pela elaboração de política nacional de saúde mental e pela descentralização das atividades de saúde mental para as comunidades, prevendo ações assistenciais e preventivas a curto, médio e longo prazos. Segundo Amarante (2003), o aspecto considerado mais inovador da Psiquiatria Preventiva diz respeito à possibilidade de intervenção sobre as causas e a evolução das doenças mentais. Com base na Medicina Preventiva, acreditava – se que seria possível não apenas tratar as doenças, mas evitá – las e, acima de tudo, formar uma comunidade mentalmente sadia.

EXISTE UM PROGRAMA/PROJECTO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL?

Existe um projecto concebido pela Direcção Pedagógica deste Hospital para formar técnicos que provenham de todo o País. Já foram formados 45 técnicos de enfermagem para a Província de Luanda.

Localmente podemos dizer que não existe.

Não existe nenhum programa de formação.

Foram ministrados cursos de enfermagem em saúde mental.

Não. Lançamos uma formação de doentes em pedreira, pintura, agricultura, jardinagem, arborização do ambiente.

Não é necessária a existência de um programa de formação em saúde mental porém, a organização está empenhada na formação de pedreiros, mecânicos, carpinteiros e brevemente a formação de técnicos de informática.

Nós críticos:

- Não existe nenhum programa de formação.

Interpretação: Quanto a previsão de formação de quadros apenas o Hospital Psiquiátrico de Luanda e a Casa de Repouso da Clínica de Endiama possuem recursos financeiros e projetam a especialização dos seus profissionais.

QUAL É A RELAÇÃO DESTA INSTITUIÇÃO COM O PNSM QUANTO A PROTOCOLOS POLÍTICOS E PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS?

Não existe protocolo político nem terapêutico com o Programa Nacional de Saúde Mental; a relação existente entre o Hospital Psiquiátrico de Luanda e o Programa Nacional de Saúde Mental assenta apenas no facto do Hospital Psiquiátrico ser parte integrante da saúde mental.

Uma relação directa não existe. Nunca tivemos nenhuma visita de um responsável do Programa Nacional de Saúde Mental. Aqui na Província do Huambo nada consta sobre a existência desse programa.

Esta relação é praticamente nula. De princípio nós não somos conhecidos pelas estruturas centrais, não somos conhecidos em Luanda. Esta relação é nula. Este programa não está incluído entre os programas de saúde pública aqui no Lubango. Se existisse seria o elo de ligação entre a Província e Luanda.

Nenhuma.

Nenhuma. Temos boa cooperação com o hospital psiquiátrico de Luanda, no caso de transferência dos pacientes para lá e vice - versa e também na participação activa em outras actividades de saúde mental como os fóruns, comemoração do dia da Saúde Mental.

Não temos qualquer relação com o Programa Nacional de Saúde Mental. A REMAR não recebe pessoas com doenças mentais nem usa nenhum tipo de medicamento. Os doentes mentais são aconselhados a irem ao Hospital Psiquiátrico de Luanda. Só recebemos pessoas que têm transtornos mentais quando se drogam porque sabemos que aqui na remar não vão se drogar.

Nós críticos:

- Não existe protocolo político nem terapêutico com o Programa Nacional de Saúde Mental.
- Uma relação directa não existe. Nunca tivemos nenhuma visita de um responsável do Programa Nacional de Saúde Mental. Aqui na Província do Huambo nada consta sobre a existência desse programa.

- Este programa não está incluído entre os programas de saúde pública aqui no Lubango.

Interpretação: segundo os participantes ao estudo, nenhuma das instituições visitadas tem relação com o Programa Nacional de Saúde Mental nem que existam protocolos sejam eles políticos ou terapêuticos visando a cooperação na formação de quadros e buscando experiências internacionais para a elaboração de normas angolanas não só para assistência psiquiátrica como também com a finalidade de promover a saúde mental, descentralizar a assistência às comunidades e prevenir as doenças mentais.

QUAIS SÃO AS PERIPÉCIAS PELAS QUAIS PASSA O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA E NA SOCIEDADE?

Apedrejamento de doentes mentais pelas populações. Expulsão dos doentes mentais dos empregos.

Na família temos notado que a tendência é tentar abandonar o doente na rua para ser recolhido pela polícia e enquanto não melhorar não aparece nenhum parente; na sociedade temos notado a marginalização e falta de afecto por parte da família dos doentes mentais.

Essa é uma situação bastante preocupante: nós aqui por exemplo temos um número muito reduzido de doentes que têm apoio da família; há famílias que trazem seus doentes acorrentados e fechados com cadeados, abandonando – os de seguida na porta do hospital; Tem sido necessário cerrar esses cadeados; o mais grave ainda é saber que os próprios trabalhadores são estigmatizados pela sociedade e até pelos colegas da saúde, tratando – os de “malucos” como se todos nós fôssemos perturbados mentais. Dizem: “os malucos” estão a vir; qualquer portador de um documento clínico como justificativos de faltas, receitas, e relatórios médicos com carimbo do hospital psiquiátrico são estigmatizados pelas entidades receptoras.

Estigmatização e preconceito familiar.

É um caso muito crítico: pouca atenção das famílias; há muito desprezo dos doentes principalmente daqueles que não podem ajudar os seus familiares na renda, são abandonados. Poucos dão atenção aos doentes.

As pessoas são desprezadas pelos familiares. A sociedade hoje despreza. O «doente mental» é tratado como pessoa que não serve para nada, que não presta, que não vale nada. Nós valorizamos as pessoas porque são semelhantes a Deus. A pessoa aprende a ser valorizada aqui na Remar.

Nós críticos:

- Apedrejamento de doentes mentais pelas populações. Expulsão dos doentes mentais dos empregos.
- Estigmatização e preconceito familiar.
- O «doente mental» é tratado como pessoa que não serve para nada, que não presta, que não vale nada.

Interpretação: quanto as peripécias pelas quais passam os portadores de doenças mentais, os participantes ao estudo apontam o desprezo pelos familiares, a expulsão dos empregos e os maus tratos das pessoas em geral. Em Angola, uma pessoa portadora de transtorno mental é tida pela comunidade como possuída pelos espíritos malignos, endemoniada, pessoa de práticas reprováveis que podem ser: falta de honra no compromisso de casamento, prática sexual com mulher de outrem, usurpação de bens alheios, roubos, falta no atendimento dos espíritos dos parentes defuntos que é feito com rituais de dança, música folclórica, sacrifício de animais e xinguilamentos neste estudo definido como (estado de euforia, acompanhado de gesticulações e recomendações imperativas em nome dos defuntos), incumprimento dos pactos com feiticeiros que visam o enriquecimento fácil da pessoa, tais como: prática de sexo com a própria mãe, com a filha ou com uma menor de idade virgem, eliminar fisicamente uma sobrinha ou uma irmã, entre outras práticas criminosas.

Discussão: Segundo informações da OMS, pessoas com problemas mentais estão entre as mais marginalizadas nos países pobres (OMS, 2010).

COMO TEM SIDO A REINSERÇÃO DE DOENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS COMPENSADOS NO SEIO FAMILIAR E NO EMPREGO?

40% Tem sido reinserido na família e no emprego.

Na família tem sido numa maneira estranha porque ela não aparece enquanto o doente estiver pior mas logo que esteja compensado a família aparece e até faz a companhia e colabora na sua recuperação; a reinserção tem sido boa com ajuda dos psicólogos junto dos familiares e, nos empregos exibindo relatórios médicos eles são aceites.

Está a cargo das mesmas Irmãs, Ministério da Assistência e Reinsertação Social e da Cruz Vermelha de Angola a localização familiar dos pacientes; algumas entidades empregadoras recebem os indivíduos com algum receio mediante um relatório médico e

explicamos em como o doente está recuperado e pode retomar as suas actividades. Muito difícil.

Nosso dever é a localização familiar. O doente é enquadrado na congregação ou na Fundação Quitoco; não há problemas graves na integração dos doentes recuperados na família e nos seus empregos. Para isso, são passados justificativos, algumas vezes com ajuda da Direcção Clínica do Hospital Psiquiátrico de Luanda.

A reinserção dos nossos usuários na família e no emprego é constante. Alguns acabam ficando a servir a própria organização.

O Ministério da Assistência e Reinserção Social (MINARS) tem sido um parceiro importante na execução desta tarefa.

Nós críticos:

- A reinserção de doentes com transtornos mentais compensados no seio familiar e no emprego tem sido muito difícil.

Interpretação: um entre os participantes ao estudo, respondeu como sendo muito difícil a reinserção social de pessoas com doenças mentais já compensadas. A cultura de que o «doente mental» é um caso perdido, a falta de educação para a saúde mental e de uma legislação específica que assegure os seus direitos, agravam a rejeição tanto na família como na sociedade dessa franja da população.

QUAIS SÃO AS INSTITUIÇÕES QUE ACOLHEM OS PACIENTES JÁ
TRATADOS QUE NÃO TÊM OU NÃO CONTAM COM APOIO DOS SEUS
FAMILIARES?

Não existe instituições de acolhimento para doentes mentais compensados.

A esmagadora maioria reside no Hospital Psiquiátrico de Luanda; 20 a 30% dos doentes são considerados residentes.

Neste momento temos apenas uma instituição dependente do hospital geral que são os serviços sociais que chamamos de abrigo por onde são encaminhados todos pacientes desamparados.

Naqueles casos em que os familiares não aparecem o Ministério da Assistência e Reinserção Social tem um Lar para os acolher. Este Lar é gerido pelas Irmãs com patrocínio do mesmo Ministério e da Cruz Vermelha de Angola. Neste momento existem 6 pacientes já compensados mas sem paradeiro.

Hospital Psiquiátrico de Luanda.

A Fundação Quitoco suporta – os. Às vezes colaboramos com o Ministério de Assistência e Reinserção Social e com os Bombeiros na recolha dos doentes. A

Fundação tem 6 casas de acolhimento onde moram os doentes já recuperados. Há pacientes abandonados que residem na Fundação há 20 anos e partem dessas casas fazendo a sua vida laboral normal, depois cada um dá uma contribuição financeira à mesma Fundação.

A REMAR é uma organização de acolhimento aos marginalizados.

Nós críticos:

- Não existe instituições de acolhimento para doentes mentais compensados.
- A esmagadora maioria reside no Hospital Psiquiátrico de Luanda; 20 a 30% dos doentes são considerados residentes.
- ...temos apenas uma instituição dependente do hospital geral que são os serviços sociais...

Interpretação: a julgar pelas respostas dos entrevistados deste estudo, após a recuperação das pessoas com doenças mentais, não existe dispositivos de acolhimento a partir dos quais continuariam o tratamento iniciado no hospital e retornariam às suas atividades de renda, daí que transformam o hospital em residência permanente por não terem por onde ir, já que na maioria dos casos foram rejeitados pelas famílias ou perderam as fontes de rendimento. O Hospital Psiquiátrico de Luanda que recebe doentes vindos de todas as partes de Angola, alberga muitos doentes compensados que não têm por onde ir e residem no hospital a mais de 20 anos; por isso, tornam – se diaristas da comunidade adjacente, recebem alguma remuneração pelo trabalho feito e como já têm alojamento e comida garantida pelo hospital, dedicam – se principalmente ao consumo de bebidas alcoólicas e da cannabis no espaço intra – hospitalar. O pior é que aliciam os doentes recém internados a troca de algum bem (financeiro ou material) a enveredarem pela mesma prática e inviabilizam o tratamento destes últimos o que é proibido pela Lei Angolana (ANGOLA, Lei nº. 3/99 de 6 de Agosto, artigo 9/ tabelas 1-B e 1_C). Assim, caem em saco roto os esforços do corpo clínico e os recursos financeiros dispendidos para o alcance de sucessos na assistência à estas pessoas. A solução definitiva deste fenómeno passa pela adequação da infraestrutura ao tipo de patologias a serem atendidas e pela moralização dos guardas com salários compatíveis para que sejam implacáveis na vistoria dos usuários (doentes residentes e amigos) que fluem ao hospital.

4.2 DA GRELHA DE ENTREVISTA PARA O PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E DA SEÇÃO/NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL DA DIREÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE DE LUANDA.

4.2.1 Descrição do Programa Nacional de Saúde Mental

O Programa Nacional de Saúde Mental subordina – se directamente à Direção Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde. É coordenado pelo Defectólogo Dr. Albino Cunene Coelho de Carvalho que funciona nessa instituição sanitária há 10 anos. Seu funcionamento teve início em 1989. Acredita - se que a Dr.^a Natália da Silva de Carvalho do Espírito Santo tenha sido a 1^a Coordenadora deste Programa, cargo que exercia cumulativamente com o de Diretora Geral do Hospital Psiquiátrico de Luanda.

No ano de 2000 a Dr.^a Natália da Silva de Carvalho do Espírito Santo é nomeada Vice – Ministra da Saúde e o Programa Nacional de Saúde Mental passa a ser assumido pelo Dr. Albino Cunene Coelho de Carvalho a partir dessa data até ao presente ano de 2011, funcionando com 1 Psicóloga e 1 Defectólogo.

Este Programa se assemelha aos programas de doenças negligenciadas, digo, é um programa negligenciado na medida em que não se dispõe de recursos de todos os tipos que permitissem o seu pleno funcionamento. Está desprovido de quase tudo mas traçou os seguintes objetivos: promover estilos de vida saudáveis de saúde mental na população; inserir a saúde mental nos Cuidados Primários de Saúde (atenção básica); formar especialistas em saúde mental e como atividade, costuma comemorar anualmente o Dia Internacional da Saúde Mental.

O Programa não está representado em nenhuma Província de Angola por falta de financeiros, humanos e materiais por isso, trabalha directamente com o departamento de promoção de saúde para inserir algumas actividades de saúde mental e promoção à saúde mental de modo integrado. Espera – se que funcione.

Não possui quaisquer tipos de indicadores de saúde mental, não tem protocolos internos nem internacionais, não elaborou protocolos terapêuticos nem a Política Nacional de Saúde Mental e não tem projeto de especialização de profissionais em saúde mental.

4.2.2 Descrição da Seção/Núcleo de Saúde Mental da Direção Provincial de Saúde de Luanda

Em 2008 numa atividade de recolha de portadores de doenças mentais das ruas da Província de Luanda em colaboração com o Hospital Psiquiátrico, Governo da Província de Luanda e com o Ministério da Família e Promoção da Mulher resultou a iniciativa de criação do Núcleo de Saúde Mental na Província de Luanda que servisse de elo de ligação entre a Direção Provincial de Saúde e o Hospital Psiquiátrico de Luanda.

O Núcleo assim surgido é coordenado pela Socióloga a Dr.^a Nazaré dos Santos Baptista na qualidade de responsável de programas a nível da Direção Provincial de Saúde de Luanda onde trabalha há mais de 5 anos. Com um nível de funcionamento muito baixo e funcionando com 1 Socióloga e 2 Psicólogos Clínicos, o Núcleo realizou uma atividade de realce que foi o treinamento de 45 Técnicos de Enfermagem em cascata no Hospital Psiquiátrico de Luanda nos meses de Abril a Agosto de 2009, com a finalidade de medicar os pacientes do fórum psiquiátrico em todos os Centros de Saúde de Referência da Província de Luanda que funcionam 24 horas ao dia e encaminhar ao mesmo Hospital Psiquiátrico aquelas pessoas que procurarem assistência psiquiátrica nos mesmos Centros de Saúde sedeados na periferia da Cidade Capital de Angola.

Está em carteira a tomada de decisão sobre se o paciente levará os fármacos em mão com a respectiva receita para ser medicado ou se os medicamentos serão alocados aos centros de saúde para sua utilização paulatina, o que está ainda por definir porque o núcleo não tem tido reuniões ordinárias. Pensa – se instituir o Núcleo, como programa de Saúde Mental da Província de Luanda.

O referido Núcleo não possui quaisquer tipos de indicadores de saúde mental, não tem protocolos internos nem internacionais, não elaborou protocolos terapêuticos nem a Política Nacional de Saúde Mental para a Província de Luanda e não tem projeto de especialização de profissionais em saúde mental. Está também desprovido de recursos financeiros, humanos e materiais para levar avante os seus propósitos na área de saúde mental, porém tem comemorado as datas referentes à saúde mental como os Dias Nacional e Mundial do Portador de Transtorno Mental em que fazem – se seminários e jornadas nas unidades sanitárias.

4.2.3 Discussão das questões de instituições de gestão de saúde mental

SOBRE RECURSOS FINANCEIROS. QUAL É A PERCENTAGEM DO ORÇAMENTO DO PNSM DENTRO DO MINSA?

Está estipulado por lei que 1% do Orçamento Geral do Estado (OGE) do Ministério da Saúde deve destinar – se ao Programa de Saúde Mental mas isto ainda não aconteceu conforme orienta a Organização Mundial da Saúde (OMS).

FINANCEIROS. QUAIS SÃO AS FONTES DE FINANCIAMENTO PARA AS ACTIVIDADES DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL?

A única fonte de financiamento é a Direcção Provincial de Saúde Luanda; dependemos dela. Não temos outra fonte de financiamento. Os custos das actividades são financiados em parceria com o Hospital Psiquiátrico de Luanda e Direcção Provincial de Saúde de Luanda. Não temos disponibilização do orçamento próprio por isso, não temos recursos financeiros.

Nós críticos:

- Está estipulado por lei que 1% do Orçamento Geral do Estado (OGE) do Ministério da Saúde deve destinar – se ao Programa de Saúde Mental mas isto ainda não aconteceu conforme orienta a Organização Mundial da Saúde.

Interpretação: Os responsáveis do Programa de Saúde Mental nível Nacional e Provincial de Luanda, afirmaram não possuem recursos financeiros cabimentados aos respectivos programas mas que 1% do Orçamento do Ministério da Saúde seria destinado ao Programa Nacional de Saúde Mental. Ora, o Orçamento Geral do Estado Angolano para 2011 está disponível no site: <http://www.oje.pt/noticias/africa/angola-aprova-orcamento-para-2011-com-o-sector-social-a-ser-o-mais-beneficiado/> e é quantificado em Kwanzas (Kz) 4.290.417.663.145.00 coubendo para área social 32% (Kz. 1.372.933.652.206,4); destes 32%, 4% para o Ministério da Saúde (Kz.54.917.346.088,2) dos quais 1% se destinaria para o Programa Nacional de saúde Mental (Kz. 549173460) o correspondente em USD54.917.346.00 dólares dos Estados Unidos da América. Com aproximadamente 55 milhões de dólares dos Estados Unidos da América, resolveria – se muitos problemas na área de saúde mental, a começar pela elaboração da política nacional de saúde mental, caso fossem descentralizados. Um ditado popular diz: “Não se faz omelete sem ovos”.

Discussão: segundo Grodski, O orçamento é definido como “expressão quantitativa de um plano de ação futuro da organização para um determinado período; se apóia em previsões, função das condições internas e externas da instituição. A partir dessas previsões, os responsáveis pela instituição recebem atribuições – programadas e meios – para um período limitado em valor e quantidade” (GRODISKI, 2008).

MATERIAIS. OS RECURSOS MATERIAIS EXISTENTES SÃO SATISFATÓRIOS PARA O FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA?

Agora há apoio institucional no sentido de abastecimento dos materiais pelo MINSA. Houve melhoria porque o Ministério da Saúde vai custeando os materiais gastáveis e internet mas falta meio transporte e uma fotocopiadora. Anteriormente tirava – se fotocópias na rua e a situação era muito complicada.

Não temos recursos alocados ao programa de saúde mental. Os materiais são disponibilizados pela Direcção Provincial de Saúde de Luanda. Quando temos actividades não conseguimos dar lanche nem subsídios de transporte.

Nós críticos:

- ...falta meio transporte e uma fotocopiadora.
- Não temos recursos alocados ao programa de saúde mental.

Interpretação: segundo os responsáveis do Programa de Saúde Mental, embora se registre alguma melhoria no abastecimento, os recursos materiais existentes, de longe satisfazem o funcionamento da organização que nem se quer tem um meio de transporte. Para levar a cabo algumas actividades solicitam ajuda nas respectivas superestruturas.

Discussão: de acordo com Adri (2009), a administração de Materiais é definida como sendo um conjunto de actividades desenvolvidas dentro de uma empresa, de forma centralizada ou não, destinadas a suprir as diversas unidades, com os materiais necessários ao desempenho normal das respectivas atribuições. Não há como uma empresa funcionar sem a existência de recursos, sejam eles financeiros, humanos ou materiais.

FÍSICOS. A ESTRUTURA FÍSICA DISPONÍVEL É ADEQUADA À DIMENSÃO DO PROGRAMA E AO VOLUME DAS ACTIVIDADES NELA LEVADAS A CABO?

Para um verdadeiro programa de saúde mental esta estrutura física é de longe adequada ao volume das actividades a serem levadas a cabo. Na actual situação e pelo volume das actividades levadas a cabo é aceitável.

Sim é boa.

Nós críticos:

Para um verdadeiro programa de saúde mental esta estrutura física é de longe adequada ao volume das actividades a serem levadas a cabo.

Interpretação: Quanto a estrutura física disponível para o funcionamento do Programa Nacional de Saúde Mental, os entrevistados responderam ser de longe adequada ao volume das actividades nela levadas a cabo. Na visita aos gabinetes dos programas de saúde mental observou – se que os mesmos funcionam em espaços bastante exíguos e partilhados por várias pessoas.

Discussão: para Souza (s/d), ora a arquitetura procura adaptar o espaço construído às necessidades humanas, tanto a nível fisiológico quanto a nível psicológico. Sob este ponto de vista, considera - se que um espaço de trabalho bem elaborado irá propiciar uma melhor relação do ser humano com seu trabalho. Apesar de nem sempre ser suficiente para otimizar em todos os níveis as relações do homem com seu trabalho, o espaço físico pode dar uma efetiva contribuição para o seu bem – estar. Por outro lado, ambientes adequados do ponto de vista do conforto ambiental irão propiciar melhores condições de trabalho ao indivíduo, favorecendo o desempenho ótimo do organismo humano e assim predispondo o trabalhador a melhorar sua eficiência e produtividade. Inversamente, condições pobres de temperatura e iluminação podem não só prejudicar o bom andamento do trabalho, como também gerar stress e fadiga que podem impossibilitar a execução do trabalho.

SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM ANGOLA

PRINCIPAIS OBJETIVOS DESTE PROGRAMA:

Promover estilos de vida saudáveis de saúde mental na população.

Inserir a saúde mental nos Cuidados Primários de Saúde.

Formar especialistas em saúde mental.

Atender o grupo alvo, pessoas com problemas do fórum psiquiátrico para serem atendidas no centro de saúde mas que não precisam chegar ao hospital.

Interpretação: Os principais objetivos descritos pelos responsáveis do Programa de Saúde Mental a nível nacional e provincial de Luanda são: Formar especialistas em saúde mental, Inserir a saúde mental nos Cuidados Primários de Saúde e Promover estilos de vida saudáveis de saúde mental na população mas não lembraram – se do objetivo basilar de sustentação dessas atividades que é elaborar a política nacional de saúde mental. Todo o objetivo deve ser formulado de maneira abrangente para estimular a criatividade.

Discussão: Segundo Brundtland (2002), em consonância com a estratégia regional para a saúde, 2000-2010 da OMS, o objectivo principal de Saúde Mental é prevenção e controle do abuso de substâncias psicoactivas é a prevenção e controle das perturbações mentais, neurológicas e psicossociais contribuindo para a qualidade de vida da população em geral. De entre os objetivos específicos figura promover a Saúde Mental e prevenir as perturbações mentais, neurológicas e psicossociais e os problemas relacionados com o abuso de substâncias psicoactivas, reduzir a incapacidade e invalidez ligadas às perturbações mentais, neurológicas e psicossociais através da reabilitação baseada na comunidade, reduzir o uso de substâncias psicoactivas (álcool, tabaco, drogas), mudar as percepções negativas que as pessoas têm em relação às doenças mentais e neurológicas.

Chiavenato aborda a razão de ser dos objetivos de uma organização. Para este autor, um objetivo organizacional é uma situação desejada que a organização tenta atingir. É uma imagem que a organização pretende para o futuro e têm as seguintes funções:

- a) Pela *apresentação de uma situação futura*, indicam uma orientação que a organização procura seguir. Dessa forma, estabelecem linhas mestras para a atividade da organização;
- b) Os objetivos constituem uma *fonte de legitimidade* que justifica as atividades de uma organização e, na verdade, até a sua existência;
- c) Os objetivos *servem como padrões*, através dos quais os membros de uma organização e os estranhos a ela podem avaliar o êxito da organização, isto é, a sua eficiência e os seus resultados;

- d) Os objetivos servem de maneira semelhante, *como unidade de medida* para o estudo de organizações que tenta verificar e comparar a sua produtividade (CHIAVENATO, 2010).

SUAS METAS:

Não foram propostas metas.

Depende do Ministério da Saúde. Uma das metas é que os pacientes não chegassem ao hospital mas sim fossem tratados ao nível da periferia.

Nós críticos:

Não foram propostas metas.

Interpretação: os responsáveis do Programa de Saúde Mental tanto a nível Nacional como Provincial de Luanda, não propuseram metas para a sua organização. As metas são as partes “menores” de um objectivo, ou seja, para atingir um determinado objectivo, é necessário cumprir algumas metas. As metas são os “pedaços” de um objectivo.

Discussão: as metas foram definidas por Santos como um poderoso processo pelo qual se possa moldar o futuro da forma como se deseja. Saber aonde se quer chegar é fundamental. O processo de definir metas envolve a transformação das *necessidades* em metas. Uma meta é um resultado muito específico que se pretende alcançar. Pode-se ter metas de longo prazo e de curto prazo e pode-se ter metas para o dia, a semana, o ano e para a vida toda. Uma meta, qualquer que seja ela, só pode ser assim conceituada quando traçada segundo cinco variáveis:

1. *Especificidade.* Seu objetivo deve ser muito bem definido.
2. *Mensurabilidade.* Sua meta deve ser quantificável, tornando-se objetiva, palpável.
3. *Exequibilidade.* Uma meta tem que ser alcançável, possível, viável.
4. *Relevância.* A meta tem que ser importante, significativa, desafiadora.
5. *Tempo.* Definidas num horizonte de tempo (SANTOS, 2009).

ACTIVIDADES MAIS IMPORTANTES:

Promoção, educação e sensibilização sobre saúde mental. Comemoração anual do Dia Internacional da Saúde Mental.

Comemoração das datas referentes à saúde mental como os Dias Nacional e Mundial da Saúde Mental em que fazem – se seminários, jornadas nas unidades: falar sobre saúde mental, como se manifestam as doenças mentais. Propomos ao Hospital

Psiquiátrico a criação de tempos livres para os pacientes, a criação de ateliers, terapia ocupacional (a arteterapia).

Nós críticos:

- Comemoração das datas referentes à saúde mental como os Dias Nacional e Mundial dos Doentes com transtornos mentais.

Interpretação: segundo os entrevistados, as atividades mais importantes levadas a cabo pelo Programa de Saúde Mental resumem – se em comemoração dos Dias Internacional e Nacional da Saúde Mental, transparecendo uma inativação deste programa no processo de identificação das ações específicas a serem realizadas.

EM QUE PROVÍNCIAS DE ANGOLA ESTÁ REPRESENTADO O PNSM?

O Programa não tem representações específicas nas Províncias por carência de recursos humanos, financeiros e materiais. Trabalhamos directamente com o departamento de promoção de saúde para inserir algumas actividades de saúde mental e promoção à saúde mental de modo integrado. Espera – se que funcione.

QUAL É A POLÍTICA DE ATENDIMENTO DE PESSOAS COM PERTURBAÇÕES MENTAIS QUE AFLUEM ÀS UNIDADES SANITÁRIAS DA PROVÍNCIA DE LUANDA?

Encaminhamento de doentes mentais para o hospital psiquiátrico de Luanda devido a escassez de técnicos formados para o efeito nos centros de saúde, falta de medicamentos e demais condições de trabalhos.

Nós críticos:

- O Programa não tem representações específicas nas Províncias por carência de recursos humanos, financeiros e materiais.

Interpretação: os participantes ao estudo afirmam que o Programa Nacional de Saúde Mental não está representado nas 18 Províncias de Angola. Foi criado um núcleo na Província de Luanda por iniciativa da Própria Direção Provincial de Saúde que em parceria com o Hospital Psiquiátrico de Luanda treinou 45 técnicos de enfermagem dos diferentes centros de saúde de Luanda, com o objetivo de descentralizar a medicação dos pacientes consultados no Hospital Psiquiátrico de Luanda.

QUAL É A DISTRIBUIÇÃO PELO PAÍS DE INSTITUIÇÕES (PRIVADAS OU PÚBLICAS) VOCACIONADAS NO TRATAMENTO DE DOENÇAS MENTAIS?

Hospitais sob tutela do Ministério da Saúde que vão atendendo os doentes mentais e algumas ONG,s que fazem atendimento na área psicossocial e reinserção social de pessoas com transtornos mentais principalmente os toxicodependentes.

Interpretação: a resposta dos entrevistados quanto a distribuição pelo país de instituições vocacionadas a assistência aos portadores de doenças mentais é inespecífica na medida em que não indicam as cinco principais unidades de tratamento de pessoas que sofrem de doenças mental que são: três públicas e duas privadas. As unidades públicas estão distribuídas uma em cada Província: Luanda (Norte), Huambo (Centro) e Lubango (Sul) respectivamente, ao passo que as privadas estão todas localizadas na Cidade de Luanda por ser o principal centro urbano de Angola albergando cerca 2/3 da população cujas consequências previsíveis, próprias dos grandes aglomerados populacionais são: o consumo abusivo de álcool e outras drogas, o stress acentuado, a delinquência, as frustrações, os grandes índices de morbilidade entre eles as doenças mentais.

Discussão: na descrição do site wikipedia disponível em: (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Luanda/>), Luanda tem a população aproximada de 5.000.000 habitantes, a maior cidade e capital de Angola. Luanda é também a província de Angola mais industrializada e com o maior crescimento económico, que se deveu ao fato de praticamente não ter sofrido diretamente os efeitos da guerra civil e também por se ter registado um êxodo das populações a partir das suas áreas de origem para Luanda.

QUAL É A PREVALÊNCIA OU INDICADOR GERAL DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ANGOLA?

Não é conhecida a prevalência de doenças mentais em Angola. Infelizmente nos é muito difícil trabalhar com a psiquiatria porque não existe ligação com os serviços de saúde mental nas Províncias. Cada um faz à sua maneira. Os dados nunca aparecem. Não sei, só o hospital Psiquiátrico de Luanda pode fornecer esse dado.

Nós críticos:

Não é conhecida a prevalência de doenças mentais em Angola.

Interpretação: Não é conhecida a prevalência de doenças mentais em Angola segundo os entrevistados por não existir ligação entre o Programa Nacional de Saúde Mental com os serviços assistenciais específicos nas províncias, ou seja, falta conceber

e implementar um sistema de informação em saúde mental para coleta de dados sobre a saúde mental das populações e a notificação dos casos atendidos nas unidades assistenciais de todo país ou ainda, incentivar os estudantes de saúde existentes nas diferentes regiões de Angola a pesquisas científicas na área de saúde mental e por via disso, obter-se dados que visualizem a prevalência dessas doenças. Ora, a falta de informação compromete a tomadas de decisões úteis para a organização.

Discussão: o GEPE (Gabinete de Estudos e Planeamento Estatístico) do Ministério da Saúde (MINSa) definiu sistema de informação como instrumento utilizado no processo de planeamento, aperfeiçoamento e tomada de decisão nas diversas instâncias da organização e gerência dos serviços de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de informação clínica e administrativa, assegurando a sua disponibilidade no local em tempo útil, de forma a apoiar a decisão (GEPE s/d).

EXISTEM PROTOCOLOS POLÍTICOS NACIONAIS OU INTERNACIONAIS EM SAÚDE MENTAL?

Existe apenas a lei geral de saúde do Ministério da Saúde. Não existe qualquer política sobre saúde mental em Angola.

Acredito que existem protocolos nacionais porque as técnicas praticadas no hospital têm que ter protocolos a seguir; porque o trabalho não tem sido empírico, deve ser feito com base em normas.

Nós críticos:

- Não existe qualquer política sobre saúde mental em Angola.

Interpretação: segundo o responsável pelo Programa Nacional de Saúde Mental, em Angola não existe qualquer protocolo político nacional ou internacional em saúde mental com quaisquer instituições.

Discussão: num acordo de geminação entre Oeira Portugal e Inhambane Moçambique está descrito o seguinte: pactos, acordos ou protocolos políticos são um instrumento político de indescritível importância no que podem significar de meio de facilitador da troca de experiências, de conhecimentos e até de realização de ações e projetos comuns. Daí que os valores de cooperação entre instituições nacionais ou internacionais no caso em saúde mental, sejam nos dias de hoje, universalmente reconhecidos. São inúmeras as vantagens dos protocolos políticos ou de relações entre organizações. Num mundo globalizado a interdependência é condição inerente à evolução da sociedade. Dado que os problemas vividos a nível local não acolhem respostas cabais junto ao Estado - Nação, as organizações encontram na associação com

outras, um importante instrumento de trabalho. É uma forma de desenvolvimento de solidariedade e soluções estratégicas (Acordo de Geminação, 1999).

EXISTEM PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS NACIONAIS OU INTERNACIONAIS EM SAÚDE MENTAL?

Não existem protocolos terapêuticos em Angola.

Acredito que existem protocolos internacionais porque as técnicas praticadas no hospital têm que ter protocolos a seguir porque o trabalho não tem sido empírico, tem que ter normas.

Nós críticos:

- Não existem protocolos terapêuticos em Angola.

Interpretação: Os participantes ao estudo negam a existência de protocolos terapêuticos na área de saúde mental. Em Angola.

Discussão: para PEPE (s/d), um protocolo terapêutico padroniza o emprego do medicamento, estabelecendo claras condições de uso para os profissionais de saúde. É elaborado para medicamentos especialmente indicados pela importância epidemiológica da enfermidade que tratam ou pelo seu custo, ou pelo seu impacto sanitário, ou por questões de segurança de uso na população em geral ou em subgrupos. As diretrizes terapêuticas possuem as linhas gerais de diagnóstico e tratamento da doença, englobando os critérios diagnósticos, os critérios de inclusão e exclusão de pacientes, a proposta de tratamento e de monitorização.

Sabe – se que na ausência de lei expressa, a responsabilidade pelo ato ilícito será subjetiva.

EXISTE UM PROGRAMA/PROJECTO DE ESPECIALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL?

Talvez ao nível do Ministério da Saúde, na Direcção dos Recursos Humanos.

Aqui no Programa não existe nenhum projecto de formação em saúde mental. Aproveitamos os quadros que são formados pelo Ministério da Educação como a Faculdade de Medicina.

Formou – se 45 Técnicos de Enfermagem para área clínica, com a finalidade de administrar medicamentos nos centros de saúde que funcionam 24 horas ao dia aos doentes consultados no Hospital Psiquiátrico de Luanda.

Nós críticos:

- Aqui no Programa não existe nenhum projecto de formação em saúde mental.

Interpretação: segundo os entrevistados, o Programa Nacional de Saúde Mental não se dispõe de nenhum projeto de formação especializada para os profissionais que labutam na área de saúde mental que fosse para o funcionamento integral do próprio programa e para os serviços assistenciais existentes em Angola. Desempenhar uma profissão requer do profissional conhecimento especial e uma preparação longa e intensiva oferecida, geralmente, por formação acadêmica em cursos de graduação e pós-graduação.

Discussão: de acordo com Torreão (2004), atualmente, mudanças em diversos aspectos da vida humana (culturais, tecnológicos, políticos, econômicos, sociais, etc) estão ocorrendo em velocidade cada vez maior. De uma maneira geral, é comum associarmos as mudanças significativas ao resultado de projetos. Como consequência, gerenciar projetos de forma eficiente nessa era de grandes mudanças é um dos grandes desafios do executivo dos tempos modernos. Superar este desafio é estar preparado para gerenciar projetos de forma planejada e profissional do qual se espera resultados positivos.

4.2.4 QUADRO RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DAS INSTITUIÇÕES VISITADAS, ANGOLA 2010.

Nº	Instituição	Principais causas de Transtornos mentais	Provisão de psicofármacos	Humanização na assistência aos pacientes	Modalidades de terapia ocupacional	Principais problemas
1	Hospital Psiquiátrico de Luanda	Uso abusivo de álcool e drogas, epilepsia, transtornos afetivos.	Falta fármacos de 3ª linha por serem onerosos.	Baseada na terapia ocupacional.	Jardinagem, artesanato, futebol saião, corridas com as cadeiras.	Carência de especialistas, baixa remuneração dos enfermeiros, falta de fármacos de 3ª linha, acumulação excessiva de ex-pacientes (residentes) no hospital.
2	Seção de Psiquiatria do Hospital Central do Huambo	Traumas psicológicos secundários à guerra, uso abusivo de álcool e drogas, epilepsia.	Falta fármacos de 3ª linha e para assistir os toxicodependentes, por serem onerosos.	Psicólogas sensibilizando o pessoal para o melhor atendimento.	Não há atividades de terapia ocupacional por falta de meios.	Falta de quadros especializados, estrutura física inadequada (instalação provisória), excesso de reinterimentos, falta de fármacos de 3ª linha, falta de transporte.
3	Hospital Psiquiátrico de Lubango	Epilepsia, Uso abusivo de álcool e drogas; episódios depressivos.	Escassez de verbas, falta de Farmácias que vendam psicotrópicos, dificuldades na aquisição e escassez de verbas.	Existência de uma caixa de reclamações para usuários e Sensibilização dos guardas para a recepção dos mesmos o mais afável possível.	Não se pratica terapia ocupacional por falta de Assistente Social.	Imóvel adaptado (instalação provisória), carência, onerosidade e falta de fornecedores de psicofármacos, défice e baixa qualidade dos alimentos, carência e falta de treinamento dos profissionais, falta de transporte.
4	Casa de Repouso da Clínica Sagrada Esperança	Transtornos depressivos; de ansiedade e narcomania.	Dificuldade de aquisição por não existir laboratório em Angola.	São ministrados cursos ao pessoal e palestras aos familiares dos usuários.	Arteterapia.	Exiguidade de infraestrutura, recursos humanos e medicamentosos.
5	Centro de Medicina Tradicional Avó Quitoco	Uso abusivo de álcool e drogas, epilepsia, violência.	Não se usa medicamentos sintéticos (convencionais). Usa – se fitoterapia.	Disponibilização de tempo livre para atividades como limpeza e construção civil.	Rezas e orações.	Dificuldades no auto – financiamento, e na reabilitação do imóvel, carência de alimentos, camas, colchões , roupas para doentes abandonados e falta de transporte.
6	REMAR	Uso abusivo de álcool e drogas.	Não se usa nenhum tipo de medicamentos.	Baseada na terapia ocupacional.	Corte e costura e culinária.	Aumento excessivo da procura dos próximos da organização, escassez de alojamento e carência de alimentos.
7	Programa Nacional de Saúde Mental	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Estrutura física inadequada, falta de autonomia financeira, meio de transporte e recursos humanos e materiais.
8	Seção/Núcleo de Saúde Mental de Luanda	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Estrutura física inadequada, falta de autonomia financeira, meio de transporte e recursos humanos e materiais.

Fonte: Fonte: Elaboração do autor deste trabalho.

Continuação do Quadro 5 - Resumo das características das instituições visitadas, Angola 2010.

Nº	Instituição	Soluções	Projeto de Formação	Existência de protocolos	Reinserção de ex-pacientes	Financiamento do serviço	Leitos	Ambulatórios e recursos comunitários
1	Hospital Psiquiátrico de Luanda	Definir política de saúde mental, criar programa de educação sobre SM na televisão.	Treinamento de técnicos de enfermagem.	Não existe nenhum protocolo político nem terapêutico	40% Dos ex - pacientes tem sido reinserido na sociedade.	Orçamento Geral do Estado. Possui autonomia financeira e administrativa.	106	Um Ambulatório comunitário
2	Seção de Psiquiatria do Hospital Central do Huambo	Elaboração de políticas sobre saúde mental, especialização em saúde mental.	Não existe nenhum programa de formação.	Não existe nenhum protocolo político nem terapêutico.	A reinserção tem sido boa com ajuda dos psicólogos.	Depende do orçamento do Hospital Central do Huambo.	48	Sem Ambulatório e sem recurso comunitário
3	Hospital Psiquiátrico de Lubango	Trabalhar na componente preventiva, alargar as atividades de saúde mental para as comunidades.	Não existe nenhum programa de formação.	Não existe nenhuma relação.	Está a cargo das mesmas Irmãs.	Orçamento Geral do Estado. Possui autonomia financeira e administrativa.	25	Sem Ambulatório e sem recurso comunitário
4	Casa de Repouso da Clínica Sagrada Esperança	Concepção de políticas e estratégias a curto, médio e longo prazos.	Ministrados cursos de enfermagem em psiquiatria.	Não existe nenhuma relação.	A reinserção de ex-pacientes tem sido muito difícil.	Depende do orçamento da Clínica Sagrada Esperança.	15	Sem Ambulatório e sem recurso comunitário
5	Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco	Elaboração de política nacional de saúde mental, criação de centros de intervenção social.	Formação de doentes em pedreira, pintura, agricultura, jardinagem, arborização do ambiente.	Não existe nenhuma relação.	O doente é enquadrado na congregação religiosa ou na Fundação Quitoco.	Auto – financiamento, contribuição de seus membros, algumas ajudas de instituições do estado.	120	Sem Ambulatório e sem recurso comunitário
6	REMAR	Construção de centros de reabilitação	Formação de pedreiros, mecânicos, carpinteiros e informáticos.	Não existe nenhuma relação.	A reinserção social dos nossos usuários é constante. Alguns acabam ficando a servir a própria organização.	A partir de instituições congêneres da Europa, instituições governamentais de Angola e auto - financiamento.	530	Não se aplica.
7	Programa Nacional de Saúde Mental	Inserir a saúde mental nos Cuidados Primários de Saúde, promover estilos de vida saudáveis de saúde mental na população, formar especialistas em saúde mental.	Não existe nenhum programa de formação.	Não existe qualquer política sobre saúde mental em Angola.	Não se aplica	Depende do orçamento da Direção Nacional de Saúde Pública.	Não se aplica	Não se aplica.
8	Seção/Núcleo de Saúde Mental de Luanda	Atender pessoas com transtornos mentais no centro de saúde.	Treinamentos de técnicos de enfermagem pelo Hospital.	Cooperação com o hospital psiquiátrico de Luanda	Não se aplica	Depende do orçamento da Direção Provincial de Saúde de Luanda.	Não se aplica	Não se aplica.

Fonte: Fonte: Elaboração do autor deste trabalho.

5 CONCLUSÕES

A partir das entrevistas e dos depoimentos, apresentamos as seguintes conclusões seguindo a ordem cronológica das questões, nos instrumentos de coleta de dados:

1. A Reforma Psiquiátrica é conceituada como um processo social complexo, articulado nas e pelas várias dimensões simultâneas e interligadas, envolvendo movimentos, atores e conflitos (AMARANTE, 2003).
2. O processo de reforma psiquiátrica brasileira incorporou as questões saídas de todas as experiências do mundo, inclusive aprendendo com a tradição basagliana a refletir e a incorporar os erros e os acertos dos processos anteriores. O conjunto de estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil é responsável por um novo cenário político em que há um efetivo processo de participação e construção social sem similar em nenhum país do mundo, mesmo na Itália.
3. A atenção à saúde mental no contexto da saúde da família pode significar a institucionalização radical proposta pela reforma psiquiátrica, na medida em que, ao cuidar das pessoas em casa, fortalece os recursos espontâneos e originais das próprias famílias e evita que o sujeito em sofrimento seja introduzido na carreira de portador de transtorno mental produzida pelos hospitais psiquiátricos e outros recursos terapêuticos da psiquiatria tradicional.
4. Em Angola ainda não há sinais evidentes de estruturação de um sistema de saúde mental, porém, há vontade expressa pelos gestores de instituições assistenciais e de programas de saúde mental, de elaboração da política nacional de saúde mental e de legislação afim.
5. No território angolano existe um total de 8 instituições de assistência e saúde mental das quais 5 públicas, sendo 3 assistenciais (Hospital Psiquiátrico de Luanda, Seção de Psiquiatria do Hospital Central do Huambo, Hospital Psiquiátrico do Lubango), e 2 de nível central de gestão (Programa Nacional de Saúde Mental e Seção/Núcleo de Saúde Mental da Direção Provincial de Saúde de Luanda), 2 privadas (Casa de Repouso da Clínica Sagrada Esperança

localizada na Ilha de Luanda, Centro de Medicina Tradicional Avô Quitoco localizado no Município do Cazenga em Luanda) e 1filantrópica (REMAR localizada no Município de Viana em Luanda), portanto, a totalidade das instituições assistenciais e saúde mental de Angola (Quadro 2).

6. O Hospital Psiquiátrico de Luanda é a única instituição de terceiro nível de assistência, o maior nesta especialidade em Angola, recebendo pessoas portadoras de doenças mentais provenientes das demais províncias do país, dada a precariedade da assistência dos pacientes nos hospitais de proveniência, e funciona com apenas 106 camas das 300 previstas.
7. No biênio 2009 e 2010, foram atendidos 66.425 pacientes com transtornos mentais sendo 25.909 (39%) em 2009 para 40.516 (61%) em 2010, tendo se registado um aumento na ordem dos 14.607 (22%), dos casos atendidos nas províncias de Luanda, Huambo e Lubango apesar da escassez de todos recursos necessários para o atendimento cabal e condigno às pessoas portadoras de doenças mentais (Quadro 4).
8. As principais causas de doenças mentais identificadas em Angola são: consumo excessivo de álcool e demais substâncias psicoativas, epilepsia, traumas psicológicos decorrentes da longa passagem pela guerra, pobreza extrema, episódios depressivos, transtornos somáticos relacionados com o estresse somático, entre outras (Quadro 5).
9. A população é crente em superstições e maldições como causas de transtornos mentais.
10. Em 5 (83,3%) das instituições assistenciais, observa – se fraco julgamento dos diagnósticos em psiquiatria reflexo da exiguidade de psiquiatras (apenas 6 em todo país) e demais profissionais especializados neste ramo da saúde.
11. As instituições de assistência as pessoas com transtornos mentais, debatem – se com a carência de psicofármacos em geral e de psicotrópicos de 3ª linha em particular devida a inexistência de laboratórios farmacêuticos no mercado nacional.

12. Os conhecimentos sobre métodos de tratamento em psiquiatria, das pessoas entrevistadas são escassos devido a limitação de conhecimentos e de tecnologia disponíveis nas instituições assistenciais a pessoas sofrendo de transtornos mentais.
13. Culturalmente, ainda não é conhecido pelos entrevistados o modo de tratamento de pessoas com transtornos mentais o que de certa maneira tem alimentado o charlatismo, a julgar pela exiguidade de instituições sanitárias e de profissionais específicos para essa área.
14. Não se observou a assistência humanizada nas instituições vocacionadas ao tratamento de pessoas com doenças mentais quer para doentes como para os profissionais e no que toca as condições das estruturas físicas.
15. A terapia ocupacional praticada em Angola não se baseia em critérios científicos por não haver nenhum terapeuta ocupacional formado nesta subespecialidade de psiquiatria. Duas das seis instituições assistenciais praticam uma terapia ocupacional sem critérios científicos.
16. Os principais problemas identificados pelos entrevistados deste estudo foram as péssimas condições e inadequação das infraestruturas; onerosidade e escassez de psicofármacos, falta de psicotrópicos de 3ª linha, falta de laboratórios farmacêuticos para psicotrópicos, insuficiência de profissionais principalmente os especializados, carência e baixa qualidade de alimentos para os doentes, baixa remuneração dos profissionais particularmente os de enfermagem (Quadro 5).
17. Todas infraestruturas de assistência e saúde mental encontram – se em obras, 4 em reabilitação e 2 em construção de raiz nomeadamente a Casa de Repouso da Clínica Sagrada Esperança e o futuro Hospital Psiquiátrico da Huila.
18. Para todos os entrevistados a solução em relação a assistência ou política de saúde mental em Angola passa pela elaboração de política nacional de saúde mental, por um lado, e pela descentralização e integração das atividades de saúde mental nos cuidados primários de saúde a nível das comunidades por

outro lado, prevendo ações assistenciais e preventivas de curto, médio e longo prazos (Quadro 5).

19. De 8 instituições de assistência e saúde mental, apenas 2 projetam a formação especial de seus quadros designadamente o Hospital Psiquiátrico de Luanda e a Casa de Repouso da Clínica Sagrada Esperanças.
20. Nenhuma instituição assistencial visitada, tem relação com o Programa Nacional de Saúde Mental, nem que tenham protocolos sejam eles políticos ou terapêuticos.
21. Quanto a estigmatização das pessoas que sofrem de transtornos mentais, os participantes ao estudo apontam o desprezo pelos familiares, a expulsão dos empregos e os maus tratos pelas pessoas em geral, como principais formas de discriminação desses pacientes.
22. Em Angola é comum uma pessoa portadora de transtorno mental ser tida pela comunidade como possuída pelos espíritos malignos, endemoniada, pessoa de más práticas, que podem ser: falta de honra no compromisso de casamento, prática sexual com mulher de outrem, usurpação de bens alheios, roubos, falta no atendimento dos espíritos dos parentes defuntos que é feito com rituais de dança, música folclórica, sacrifício de animais e xinguilamentos, incumprimento de pactos com feiticeiros que visam o enriquecimento fácil da pessoa, tais como: prática de sexo com a própria mãe, com a filha ou com uma menor de idade virgem, eliminar fisicamente uma sobrinha ou uma irmã, entre outras práticas criminosas.
23. A reinserção social de pessoas com transtornos mentais já compensadas tem sido muito difícil. A cultura de que o «doente mental» é um caso perdido, a falta de educação para a saúde mental e de uma legislação específica que assegure os seus direitos, agravam a rejeição dessas pessoas, tanto na família como na sociedade.
24. Não existem dispositivos de acolhimento a partir dos quais os ex - pacientes desprovidos de emprego, de apoio familiar e de fontes de rendimento, pudessem

continuar o tratamento iniciado no hospital e retomassem suas atividades de renda. Daí que em Luanda, o Hospital Psiquiátrico foi transformado em residência permanente dos chamados “doentes residentes”, por não terem por onde ir, e dedicam – se aos pequenos trabalhos rendáveis na comunidade adjacente ao hospital e investem no consumo de bebidas alcoólicas e da cannabis no espaço intra – hospitalar.

25. Os responsáveis do Programa Nacional de Saúde Mental e do Seção/Núcleo de Saúde Mental da Província de Luanda que não propuseram metas mas têm como objetivos, inserir a saúde mental nos Cuidados Primários de Saúde, formar especialistas em saúde mental e promover estilos de vida saudáveis de saúde mental na população, afirmaram não possuir meio de transporte para o trabalho, recursos materiais suficientes e recursos financeiros cabimentados aos respectivos programas para o pleno funcionamento dessas instituições cujos gabinetes são inadequados ao volume das atividades que se desejaria levar a cabo e partilhados por muitos funcionários.
26. O Programa Nacional de Saúde Mental não está representado nas 18 Províncias de Angola excepto Luanda, onde conta com um Núcleo instituído pela Direção Provincial de Saúde, realizando atividades resumidas em comemorações dos Dias Internacional de saúde mental e Nacional do paciente que sofre de perturbações mentais.
27. Não é conhecida a prevalência de doenças mentais em Angola por falta de pesquisas científicas e da conexão entre o Programa Nacional de Saúde Mental e as instituições de assistência à saúde mental existentes no país.
28. Os gestores do Programa Nacional de Saúde Mental negaram a existência de quaisquer protocolos políticos ou terapêuticos nacional ou internacional na área de saúde mental em Angola e não se dispõe de nenhum projeto de formação de especialistas em saúde mental.
29. Quanto as facilidades, Angola não tem que se preocupar com modelo de reforma de saúde mental a adotar, uma vez que tem relações privilegiadas com o Brasil

cujo processo de reforma psiquiátrica inspirado na psiquiatria democrática italiana, é dos melhores do mundo, e tido pela OMS como modelo internacional.

30. A outra facilidade consiste na ausência de grandes hospitais psiquiátricos e um reduzido número de leitos que não devem ser replicados mas sim partir agora para a construção de dispositivos de rede comunitária por serem de muito baixo custo e de inclusão social das pessoas que sofram ou tenham sofrido de perturbações mentais.

31. Segundo a OMS, existem muitas maneiras de melhorar a vida das pessoas com transtornos mentais. Uma maneira importante é aquela que oferece as boas políticas, bons planos e bons programas que resultem em melhores serviços. Outro mecanismo fundamental para obter melhor apoio à saúde mental é através de uma boa legislação (OMS, 2005).

REFERÊNCIAS

1. **Acordo de Geminção** entre o Município de Oeiras, Portugal e o Município da Cidade de Inhambane, Moçambique (s/d). Disponível em: <http://www.cmoeiras.pt/municipio/RelIns/Geminacoes/PlanoInternacional/Documents/Acordo%20Gemina%C3%A7%C3%A3o%20Inhambane.pdf>. Acesso dia 9/04/2011.
2. ADRI, 2009. **Administração de Recursos Materiais**. Disponível em: <http://meustrabalhosacademicos.blogspot.com/2009/07/administracao-dos-recursos-materiais.html>. Acesso 8/04/2011.
3. ALMEIDA. **Portugueses com taxa elevada de perturbações mentais**. Estudo apresentado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa por Caldas de Almeida. Coordenador Nacional das Doenças Mentais de Portugal em 2010. Disponível em: http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1526364. Acesso dia 21/04/2011.
4. ALTSCHULL, A.; SIMPSON, R. **Enfermagem Psiquiátrica**. Princípios Gerais. Volume 10. Publicações Europa – América. 1977: 13, 105 – 112, 171 – 173.
5. AMARANTE, P.D.C. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2007, p. 15,19,43,47,49,83,92-94,100 - 103.
6. AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado in: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil Rio de Janeiro**. Editora Fiocruz, 2008, p. 748, 751,752.
7. AMARANTE, P. (Coord). A Transformação do Hospital em Instituição Médica e sua Importância no Desenvolvimento da Medicina Contemporânea in **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. /Coordenado por Paulo Amarante: Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003. V. 1, p. 40.
8. AMARANTE, P. (Coord). A Psiquiatria na Comunidade: a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária in **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. /Coordenado por Paulo Amarante: Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003. V.2, p. 45, 51,83.
9. AMARANTE, P. D. DE C. **Novos Tempos em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1992: 4.
10. ANGOLA. Constituição da República. Capítulo III, Artigo 77 da **Saúde e proteção social**: Imprensa Nacional E.P., 2010, p.29.
11. ANGOLA, DR I SÉRIE Nº 219 de 19 de Novembro de 2010. Decreto Presidencial nº 260. **Aprova o Regime Jurídico da Gestão Hospitalar que define as bases de estruturação, coordenação, organização e funcionamento**

dos hospitais centrais, gerais e municipais dos estabelecimentos e serviços especiais do Serviço Nacional de Saúde.

12. ANGOLA. DIÁRIO DA REPÚBLICA I SÉRIE Nº 219. Decreto Presidencial nº 260/10, de 19 de Novembro. **Aprova o Regime Jurídico da Gestão Hospitalar.**
13. ANGOLA, **Lei Sobre o Tráfico e Consumo de Estupefacientes, Substâncias Psicotrópicas e Precursores** nº. 3/99 de 6 de Agosto, artigo 9/ tabelas 1-B e 1_C).
14. ANGOLA. INAC. **A Implementação da Convenção sobre os Direitos da Criança em Angola:** EAL – Edições de Angola, Lda. 2006. Depósito legal nº 206/06. p. 11, 12, 79, 102, 108, 156, 158, 160, 188, 190.
15. ANGOLA. **Orçamento para 2011.** Disponível em: <http://www.oje.pt/noticias/africa/angola-aprova-orcamento-para-2011-com-o-sector-social-a-ser-o-mais-beneficiado/> acessado dia 2/2/2011
16. ANGOLA. DR III SÉRIE Nº 35 DE 1 DE SETEMBRO DE 2000.
17. ANGOLA **Repatriamento e Reintegração de Refugiados Angolanos.** Junho de 1995 a 31 de Dezembro de 1997 ACNUR Genebra. Disponível em: http://w.w.cidadevirtual.pt/acnur/acn_lisboa7colect2/2d2-1.html,2004. Acessado em 26/07/2009.
18. ANGOLA. DR III SÉRIE Nº 35 DE 1 DE SETEMBRO DE 2000. Legaliza a **Fundação Avô Quitoco.** Escritura de 23/4/1997, lavrada com início a fs 52, verso, do livro de notas nº 922 – B, do 1º Cartório Notarial da Comarca de Luanda.
19. ARMINDO, J. et al. **Saúde Mental num Mundo em Mudança:** o impacto da cultura e diversidade – Dia Mundial de Saúde Mental, 2007. Disponível em: <http://bemcomum.wordpress.com/category/bemcomum/page/2/>. Acesso 5/11/2007.
20. BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária in: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994, p. 44.
21. BRASIL, Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE/SAS Brasília - DF **Saúde Mental Passo à Passo:** como organizar a rede de saúde mental no seu município? Revisado a 6_11_2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental. Acessado a 20/02/2010.
22. BRUNDTLAND, G. H. **Saúde mental:** nova concepção, nova esperança. Relatório Mundial da Saúde, Genebra, 2002.
23. BRASIL, **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos

- depois de Caracas, Brasília. 2005. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf.
Acessado a 11/02/2010.
24. CAMPOS, C. M. S. & BARROS, S. **Consolidando a Reforma Psiquiátrica através dos hospitais – dia**: a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade in: Revista o Mundo da Saúde. São Paulo, ano 25, V. 25 n. 3 Jul/Set 2001, p. 244.
 25. CHIAVENATO, I. Capítulo 2- As Empresas in: **Administração**. Rio de Janeiro: Elsevier; São Paulo: Anhanguera, 2010, p. 56,57,58, 61.
 26. COSTA, A. C. F. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. 2001, p.129, 130, 145. Disponível em: [www.mp.pe.gov.br/.../Artigo -
Direito e Sade Mental - Augusto Cesar de Farias Costa.doc](http://www.mp.pe.gov.br/.../Artigo-_Direito_e_Sade_Mental_-_Augusto_Cesar_de_Farias_Costa.doc). Acesso dia 14/04/2011.
 27. DESVIAT, M. A Reforma Psiquiátrica na Espanha in: **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 1999, p. 99,104,106,108,113.
 28. ESPINHOSA, A. F. **Psiquiatria**. Guias práticos de Enfermagem: McGraw – HILL Interamericana do Brasil. 1998, p. 3, 133, 251, 257 – 261, 303 e 337.
 29. FELÍCIO, J. L. **Conceitos Básicos e evolução da assistência em Saúde Mental** in: Revista o Mundo da Saúde. São Paulo, ano 25, V. 25 n. 3 Jul/Set 2001, p. 239.
 30. FERREIRA FILHA, M. O. F. et al. **Atenção e reabilitação Psicossocial** in: Revista NURSING Edição Brasileira V. 85 nº 8, Junho 2005; p. 279.
 31. FOLCLORE DE PORTUGAL. **O Portal do Folclore e da Cultura Popular Portuguesa**. 2000/2010. Disponível em:
http://www.folclore_online.com/provérbios/justica.htmail. Acessado dia 3/04/2011.
 32. FONTES, H.A.F. **Causas de epilepsia**. Texto: National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2007. Disponível em:
<http://www.copacabanarunners.net/epilepsia.html>. acessado dia 2/04/2011.
 33. GEPE do MINSAsobre o **Sistema de Informação Sanitária** em Angola, s/d.
 34. GOULART, M.S.B. **A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A reforma psiquiátrica**. Pesquisas e práticas psicossociais, v.1, n.1, São João del-Rei, Junho 2006.
 35. GRANDE BARSA (s/d). **Guerra Civil Angolana**, disponível em:
http://wikipedia.org/wiki/Guerra_Civil_Angolana». Editora: Barsa Planeta. Volume 1, p. 400, Coluna b. Acessado dia 8/07/2009.

36. GRANDO, L. M. ; CENTENO, A. Ocupação e Lazer. In TEIXEIRA, M. B. et al. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica**: Editora Atheneu, S. P., 2001, p. 63 – 65.
37. GRODISKI, H. R., 2008. **Importância do planejamento e controle financeiro para o desempenho empresarial**. Disponível em:
<http://www.artigos.com/artigos/sociais/administracao/planejamento-estrategico/importancia-do-planejamento-e-controle-financeiro-para-o-desempenho-empresarial-3265/artigo/>. Acessado dia 7/04/2011.
38. HOTOTIAN, S.R. & Diniz, B. S. O. **Dificuldades Diagnósticas em Psiquiatria Geriátrica**. s/d, Disponível em:
<http://www.livrariacultura.com.br/imagem/capitulo/2744839.pdf>. acessado dia 2/04/2011.
39. INAC (Instituto Nacional da Criança); UNICEF. **Impacto das Acusações de Feitiçaria contra Crianças em Angola**: uma análise na perspectiva da proteção dos direitos humanos, 2006. Depósito legal 3091/06, p. 10, 14.
40. LEGAY, L. F. & LIMA, L. A. **Editorial os Transtornos Mentais e o Campo da Saúde Coletiva**. Cadernos V. 12 (1) 5 – 7, 2004. Disponível em:
<http://72.14.205.104/searchwww.ufrj.br/cadernos/2004>. Acesso a 5/11/2007.
41. LOBO, M.C.C.A. 2003. **Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado do Rio de Janeiro**: Um diagnóstico inicial. Brasília, 2004. Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS.
42. LOPES, M.H.I. **Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos**. Aspectos históricos, Porto Alegre – RS, 2001. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm/>. Acesso dia 8/05/2011.
43. LORES, J.M. F.; SAMBUMBA, J.; ANDRADE, A. M. **Guerra Civil em Angola** (1976 - 1991). Efeitos e considerações. Centro Universitário de Guantánamo Cuba (s/d). Disponível em:
<http://w.w.w.br.monografias.com/trabalhos/guerra-civil-angola/guerra-civil-angola3.shtml>. Acessado em 26/07/2009.
44. MINARS. 1ª Conferência Nacional sobre Assistência Social. **A Assistência Social em Angola**: desafios institucionais da emergência para o desenvolvimento econômico e social das comunidades. Relatório Final, Lda., 13 a 17 /3/2002.
45. MINPLANO (Ministério do Plano), MICS II, 2001.
46. MACVG. Ministério dos Antigos Combatentes e Veteranos de Guerra) & MINARS (Assistência e Reintegração Social), 2007.
47. OMS – Organização Mundial de Saúde. **Plataforma de Desenvolvimento Inclusivo**. 2006. Disponível em:

- <http://pdi.cnotinfr.pt/?font=Arial&color=18size=100&lang=2&mode=content>. Acesso a 5/11/2007.
48. OMS – Organização Mundial da Saúde. **Apelo por mais inclusão social para os doentes mentais**. Extratos do Relatório de 2010. Disponível em: <http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/11265/geral/oms-faz-apelo-por-mais-inclusao-social-para-os-doentes-mentais/> acesso dia 18/04/2011.
49. OMS – Organização Mundial de Saúde. **A propósito do Dia Mundial da Saúde, 2000**. Disponível em: <http://www.saudemental.med.br/OMS.htm>. Acesso a 5/11/2007.
50. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**, 2005, p. 19 a 20.
51. OMS. Organização Mundial da Saúde. Congresso da World Psychiatric Association de 2006. **Modelos Assistenciais em Saúde Mental pelo Mundo**. Disponível em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/outubro/dia-mundial-da-saude-mental-5.php>. Acesso dia 21/04/2011.
52. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Reforma psiquiátrica do Brasil será usada como modelo**, (2009). Disponível em: <http://noticias.ambientebrasil.com.br/clipping/2009/07/13/46817-reforma-psiquiatica-do-brasil-sera-usada-como-modelo-pela-oms.html>. acesso dia 20/4/2011.
53. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Consulta Ministerial da Região Africana da OMS sobre Doenças Não Transmissíveis** acolhida em Brazzaville pelo Escritório Regional da OMS em 4 de Abril de 2011.
54. PASSOS, I.C.F. **Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 49,55,56,126, 128, 132,142, 148.
55. PEPE, V.L. E. (s/d) **O Formulário Terapêutico Nacional, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: extensões da seleção de medicamentos**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/339.pdf/>. Acesso dia 10/04/2011.
56. PEREIRA, L.N. **Crianças Feiticeiras: reconfigurando família, igrejas e estado no pôs guerra angolano** in: Religião e Sociedade Volume 28 n.2 Rio de Janeiro 2008. Disponível em [http:// www.Scielo.br/Scielo.php?pid=so100-85872008000200003](http://www.Scielo.br/Scielo.php?pid=so100-85872008000200003). Acessado dia 26 /07/2009.
57. PESSINI, L. Cuidar, sim – excluir, não in: **Saúde Mental** – a inclusão como desafio. Revista o Mundo da Saúde. São Paulo, ano 25, V. 25 n. 3 Jul/Set 2001, p. 237.
58. PORTALBRASIL. **M E D I C I N A PRINCIPAIS DOENÇAS** (s/d). - Disponível em: http://www.portalbrasil.net/medicina_glossario.htm. Acesso dia 4/04/2011.

59. Portal Humaniza. Humanização na saúde. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=119>. Acessado dia 3/04/2011.
60. PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. **Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental**. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004, p. 2, 8.
61. Remar Internacional. Disponível em: <http://www.remar.org/> acessado dia 6/03/2011.
62. REY, L. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. 2ª Edição: Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, 2003: 742.
63. ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma Outra Via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. in ROTELLI et al. **Desinstitucionalização**. Editora Hucitec, São Paulo Brasil, 1990: 19 – 23, 29, 31,33,36.
64. SANTOS, A. **Planejamento Administrativo**, 2009. Artigo científico do Curso de Administração da Faculdade de Fortium. Disponível em: http://www.fortium.com.br/faculdadefortium.com.br/arnaldo_silva/material/NA5_PLAN%20ADM_objetivos-metas.pdf. Acesso dia 9/04/2011.
65. SILVA, J. B. **Estatística para Ciências Humanas**. 2ª Edição; Luanda Angola, 2006: 46.
66. SILVA, A. T. M. et al. **Formação de Enfermeiros na Perspectiva da Reforma Psiquiátrica**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2004, Nov/Dez; 57 (6): 676, 677.
67. SILVA, A. T. M. C. **A Reforma Psiquiátrica em João Pessoa – PB: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental** [Tese de Doutorado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003. 180 f.
68. SILVA, C. C. & EGRY, E. Y. **Constituição de Competências a serem desenvolvidas para a intervenção dos processos saúde – doença da população no ensino de terceiro grau em enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2001, Mar; 35 (1): 95.
69. SILVEIRA, da N. **Terapia ocupacional**, Brasil, 2009. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Terapia_occupacional". Acesso dia 3/04/2011.
70. SOUZA, R.V.G. **Ergonomia e Ambiente Construído**: uma análise de parâmetros de conforto ambiental. Artigo científico do Curso de Pós Graduação em Engenharia Civil, CTC – UFSC (s/d). Disponível em: http://www.eps.ufsc.br/ergon/revista/artigos/ergonomia_roberta.PDF. Acesso 8/04/2011.

71. TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 415.
72. TENÓRIO, F. T. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceitos Versão modificada e atualizada de capítulo. Dissertação de mestrado a psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica, apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Outubro de 1999.
73. TORREÃO, P. G. B. C. **Gerenciamento de Projetos**. Dissertação de mestrado de Paula Geralda Barbosa Coelho. Fundação Getúlio Vargas, Brasil, 2004, p. 3,4. Disponível em: <http://www.pmforum.org/library/papers/Prince2vsGuide3easrd1.htm/>. Acessado em 10/04/2011.
74. VASCONCELOS, E.M. **Do hospício à comunidade**: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992: 116.
75. VIEGAS, F. & BERNARDO, V. A Saúde Mental em Angola: entre Hospital Psiquiátrico, **Centros** Tradicionais e Igrejas Neotradicionais in: Fontes, B.A.S.M. & Fonte, E.M.M. (org). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental**: análise de experiência da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal: Universitária UFPE, Recife, 2010, p. 170,181.

APÊNDICES

APÊNDICE “A”**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estou a desenvolver uma pesquisa com funcionários e responsáveis de instituições sanitárias vinculadas ou não ao Ministério da Saúde e/ ou ao Programa Nacional de Saúde Mental, com objectivo de analisar a implementação de políticas de saúde mental em Angola quanto a promoção de uma prática do cuidado humanizado em relação a política internacional. Para tanto, gostaria de contar com a sua participação respondendo um instrumento contendo um conjunto de menos de 25 questões que visam extrair conhecimentos dos diversos profissionais da área de saúde. O conjunto de questões compreende itens de identificação do Entrevistado e da Instituição que representa e a descrição da política de assistência às pessoas com doenças mentais. Sua informação é bastante valiosa porque contribuirá tanto na preparação da referida tese como na consolidação da política de assistência e prevenção de doenças mentais. A sua participação é voluntária e não terá nenhuma despesa ou pagamento. Asseguro que o que responder não será de modo algum divulgado a não ser pelo objectivo pelo qual foi concebido.

Declaro após ter sido solicitado, lido e entendido os esclarecimentos, aceitar participar do estudo.

Local _____, ____/ ____/ 2010.

O Participante

O Pesquisador

António de Oliveira Sabalo
Contacto: 923502192

APÊNDICE “B”**GRELHA DE ENTREVISTA PARA INSTITUIÇÕES
ASSISTENCIAIS**

DATA __ / __ / ____

1 IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

- 1.1 Nome _____
- 1.2 Categoria Profissional _____
- 1.3 Função que desempenha na Instituição _____
- 1.4 Tempo de serviço _____

2 NOME DA INSTITUIÇÃO

- 2.1 Histórico da instituição:
- 2.2 Serviços da instituição:
- 2.3 Recursos humanos disponíveis:
- 2.4 Sobre a assistência:
- 2.4.1 Qual é a média de atendimento de doentes mentais por dia?
- 2.4.2 Quantos doentes mentais estão controlados pela instituição?
- 2.4.3 Principais causas de morbilidade de doentes mentais atendidos:
- 2.4.4 Outros diagnósticos em destaque: sem resposta.
- 2.4.5 Quais são as preocupações com medicamentos (psicotrópicos)?
- 2.4.6 Outros métodos de tratamento de doentes mentais que conheça Sem resposta.
- 2.4.7 Culturalmente, como é feito o tratamento de doentes mentais nas comunidades da sua região ou município? Sem resposta.
- 2.4.8 Na instituição executam – se actividades/procedimentos específicos que visam humanizar a assistência ao doente mental?
- 2.4.9 Quais são as modalidades de terapia ocupacional praticadas na instituição?

3 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA AO DOENTE MENTAL

- 3.1 Qual é a importância da instituição e porquê da sua inserção no meio?
- 3.2 Quais são os problemas da instituição?
- 3.3 Que possíveis soluções em relação a assistência ou políticas de saúde mental?
- 3.4 Existe um programa/projecto de formação em saúde mental?
- 3.5 Qual é a relação desta instituição com o PNSM quanto a protocolos políticos e protocolos terapêuticos?
- 3.6 Quais são as peripécias pelas quais passa o doente mental na família e na sociedade?
- 3.7 Como tem sido a reinserção de doentes mentais compensados no seio familiar e no emprego?
- 3.8 Quais são as instituições que acolhem os pacientes já tratados que não têm ou não contam com apoio dos seus familiares?

COMENTÁRIOS:

APÊNDICE “C”**GRELHA DE ENTREVISTA PARA O PROGRAMA
NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (PNSM)**

DATA ___ / ___ / ___

1 IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

- 1.1 Nome _____
- 1.2 Categoria Profissional _____
- 1.3 Função que desempenha no Programa _____
- 1.4 Tempo de serviço _____

2 NOME DO PROGRAMA:

- 2.1 Histórico do Programa:
- 2.2 Recursos disponíveis:
- 2.2.1 Humanos:
- 2.2.2 Financeiros. Qual é a percentagem do orçamento do PNSM dentro do MINSA?
- 2.2.3 Materiais. Os recursos materiais existentes são satisfatórios para o funcionamento do Programa?
- 2.2.4 Físicos. A estrutura física disponível é adequada à dimensão do Programa e ao volume das actividades nela levadas a cabo?

3 SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM ANGOLA

- 3.1 Principais objectivos deste Programa:
- 3.2 Suas metas:
- 3.3 Actividades mais importantes:
- 3.4 Em que Províncias de Angola está representado o PNSM?
- 3.5 Qual é a distribuição pelo País de Instituições (privadas ou públicas) vocacionadas no tratamento de doenças mentais?
- 3.6 Qual é a prevalência ou indicador geral de doenças mentais em Angola?
- 3.7 Existem protocolos políticos nacionais ou internacionais em saúde mental?
- 3.8 Existem protocolos terapêuticos nacionais ou internacionais em saúde mental?
- 3.9 Existe um programa/projecto de especialização dos profissionais em saúde mental?

COMENTÁRIOS:

APÊNDICE “C1”**GRELHA DE ENTREVISTA PARA A SEÇÃO/NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL DA DIREÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE DE LUANDA**

DATA ___ / ___ / ____

1 IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

- 1.1 Nome: _____
- 1.2 Categoria Profissional: _____
- 1.3 Função que desempenha no Programa _____
- 1.4 Tempo de serviço _____

2 NOME DO PROGRAMA

- 2.1 Histórico do Programa:
- 2.2 Recursos disponíveis:
- 2.2.1 Humanos:
- 2.2.2 Financeiros. Quais são as fontes de financiamento para as actividades do Programa de Saúde Mental?
- 2.2.3 Materiais. Os recursos materiais existentes são satisfatórios para o funcionamento do Programa?
- 2.2.4 Físicos. A estrutura física disponível é adequada à dimensão do Programa e ao volume das actividades levadas a cabo?

3 SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA PROVÍNCIA DE LUANDA

- 3.1 Principais objectivos deste Programa:
- 3.2 Suas metas:
- 3.3 Actividades mais importantes:
- 3.4 Qual é a política de atendimento de pessoas com perturbações mentais que afluem às unidades sanitárias da Província de Luanda?
- 3.5 Qual é a prevalência ou indicador geral de doenças mentais em Luanda?
- 3.6 Existem protocolos políticos nacionais ou internacionais em saúde mental?
- 3.7 Existem protocolos terapêuticos nacionais ou internacionais em saúde mental?
- 3.8 Qual é o projecto de formação em saúde mental existente nesta instituição?

COMENTÁRIOS:

APÊNDICE "D"



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
 de Saúde Pública
Sérgio Arouca

*Esta autorização
 31/8/2010*

**COOPERAÇÃO ANGOLA – BRASIL
 MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DE ANGOLA 2007**

*A Direcção Geral de Saúde
 para os devidos
 efeitos
 2.08.2010*

À
 EXCELENTÍSSIMA SENHORA
 DIRECTORA GERAL DO
 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE

LUANDA

Assunto: **SOLICITAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS**

António de Oliveira Sabalo, finalista do curso de Mestrado em Saúde Pública de Angola.

Tendo feito a qualificação do projecto de investigação científica com o tema "**Reforma Psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado**" a 15/07/2010 na Ensp/Fiocruz Rio de Janeiro Brasil com a orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, como consta na declaração em anexo.

Vem mui respeitosamente solicitar à Sr.^a Directora Geral do Hospital Psiquiátrico de Luanda, se digne autorizar a recolha de dados para a conclusão do referido mestrado, pelo que,

Aguarda deferimento

LUANDA, 30 DE JULHO DE 2010

O MESTRANDO
 António de Oliveira Sabalo

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LUANDA	
Entrada n.º	241 DS 21 N.P.C.
Em	2 / Agosto / 2010
O. E. S. P. / 2010	

APÊNDICE "E"

03.09.10
T.C
DI/PE



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca

COOPERAÇÃO ANGOLA – BRASIL
MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DE ANGOLA 2007



AO
EXCELENTÍSSIMO SENHOR
DIRECTOR DO HOSPITAL GERAL
DO HUAMBO

HUAMBO

Assunto: **SOLICITAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS**

António de Oliveira Sabalo, finalista do curso de Mestrado em Saúde Pública de Angola.

Tendo feito a qualificação do projecto de investigação científica com o tema "Reforma Psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado" a 15/07/2010 na Ensp/Fiocruz Rio de Janeiro Brasil com a orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, como consta na declaração em anexo.

Vem mui respeitosamente solicitar ao Sr. Director do Hospital Geral do Huambo, se digne autorizar a recolha de dados na Enfermaria Psiquiátrica para a conclusão do referido mestrado, pelo que,

Aguarda deferimento

LUANDA, 30 DE JULHO DE 2010

O MESTRANDO
António de Oliveira Sabalo

Contacto 923502192

APÊNDICE "F"



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca

COOPERAÇÃO ANGOLA – BRASIL
MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DE ANGOLA 2007

AO
EXCELENTÍSSIMO SENHOR
DIRECTOR GERAL DO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO

LUBANGO

Assunto: SOLICITAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

António de Oliveira Sabalo, finalista do curso de Mestrado em Saúde Pública de Angola.

Tendo feito a qualificação do projecto de investigação científica com o tema "**Reforma Psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado**" a 15/07/2010 na Ensp/Fiocruz Rio de Janeiro Brasil com a orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, como consta na declaração em anexo.

Vem mui respeitosamente solicitar à Sr.ª Directora Geral do Hospital Psiquiátrico do Lubango, se digne autorizar a recolha de dados para a conclusão do referido mestrado, pelo que,

Aguarda deferimento

LUANDA, 30 DE JULHO DE 2010

O MESTRANDO
António de Oliveira Sabalo

Contacto 923502192

J. E. C.
E - Atenção à qualificação
do projecto de mestrado.

B - Pedido de
acompanhamento



APÊNDICE "G"



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca

*Dr. ...
etc.
Dr. ...
Dr. ...
Dr. ...*

COOPERAÇÃO ANGOLA – BRASIL MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DE ANGOLA 2007



AO
EXCELENTÍSSIMO SENHOR
DIRECTOR DA CLÍNICA SAGRADA
ESPERANÇA

LUANDA

*Att:
DR. Rui Pires para
fazer: [Signature]*

Assunto: **SOLICITAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS**

António de Oliveira Sabalo, finalista do curso de Mestrado em Saúde Pública de Angola.

Tendo feito a qualificação do projecto de investigação científica com o tema **"Reforma Psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado"** a 15/07/2010 na Ensp/Fiocruz Rio de Janeiro Brasil com a orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, como consta na declaração em anexo.

Vem mui respeitosamente solicitar ao Sr. Director Clínica Sagrada Esperança, se digne autorizar a recolha de dados no Centro de Repouso para a conclusão do referido mestrado, pelo que,

Aguarda deferimento

LUANDA, 30 DE JULHO DE 2010

O MESTRANDO
António de Oliveira Sabalo

[Signature]

63726
0208010

APÊNDICE "H"

*TC está autorizado
a efetuar a investigação
sobre a taxa de incidência
de sífilis em Luanda.
Por favor enviar
para o Centro de
Doenças Infecciosas
do Hospital de
Papá Kitoko Luanda*



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca

COOPERAÇÃO ANGOLA – BRASIL
MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DE ANGOLA 2007

AO
EXCELENTÍSSIMO SENHOR DIRECTOR
DO CENTRO DE TRATAMENTO DE
DOENTES MENTAIS DA FUNDAÇÃO
"PAPÁ KITOKO" DE LUANDA

LUANDA

Assunto: SOLICITAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

António de Oliveira Sabalo, finalista do curso de Mestrado em Saúde Pública de Angola.

Tendo feito a qualificação do projecto de investigação científica com o tema "**Reforma Psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado**" a 15/07/2010 na Ensp/Fiocruz Rio de Janeiro Brasil com a orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, como consta na declaração em anexo.

Vem mui respeitosamente solicitar ao Sr. Director Geral Centro de Tratamento Papá Kitoko, se digne autorizar a recolha de dados para a conclusão do referido mestrado, pelo que,

Aguarda deferimento

LUANDA, 30 DE JULHO DE 2010

O MESTRANDO
António de Oliveira Sabalo

APÊNDICE "I"



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
de Saúde Pública
ENSP Sérgio Arouca

COOPERAÇÃO ANGOLA – BRASIL
MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DE ANGOLA 2007

*Notorizem
a fim
04.03.14*

AO
EXCELENTÍSSIMO SENHOR
DIRECTOR GERAL DA REMAR
DE LUANDA

LUANDA

Assunto: SOLICITAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

António de Oliveira Sabalo, finalista do curso de Mestrado em Saúde Pública de Angola.

Tendo feito a qualificação do projecto de investigação científica com o tema "**Reforma Psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado**" a 15/07/2010 na Ensp/Fiocruz Rio de Janeiro Brasil com a orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, como consta na declaração em anexo.

Vem mui respeitosamente solicitar ao Sr. Director Geral da REMAR, se digne autorizar a recolha de dados para a conclusão do referido mestrado, pelo que,

Aguarda deferimento

LUANDA, 30 DE JULHO DE 2010

O MESTRANDO

António de Oliveira Sabalo

FRANCISCO SEBASTIÃO

11.08/2010

923 502 192

APÊNDICE "J"



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
 de Saúde Pública
Sérgio Arouca
 ENSP

A Niçel de DNSP,
 contacta com a
 Sr^a Cipriano
 Airofa.

COOPERAÇÃO ANGOLA – BRASIL
 MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DE ANGOLA 2007

*Luanda
 02/08/2010
 Direção Nacional de Saúde Pública
 02/08/10*

Recomendamos solicitar
 a recolha de dados
 no *H. P. de*
 618/2010



À
 EXCELENTÍSSIMA SENHORA
 DIRECTORA NACIONAL DE SAÚDE
 PÚBLICA DE ANGOLA

LUANDA

Assunto: SOLICITAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

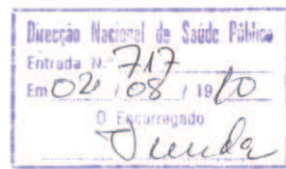
António de Oliveira Sabalo, finalista do curso de Mestrado em Saúde Pública de Angola.

Tendo feito a qualificação do projecto de investigação científica com o tema “**Reforma Psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado**” a 15/07/2010 na Ensp/Fiocruz Rio de Janeiro Brasil com a orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, como consta na declaração em anexo.

Vem mui respeitosamente solicitar à Sr.^a Directora Nacional de Saúde Pública de Angola, se digne autorizar a recolha de dados no Programa Nacional de Saúde Mental para a conclusão do referido mestrado, pelo que,

Aguarda deferimento

LUANDA, 30 DE JULHO DE 2010



O MESTRANDO
 António de Oliveira Sabalo
[Signature]



APÊNDICE "K"



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca

T.C.
Dra. N. J. P. P.
facilitar a recolha
de dados
H. Neves
15/08/10

**COOPERAÇÃO ANGOLA – BRASIL
MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DE ANGOLA 2007**

AO
EXCELENTÍSSIMO SENHOR
DIRECTOR PROVINCIAL DE SAÚDE
DE LUANDA

LUANDA

Assunto: **SOLICITAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS**

António de Oliveira Sabalo, finalista do curso de Mestrado em Saúde Pública de Angola.

Tendo feito a qualificação do projecto de investigação científica com o tema "**Reforma Psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em Angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado**" a 15/07/2010 na Ensp/Fiocruz Rio de Janeiro Brasil com a orientação do Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, como consta na declaração em anexo.

Vem mui respeitosamente solicitar ao Sr. Director Provincial de Saúde de Luanda, se digne autorizar a recolha de dados no Departamento Provincial de Saúde Pública para a conclusão do referido mestrado, pelo que,

Aguarda deferimento

LUANDA, 30 DE JULHO DE 2010

O MESTRANDO
António de Oliveira Sabalo

Emb. de nº 1819
02/08/2010

ANEXOS

ANEXO 1



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 15 de abril de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 155/10
CAAE: 0163.0.031.000-10

Título do Projeto: “Reforma psiquiátrica: reflexão sobre a implementação de política e serviços de saúde mental em angola que favoreçam a prática do cuidado humanizado”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Antonio de Oliveira Sabalo

Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP-ENSP: 16 / 07 / 2010

Data de apreciação: 04 / 08 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Ângela Esher
 Coordenadora do
 Comitê de Ética em Pesquisa
 CEP/ENSP
 Matr. SIAPE: 1355884