

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE MENTALÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**PROGRAMA NACIONAL DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
ORIENTAÇÕES E INSTRUMENTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES
INDICADAS NO INCISO I DO "CAPUT" DO ART. 5º DA PORTARIA GM N. 2840/2014**

Considerações Iniciais

A Política Nacional de Saúde Mental a cada ano reafirma os direitos preconizados na Lei 10.216 de 2001. Para assegurar atenção psicossocial à população, o Ministério da Saúde instituiu uma Rede cujo objetivo principal é promover o cuidado em liberdade com atenção integral, garantindo a salvaguarda dos direitos e o exercício da cidadania de pessoas em sofrimento, com transtorno mental e usuários de drogas. A Rede de Atenção Psicossocial é composta por diversos pontos de atenção que se norteiam pela singularização do cuidado e têm no CAPS seu ponto estratégico e articulador.

O Componente de Estratégias de Desinstitucionalização está estruturado em iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia, contratualidade e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Desta forma, este Componente prevê ações voltadas à garantia de cuidado integral às pessoas com transtorno mental que passam pelo processo de desospitalização e inserção na comunidade. As estratégias de desinstitucionalização visam a superação do modelo manicomial que vigorou no Brasil até anos recentes. Somente a partir de 2005 os gastos do Sistema Único de Saúde com a rede substitutiva de serviços superou os gastos com os hospitais psiquiátricos. **Para além da desospitalização, o Componente de Estratégias de Desinstitucionalização é uma ferramenta para garantir efetivamente um modelo distinto, substituindo o cuidado centrado na custódia, pelo cuidado em liberdade pautado na emancipação e protagonismo.**

O conceito de desinstitucionalização em que se baseia este Componente parte do princípio de que o sujeito emancipado – aqui, particularmente, o usuário em processo de desinstitucionalização – será tanto mais autônomo quanto maior for sua interdependência

com outras pessoas, incluindo cuidadores, profissionais e a comunidade como um todo. Sugerimos cinco chaves de leitura para a compreensão da importância do processo de desinstitucionalização em todos os níveis. Essas cinco dimensões são fundamentais para a superação do modelo asilar:

- 1) **O Circuito de Controle:** o manicômio não pode ser compreendido senão a partir do lugar que ocupa em um *circuito de controle*, central no modo de funcionamento da sociedade capitalista. Esse circuito envolve um amplo conjunto de instituições (o sistema de saúde, o sistema de educação, o sistema de justiça, o sistema de assistência social, entre outros) que produzem e reproduzem lógicas de normalização impositiva, sempre envolvendo algum nível de uso da força. O manicômio ocupa nesse circuito uma posição fundamental para a sustentação do modelo de normalização impositiva, ele é o local de escoamento de toda a falha dos demais sistemas de normatização (educação, justiça, saúde, assistência social etc), e assume a condição de *depositário do não normal*. Nesse sentido, exerce uma função primordialmente negativa, caracterizando-se como uma instituição de reclusão, contenção e exclusão de sujeitos que, em sua lógica, são considerados incuráveis e sem valor social. Resumidamente, na lógica manicomial o que opera não é apenas o binômio normal-anormal, mas também formas de validação-invalidação, ou dito de outra forma, o manicômio invalida o sujeito.

Assim, no circuito do controle, a *intersectorialidade* só estará efetivamente a serviço do processo de desinstitucionalização se for capaz de tensionar os processos de normalização impositiva nos diversos níveis institucionais do circuito, revertendo o fluxo de exclusão.

- 2) **Instituição Aberta e Instituição Fechada:** O desafio do fechamento do manicômio corresponde ao da *abertura da instituição*. Uma instituição aberta é aquela em que o poder institucional não tem como norte a *normalização*. Isso não significa que a instituição não tenha normas. Pelo contrário, o desafio é produzir regras, normas e condutas a partir do consenso, da negociação, da mediação, baseadas na participação e no protagonismo dos usuários. A normatização não pode vir formatada, alheia às relações próprias de cada instituição. Essa noção de abertura ou não de uma instituição vincula-se aos movimentos dinâmicos das relações de poder envolvidas: as relações institucionais abrem e fecham constantemente. As instituições, portanto, nunca são inteiramente abertas, mas o desafio é mantê-las abertas pelo maior tempo possível. A participação na produção das normas sempre envolve o exercício do poder. Este, contudo, não deve ser unidirecional, mas dialógico. Na relação com o usuário esse exercício dialógico deve se dar em ato, produzindo abertura.
- 3) **O Exercício do Poder:** As instituições estão estruturadas por relações de poder hierarquizadas, que se produzem tanto a partir de atribuições formais quanto a partir do cotidiano. Essas estruturas hierárquicas facilmente enrijecem as relações, produzindo alienação e falta de autonomia entre aqueles participantes que se encontram em posições inferiores na hierarquia. Quem está abaixo não tem acesso

às informações que orientam as tomadas de decisões acima, mesmo quando é diretamente impactado por estas. Técnicas e tecnologias como a medicalização excessiva ou o eletrochoque promovem a alienação da autonomia dos usuários a elas submetidos, que não participam da escolha sobre o tratamento adequado e não são satisfatoriamente informados de suas consequências. A mudança nas relações de poder deve se dar no regime formal e também no regime cotidiano, nas relações que se constroem no dia a dia do manicômio. Abrir a instituição é a alternativa ao seu funcionamento baseado nas hierarquias de poder.

- 4) **Manter as contradições abertas:** Essa chave relaciona-se diretamente com a segunda, e pressupõe a inevitabilidade de que as instituições alternem momentos de maior abertura ou fechamento. Essas contradições são inerentes às relações, sobretudo as institucionais, e implicam a necessidade de respostas dinâmicas e de maleabilidade. Para manter as contradições abertas é necessário recorrer a dispositivos como as reuniões de equipe, as assembleias de usuários, entre outros, cujo sentido é a produção de normas em consenso. Mesmo que não seja possível o tempo todo, o consenso deve ser o norteador das ações.
- 5) **Ação Prática:** É em ato, nas relações empíricas, que podemos validar todas essas chaves. Na produção e na transformação participativa das normas, o sujeito consegue se superar e se adaptar, processo que gera potência para que ele possa transitar de forma mais coesa nas relações sociais. A participação do sujeito na norma, sua capacidade de fazê-la cumprir, são percursos para a cidadania. Saúde, participação e cidadania geram autonomia. Essa autonomia produz interdependência com o coletivo para a pactuação e o consenso sobre outras normas.

É neste sentido que apresentamos, de acordo com a Portaria nº 2.840/GM/MS de 2014, no Art.5º, parágrafo único, as orientações e instrumentos para o desenvolvimento das ações indicadas no inciso I do "caput", a saber:

“Art. 5º Compete à Equipe de Desinstitucionalização:

I - apoiar as equipes profissionais de hospital psiquiátrico e realizar, quando necessária, a avaliação clínica, psiquiátrica e psicossocial das pessoas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, objetivando a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), orientado para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial no território”.

Desinstitucionalização

O processo de desinstitucionalização ainda é um desafio no Brasil, especialmente se considerarmos que muitos municípios ainda utilizam o recurso da internação em hospital psiquiátrico como principal resposta às situações de crise em saúde mental ou mesmo como

recurso para excluir e segregar pessoas “indesejáveis” ao corpo social. Mesmo pacientes que já estão no processo de desinstitucionalização, quando apresentam uma crise, ou comportamentos tidos como inadequados, têm no retorno ao hospital o principal recurso.

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração destas pessoas na comunidade são tarefas a que o SUS vem se dedicando com especial empenho na última década. Juntamente com o programa De Volta Para Casa e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), **o Programa de Desinstitucionalização, instituído pela Portaria nº 2.840 de 29 de dezembro de 2014, pretende concretizar as diretrizes de superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico pela estratégia de saída dos moradores de hospitais psiquiátricos no Brasil e cuidado integral na RAPS.**

Desta forma, assegurar o compromisso dos profissionais do SUS no processo de desinstitucionalização é um passo importante para qualificar o trabalho, garantir os direitos civis dos moradores e a não violação dos direitos humanos. Este ainda é um desafio a ser superado, principalmente quando consideramos a desinstitucionalização como um eixo ético-técnico-político da prática cotidiana e da transformação do objeto na atenção psicossocial, e portanto, um eixo norteador das práticas de cuidado de toda a RAPS.

Desinstitucionalizar significa promover mudança, transformação de toda ordem, não só da vida dos moradores, mas também dos familiares, profissionais, da comunidade, entre tantos outros atores envolvidos neste processo. Assim, Rotelli (2001) compreende que:

“Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente que ao mesmo tempo transforme sua vida concreta cotidiana.”
(Rotelli, 2001)

O processo de desinstitucionalização inicia-se dentro do hospital psiquiátrico. **Tendo em vista o Programa de Desinstitucionalização, apontamos dentre as atividades iniciais a realização do censo (ver ANEXO) com consequente elaboração de PTS orientado para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial no território de cada morador.** Para isso, considera-se a necessidade de apoiar as pessoas para se (re)estabelecer vínculos e laços sociais, contribuir para que a pessoa exerça sua cidadania e seu protagonismo a partir da garantia de seus direitos. Segundo Saraceno (2001), “o processo de reabilitação consiste em

reconstrução, um exercício pleno da cidadania e, também de plena contratualidade nos três grandes eixos: habitat, rede social e trabalho com valor social.”

De acordo com Nicácio (2001), Essa transformação passa por um encontro com o cotidiano que fala da vida, da criação, da miséria, da política, da transformação do papel de técnicos, do encontro/desencontro com famílias, da aproximação com organizações do bairro, da construção de uma nova cultura. Assim, algumas perguntas são necessárias: como mover as relações institucionais? Como ir desconstruindo os anéis da corrente da violência e exclusão legitimada pelas instituições, transformar relações de objetivação e submissão em relações que produzem diferentes formas de agir, pensar e sentir?

No curso do processo de desinstitucionalização é fundamental que seja considerado o exercício de poder do usuário, possibilitando que ele tenha voz e volte a assumir a responsabilidade sobre as decisões e condutas de sua vida. Dessa forma, o que se propõe não é simplesmente a desospitalização de moradores de Hospitais Psiquiátricos, mas a construção de um lugar social no qual se invente cotidianamente tecnologias para a produção de uma teia de relações necessárias para a emancipação dos sujeitos. Essa emancipação, portanto, é necessariamente coletiva.

Marcos normativos que orientam as ações:

Serviço Residencial Terapêutico (SRT):

Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 e Portaria nº 3.090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011.

As Residências Terapêuticas são moradias inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a acolher pessoas com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. A inserção em um SRT compõe o longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Assim, as residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na família e na comunidade.

A Portaria nº3090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, além de ampliar o valor destinado ao incentivo para implantação do serviço de R\$ 10.000,00 para R\$ 20.000,00, institui o custeio mensal por grupo de moradores, ou seja, garante o recurso mensal de financiamento. Amplia o acesso a pessoas vindas de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, após determinação judicial. Além disso, divide as residências em tipos I e II, a partir da avaliação das condições de saúde dos moradores, no que diz respeito ao grau de

dependência e às necessidades de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral.

Programa De Volta Para Casa (PVC):

Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, que institui o Programa De Volta Para Casa.

Portaria nº 2.077/GM/MS, de 31 de outubro de 2003.

Portaria nº 1.511/GM/MS, de 24 de julho de 2013.

O Programa De Volta Para Casa prevê o auxílio reabilitação através de um recurso financeiro, atualmente fixado em R\$ 412,00 (Portaria nº 1.511 de 24 de julho de 2013), para os portadores de transtorno mental que moraram em hospitais psiquiátricos por mais de dois anos ininterruptos. Por meio do pagamento de um benefício, este programa se propõe a fortalecer o poder de contratualidade, favorecendo assim a inclusão social e o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, favorecendo o convívio social de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Com a parceria da Caixa Econômica Federal, em dezembro de 2014 o Programa de Volta Pra Casa alcançou mais de 4 mil beneficiários em folha de pagamento. Os processos de fechamento de hospitais psiquiátricos, em especial nos Estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, contribuíram de forma significativa para o aumento de beneficiários cadastrados no Programa.

Este programa completará 12 anos em 2015, e ao longo do curso da sua execução apresentou-se claramente como um instrumento de resgate da cidadania através da emancipação financeira. Assim, grande parte dos usuários experimentam ser protagonistas de suas vidas pela possibilidade de escolher o que comprar, como querem viver, morar, etc.

Reabilitação Psicossocial

As estratégias de reabilitação psicossocial são entendidas como um conjunto de práticas que buscam transformar as relações de poder entre as pessoas e as instituições (Rotelli, 1993). Visam promover o protagonismo para o exercício dos direitos de cidadania de usuários e familiares da RAPS por meio da criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, da habitação, da educação, da cultura, da saúde, produzindo novas possibilidades de projetos para a vida. (Assis *et al*, 2014)

Em outras palavras, a reabilitação psicossocial é constituída de ações de emancipação junto aos usuários no sentido da garantia de seus direitos e da promoção de contratualidade

no território. É importante ressaltar que as estratégias de reabilitação psicossocial e de protagonismo não se restringem a um ponto de atenção ou ações isoladas, mas envolvem a criação de novos campos de negociação e formas de sociabilidade.

O Projeto Terapêutico Singular neste contexto

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um plano de ação voltado ao futuro de alguém, que acompanha e está presente na busca da realização dos sonhos de uma pessoa, com projeções de curto, médio e longo prazo. Significa que as ações de hoje devem ser orientadas a pavimentar o caminho para uma vida melhor (UFSC, 2014). A construção do PTS pressupõe a desconstrução de ideias, valores, crenças e normas construídas socialmente sobre o louco, a loucura e o manicômio, tais como as de periculosidade (para si e para os outros), normalidade, cura e custódia, separação mente e corpo, entre outras. Segundo Tykanori (2014):

“O principal método para a modificação de crenças é através das ações e vivências práticas que podem por em cheque estas crenças, de modo a possibilitar um novo olhar, uma nova percepção e principalmente um novo modo de se emocionar, diferente do que se está acostumado”. (UFSC, 2014)

O PTS parte do princípio de que

“cada pessoa/família/comunidade é o produto das interações que teve durante a sua história e contexto de vida. Cada uma dessas histórias é única. Desse modo, para constituir um projeto futuro precisamos de um plano pensado de modo muito especial, na medida justa para a pessoa e/ou coletivo (família/comunidade). E aqui, para que seja na medida justa, o principal parâmetro é a participação da própria pessoa/família/comunidade na elaboração do PTS” (UFSC, 2014).

O PTS se configura como uma ferramenta fundamental para os trabalhadores de saúde envolvidos no acompanhamento de pessoas com longa permanência em hospitais psiquiátricos, garantindo que estas consigam protagonizar a reconstrução de seus percursos de vida de forma autônoma.

Orientações para um PTS voltado para Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial

No contexto do processo de desinstitucionalização a construção do PTS deve iniciar a partir da realização do censo psicossocial.

Aspectos a serem considerados no PTS:

1. Possibilidades de trocas sociais e materiais

- **Escolaridade/letramento** (entende os números, sabe lidar com dinheiro)
- **Ocupação principal à época da entrada na instituição**
- **Situação laborativa atual**
- **Renda**
- **Possibilidades de moradia atuais**
- **Dados da internação no HP** (data de admissão, motivo da permanência, internações anteriores e duração, como chegou à instituição)

2. Possibilidades de trocas afetivas

- **Relação com a família**
- **Vida social e afetiva** (com quem o usuário conta? Recebe visitas durante a internação? Como passa o dia na instituição?)
- **Situação conjugal**
- **Exerce alguma atividade no território?**

3. Situação jurídica (em processo judicial, interditado, medida de segurança, curatela, privado de liberdade)

4. Aspectos da subjetividade

- **Auto imagem** (Como percebe a si mesmo? Qual relação com o autocuidado?)
- **Projetualidade** (como é a articulação do seu projeto de vida no mundo? Tem projetos de futuro?)
 - i. O que gosta/gostaria de fazer, lugares que frequenta e frequentava na cidade
 - ii. Onde e com quem gostaria de morar
 - iii. Gostaria de frequentar escola/faculdade/cursos profissionalizante ou outros
- **Autonomia** (Qual seu poder de escolha/decisão frente às coisas e relações significativas para o cotidiano de sua vida? De quais/quantas relações/coisas depende)
- **Independência** (grau de dependência física relativa à realização das ações do dia-a-dia; capacidade de comunicação, locomoção, alimentação)
- **Dados clínicos**
 - i. Diagnósticos clínicos e psiquiátricos
 - ii. Data e medicações da última prescrição clínica e psiquiátrica
 - iii. Internações concomitantes e anteriores à internação no hospital psiquiátrico
 - iv. Quem/que serviço de saúde acompanha a saúde do usuário além do hospital psiquiátrico
 - v. Possui deficiências físicas associadas (uso de óculos, próteses, órteses, aparelho auditivo)

Ações, articulações e dispositivos para condução do Projeto Terapêutico Singular

Construção das **ações de curto, médio e longo prazo** do Projeto Terapêutico Singular através de dispositivos:

- a) **Terapêuticos:** consultas médicas, farmacoterapia, propostas de atendimentos individuais e/ou grupais com propósito terapêutico, oficinas terapêuticas, articulação com serviços de saúde territoriais, etc.
- b) **Sociabilidade:** atividades de lazer, espaços de convivência, atividades junto à comunidade, etc.
- c) **Atenção às famílias:** orientações, assembleias, reunião de famílias, associação de familiares, etc.
- d) **Reabilitação:** garantia de direitos sociais e civis, inserção no trabalho, apoio à criação de cooperativas de trabalho, incentivo à autonomia, escolarização e profissionalização.

Referências Bibliográficas

Rotelli, F. Ri-abilitare la riabilitazione. In: Rotelli, F. Per la normalità. Trieste: Edizione, 1993.

Rotelli, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. 2001.

Saraceno, B. A reabilitação como cidadania. In: Saraceno, B. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Instituto Franco Brasaglia, TeCorá, 2001.

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. *Curso Álcool e outras Drogas – da coerção à coesão*. Módulo 6 – Recursos e Estratégias de Cuidado – Unidade 01 – Projeto Terapêutico Singular. Fátima Buchele e Magda Dimenstein (org.). Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

Assis, Jaqueline et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. In: *Divulgação em Saúde Para Debate*. Rio de Janeiro, Número 52, 2014.

Anexo

FORMULÁRIO* DO CENSO DE PESSOAS INTERNADAS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS.

*INSTRUMENTO BASEADO NO CENSO PSICOSSOCIAL DOS PACIENTES MORADORES DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO. BARROS, S; BICHAF, R (org) – desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo/FUNDAP, 2008. P136-142.

A. DADOS INSTITUCIONAIS

Fonte: PRONTUÁRIOS

- 1) **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:** (nome e número de CNES)
- 2) **NÚMERO DO PRONTUÁRIO:** (caso possua)
- 3) **RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO:**
- 4) **DATA DE ENTRADA NA INSTITUIÇÃO** (INTERNAÇÃO ATUAL, INDEPENDENTE DA RENOVAÇÃO DA AIH):
- 5) **TEMPO DE PERMANENCIA NA INSTITUIÇÃO ATUAL** (independente da renovação da AIH)
- 6) **ÚLTIMO HOSPITAL DE INTERNAÇÃO:**

B. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

FONTE: PRONTUÁRIO e/ou ENTREVISTA COM MORADOR

- 7) **NOME COMPLETO DO USUÁRIO:**
- 8) **FILIAÇÃO:**
- 9) **DATA DE NASCIMENTO:**
- 10) **IDADE ATUAL OU PRESUMIDA**
- 11) **ESTADO CIVIL:** (solteiro, casado, separado)
- 12) **NACIONALIDADE:**
- 13) **NATURALIDADE:** (cidade/UF em que nasceu)
- 14) **ENDEREÇO DE ORIGEM DO MORADOR:** (na cidade em que nasceu)
- 15) **RAÇA/COR:** (branca, negra, parda, amarela, indígena)
- 16) **TODAS AS CIDADES EM QUE RESIDIU:** (Formato: município/UF)
- 17) **MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ATUAL DO FAMILIAR:** (Formato: município/UF)
- 18) **ENDEREÇO DE MÃE OU PAI:**
- 19) **TELEFONE DE MÃE OU PAI:**
- 20) **ENDEREÇO DE FAMILIARES:**
- 21) **TELEFONES DE FAMILIARES:**
- 22) **ENDEREÇOS DE VIZINHOS/AMIGOS:**
- 23) **TELEFONES DE VIZINHOS/AMIGOS:**
- 24) **OUTRAS INFORMAÇÕES DE CONTATO:**

Documentação

- 25) **RG:**
- 26) **CARTEIRA DE TRABALHO:**

- 27) CPF:
- 28) CERTIDÃO DE NASCIMENTO:
- 29) TÍTULO DE ELEITOR:
- 30) CARTÃO SUS:
- 31) PIS/PASEP:
- 32) CERTIDÃO DE CASAMENTO:
- 33) PASSAPORTE:
- 34) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO:

C- SITUAÇÃO JURÍDICA E TIPO DE INTERNAÇÃO

FONTE: PRONTUÁRIOS e/ou ENTREVISTA COM MORADOR

- 35) **SITUAÇÃO JURÍDICA (CURADOR/PROCURADOR):** (pessoa está interditada parcial ou total? Tem curador; não tem curador/tem procurador; não tem curador/não tem procurador)
- 36) **NOME E CONTATOS DO PROCURADOR/CURADOR:**
- 37) **SITUAÇÃO JURÍDICA (CÓDIGO PENAL):** (internado sem ordem judicial; internado por ordem judicial; cumprindo medida de segurança)
- 38) **TIPO DE INTERNAÇÃO:** (voluntária; involuntária; compulsória e medida de segurança)
- 39) **NÚMERO DO PROCESSO/MEDIDA DE SEGURANÇA OU COMPULSÓRIA**

D-DADOS PSICOSSOCIAIS

FONTE: PRONTUÁRIOS e/ou ENTREVISTA COM MORADOR

- 40) **BENEFÍCIOS:** (não tem; LOAS/BPC; aposentadoria por tempo de serviço; aposentadoria por idade; aposentadoria por invalidez; pensão por morte de familiar; pensão alimentícia; auxílio doença; salário maternidade)
- 41) **SITUAÇÃO DE MORADIA NO PRESENTE:** (morador de enfermaria/tem familiares; morador de enfermaria/não tem familiares; morador de enfermaria/informação ignorada sobre familiares; tempo de internação menor que 1 ano)
- 42) **O USUÁRIO É ACAMADO?**
- 43) **DEFICIÊNCIAS FÍSICAS ASSOCIADAS:** (deficiência visual; deficiência auditiva; deficiência física; mobilidade reduzida; deficiência intelectual)
- 44) **USO DE ÓCULOS, ÓRTESES; PRÓTESES, APARELHO AUDITIVO, ETC?**
- 45) **AUTOCUIDADO – HIGIENE (BANHO, CABELOS, UNHAS, HIGIENE BUCAL, USO DO VASO SANITÁRIO):** (apenas quando solicitado e com auxílio; somente com auxílio; apenas quando solicitado; de vez em quando e por vontade própria; diariamente e por vontade própria)
- 46) **ALIMENTAÇÃO:** (alimenta-se somente quando solicitado e com auxílio; alimenta-se à mesa e usa talheres quando solicitado e com auxílio; alimenta-se à mesa e usa talheres quando solicitado; alimenta-se à mesa e usa talheres de vez em quando e por vontade própria; alimenta-se à mesa e usa talheres diariamente por vontade própria)
- 47) **VESTIR-SE:** (não se veste sozinho, recusa-se a vestir; veste-se somente com ajuda de outros e/ou estimulado por outro; veste-se sozinho com roupas com higiene precária e

**60) NOME DO MÉDICO E NÚMERO DE REGISTRO NO CRM RESPONSÁVEL PELA
PRESCRIÇÃO**

61) RESPONSÁVEL PELO REGISTRO DESTE FORMULÁRIO: (nome, data e assinatura)
