

A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O *DAY CARE* EM UMA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

Paulo Celso Prado Telles Filho*
Adriana Inocenti Miasso**
José Fernando Petrilli Filho***

RESUMO

Esta pesquisa teve os objetivos de caracterizar o trabalho realizado com os pacientes de uma associação de Pais e Amigos dos Excepcionais que participam do programa "Day Care", bem como demonstrar os resultados obtidos, após a implementação do referido programa. Para tal, os dados foram levantados através de consulta aos prontuários e relatórios anteriormente realizados por profissionais envolvidos com os pacientes em questão. Por meio do relato referente ao trabalho realizado junto aos pacientes, e em função dos resultados obtidos, observa-se quão importante e eficaz mostra-se este programa e a variedade de elementos que evidenciam a evolução dos pacientes nele inseridos.

Palavras-chave: Assistência diurna. Pacientes portadores de deficiência mental. Equipe multiprofissional.

MULTI-DISCIPLINARY TEAM AND THE "DAY CARE" IN AN ASSOCIATION OF MENTALLY DISABLED'S PARENTS AND FRIEND

ABSTRACT

The aims of this research are both to characterize and present the results of the work carried out with mentally handicapped patients under a "Day Care" program. This program took place in an institution known as Association of Parents and Friends of the Mentally Handicapped (APAE), State of São Paulo, Brazil. The data set was obtained through medical case notes and reports on patients' progress. The analysis of these data showed the importance of the program as well as the variables that affect the evolution of the patients.

Key words: Day care. Mental handicapped patients. Multi-disciplinary team.

EL EQUIPO MULTIPROFESIONAL Y EL "DAY CARE" EN UNA ASOCIACIÓN DE PADRES Y AMIGOS DE LOS DEFICIENTES MENTALES

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivos caracterizar el trabajo realizado con los pacientes de una asociación de Padres y Amigos de los Deficientes Mentales que participan del programa "Day Care", así como mostrar los resultados obtenidos, tras la implementación del referido programa. Con este objetivo, los datos fueron levantados a través de consulta a las fichas e informes anteriormente realizados por profesionales relacionados con los pacientes en cuestión. Por medio del relato referente al trabajo realizado junto a los pacientes, y en función de los resultados obtenidos, se observa lo importante y eficaz que se muestra este programa y la variedad de elementos que evidencian la evolución de los pacientes inseridos.

Palabras Clave: Asistencia diurna. Pacientes portadores de deficiencia mental. Equipo multiprofesional.

INTRODUÇÃO

O portador de deficiência mental, em seus diversos níveis, necessita de atenção altamente

especializada. As tendências atuais de atenção em saúde mental primam pelo desenvolvimento e ampliação da rede extra-hospitalar, pela assistência em instituições que privilegiam a

* Enfermeiro. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Área de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Docente e Chefe do Departamento de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem – Universidade Camilo Castelo Branco – Campus VIII).

** Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Área de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

*** Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação da Área de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Docente da Fundação Educacional Octávio Bastos – São João da Boa Vista-SP.

visão holística da pessoa, guardando espaço para internações somente quando estas se fazem absolutamente necessárias.

As instituições que fornecem assistência nestes novos moldes oferecem programas que são denominados por várias expressões. Os franceses citam “Hôspital de Jour” ou “Unités de Jour”; os americanos e ingleses usualmente utilizam: “Day Hospital”, “Day Centers” e “Day Care”, sendo esta última expressão adotada no decorrer deste trabalho (CAMPOS, 1986).

No Brasil, utiliza-se “Hospital Dia”. Tal expressão foi introduzida na literatura por Cameron, sendo este o responsável pelo funcionamento do primeiro Hospital Dia do Mundo Ocidental (GLASSCOTE *et al.*, 1969).

Trata-se de uma expressão que não conseguiu libertar-se do termo “hospital”. Várias tentativas foram feitas para substituí-la, não se conseguindo uma denominação única e universal.

Fato é que, independentemente da expressão que se prefira utilizar, o verdadeiro e importante significado está no tipo de abordagem oferecida ao paciente.

Segundo Zusman (1992) o primeiro hospital-dia provavelmente surgiu em meados de 1930, em Moscou, tendo sido criado por Dzagorov. No Brasil, o primeiro hospital-dia foi inaugurado em 1954, na cidade de São Paulo.

Para Espinosa (1998), o hospital-dia difere de quaisquer outros tipos de hospitalização ou estruturas intermediárias de reabilitação e reinserção social, por dispor de um programa terapêutico que enfatiza as manifestações clínicas e terapêuticas, bem como por comprometer o paciente e sua família em uma relação terapêutica contratual com a equipe, estimulando sua participação ativa.

As vantagens que o indivíduo recebe nesse tipo de programa são variadas, pois mediante ele se pretende manter contato com o contexto sociofamiliar de origem, desestimular a excessiva dependência e regressão que freqüentemente ocorrem na internação integral, estimular a participação em atividades noturnas ou em finais de semana, reduzir a intensidade do estigma social que incide sobre o portador de deficiência mental, conferir a possibilidade de participar do meio social e ainda, em termos econômicos, torná-lo menos oneroso que a internação integral (GLASSCOTE *et al.*, 1969;

ENDICOTT *et al.*, 1978; HIRSCH *et al.*, 1979 *apud* CAMPOS, 1986).

Atualmente várias instituições fornecem este tipo de atendimento, dentre elas a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais em estudo.

Por ser esta uma temática bastante inovadora em termos da proposta do serviço e dos benefícios proporcionados por esse serviço, considerou-se oportuna sua divulgação, para suscitar novas discussões, entendimentos e aplicações.

OBJETIVOS

- Caracterizar o trabalho realizado com os pacientes de uma associação de Pais e Amigos dos Excepcionais que participam do programa “Day Care”;
- demonstrar os resultados obtidos, após a implementação do referido programa.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Universo de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida junto à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

População e amostra

A população abrangeu os pacientes do programa “Day Care” e é composta por dez sujeitos. A amostra constituiu-se de cinco pacientes, devido ao fato de estarem inseridos desde a implantação do programa, assim possibilitando uma ampla visualização dos resultados obtidos.

Coleta de dados

Os dados para este estudo foram levantados no período de janeiro a março de 2000, através de consulta a relatórios, os quais foram realizados pelos diversos profissionais envolvidos com o trabalho e de prontuários dos pacientes pertencentes ao programa “Day Care”.

Análise dos dados

A análise dos dados deu-se através do relato do trabalho realizado com os pacientes em questão, de suas respectivas caracterizações e de

quadros comparativos entre as condições anteriores e atuais por eles apresentadas.

Aspectos éticos

O estudo foi iniciado após a aprovação da diretoria da instituição em questão e os nomes dos indivíduos que compõem a amostra foram preservados, para a garantia de sua confidencialidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente prima-se pela não internação do portador de deficiência mental, seja ela leve, severa ou profunda. As internações, principalmente quando prolongadas, revelam-se cronicadoras de situações clínicas e familiares, bem como causadoras de elevado custo financeiro. Prima-se também pelo "processo de normalização", que defende que todas as pessoas com deficiência têm o direito de experienciar um padrão de vida comum à sua própria cultura. Isto significava oferecer a tais indivíduos modos e condições de vida diária o mais semelhantes possível às condições existentes na sociedade (SASSAKI, 1997).

Neste sentido, a instituição em estudo realiza um trabalho com o intuito de desenvolver o potencial desses indivíduos, promovendo esta nova maneira de cuidar, assistir e prestar atenção à camada da população em questão.

Em função das necessidades da clientela atendida, em 1991 criou-se um espaço onde as pessoas portadoras de deficiência mental, com dependência para atividades de autocuidado e sobrevivência, pudessem ser atendidas em sua totalidade. Nesse espaço havia instalações adequadas ao bem-estar físico e psicológico destas pessoas, como: berços adaptados, colchões d'água, banheiros com instalações adaptadas, carrinhos especiais e profissionais capacitados (psicólogos, auxiliares de enfermagem e pajens). Nesse período as atividades não eram registradas no prontuário, o que impossibilitou a obtenção de informações detalhadas em relação a esse documento.

A partir de 1993, em função da diversidade das características apresentadas pela clientela, passou-se a realizar um trabalho multidisciplinar, mais direcionado e individualizado, conforme se pode

perceber através dos relatos nos prontuários dos clientes, os quais começaram a ser organizados. O trabalho começou a ser realizado de forma individualizada, à medida que os diversos profissionais envolvidos se reuniam periodicamente para discutir as medidas terapêuticas a serem aplicadas e a evolução do estado dos pacientes. É importante salientar que as condutas eram adotadas somente com a concordância de todos os profissionais envolvidos.

Todos esses fatores culminaram com a criação do Programa "Day Care" em 1996. Cumpre ressaltar que a escolha dos pacientes para a inserção nesse programa levou em consideração o fato de serem semi ou totalmente dependentes em atividades da vida diária e provenientes de famílias carentes, ou seja, potenciais candidatos à internação integral.

As atividades desenvolvidas nesse programa pretendem capacitar os pacientes à independência na vida diária, à aquisição de habilidades básicas e ao bem-estar biopsicossocial, por meio da introdução de atividades ocupacionais pré-escolares e da oferta de um ambiente acolhedor, carinhoso e alegre, entremeando a programação com atividades de recreação, lazer, educação física e musicoterapia.

Ao necessitarem de exames especializados ou tratamentos de maior complexidade, os pacientes são encaminhados para clínicas particulares, para o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, para o Centro de Atendimento Odontológico Especializado de Araçatuba ou para o Hospital de Reabilitação de Lesões Crânio Faciais de Bauru – Universidade de São Paulo. Os exames de audiologia e impedanciometria são realizados pela própria entidade.

A medicação necessária, inclusive com medicamentos controlados, é oferecida pela instituição, exceto a existente na rede básica de saúde do município.

Os pacientes do programa são ainda beneficiados com transporte diário, em veículos próprios da instituição, com o auxílio de pajens durante o percurso (residência - instituição e vice-versa).

Para tal, existe uma variada gama de profissionais responsáveis pelo programa, a seguir relacionados: neurologista, psiquiatra, dermatologista, otorrinolaringologista, ortopedista,

pediatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, fonoaudiólogo, dentista, auxiliar de odontologia, nutricionista, cozinheiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, pajem, servente e motorista .

Atualmente o programa presta atendimento a trinta pacientes, sendo treze do sexo feminino e dezessete do sexo masculino. Estes estão compreendidos na faixa etária de um a quarenta anos e possuem patologias diversas, como síndrome de West, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, paralisia cerebral, epilepsia, microcefalia, crises

convulsivas e distúrbio de comportamento, apresentando grau de comprometimento variado (entre a semidependência e a dependência total).

Para a demonstração dos resultados obtidos seguem-se os quadros comparativos das condições anteriores e atuais, divididos por área de trabalho e precedidos de uma resumida caracterização dos pacientes a que se referem. Destaca-se que as condições anteriores correspondem à fase que antecede a implantação do programa, ou seja, são anteriores a 1996. As condições atuais correspondem ao período de janeiro a março de 2000.

| | CONDIÇÕES ANTERIORES* | CONDIÇÕES ATUAIS* |
|----------------------------------|--|--|
| ÁREA DE ENFERMAGEM E ÁREA MÉDICA | Apresentava eletroencefalograma com intensa desorganização, crises convulsivas de difícil controle, episódios seguidos de hipertermia, monilíase oral e vaginal, constipação intestinal, escaras, dificuldade de deglutição e lesões oculares. | Houve diminuição das lesões oculares. Não vem apresentando hipertermia. As crises convulsivas ocorrem raramente e com curto período de duração. |
| ÁREA PSICOLÓGICA | Recebia atendimento direto e indireto através de observações e orientações à família e equipe multidisciplinar. | Além do atendimento prestado anteriormente, a paciente vem recebendo estimulação tátil e auditiva, respondendo aos estímulos oferecidos. |
| ÁREA FONOAUDIOLÓGICA | Alimentava-se através de sonda nasogástrica com acentuada alteração de sistema motor oral e distúrbio de linguagem. | Expressa-se através de choro e recebe alimentação por sonda nasogástrica. |
| ÁREA NUTRICIONAL | Utilizava sonda nasogástrica e sua alimentação não possuía controle nutricional; apresentava vômitos, anemia e obstipação intestinal. | Mantém o uso de sonda nasogástrica com dieta hiperproteica e hipossódica rica em fibras – 2.000 cal, sendo 200ml de três em três horas e líquidos nos intervalos – 80ml. O controle de peso é feito mensalmente. Houve melhora no funcionamento intestinal e não apresenta vômitos. |
| ÁREA FISIOTERÁPIA | Quadro respiratório grave com pneumonias de repetição, escoliose em “C” e pernas em flexão. | Não apresenta pneumonia. Demais características mantidas. |
| ÁREA ODONTOLÓGICA | Não recebia assistência odontológica, apresentando cáries dentárias, doença periodontal, hiperplasia gengival medicamentosa, precária higiene oral e má oclusão. | Recebe assistência odontológica curativa, com manutenção anual e preventiva periódica a cada três meses e com orientações à família e em sala, o que contribuiu para redução de processos infecciosos. |
| ÁREA PEDAGÓGICA | Nas atividades da vida diária apresentava-se totalmente dependente, necessitando de ajuda total. | Com o intuito de melhorar seu relacionamento com o meio, realiza-se técnica de relaxamento através de toque e musicoterapia. |
| ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL | Apresentava-se indiferente ao meio e sua atenção e interesse mostravam-se prejudicados. | São realizados trabalhos de relaxamento aumentando o seu relacionamento com o mundo externo. |
| ÁREA SOCIAL | Família legalmente constituída. O pai é lavrador, a mãe é do lar, ambos possuem o primeiro grau incompleto e residem em casa alugada. | Foi realizado trabalho em relação à organização familiar, aceitação da criança pela família, responsabilidade diante do tratamento, higiene corporal e ambiental. Atualmente família reside em casa própria com infra-estrutura, a mãe participa do trabalho com a paciente na entidade, recebendo orientações da equipe e favorecendo o relacionamento entre família, instituição e paciente. |

*Percebe-se uma carência de informações das áreas de enfermagem e medicina quando comparadas a outras áreas, como, por exemplo, serviço social e pedagogia, assim evidenciando a necessidade de um registro mais preciso por parte dos profissionais dessas áreas.

Quadro 1 – Paciente A: Feminino, 17 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral com tetraplegia e catarata

| CONDIÇÕES ANTERIORES | | CONDIÇÕES ATUAIS |
|----------------------------------|--|---|
| ÁREA DE ENFERMAGEM E ÁREA MÉDICA | Apresentava obstrução intestinal, anorexia, incontinência urinária, orofaringe hiperemiada, crises convulsivas, ótite e coriza frequentes. | As condições descritas no item anterior, mostram-se inexistentes. |
| ÁREA PSICOLÓGICA | Apresentava movimentos estereotipados de pernas e braços, além de resistência em seguir normas. | Realiza as atividades com auxílio e orientação dos profissionais, atendendo a ordens simples. Os movimentos estereotipados ocorrem em menor intensidade. |
| ÁREA FONOAUDIOLÓGICA | Distúrbio de aquisição e desenvolvimento de fala e linguagem, alterações de funções fonarticulatórias e funções estomatognáticas. Apresentava compreensão, embora não emitisse vocábulos. | Possui contato visual e intenção comunicativa; emite vocábulos isolados espontâneos. A fala é ininteligível, pois possui articulação imprecisa. Adquiriu noções básicas de linguagem (por exemplo: em cima, em baixo, igual e diferente) trabalhadas em sistema computacional com programa específico para deficientes. Atende a ordens simples. |
| ÁREA NUTRICIONAL | Apresentava obstrução intestinal severa necessitando de <i>fleet-enema</i> semanal. | Recebe dieta rica em fibras juntamente com educação alimentar. Apresenta aceitação da dieta (cinco refeições ao dia). Não necessita de <i>fleet-enema</i> . |
| ÁREA FISIOTERAPÊUTICA | Rolava para ambos os lados, transferia peso corretamente, engatinhava, ficava de joelhos, em pé com apoio bilateral, apresentava marcha claudicante, pisava em eversão, não possuía equilíbrio e não conseguia descer degraus. | Deambula sem claudicação, desce degraus, utiliza bota ortopédica para corrigir a eversão. |
| ÁREA ODONTOLÓGICA | Não recebia assistência odontológica, apresentando estado de higiene oral precário, dentes permanentes recém-erupcionados com necessidades preventivas urgentes devido ao alto risco de apresentar lesões cáries. | Recebe assistência odontológica curativa com manutenção anual e preventiva periódica a cada três meses, com orientações à família e em sala de aula, possibilitando a redução do surgimento de lesões cáries e a melhora na higienização bucal. |
| ÁREA PEDAGÓGICA | Comunicava-se com gestos indicativos e possuía vocabulário de poucas palavras. Atendia ordens simples e complexas com necessidade de ajuda e orientação. Possuía baixo nível de atenção e concentração. Necessitava de auxílio e orientação nas atividades de vida diária tais como: alimentação, banho, escovação, vestuário e de estímulos para realização das atividades propostas e integração ao grupo. | Atualmente apresenta nível de atenção e concentração mais elevado. Realiza atividades de coordenação motora global com orientação. Estão sendo trabalhados os movimentos manuais. Em relação às atividades de vida diária, necessita menor auxílio e orientação. Apresenta bom contato com o meio e participa de atividades propostas. Realiza encaixes e jogos simples, pinturas e colagens. |
| ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL | Não possuía noções de limite. Apresentava dificuldade na coordenação motora grossa e preensão palmar. | Possui noções de limite. Quanto à preensão palmar, segura objetos com firmeza e realiza atividades que envolvem coordenação motora grossa. Houve melhora no nível de concentração e atenção. |
| ÁREA SOCIAL | Família legalmente constituída, porém desorganizada. O casal apresentava dificuldades no relacionamento. Residiam em casa cedida em uma fazenda. A mãe mostrava-se emocionalmente desestruturada e resistente ao trabalho oferecido pela entidade. | Realizado trabalho em relação à organização familiar, aceitação da criança pela família, responsabilidade diante do tratamento da criança, higiene corporal, ambiental e orientação familiar individual quanto à importância da participação da família em reuniões e trabalhos realizados na entidade. A genitora tem mostrado interesse em participar do trabalho realizado na instituição, melhorando a interação entre criança, família e entidade. |

Quadro 2 – Paciente B: Masculino, 11 anos, com diagnóstico de Retardo no Desenvolvimento neuropsicomotor, crises convulsivas e hemiparesia à direita

| | CONDIÇÕES ANTERIORES | CONDIÇÕES ATUAIS |
|---|---|--|
| ÁREA DE ENFERMAGEM E ÁREA MÉDICA ENFERMAGEM | Apresentava hipotonia global, crises convulsivas, pulmões com roncões e crepitações, algia auricular e conjuntivite. | Somente a hipotonia manteve-se. |
| ÁREA PSICOLÓGICA | Totalmente dependente. Quando colocado com outras crianças, não estabelecia vínculos. Mostrava-se nervoso, mordida-se e chorava quando queria algo. | Realiza algumas atividades sem auxílio. Seu brincar é solitário, porém, explora o ambiente ao redor. Estabelece vínculo com os colegas e profissionais. |
| ÁREA FONOAUDIOLÓGICA | Apresentava distúrbio na aquisição e desenvolvimento de fala e linguagem, alterações de órgãos fonoarticulatórios (principalmente hipotonicidade) e funções estomatognáticas (mastigação, sucção e respiração). | Possui contato visual, balbucia sons vocálicos e bilabiais, apresenta expressões faciais, sorri com o contato de algumas pessoas, chora quando quer alimentar-se, compreende o significado de algumas palavras, responde a estímulos sonoros ambientais e de fala, procurando a fonte sonora. |
| ÁREA NUTRICIONAL | Recebia as refeições oferecidas pela família, sem orientação nutricional. | Atualmente recebe alimentação balanceada para a idade, de consistência normal, porém amassada (facilitando sua ingestão). Alimenta-se sozinho (cinco refeições ao dia), com supervisão. |
| ÁREA FISIOTERAPÊUTICA | Não sentava, não possuía controle de tronco, não rolava. | O paciente consegue sentar com apoio, rola para a direita e esquerda, fica em pé com apoio bilateral. |
| ÁREA ODONTOLÓGICA | Apresentava ausência de cáries e doenças gengivais, higiene oral insatisfatória e presença de hábitos nocivos para funcionais. | Recebe assistência odontológica preventiva intensiva com controle periódico a cada três meses, orientações à família e em sala, recomendações sobre a remoção de hábitos nocivos, prevenindo a instalação de seqüelas dentárias e esqueléticas futuras. |
| ÁREA PEDAGÓGICA | Distúrbios de humor com choros e risos imotivados, não mantinha contato visual além de apresentar déficit de atenção e concentração. Alimentava-se com ajuda total. Sua socialização era deficitária, pois chorava muito. | Com o trabalho de estimulação individualizado houve melhora de sua percepção sensorial, habilidades de linguagem, cognição, autocuidados e socialização. Vem apresentando evolução significativa, tornando-se sociável. Reconhece pessoas de seu convívio, alimenta-se com auxílio e está começando a permanecer em pé com apoio. Os distúrbios de humor minimizaram e sua capacidade cognitiva aumentou, aceitando as atividades propostas. Explora objetos através da percepção tátil. |
| ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL | Não recebia estímulos relacionados à terapia ocupacional. | Foi trabalhada a coordenação visomotora fina, preensão palmar, estimulação auditiva, atenção e concentração, obtendo resultados satisfatórios tais como percepção sensorial, cognição e habilidades de linguagem. |
| ÁREA SOCIAL | Família legalmente constituída, com indícios de desorganização. A mãe demonstrava dificuldade em cuidar do filho. É do lar e o pai é caminhoneiro. A situação de higiene da moradia era precária. | Não apresenta indícios de desestruturação. O genitor trabalha em uma usina à noite e a genitora é faxineira. Foi realizado trabalho em relação à organização familiar, aceitação da criança pela família, responsabilidade diante do tratamento, higiene corporal e ambiental. Casal preocupado e atencioso em relação ao filho. A mãe participa do trabalho e recebe orientações da equipe. |

Quadro 3 – Paciente C: Masculino, 08 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral com tetraparesia e retardo no desenvolvimento neuropsicomotor

| CONDIÇÕES ANTERIORES | | CONDIÇÕES ATUAIS |
|----------------------------------|---|--|
| ÁREA DE ENFERMAGEM E ÁREA MÉDICA | Apresentava pneumonias de repetição, quadriparesia hipotônica, crises convulsivas, bronquite, hipertermia, faringite, broncopneumonia, rush cutâneo em face e em membros e pulmões com roncos e sibilos. | Não apresenta as patologias citadas no quadro anterior, somente hiperemia de narina e pulmões com roncos e sibilos. |
| ÁREA PSICOLÓGICA | Era-lhe fornecida estimulação tátil, auditiva e visual, respondendo com dificuldade aos estímulos oferecidos. | Recebe atendimento através de estimulação tátil, auditiva e visual. Responde aos estímulos oferecidos, apresentando compreensão, principalmente quando se estabelece diálogo. |
| ÁREA FONOAUDIO LÓGICA | Apresentava distúrbio na fala e linguagem, alterações dos órgãos fonoarticulatórios e funções estomatognáticas. | Apresenta déficit de fala e linguagem, alteração das funções estomatognáticas. Possui contato com o meio, balbúcia sons guturais e plosivas posteriores. |
| ÁREA NUTRICIONAL | Recebia alimentação oferecida pela família sem orientação nutricional. | Passou a receber alimentação balanceada, de consistência normal, porém amassada. O controle de peso é mensalmente realizado. |
| ÁREA FISIOTERÁPIA | Apresentava controle de cabeça precário e equinismo de pé. | Tem controle de cabeça, faz uso de colete para melhorar a postura do tronco e maí para diminuir equinismo de pé. |
| ÁREA ODONTOLÓGICA | Apresentava cáries dentárias, doença periodontal, má oclusão, precária higiene bucal e hábitos parafuncionais. | Passou a receber assistência odontológica curativa com manutenção anual e preventiva periódica a cada três meses, com orientações à família e em sala, devolvendo ao paciente condições bucais adequadas, apesar do comprometimento esquelético. |
| ÁREA PEDAGÓGICA | Apresentava baixo nível de atenção e concentração. Dependente em atividades da vida diária, não possuía controle esfinteriano. Controlava precariamente tronco e cabeça. Sentava-se com apoio. Manipulava objetos sem interação com o meio. | Com o trabalho de estimulação intensiva e individualizada houve evolução quanto à percepção sensorial, interagindo com pessoas do seu convívio e familiares. Interage bem com o grupo e com outras pessoas. |
| ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL | Era trabalhada sua coordenação visomotora, atenção, concentração, estimulação visual e auditiva. | Mantém contato visual, respondendo a estímulos oferecidos. |
| ÁREA SOCIAL | Família legalmente constituída e desorganizada. Ambiente familiar, higiene pessoal e ambiental precários. A mãe era trabalhadora rural, o pai alcoólatra (não trabalhava). A família residia em casa cedida e recebia ajuda de terceiros. | Foi realizado trabalho em relação à organização familiar, aceitação da criança pela família, responsabilidade diante do tratamento, higiene corporal e ambiental. Atualmente residem em casa própria. A genitora permanece como trabalhadora rural e genitor realiza serviços gerais. A genitora participa do trabalho desenvolvido com o paciente e segue as orientações da equipe. |

Quadro 4 – Paciente D: Masculino, 14 anos, com diagnóstico de síndrome de West e hipertonia

| CONDIÇÕES ANTERIORES | | CONDIÇÕES ATUAIS |
|----------------------------------|--|---|
| ÁREA DE ENFERMAGEM E ÁREA MÉDICA | Apresentava desnutrição, obstipação intestinal, processos alérgicos, orofaringe hiperemiada e crises convulsivas. | Apresenta evolução do quadro clínico com controle das crises convulsivas e ausência das outras condições anteriores. |
| ÁREA PSICOLÓGICA | Não estabelecia contato com colegas, profissionais e não demonstrava interesse por atividades propostas. | Responde a estímulos oferecidos. Estabelece contato com colegas e profissionais, realizando as atividades propostas com orientação. É realizado trabalho de relaxamento com água e areia, pois por vezes mostra-se tensa e agressiva. |
| ÁREA FONOAUDIOLÓGICA | Apresentava atraso na aquisição e desenvolvimento de fala com alterações em órgãos fonoarticulatórios e funções estomatognáticas. | Apresenta distúrbio de fala e linguagem, alterações de órgãos fonoarticulatórios e funções estomatognáticas. Se atém a sons ambientais e de fala, localiza-os diretamente, mesmo quando emitidos em fraca intensidade. Possui contato visual e sorri quando alguém lhe dirige a fala, porém não realiza emissões orais. |
| ÁREA NUTRICIONAL | Apresentava anemia ferropriva e obstipação intestinal. | Não apresenta anemia. Faz uso de dieta rica em fibras (favorecendo o funcionamento intestinal). A alimentação é de consistência normal, porém amassada. |
| ÁREA FISIOTERAPÊUTICA | Ficava de joelhos, apresentava déficit de equilíbrio, não engatinhava, iniciando o arrastar para a frente. | Houve aumento do equilíbrio, deambula com apoio bilateral. |
| ÁREA ODONTOLÓGICA | Não recebia assistência odontológica anteriormente ao ingresso na instituição. Portadora de dentes comprometidos por lesões cáries, gengivite severa, higiene bucal deficiente, má oclusão e hábitos parafuncionais. | Passou a receber assistência odontológica curativa com manutenção anual e preventiva periódica a cada três meses, com orientações à família, possibilitando satisfatória condição bucal, apesar de seu comprometimento esquelético. |
| ÁREA PEDAGÓGICA | Agressividade, não aceitação de contato físico e déficit de atenção e concentração. Sua socialização era difícil, pois não se interessava pelas atividades propostas. Não mantinha contato visual e não se alimentava satisfatoriamente. Não possuía controle esfinteriano e sua percepção sensorial era pouco desenvolvida. | Com o trabalho de estimulação individualizado sua percepção sensorial, bem como outras habilidades como cognição, linguagem, autocuidado e socialização desenvolveram-se. Permanece de pé com apoio e se alimenta sem auxílio. Mantém contato visual e está iniciando controle esfinteriano. Apresenta evolução significativa no que diz respeito à atenção e concentração. Expressa sentimentos e reconhece pessoas de seu convívio. |
| ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL | Recebia atendimento na área de coordenação visomotora, preensão palmar, estimulação visual, auditiva, tátil, atenção, concentração e socialização. Necessitava de estímulos na realização das atividades. | Obteve evolução significativa nas áreas de coordenação visomotora, preensão palmar, estimulação visual, auditiva e tátil, atenção, concentração e socialização. |
| ÁREA SOCIAL | Provém de família legalmente constituída, organizada, pai trabalha e mãe é do lar. A residência possuía higiene satisfatória. | Os pais demonstram aumento de interesse pelo trabalho desenvolvido em prol da filha, participando ativamente das reuniões. Há receptividade às visitas domiciliares e houve maior aceitação do trabalho de orientação. |

Quadro 5 – Paciente E: Feminino, 13 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral com tetraparesia, crises convulsivas controladas e estrabismo divergente.

Quando se acompanham tais quadros, fica evidente, nas diversas áreas citadas, a evolução dos pacientes inseridos no programa.

Tal evidência denota que vale apontar este novo modo de prestar cuidado ao cliente excepcional como viável e altamente produtivo.

Ressalta-se que a avaliação da área de enfermagem foi apresentada simultaneamente com a da área médica, por se tratar de um trabalho integrado e também pelo fato de as anotações dos prontuários dos clientes terem sido realizadas em uma mesma folha de registro.

Faz-se importante relatar que, afora as vantagens apresentadas nos citados quadros, os diversos profissionais, sobretudo os enfermeiros, propiciam freqüentemente detalhadas informações em relação ao cuidado desses pacientes durante o período em que estão em seus respectivos domicílios. Em casos de necessidade, o enfermeiro dirige-se ao domicílio para orientar familiares e/ou responsáveis por esses pacientes. Entretanto, tais orientações não são registradas.

Destaca-se que o atendimento oferecido atende plenamente às orientações da Organización Panamericana de la Salud-PAHO e Organização Mundial da Saúde-OMS, (1997), que através do documento "*Prevención de discapacidades y rehabilitación: guía para fortalecer el programa básico de estudios de enfermería*", oferece sugestões e orientações para a atuação dos enfermeiros junto aos indivíduos portadores de deficiências.

Ressalta-se que os raros casos em que a evolução se mostrou lenta de deveram aos fatores limitantes próprios das patologias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do processo da não-hospitalização defendido pelas concepções mais atuais em saúde mental mostram-se extremamente condizentes com os resultados obtidos com a implementação do programa "Day Care" na instituição estudada.

Uma das questões mais atuais em relação aos direitos humanos é a questão dos direitos das pessoas deficientes. Nesse sentido a

Organização das Nações Unidas (ONU) recomendou uma série de ações que venham a promover a concretização dos direitos de tais pessoas, notadamente na participação da vida social em toda a sua plenitude, como se dá com os demais cidadãos (NEVES *et al.*, 1982).

A maior permanência do paciente em seu meio, associada à assistência da equipe multiprofissional, favorece o pleno desenvolvimento de seus participantes, resultando em significativa melhora na qualidade de vida, o que se mostra evidente neste estudo.

Atualmente considera-se essencial a existência de uma abordagem multiprofissional que utilize métodos ativos e dinâmicos em um nível verbal e não-verbal, em atmosfera de troca entre pacientes, família e equipe multiprofissional, abordagem esta utilizada na instituição investigada.

Concordamos com Campos (1997) em sua pesquisa sobre hospitalização diurna em psiquiatria ao longo de cinquenta anos, na qual afirma ser importante ousar, sonhar e acreditar na possibilidade da realização de alguns sonhos.

REFERÊNCIAS

- CAMPOS, M. A. **O hospital dia como alternativa assistencial em psiquiatria**: opinião de pacientes e seus familiares, 1986. 142f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1986.
- CAMPOS, M. A. A hospitalização diurna em psiquiatria cinquenta anos depois - um olhar ao longo do tema e do tempo. **Estudos em saúde mental**. Ribeirão Preto: [s.n.], 1997. cap. 4, p. 253 - 263.
- ESPINOSA, A. M. F. **Psiquiatria**: guias práticos de enfermagem, Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 1998.
- GLASSCOTE, R. M.; KRAFT, A. M.; GLASSMAN, S. M.; JEPSON, W.W. **Partial hospitalization for the mentally ill**: a study of programs and problems. Baltimore: Garamond; Pridemark Press, 1969.
- NEVES, T. P.; COMARU, M. N.; TONAKI, A. O.; STIGLIANO, E. O papel do (a) enfermeiro (a) no trabalho da reinserção social da pessoa com deficiência. **Rev. Bras. Enf.**, São Paulo, v. 35, p. 192-199, 1982.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - PAHO & ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Prevención de discapacidades y rehabilitación**:

guia para fortalecer el programa básico de estudios de enfermería, 1997. Mimeografado.

SASSAKI, R.K. **Inclusão:** construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: Ed. WVA, 1997.

ZUSMAN, J. A. Hospital-Dia: uma perspectiva histórico-crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, set. 1992.

Endereço para correspondência: Paulo Celso Prado Telles Filho, Rua Praça Major Carlos Neves, 73, Centro, Cep 17300-000, Dois Córregos – SP. E-mail: pauloctlles@bol.com.br

Recebido em: 28/01/2003

Aprovado em: 23/04/2003