MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANDRESSA KELLY DE SANTOS LIMA

A REINSERÇÃO SOCIAL DO PACIENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL ATENDIDO NO CAPS I DO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO/SP

Guarulhos

2015

ANDRESSA KELLY DE SANTOS LIMA

A REINSERÇÃO SOCIAL DO PACIENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL ATENDIDO NO CAPS I DO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO/SP

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Belém Gomes Cavalcante

Guarulhos

2015

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas Fernando Gay da Fonseca

L732r

Lima, Andressa Kelly de Santos
A reinserção social do paciente portador de transtorno mental atendido no caps I do município de São Sebastião/SP / Andressa Kelly de Santos Lima. -- 2015.
79 f.; 31 cm.

Orientadora: Profª. Dra. Maria de Belém Gomes Cavalcante

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, 2015.

1. Reinserção Social 2. Saúde Mental 3. Enfermagem Psiquiátrica I. Título II. Cavalcante, Maria de Belém Gomes, (Orientadora). III. Universidade Guarulhos

CDD. 610.73

Universidade Guarulhos - UnG

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada **"A reinserção social do paciente portador de transtorno mental atendido no CAPS I do município de São Sebastião/SI"**, em sessão pública realizada em 18 de Setembro de 2015, considerou a candidata Andressa Kelly de Santos Lima aprovada.

1. Profa. Dra. Maria de Belém Gomes Cavalcante _____

2. Profa. Dra. Luciana de Almeida Colvero _____

3. Profa. Dra. Lúcia Helena Grando Scudeller _____

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Dedico esse trabalho ao meu querido Deus que sempre me deu forças para continuar e a todos os pacientes portadores de transtorno mental.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu querido Deus Jeová, sem ele eu nada seria. Obrigada meu grandioso Deus por trilhar meus caminhos e me dar força para prosseguir.

Agradeço imensamente à minha amada família, meus pais e meus irmãos que me apoiaram de todas as maneiras para que eu pudesse realizar esse sonho.

Aos meus queridos amigos e companheiros de classe do Mestrado. Unimo-nos e juntos somamos conhecimento e nos apoiamos mutuamente para alcançarmos nossos objetivos.

Meu agradecimento à minha querida Orientadora Drª Maria de Belém Gomes Cavalcante que me transmitiu conhecimento, sabedoria, foi e é uma grande parceira nos estudos. Obrigada por me transmitir serenidade, tranquilidade e por, com muita maturidade, me orientar.

A minha eterna gratidão a todas as professoras do curso, Drª Viviane Fernandes de Carvalho Belizário, Drª Edna Aparecida Moura Arcuri e Drª Arlete Silva, por todo o conhecimento transmitido. Em especial, à Drª Josiane Lima de Gusmão e à Drª Ana Llonch Sabatês, agradeço por me acolherem, por não me deixarem desistir e por me mostrarem alternativas de como continuar apesar das adversidades.

Agradeço à Profª Drª Luciana de Almeida Colvero, por sua contribuição cuidadosa e preciosa no Exame de Qualificação, trazendo questionamentos fundamentais para a construção deste estudo.

Agradeço à Profª Drª Lucia Helena Grando pelas valiosas sugestões no Exame de Qualificação, que possibilitaram a construção deste estudo.

Aos meus alunos que acompanharam o início dessa minha jornada e me incentivaram a sempre continuar.

Agradeço às minhas colegas de trabalho e as enfermeiras supervisoras da Casa de Saúde Stella Maris e do Hospital Santos Dumont - Unidade Avançada do Litoral Norte que, por vezes, me ajudaram, permitindo-me trocar os dias de plantão para que eu pudesse comparecer às aulas e às orientações.

Meus sinceros agradecimentos ao município de São Sebastião, ao Secretário de Saúde Urandy Rocha Leite, ao articulador de Saúde Mental Ubirajara Nascimento, ao Enfermeiro Antônio, à Terapeuta Ocupacional Ana Carolina Custódio e a todos os

funcionários do CAPS e da Secretaria de Saúde de São Sebastião, que me permitiram e me apoiaram com tanto carinho e prontidão para o desenvolvimento deste estudo. O acolhimento e a oportunidade propiciada foram fundamentais para a continuidade deste estudo.

A todos os portadores de transtorno mental que precisam tanto de apoio em sua reinserção social.

Obrigada a todos que direta ou indiretamente foram preciosos e fundamentais para a realização deste sonho.

“Sonhe com o que você quiser. Vá para onde você queira ir. Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida e nela só temos uma chance de fazer aquilo que queremos. Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldades para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E esperança suficiente para fazê-la feliz.”

(Clarice Lispector)

RESUMO

Lima AKS. A reinserção social do paciente portador de transtorno mental atendido no CAPS I do município de São Sebastião/SP. [dissertação] Guarulhos – São Paulo: Universidade Guarulhos; 2015.

A reinserção social do portador de transtorno mental é um dos principais alvos da Política de Saúde Mental atualmente e tem seu êxito com a participação ativa em sociedade e o exercício pleno da cidadania por parte dos que adoecem mentalmente. Este estudo teve como objetivos identificar a reinserção social dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) I do município de São Sebastião/SP e verificar se há propostas de ampliação da reinserção social a partir do discurso dos participantes envolvidos no estudo. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas com nove pacientes, com idade entre 31 e 59 anos, nos meses de maio e junho de 2015. Para a organização dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC aponta que a reinserção social dos usuários dos serviços do CAPS I está acontecendo gradativamente devido às atividades promovidas na Unidade e este ambiente tornou-se acolhedor e permitiu aos pacientes retomarem atividades que, devido ao transtorno mental, haviam deixado de praticar. O Discurso revela que as propostas de ampliação da reinserção estão relacionadas à melhoria do fornecimento de alimentação local, ao aumento do número de profissionais, do número de acomodações e separação de pacientes e à promoção de atividade de entretenimento como a música. O DSC apontou que a vivência no CAPS I está repercutindo em sua vida e em sua forma de pensar e foi fundamental para evitar que futuras internações psiquiátricas ocorressem, mas foi evidenciado também que grande parte dos portadores de transtorno mental não exercem atividade laboral remunerada, portanto, essa é a principal necessidade que precisa ser repensada e a busca de alternativas ou parcerias de atividades de inclusão no mercado de trabalho é emergencial para a sua reinserção social mais efetiva.

Palavras-chave: Reinserção Social. Saúde Mental. Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Lima AKS. The social reinsertion of patients with mental disorders attended on CAPS I in the municipality of São Sebastião, São Paulo, Brazil. [dissertation] Guarulhos – São Paulo: Universidade Guarulhos; 2015.

The social reinsertion of patients with mental disorders is one of the main targets of Mental Health Policy and currently has its success with the active participation in society and the full exercise of citizenship from those who become sick mentally. This study aimed to identify the social reinsertion of patients with mental disorders treated at the Psychosocial Support Center (Centro de Apoio Psicossocial – CAPS I, in Portuguese) in São Sebastião, São Paulo, Brazil, and check if there are proposals to expand the social reinsertion from the speech of the participants involved in study. It is a qualitative study, descriptive and exploratory type. Data collection was conducted through semi-structured interviews with 9 patients, aged 31 and 59, in the months of May and June, 2015. The Collective Subject Discourse (CSD) technique was used for the organization of the data. The CSD shows that the social reinsertion of the CAPS I services users is happening gradually due to the activities promoted in the unit and due to this environment has become cozy and allowed patients to resume activities that had stopped practicing due to mental disorder. The discourse reveals that reinsertion expansion proposals are related to the improvement of the local alimentation supply, the increase in the number of professionals, the number of accommodation and separation of patients and entertainment activities promotion such as music. The CSD showed that the experience in CAPS I is reverberating in his life and in his way of thinking and was crucial in preventing future psychiatric hospitalizations, but it was also evident that most of the patients with mental disorders perform unpaid labor activity, so this is the main need that needs to be rethought and the search for alternatives or include activities partnerships in the job market is considered emergency for a more effective social reinsertion.

Keywords: Social Reinsertion. Mental Health. Psychiatric Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1 Município de São Sebastião/SP demonstrando a localização do CAPS, 2015. 41

Quadro 1 Cronograma de atividades desenvolvidas semanalmente no CAPS I do Município de São Sebastião. 42

Quadro 2 Perfil dos participantes do estudo. 43

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Ancoragens
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIST	Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho
CNSM	Coordenação Nacional de Saúde Mental
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões-Chave
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IC	Ideia Central
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PSF	Programa Saúde da Família
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço Ambulatorial Médico de Urgência
SARR	Serviços de Atenção em Regime Residencial
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnG	Universidade Guarulhos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1. APRESENTAÇÃO .....
2. INTRODUÇÃO 16
3. OBJETIVOS 26
4. REFERENCIALTEÓRICO 27
4.1 A Cidadania e o paciente psiquiátrico 27
4.2 A família e o portador de transtorno mental 28
4.3 Redes de Atenção Psicossocial 31
4.4 Inclusão e Exclusão Social 37
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA 41
5.1 Tipo de pesquisa 41
5.2 Cenário da pesquisa 41
5.3 Participantes do estudo 43
5.4 Coleta de dados 45
5.4.1 Procedimentos de coleta 45
5.4.2 Procedimentos éticos 45
5.4.3 Técnicas de coleta 46
5.5 Apresentação e análise de dados 46
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO DSC 48
6.1 Internações Psiquiátricas 48
6.2 Melhoras após o tratamento no CAPS 52
6.3 Retorno a atividade laboral 54
6.4 Atividades no CAPS 54
6.5 Conceito sobre o CAPS 56
6.6 Relacionamento Familiar 58
6.7 Atividades de lazer após a descoberta da doença 58
6.8 Sugestões de melhorias para a reinserção social 61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 64
REFERÊNCIAS 66
APÊNDICES 71
ANEXOS 76

1. APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela área de saúde mental surgiu desde criança. Tenho em minha família três pessoas próximas diagnosticadas com transtornos mentais. Durante minha infância, percebia idas e vindas desses meus familiares em internações psiquiátricas e, dentre elas, constantes crises e sintomas agravados devido às mudanças de medicamentos, de tratamentos, ou a simples não adaptação às rotinas. O que eu não entendia, com toda minha inocência juvenil, era o porquê meus familiares não conseguiam se reabilitar daquela doença, e principalmente, porque parecia tão difícil eles se envolverem com a sociedade. Presenciei diversos momentos em que amigos, vizinhos e até mesmo outros parentes eram preconceituosos, discriminadores e simplesmente rotulavam os portadores de transtornos mentais como “loucos”, excluindo-os de participações em sociedade.

Minha família de pais e irmãos pareciam ser os mais achegados aos “loucos” da família. Em época de poucas crises desses parentes, conversar e estabelecer um vínculo não se constituía nenhum desafio. Fui crescendo em um ambiente familiar, entendendo que o convívio e a comunicação com portadores de transtornos mentais poderiam ser perfeitamente normais, mas me intrigava o porquê a sociedade restante não pensava assim.

Em 2008, ingressei na faculdade de Enfermagem, focada em entender mais sobre o processo dos transtornos mentais e a sua recuperação. Tive aulas sobre a disciplina de Saúde Mental e me interessei ainda mais sobre o assunto. Em tal disciplina, pude estagiar em uma unidade do CAPS, onde me indaguei acerca da real reabilitação social dos pacientes.

Minhas indagações foram aumentando e vi no mestrado uma oportunidade de aprofundar meus conhecimentos em Saúde Mental e poder obter respostas aos meus questionamentos.

2. INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, a humanidade encontrou dificuldades sobre como lidar com o paciente psiquiátrico. Saber reagir frente a situações não esperadas e diferentes de outro ser humano torna-se um desafio. Ao longo da história, as primeiras formas encontradas para lidar com essa situação foram os cárceres e o isolamento de pacientes com transtornos mentais[1].

O conceito de saúde mental nos primeiros séculos era muito limitado. Acreditava-se na loucura como uma forma de castigo divino, possessão de maus espíritos ou simplesmente uma anormalidade, onde a pessoa acabava sendo segregada e abandonada à própria sorte, sem direito a convivência com as pessoas consideradas normais. Devido às explicações das causas dos transtornos mentais serem oriundas de meios espirituais, não bastava excluir esses indivíduos da sociedade, por muitas vezes, eles sofriam castigos, violências e sofrimentos como forma de punição[2].

Historicamente, no período da Renascença, os tidos como loucos eram excluídos das cidades europeias e marginalizados moralmente. Para que não houvesse contato com as pessoas consideradas normais, os loucos eram orientados a realizar longas caminhadas para afastarem-se da população, e muitos deles viajavam a pé ou em navios que eram guiados à própria sorte, e dessa forma, muitos não retornavam[3].

No período da Idade Média, os portadores de transtornos mentais eram confinados em locais asilares para tratamento da doença, onde eram agrupados com pessoas libertinas, moradores de rua e pessoas portadoras de doenças venéreas. As pessoas recebiam tratamento de acordo com o seu comportamento. Os mais rebeldes ou violentos eram encarcerados, acorrentados e violentados. As situações de violência ocorriam como uma forma de castigo pela falta de conhecimento sobre a origem da doença e devido aos costumes e tipos de tratamentos violentos que eram inerentes à ignorância e costumes difundidos na época[3].

No século XVIII, Philipe Pinel trouxe um novo conceito sobre o adoecimento mental. Pinel foi um médico que, em 1793, começou a atuar como chefe do corpo médico no Asilo Bicêtre, localizado no sul de Paris, na França. Nesse estabelecimento, os portadores de doença mental eram igualmente confinados com criminosos, e a maioria era mantida acorrentada. Com ajuda da observação de funcionários, ele pôde atentar-se a toda essa problemática e tomou medidas para não permitir o

acorrentamento dos internados e a separação daqueles que na época eram denominados alienados mentalmente. Os indivíduos a partir de então só receberiam uma contenção caso apresentassem algum surto psiquiátrico. A forma de contenção aplicada eram as camisas de força. Isso permitiu mais dignidade para pacientes que já haviam sido acorrentados durante décadas[4].

Após sua saída de Bicêtre, Pinel também atuou em outros hospícios, onde introduziu a ideia do mesmo tipo de libertação aos doentes mentais. Além dessa medida, ele abominava os tratamentos realizados de forma violenta e visionou o paciente como doente que necessitava de cuidados diferenciados, e que os médicos deveriam ser firmes, mas que não houvesse punição, e sim, tratamentos feitos com gentileza. O conceito de saúde mental foi modificado a partir dessa época. Esse médico francês referiu-se a doença mental como um distúrbio do sistema nervoso que deveria ser mais bem compreendido, e tentou buscar explicações para as doenças mentais aquém das superstições. A enfermidade a partir de então poderia tentar ser explicada cientificamente, como sendo resultados de lesões fisiológicas e fatores estressores ambientais. Em 1793 e 1801 publicou o "*Nosographie philosophique"* e o "Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental", onde conseguiu descrever e classificar algumas doenças mentais e reforçava de forma veemente uma terapêutica mais humanizada, respectivamente[4].

Com o passar dos anos, a ideia de tratamento em local específico e o desacorrentamento do doente mental foi mantida, porém a forma de tratamento desses pacientes foi distorcida gradativamente e novamente os alienados eram punidos cruelmente devido a sua própria insanidade. Castigos físicos como chibatadas, banhos gelados e sangrias faziam parte dos tratamentos ofertados[4].

Anos à frente, o médico e psiquiatra Franco Basaglia deu início à reforma psiquiátrica, que aconteceu na Itália. Em 1961, ele assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Após observar os tratamentos destinados aos pacientes, Basaglia quis transformar a forma de tratamento fornecida. Sua ideia de reformulação seria com tratamento feito em forma de comunidades terapêuticas. Para dar início às mudanças, ele reformulou o meio de hospedagem e o tratamento técnico ofertado pela instituição. Porém, ele não concordava com a postura dos profissionais médicos em relação aos pacientes, que eram vistos apenas como um objeto de intervenção. Foi

entendida então a necessidade de não só reformular a estrutura física ou as técnicas empregadas no tratamento, mas toda a política estabelecida para tratamento dos alienados mentais[5].

Basaglia também denunciava que o agravamento e as consequências da doença mental eram oriundos do asilamento, da exclusão e de todo o processo envolvido na institucionalização do indivíduo[5].

Em 1970, Basaglia foi nomeado para dirigir o hospital psiquiátrico da cidade italiana de Trieste. Como diretor, deu início ao encerramento das atividades hospitalares que ele comandava e promoveu ações comunitárias para a terapêutica dos portadores de transtornos mentais. Os manicômios passaram a ser substituídos por essa rede territorial de atendimento em centros de convivências e moradia supervisionada para os pacientes. Em casos de emergências psiquiátricas, os atendimentos seriam feitos nos hospitais gerais[5].

Os atendimentos psiquiátricos e toda a rede de serviço ofertada para a terapêutica psiquiátrica foi reconhecida em 1973 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como referência para a reformulação das assistências de saúde mental. Mas o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado somente em 1976, e a partir daí a terapêutica realizada era totalmente feita em rede territorial implantada por Basaglia[5].

Em 13 de maio de 1978 foi aprovada a Lei 180, também conhecida como Lei Basaglia, que determinou o fim das instituições asilares e manicomiais. Basaglia foi um marco na história da saúde mental, não só pela extinção de manicômios, mas também pela promoção da saúde mental de maneira humanizada e, a partir dessa época foram introduzidas novas estratégias para o alívio do sofrimento mental e melhoria dos cuidados com os portadores da doença. Dentre as estratégias mais humanizadas, estão as tentativas de retorno ao convívio social por meio de oficinas culturais, ateliês de arte e residências assistidas[5].

Todos esses acontecimentos, também ocorridos na Europa, tiveram influência no Brasil. Países europeus e os colonizados sofreram durante mais de duas décadas com manicômios e asilos. O primeiro hospício instaurado no Brasil foi em 1852, que o Imperador Dom Pedro II inaugurou no Rio de Janeiro e que em pouco tempo já estava superlotado[6].

O estudo e o tratamento sobre as doenças psiquiátricas no Estado de São Paulo no final do século XIX e início do XX tem uma figura primordial: o médico psiquiatra Francisco Franco da Rocha. Nascido na cidade de Amparo, interior do Estado, no ano de 1864, sempre teve interesse pelo estudo da Medicina. Para realizar os estudos, ingressou na Faculdade Nacional de Medicina, no Estado do Rio de Janeiro. Durante o período de estudo, começou a ter contato com o ramo da Medicina denominado Psiquiatria, a qual se dedicou a vida toda. No Rio de Janeiro, atuou na clínica Dr. Eiras durante sua formação. Em razão do seu grande saber, foi convidado para permanecer na então Capital Federal, mas decidiu retornar para a capital paulista[7,8].

Antes da atuação de Rocha em São Paulo, os alienados eram tratados de maneira precária, violenta e excludente. Por isso, criou uma campanha para a criação de um hospital focado somente na assistência aos doentes mentais, porque os que existiam na época tinham péssimas condições para o tratamento e diagnóstico dos internos[8].

Devido ao empenho de Franco da Rocha, o Governo Paulista inaugurou o Hospital Central de Juqueri, em 1901. O embrião deste hospital foi a criação de uma chácara para alienados, no ano de 1898, na mesma cidade, que seguiu um novo modelo importado da Europa, chamado de “open-door”, no qual o paciente circulava livremente em seu espaço, sem precisar ficar nas celas, como era de praxe[9].

Para entronizar esse novo modelo, Rocha teve contato, durante seus estudos, com visões de psiquiatras da Europa, especialmente da França e Alemanha, como os estudiosos da área, Philippe Pinel e Claude Bernard. Por essas concepções, Franco da Rocha começou a moldar uma nova fase da Psiquiatria no Estado de São Paulo, onde a área ainda dava seus primeiros passos[10].

Após ser admitido como médico no Hospício de Alienados de São Paulo, pouco tempo depois, foi conduzido ao cargo de diretor em 1896, permanecendo até 1923[7].

O médico tinha uma visão, influenciado pelo francês Pinel, em que acreditava no zelar e no tratar com dignidade o paciente portador de transtornos mentais. Antes dessa época, os doentes eram colocados em celas ou em locais separados nas Santas Casas de Misericórdia em diversos estados do país[11].

Inaugurado em 1901, o Hospital Central de Juqueri contava com pavilhões para o atendimento de 160 pacientes homens. No ano de 1903 foi inaugurada a ala feminina,

com 289 mulheres. O hospital foi construído na cidade de Juqueri, distante 30km da capital. O local era uma colônia agrícola e permitia a livre circulação dos pacientes, o chamado “open-door”, conforme supramencionado[8].

No ano de 1889, Franco da Rocha foi morar no hospital para ficar mais próximo dos internos. Rocha visava não só a construção de um local para abrigar doentes mentais, mas desenvolver a pesquisa científica da Psiquiatria no país para permitir maior conhecimento das causas dos males provocados pela doença mental. Em 1921, foi posto em funcionamento o Laboratório de Anatomia Patológica, que era, para Rocha, um importante instrumento científico de estudo para poder de certa forma orientar os profissionais nos diagnósticos dos pacientes internados no hospício[10].

Para Rocha, o laboratório era a cabeça de todo o complexo do Juqueri, porque dava credibilidade científica para todos os meios de tratamentos e diagnósticos utilizados no hospital. Com o aval das pesquisas realizadas no laboratório, o médico acreditava que poderia ter uma noção real ou mais próxima da real a qual o paciente se encontrava. Com isso, seria mais fácil curar ou frear algum tipo de anomalia causada pela mente humana. Assim, o interno poderia voltar ao convívio com a sociedade[7,8,9].

Apesar do esforço científico de tentar entender como as anomalias mentais ocorriam, o hospício servia para disciplinar os pacientes que ali residiam. Cada ala era guardada por um enfermeiro que vigiava os internos. Os passos de cada paciente eram seguidos por todo o corpo clínico do hospital. Nesse sentido, era uma maneira de colocar o doente dentro de uma norma a qual tinha hora para realizar todas as atividades[10,11].

A repercussão do hospital de Juqueri foi grande e a cada ano a população de clientes aumentava gradativamente. Em 1958, chegou a ter mais de 14 mil internados. Um pavilhão para menores foi inaugurado em 1922 e, em 1957, do total de doentes, 3.520 eram crianças. O complexo hospitalar aos poucos foi abrigando mais pacientes do que sua capacidade física e financeira poderia comportar. Atualmente, o hospital está em fase final de desativação, que vem ocorrendo há décadas. A ideia central das reformulações das políticas de saúde mental impulsionou a desativação gradativa do Hospital de Juqueri e, com o decorrer do tempo, ele deixou de ser modelo devido à ideia atual de desospitalização do doente e à quantidade massiva de pacientes que impossibilitam a continuidade dos serviços oferecidos no hospício[12].

As Políticas de Saúde Mental são fundamentais para a evolução da forma de tratamento, reabilitação e reinserção social do paciente portador de transtornos mentais, e elas vêm sendo modificadas e crescendo a cada dia. Historicamente, no Brasil, até a década de 70, pacientes portadores de transtornos mentais que necessitassem de atendimento com tratamentos intensivos eram reportados a hospitais para internação psiquiátrica. A forma como eles eram tratados era violenta, onde os clientes eram sujeitos a maus-tratos e banalização. Mediante a essa situação, houve um movimento sanitário na mesma década, a favor dos pacientes e contra as medidas de tratamento existentes na época. Surgiu, nesse período, um marco histórico de lutas em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos, a Reforma Psiquiátrica[13,14].

A Reforma Psiquiátrica é um processo complexo e minucioso de registros de movimentos importantes da história, onde ainda há necessidade de se aprimorar diariamente. Diante deste contexto, a Reforma Psiquiátrica é definida como um conjunto de ações que mobilizam famílias, grupos, instituições privadas, instituições públicas e requer o investimento e reconhecimento em âmbito municipal, estadual e federal para a melhoria das suas práticas[14].

O início efetivo da Reforma Psiquiátrica no Brasil deu-se em 1978, com o primeiro movimento social a favor dos direitos dos clientes dependentes de tratamentos psiquiátricos. O chamado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi realizado por sindicalistas, trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares e pessoas com histórico longo de internações em hospitais psiquiátricos. A principal causa desse movimento era denunciar todos os maus-tratos que os pacientes submetidos a diversas internações sofriam dentro de instituições privadas e questionar a comercialização de seres humanos dependentes de tratamentos psiquiátricos. Além disso, colocou-se em debate o chamado saber psiquiátrico e houve reivindicação de melhorias na assistência prestada pelos hospitais da época[14,15].

Uma das influências e colaboração para a realização dessas reivindicações foi a observação do modelo de desinstitucionalização psiquiátrica e forte crítica do modelo manicomial ocorrido na Itália. A partir daí, surgem as primeiras propostas de remodelagem de assistência psiquiátrica, que é reforçada pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios”, adotado pelo II Congresso Nacional do MSTM, ocorrido

em 1987. Nesse mesmo ano, é implantado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo. O CAPS vem a ser um tipo de tratamento diferente dos modelos existentes de internação e maus-tratos que até então eram oferecidos aos pacientes. É um modelo de assistência comunitária, aberta, acolhedora e promotora de saúde para pacientes com transtornos mentais[14,15,16].

Em 1989, há um movimento mais intenso e interventor direto para a modificação da estrutura de assistência hospitalar. A Casa Anchieta, localizada no litoral sul de São Paulo, na cidade de Santos, é conhecida pelos maus-tratos e violência a pacientes, e sofre uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, o que provoca repercussão nacional, explicitando a possibilidade de uma substituição de modelo de assistência. O início da modificação em forma de leis acontece no mesmo ano, quando o deputado Paulo Delgado propõe uma lei, que carrega o seu próprio nome, a extinção progressiva dos manicômios e a regularização dos direitos da pessoa portadora de transtornos mentais[14].

A proposta da Lei Paulo Delgado começa a vigorar em 1992, quando vários estados brasileiros adotam a ideia de extinção progressiva de leitos manicomiais por um novo conceito de acolhimento, de assistência e de gestão prestada em uma rede integrada de saúde mental. Embora, nessa mesma década, houvesse a implantação de 208 CAPS, não houve investimento de recursos nessa nova modalidade de tratamento, sendo destinados 93% dos recursos oriundos do Ministério da Saúde a hospitais psiquiátricos[16,17].

A sanção da Lei Paulo Delgado no país, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, ocorreu efetivamente em 2001. A Lei Federal 10.216, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, não havendo tanta ênfase na extinção dos manicômios, devido a algumas modificações ao longo do tempo, mas, ainda assim, impulsiona de forma veemente, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica[17]. De acordo com a referida lei, são direitos dos pacientes portadores de transtorno mentais[18]:

> I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
>
> II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

> III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
>
> IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
>
> V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
>
> VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
>
> VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
>
> VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
>
> IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Nos tempos atuais, no dia 18 de maio, é comemorado o dia da Luta Antimanicomial, devido ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Nesse dia, em geral, ocorrem muitas atividades em âmbito municipal e estadual, a fim de sensibilizar e conscientizar as populações sobre a importância da humanização e acolhimento a quem sofre de doenças mentais. Ainda, em muitas cidades são realizados debates, campanhas, reuniões, palestras para apontar a importância do tema.

De acordo com o dicionário brasileiro, reinserção significa o ato ou efeito de reinserir. É o efeito de inserir algo novamente em meio a algum tipo de sistema. Dá-se quando houve a perda ou a descontinuidade de algo ou alguém que estava inserido anteriormente e atualmente não está mais[19].

Reinserção social é o processo de continuar algo que havia se perdido ou se desintegrado em algum âmbito relacionado à sociedade, que pode acontecer através de convívio entre um grupo de pessoas com objetivo profissional, educacional, religioso, afetivo ou até mesmo de lazer. O êxito em se alcançar a reinserção social é obtido quando se promove a igualdade de oportunidades sociais. Mas a reinserção social só é possível entendendo-se os motivos da exclusão social, que é o ato pelo qual alguém é privado ou excluído de determinadas funções[20]. Em relação ao portador de transtorno mental, isso acontece devido à falta de conhecimento das doenças mentais, ao preconceito, ou ao medo de não saber lidar com portador da doença[21].

Reinserção está intrinsecamente ligada à reconstrução de perdas e o principal objetivo é o de promover ao indivíduo o direito e autonomia de exercer a cidadania. O exercício da cidadania muitas vezes pode ter sido interrompido devido às consequências dos sintomas relacionados à doença mental, em fases agudas ou de crises, onde o portador de transtorno mental pode apresentar episódios de agressividade, alucinações, perda da temporalidade ou até mesmo dificuldade de comunicação[20].

Para que haja êxito no processo de reinserção social, a competência, a motivação e o interesse real devem estar evidentes e permear a conduta de todos os profissionais envolvidos. É necessário que o profissional que acompanha o paciente consiga perceber quais são os principais pontos e quais aspectos serão relevantes ponderar, de acordo com as características pessoais e a fase do tratamento do paciente. Ao se descobrir um diagnóstico de transtorno mental, o portador muitas vezes poderá lidar com sentimentos de insegurança, incapacidade ou rejeição, o que se constitui em um verdadeiro desafio[22].

Para que o paciente se sinta confortável e consiga lidar com todos os obstáculos que terá de enfrentar, a atitude do profissional que irá atendê-lo deverá ser de acolhimento, com uma conduta solidária e, ao mesmo tempo, de caráter de restabelecimento de contato com a rede social. Esses cuidados são importantes para estabelecer um vínculo de confiança entre profissional e paciente. Assim, ambos, deverão entender que o processo de reinserção social ocorre de maneira gradativa, onde inicialmente devem ser superados os próprios preconceitos. O auxílio dos programas sociais e do CAPS podem ser fator decisivo para o êxito e para obter-se a reinserção social do indivíduo portador de transtorno mental[20].

A partir da inovação da substituição das internações e tratamentos em hospitais psiquiátricos para a introdução de uma assistência integrada de saúde mental, surge a necessidade de avaliar a reinserção social dos pacientes a partir desse modelo de atenção a saúde mental[11,12]. Sendo assim, esse trabalho justifica-se devido às mudanças ocorridas no atendimento ao paciente portador de transtorno mental desde a Reforma Psiquiátrica e ao desenvolvimento do trabalho realizado no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) no Município de São Sebastião/SP. Diante do exposto, nossa indagação se constitui em investigar se de fato está ocorrendo a reinserção social do

portador de transtorno mental no Município de São Sebastião e em como a vivência no CAPS está repercutindo em sua vida, em seu trabalho e em sua forma de pensar.

3. OBJETIVOS

- Identificar a reinserção social dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS I do município de São Sebastião/SP;
- Verificar se há propostas de ampliação da reinserção social a partir do discurso dos participantes envolvidos no estudo.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A cidadania e o paciente psiquiátrico

De acordo com o dicionário brasileiro, cidadania significa a qualidade de ser cidadão[19]. É o estado de quem recebeu o título de cidadão e, sendo assim, possui todos os direitos e deveres que lhe é garantido pelo Estado, no que se refere aos direitos sociais, políticos, civis, e que garante a participação na vida política[23].

Para Dallari[24], a cidadania está intimamente ligada à participação da vida em sociedade:

> "A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social."

Dentro desse mesmo contexto, podemos dizer que a cidadania é o direito humano de expressar e poder escolher viver, usufruindo de liberdade, exercitando seu direito de ir e vir, obtendo, sobretudo, igualdade perante a lei, podendo decidir sobre o futuro de sua vida, da sociedade, através do voto e exercício da política[24].

Os direitos humanos podem ser classificados em quatro: direitos sociais, políticos, individuais e econômicos[21].

Os direitos sociais ligam-se aos direitos relacionados à sociedade, no que tange ao direito à educação, bem-estar, acesso aos serviços de saúde, assistência social, trabalho, previdência, transporte, segurança e lazer[21].

Os direitos políticos não se referem somente ao voto, mas também a participação popular no poder do Estado, como referendos e plebiscitos[21,24].

Os direitos individuais englobam a liberdade, a segurança e a vida. Já os direitos econômicos se referem aos direitos como pessoa consumidora, direito ao trabalho remunerado e direito ambiental[21,24].

O direito à cidadania foi reivindicado por diversas outras classes, como as mulheres, que lutaram pelo direito ao voto e até os dias atuais lutam por outros direitos, como o de não ser vítima de abuso sexual. Podemos citar também os negros, que no passado lutaram pelo fim da escravidão e pela liberdade de participação em sociedade, sem que isso lhes causasse algum dano. Ainda hoje, em diversos países, os homossexuais lutam pelo direito ao casamento civil, dentre outros. A luta pelos direitos

e por cidadania não é diferente para o portador de transtorno mental, a sociedade ainda é preconceituosa, e direitos que são aparentemente simples de serem obtidos, muitas vezes constituem-se um verdadeiro desafio[21,25,26]. Amarante disse, sem mais delongas, a respeito desse assunto[27]:

> "De fato, pelas peculiaridades cientificamente estabelecidas quanto à categoria "doença mental", o doente é despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não cidadão".

A cidadania de quem tem um sofrimento psíquico ainda é amplamente discutida e, embora, em tese, se estenda a todos os cidadãos, ainda há um preconceito e dificuldade de acesso para os portadores de transtornos mentais[28].

O preconceito nada mais é do que o conceito antecipado, julgado muitas vezes de maneira errônea acerca de um assunto. Em geral, o preconceito surge devido aos mitos e ao estigma do "louco", que muitas vezes é julgado e considerado pela sociedade como violento, indiscernido, incoerente ou irracional. A sociedade mesmo já utilizada o termo "louco" como pejorativo, uma palavra que é destinada a ofender uma pessoa considerada lúcida quando faz algo diferente do habitual. O preconceito é cultural, e o pré-julgamento do doente mental é enraizado culturalmente, desde os primórdios da história humana. O preconceito tem como uma de suas principais características o fato de que ele retira do outro o direito de falar por si[29].

Antigamente, o preconceito era muito evidente na sociedade, onde o portador de transtornos mentais era, além de excluído socialmente, maltratado e castigado por possuir algum tipo de patologia mental. Se atualmente ainda existem estigmas e preconceitos relacionados a isso, em contrapartida, há um grande esforço por parte dos profissionais de saúde promovido pelas políticas públicas em reinserir esse indivíduo na sociedade. Mas, além da ajuda dos profissionais de saúde, um grande influenciador na vida do paciente ainda é ou são os familiares e as pessoas que convivem diariamente com o portador de transtorno mental [30].

4.2 A família e o portador de transtorno mental

O atual modelo familiar sofreu mudanças ao longo dos anos. A Revolução Industrial foi um grande marco na estrutura familiar, bem como a tecnologia, que trouxe à tona invenções que interferiram na reprodução humana. Assim, a partir dos anos 60, a introdução da pílula anticoncepcional revolucionou a forma de vida da mulher, a qual passaria a não ser vista somente como uma reprodutora, mas assumiria papéis importantes na sociedade, aquém das obrigações familiares[31].

Na década de 80, foram feitas as primeiras inseminações artificiais. Esse tipo de reprodução, diferente do método tradicional pelo ato sexual, interferiu e interfere até os tempos atuais, gerando preconceitos e estigmas. Mas a modernidade desse método de escolha permitiu que a família passasse a ser escolhida, até mesmo predeterminando as características físicas da formação de um filho[31].

Uma década à frente, em meados de 1990, foi difundido o exame de DNA, que garantia ao filho gerado a certeza da paternidade, representando um incentivo ao estreitamente dos laços afetivos e de responsabilidades familiares. Na Constituição de 1988, duas questões foram importantes no sistema judiciário para transformar a entidade família[32]:

> [...] 1. a quebra da chefia masculina, tornando a sociedade conjugal compartilhada em direitos e deveres pelo homem e pela mulher;
> 2. o fim da diferenciação entre filhos legítimos e ilegítimos reiterada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgada em 1990, que os define como “sujeito de direitos”. Com o exame de DNA, que comprova a paternidade, qualquer criança nascida de união consensual ou de casamento legal pode ter garantidos seus direitos de filiação, por parte do pai ou da mãe.

Todos esses fatos culminaram na diversidade e na complexidade do círculo familiar moderno. Embora o modelo familiar seja advindo da naturalização, a família deve ser conceituada de acordo com cada particularidade e modalidade existente, pois cada família é construída baseada em seus preceitos, culturas e significados, abrangendo uma essência tanto objetiva quanto subjetiva[33].

Independente do conceito de família estipulado na Constituição Federal ou no seu significado para os diferentes tipos de culturas, é no âmbito familiar e por meio dele que um indivíduo adquire e estabelece seus valores morais, recebendo atenção, afeto, proteção e seguridade[34].

A família tem um papel fundamental no crescimento e desenvolvimento de um indivíduo. Um bom crescimento e desenvolvimento está relacionado a ambiente calmo, seguro, acolhedor, aconchegante, a um lazer, incutimento de princípios de moral e cultura, e cabe à família proporcionar tudo isso em época de infância, adolescência e até na fase adulta no ciclo da vida. Em épocas de surgimento de doenças, os familiares geralmente são os principais responsáveis pelo cuidado do doente. Em relação ao adoecimento mental, não é diferente, a família pode ser uma grande aliada, para a recuperação, e a reinserção social do indivíduo[35,36,37].

Historicamente, somente a partir da década de 50 os pesquisadores tiveram um maior interesse entender a relação do papel da sociedade e da família no que se refere ao doente mental. Alguns trabalhos na Psiquiatria influenciaram a maneira ortodoxa com que era encarado e o tratamento que era oferecido ao paciente portador de doença mental por parte dos familiares. Em vista de que cuidado do portador de transtorno mental era centrado em instituições hospitalares, à família era atribuída somente o papel de identificar o transtorno, encaminhar o cliente e visitá-lo quando possível em internações de instituições psiquiátricas[35, 38.]

A partir de 1980, compreende-se que a família pode contribuir e ser cúmplice da equipe de saúde, podendo realizar cuidados como auxiliar na alimentação, oferecer medicamentos em horários prescritos, orientar e realizar a higiene pessoal do paciente, contribuir para o retorno e entrosamento ao convívio social. Todas essas informações trazem a família como também responsável pela reabilitação do transtorno mental. É dentro do contexto familiar que o paciente poderá obter conforto, aconchego, segurança, confiança e motivação para conseguir compreender, realizar o autocuidado e encarar a doença em si[35].

Quando o diagnóstico de doença mental é dado a um paciente, isso impacta também em todo o ambiente familiar. A partir desse momento, surgem mudanças de hábitos, rotinas, e a necessidade de adaptação para a oferta de um cuidado integralizado. Além das novas adequações, o familiar pode ser visto no ambiente como sendo diferente dos demais e a família ter que lidar com novos comportamentos do ente querido, estigma de preconceito social, e o entendimento na nova doença. Lidar com toda essa situação pode ser estressante, sobrecarregar toda a família e trazer

sentimentos como medo, insegurança, impotência, incredulidade e gerar conflitos[38,39,40,41].

A sobrecarga sofrida em um ambiente familiar é oriunda de problemas de relacionamento entre os familiares, medo do desconhecido, por não saberem qual será o comportamento do familiar doente, adaptações às mudanças de humor e devido ao medo das crises psíquicas ou recaídas em casos de dependentes químicos[38].

Ainda, pode haver dois tipos de sobrecarga. Uma é a objetiva, que está intimamente ligada às situações e realidades diárias enfrentadas pela família. A outra é a subjetiva, que está relacionada ao mundo dos sentimentos que essa nova família terá que lidar devido ao sofrimento psíquico de um membro constituinte[38].

Um estudo aponta o quão desgastante é para a família lidar com o adoecimento mental. As principais dificuldades enfrentadas podem ser listadas como sendo uma sobrecarga financeira, que está relacionada aos custos que a família adquire ao ter que deixar de trabalhar, comprar medicamentos e pagar consultas médicas. Outra sobrecarga é a de responsabilidade, pois o familiar sente-se compromissado em ter que ser o cuidador daquele que sofre por transtorno mental. Há, ainda, a sobrecarga física e emocional, que está diretamente ligada às atividades diárias enfrentadas e realizadas em relação ao cuidado do paciente. Em meio a essas situações, a família pode tender a resistir a participação do cuidado com o doente[38].

Atualmente, os CAPS oferecem a oportunidade de inserir os familiares no cuidado com o paciente. Existem atividades que podem acontecer semanalmente ou mensalmente para integralizar o cuidado do indivíduo. São oferecidas atividades como grupo em família, que se torna uma forma de trazer a família para o tratamento, também há atividades de lazer, oficinas terapêuticas, oferta de cursos profissionalizantes, entre outras. Essas são estratégias para aproximar o familiar do cuidado com o paciente e de ressocialização do indivíduo[42].

4.3 Redes de Atenção Psicossocial

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um processo que visa mudança de valores e práticas sociais para uma melhor condição de vida dos pacientes psiquiátricos. Um meio considerado importante para isso é a desospitalização, ou seja, a retirada da

forma de tratamento hospitalar para um meio de tratamento que seja mais eficaz em reinserir os pacientes na sociedade[30].

Como forma integrante da Reforma Psiquiátrica, foi criada a Portaria 3.088 em 23 de dezembro de 2011[43], que discorre sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ela é vinculada ao Sistema Único de Saúde e tem como finalidade a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para o cuidado dos cidadãos acometidos de doenças mentais ou de consumo de crack, álcool ou outras drogas. Vale ressaltar que em 2011 houve o Decreto 7508/11, que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências, garantindo o direito de todos ao acesso à saúde. Porém, para que hoje várias pessoas tenham acesso a esta rede em todo o território nacional, um longo caminho precisou ser percorrido.

As pessoas acometidas por doença mental sempre sofreram discriminação e exclusão na sociedade, o que tende a prejudicar ainda mais o transtorno no doente. Para alguns especialistas, o contato com as pessoas no dia a dia tende a ser uma excelente ferramenta no tratamento das pessoas com problemas mentais[44].

Na década de 70, teve início um processo de reforma no tratamento do doente psiquiátricos do Brasil, promovido pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que denunciava a maneira que os pacientes eram tratados em vários hospitais psiquiátricos do país[14].

Mas foi no ano de 1986 que teve início o funcionamento do primeiro CAPS no país, localizado na cidade de São Paulo. A Unidade era denominada Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Este CAPS foi o embrião da rede que atualmente atende muitas pessoas[14,15].

O ano de 1989 marcou em definitivo, pelos maus-tratos e até mortes provocadas no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, em Santos, litoral de São Paulo, a intenção de vários atores sociais de implantar um novo modelo de tratamento aos doentes psiquiátricos em substituição aos antigos hospícios[15].

A RAPS é composta de sete pilares, e cada um tem como função tratar de maneira adequada as pessoas acometidas por problemas psicológicos ou usuários de drogas e álcool. Os sete componentes da RAPS são: Atenção Básica em Saúde,

Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial[43].

A Atenção Básica em Saúde visa dar suporte para os pacientes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), atendimento nos consultórios de ruas, nas residências e em Centros de Convivência e Cultura[43].

A Atenção Psicossocial Especializada inclui os diferentes tipos de CAPS, que são seis, de acordo com o Ministério da Saúde. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados dispositivos estratégicos para a mudança do modelo de atenção em saúde mental que possibilitam ao portador de sofrimento psíquico severo e persistente desenvolver autonomia, cidadania e melhor qualidade de vida. Este serviço tem possibilitado o atendimento a uma crescente demanda de indivíduos em sofrimento psíquico e tem tido uma atuação expressiva, contribuindo para que as pessoas em sofrimento psíquico deixassem de ser internadas frequentemente em hospitais psiquiátricos e se mantivessem em tratamento comunitário, podendo conviver com seus familiares e amigos[45].

Os Centros de Atenção Psicossocial foram criados a partir do novo conceito para tratamentos a pacientes portadores de transtornos mentais. O surgimento desses centros aconteceu com a ideia de substituir os hospitais psiquiátricos, e não de apenas complementar esse tipo de tratamento de internação hospitalar. Na década de 80 foram implantados os primeiros CAPS no Brasil, que passaram a receber um financiamento pelo Ministério da Saúde somente a partir de 2002[14].

Vale destacar que é função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Como recurso terapêutico, 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[46].

Esses Centros podem ser classificados de acordo com o seu porte, o perfil da clientela a ser atendida, a demanda de clientes e a quantidade populacional do

município. Os tipos de CAPS podem ser diferenciados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad[14,15].

O CAPS tipo I é uma unidade de menor porte, sendo instalados em municípios com uma população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Devem ter uma capacidade para atender cerca de 240 clientes por mês, funcionando cinco dias úteis na semana. Seu quadro de funcionários deve ser de uma equipe mínima de nove funcionários, entre profissionais de nível médio, técnico e superior[14].

O CAPS do tipo II é uma unidade que pode ser instalada para atender a demanda de uma população municipal entre 70.000 a 200.000 mil habitantes, sendo considerado um serviço de atendimento de médio porte. O tipo de cliente a ser atendido em uma dessas unidades é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. O seu funcionamento deve acontecer durante cinco dias úteis da semana, com um quadro de pessoal de, no mínimo, doze profissionais e capacidade, em média, de 360 clientes mensais[14].

O CAPS III é de maior porte, previstos para dar cobertura a uma população acima de 200.000 habitantes. Esse tipo de unidade é instalado em grandes metrópoles, e atende um nível de alta complexidade, funcionando 24 horas por dia, sete dias na semana, inclusive feriados. Para esse atendimento, pode haver um acolhimento noturno de clientes, sendo oferecidos até cinco leitos para internações de até sete dias. Para o seu correto funcionamento, o número de profissionais trabalhando deve ser de, no mínimo, dezesseis, além de uma equipe noturna e uma nos finais de semana. A demanda de atendimento mensal gira em torno de 450 pessoas[14].

Os CAPSi são especializados para ofertar atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais, abrangendo uma população acima de 200.000 habitantes por município. A equipe mínima deve ser formada por onze profissionais, atendendo cerca de 180 crianças por mês durante cinco dias na semana[14].

A unidade CAPSad é especializada para atendimento a pessoas com dependência química de álcool e drogas. São instalados em regiões favoráveis e estratégicas, como em fronteiras, parte da rota de tráfico, e em municípios com essa epidemiologia, e com população acima de 200 habitantes. Tem capacidade para atender 240 pessoas por mês, funcionando cinco dias na semana, com equipe mínima de treze profissionais[14].

Outro componente da RAPS é a Atenção de Urgência e Emergência, oferecido nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em Salas de Estabilização ou pelo atendimento do Serviço Ambulatorial Médico de Urgência (SAMU), em contato telefônico pelo número 192, e os demais equipamentos de saúde que atendem urgência como os prontos-socorros[45].

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é composta por dois pontos de atenção: a Unidade de Acolhimento (UA) e os Serviços de Atenção em Regime Residencial (SARR). A Unidade de Acolhimento, que funciona 24 horas por dia, todos os dias e oferece um atendimento contínuo em ambiente residencial, é voltada para o cuidado da saúde de pessoas vulneráveis socialmente e devido ao uso de álcool e outras drogas. O atendimento é dividido em infantojuvenil e adultos acima de 18 anos. Os Serviços de Atenção em Regime Residencial são a forma de cuidado contínuo à saúde, de caráter transitório, por até nove meses, voltado para o atendimento de adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O CAPS de referência de cada cidade é o responsável pela implantação do projeto de atendimento de cada paciente, visando um tratamento específico da sua necessidade[43,45].

O pilar de Atenção Hospitalar são serviços oferecidos em instituições hospitalares para o tratamento de doentes mentais e usuários de álcool e drogas, como enfermarias especializadas em Hospital Geral[43,45].

As Estratégias de Desinstitucionalização são os Serviços Terapêuticos Substitutivos. Essas modalidades são as Residências Terapêuticas e os CAPS[47]. Também, além das substituições de internações, foi criado, em prol da reintegração social do paciente, o Programa de Volta para Casa (PVC)[48].

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é uma estratégia elaborada oferecida a pacientes com sofrimento psiquiátrico, que serve como moradia ou abrigo para pacientes que ficaram durante muito tempo em internações psiquiátricas hospitalares e não retornaram a sua residência familiar. O SRT foi instituído pela Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000, pelo Ministério da Saúde, e atualmente existem mais de 470 Residências Terapêuticas[47].

Esse serviço tem como objetivo ajudar o beneficiário a reinserir-se na sociedade[49], permitindo-lhe autonomia e dignidade, ajudando na qualidade dos serviços de saúde

mental e, principalmente, reduzindo o número de internações em hospitais psiquiátricos. A cada novo leito cadastrado em uma Residência Terapêutica, será descredenciado um leito de internação de Instituição Hospitalar Especializada em Psiquiatria do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim, os recursos financeiros e os investimentos que antes eram repassados à Instituição Hospitalar, serão aplicados no SRT. Para que um SRT seja instalado em um município, ele deve ser exclusivamente de natureza pública, estando integrado à rede de serviços do SUS, onde o gestor local deverá criar Projetos Terapêuticos Específicos, que deverão ser aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM) e, preferencialmente, ter um vínculo a um serviço ambulatorial de saúde mental mais próximo. Os serviços ambulatoriais vinculados ao SRT devem ter uma equipe mínima composta de um profissional formado em curso superior, que seja especialista ou tenha experiência em saúde mental, e de dois profissionais com nível médio que tenham experiência ou possuam capacitação específica para atuar em reabilitação psicossocial[47].

As Residências Terapêuticas devem ter característica física compatível para comportar até oito usuários, sendo que cada dormitório deverá dispor de cama e armários, podendo ter, no máximo, acomodação para três pessoas; uma sala de estar confortável com móveis adequados; copa e cozinha com equipamentos como geladeira, fogão e armários, a fim de que os usuários possam executar as tarefas e que tenha, no mínimo, café da manhã, almoço e jantar[47].

Para o seu bom funcionamento, o SRT deve atender a todas as especificações estabelecidas e o gestor municipal tem um papel fundamental para o bom desenvolvimento, podendo, inclusive, estabelecer parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs) de saúde, sendo supervisionadas por um serviço ambulatorial[47].

Também como parte integrante da Reforma Psiquiátrica, foi criado o Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei Federal 10.708, de 31 de julho de 2003. Esse programa dispõe sobre a regulamentação de um auxílio-benefício a ser pago mensalmente no valor de R$240,00 para pacientes egressos de internações psiquiátricas de instituições hospitalares. Em caso de o paciente estar incapacitado de exercer pessoalmente os atos da vida civil, ao invés do valor ser pago diretamente ao beneficiário, será pago ao seu representante legal. O beneficiário receberá o auxílio

durante o período de um ano, mas dependendo da necessidade de reintegração social do paciente, o auxílio poderá ser renovado. Os requisitos para obtenção do benefício incluem que o paciente tenha comprovação de internação hospitalar anterior de um tempo mínimo de dois anos, que a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em internação hospitalar e que seja garantida a continuidade de tratamento em saúde mental em âmbito local ou regional[48].

Ainda, o benefício do usuário poderá ser suspenso caso ele necessite retornar a uma internação psiquiátrica em ambiente hospitalar ou quando o paciente tiver restaurado sua autonomia e reintegração social. Atualmente, existem mais de 2.600 usuários em território nacional que utilizam esse auxílio-benefício[48].

As Estratégias de Reabilitação Psicossocial são as iniciativas de geração de trabalho e renda, as cooperativas sociais e os empreendimentos solidários. Para o município fazer parte dessa estratégia, deve estar inserido no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde, e para acompanhar os projetos e oferecer o devido apoio técnico deve estabelecer parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária. A fim de haver o bom desenvolvimento dos projetos, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) repassa um incentivo financeiro para os Fundos Municipais ou Estaduais de Saúde, que varia de acordo com o número de usuários do programa de reabilitação psicossocial. Há um repasse de R$15.000,00 para os programas que beneficiam entre 10 a 50 usuários, outro no valor de R$30.000,00 para os programas que beneficiam entre 51 a 150 usuários e um repasse de R$50.000,00 para os programas que beneficiam mais de 150 usuários[45].

Os sete componentes da RAPS estão inseridos nas políticas de saúde pública e tornam-se o meio mais organizado para a inserção social do paciente portador de transtorno mental.

4.4 Inclusão e exclusão social

Existem diversos teóricos que definem esses termos. Para PROENÇA[50], a exclusão social é a marginalização de pessoas ou grupo que não possui as características das pessoas que produzem e consomem.

SHEPPARD[51] destaca que a inclusão social procura colocar todos os cidadãos no mesmo patamar, com os mesmos direitos e deveres.

Esses dois termos, inclusão e exclusão social, são comumente falados por diversos atores políticos todos os dias, para que haja mecanismos de tentar tirar as pessoas à margem da sociedade e integrá-las ao núcleo social vigente[50].

No Brasil, quando falamos em inclusão e exclusão social, muitas pessoas logo tendem a pensar o que muitos negros ou afrodescendentes sofrem diariamente no país, seja no acesso à educação ou ao emprego. Mas, há muitos anos, existe uma grande mobilização por parte de movimentos negros e de vários atores sociais para que essa problemática seja vencida[51].

Algumas políticas públicas, como a de cotas raciais em concursos públicos ou em universidades públicas, têm o intuito de possibilitar que a população afrodescendente tenha acesso à educação e às vagas oferecidas em órgãos públicos. Essas ações, questionadas por diversas entidades sociais e cidadãos, visam garantir a igualdade com os demais atores sociais[50].

Também podemos ressaltar políticas semelhantes para as pessoas portadoras de necessidades especiais, seja por meio de cotas em concursos públicos ou de lei que garanta a contratação deste tipo de mão de obra em empresas e a adequação dos espaços públicos, como calçadas com rampas e elevadores, para que o deficiente tenha o mesmo acesso que uma pessoa sem deficiência tem[50].

Mas em outro núcleo da sociedade brasileira há inúmeros cidadãos excluídos literalmente, seja vivendo trancados em quartos de sua própria casa ou em instituições psiquiátricas, que são os doentes mentais. Pouco se fala deste assunto nas universidades, na mídia ou na conversa cotidiana com amigos. Muitas famílias têm vergonha de falar a respeito deste assunto com conhecidos sobre algum parente que possui a enfermidade[51.]

Um ponto-chave para entender a questão da inclusão e exclusão dos pacientes mentais é o entendimento do que é ser cidadão. Esta característica de cada pessoa é fundamental para dar a cada ser humano a dignidade e o respeito pelas suas escolhas[51.]

Porém, para que as pessoas acometidas por doença mental possam, de fato, conviver na sociedade dos “normais” e serem cidadãos, existe um longo caminho que, muitas vezes, dependendo do tipo da doença, pode não ser crível[51].

Focando nessa premissa, o primeiro grande passo para inclusão dos pacientes mentais na sociedade é a oferta do tratamento em saúde mental ofertado pelo poder público. Este passo já demonstra um saldo positivo na conta do paciente, um sinal de que o portador da doença mental pode, em determinadas situações, voltar a ser cidadão e participar ativamente da vida social[44].

Da mesma maneira que o núcleo familiar é de extrema importância para apoiar um filho que sonha em cursar uma universidade, a família é essencial para que o paciente mental que está doente, excluído, se recupere. Esta ação familiar é, sem dúvida, uma intervenção necessária para dar à pessoa a chance de tirá-la da exclusão e efetivá-la na reinserção social. A inclusão dos doentes mentais no contato diário com as pessoas é uma excelente ferramenta no tratamento. Portanto, a exclusão destes pacientes pode desencadear ainda mais uma série de problemas para o indivíduo[44].

Como dito anteriormente, o passo importante para o paciente deixar a condição de excluído e promover sua inserção na sociedade é o tratamento público nos Centros de Atenção Psicossocial. Esses locais são a porta de entrada para o doente poder receber o tratamento especializado, focado na sua necessidade. Mas os CAPS não são uma realidade em muitos municípios brasileiros, sendo cerca de 1.290 no ano de 2008[52].

Devido a essa situação, muitas pessoas ainda não têm, minimamente, um acesso especializado em diversas regiões do país no tratamento de doenças mentais, o que agrava a condição de saúde e reinserção social do paciente, tornando a exclusão algo real. Sem poder se tratar, o doente acaba, por muitas vezes, sem nem saber a doença que possui, o que o torna ainda mais vulnerável a cada dia. O Brasil, por ser um país de tamanho continental e de renda centrada nas regiões Sudeste e Sul, onde se concentra boa parte dos CAPS, deixa de lados regiões populosas do país, como Norte e Nordeste[52].

O CAPS é a ferramenta e funciona como um mecanismo importante para a diminuição das internações e o controle das doenças mentais. No CAPS é ofertado tratamento clínico, com orientação de profissionais especializados e atividades que

ajudam a pessoa, aos poucos, a tentar conviver na sociedade. As atividades de teatro, artesanato e ginástica são um dos pontos de apoio para o convívio dos paciente[52].

A RAPS a qual o CAPS faz parte é um conjunto para dar suporte ao doente mental na sua reabilitação. Um projeto que visa à promoção do doente e sua inserção na sociedade para que ele possa ter uma convivência sadia com as pessoas[45].

Como há falta de estrutura em boa parte das cidades, o fator exclusão se torna forte, impossibilitando ao paciente a característica do ser cidadão, capaz de escolher e ser respeitado. Sem o apoio dessa rede de atendimento, a pessoa fica sem o tratamento necessário, o que prejudica e fere sua dignidade humana[52].

Toda esta problemática da inclusão e exclusão social passa pelo núcleo familiar, que acaba percebendo primeiro as atitudes da pessoa doente que não são condizentes com o normal e pelo poder público, que é quem gerencia e destina os recursos públicos para a Saúde. Tanto a família como o poder público são sujeitos no processo de efetivar a exclusão da pessoa. Ao não levar, ou não admitir a doença, a família acaba por excluir o doente e aumentar ainda mais a gravidade da enfermidade. Por outro lado, sem um tratamento eficaz oferecido pelo poder público, o doente acaba ficando à margem da sociedade, vinculado ao desprezo e longe de poder gozar seus direitos como cidadão[50].

Nesta direção, a RAPS vem sendo a ferramenta utilizada pelo SUS para ser o apoio ao paciente doente mental. Enfim, é interessante ressaltar que a questão do fator inclusão e exclusão social passa pela oportunidade da família e do poder público de ofertar as condições necessárias para o doente ser tratado de maneira digna e humana[52].

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A trajetória metodológica desenvolvida nesta pesquisa compreende: o tipo de pesquisa, o cenário da pesquisa e os participantes do estudo; os métodos e as técnicas para a coleta; os registros e as análises dos dados, bem como, a operacionalização do processo de trabalho.

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de campo, de caráter descritivo, exploratório com abordagem qualitativa[53].

O estudo de campo, descritivo e exploratório, visa conseguir atingir o máximo de informações, para cumprir com os seus objetivos, proporcionando maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito, a fim de encontrar dados para um resultado completo[54].

O tipo de abordagem qualitativa surgiu no Selo da Antropologia e Sociologia, e vem sendo amplamente utilizada nas últimas décadas[53]. Ela surgiu com o enfoque na busca dos sentidos, dos significados, de crenças, atitudes e explicações de diversas naturezas, sendo assim, gerando desenvolvimento e resultado imprevisíveis. A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos que não podem ser quantificados, concentrando-se e aprofundando-se na compreensão e dinâmica das relações sociais[55]. O pesquisador necessita entender processos de grupos particulares, que ainda são pouco conhecidos[56].

5.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de São Sebastião/SP.

A cidade de São Sebastião está situada no litoral norte do estado de São Paulo. Possui uma extensão de área territorial de 399.679km^2. De acordo com o censo demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população pertencente ao município é de 73.942 habitantes[57].

Fonte: Google Earth, 2015.

Mapa 1 - Município de São Sebastião/SP demonstrando a localização do CAPS, 2015.

O Centro de Atenção Psicossocial da cidade de São Sebastião é do tipo CAPS I, e tem 400 clientes cadastrados. Desses, 360 são atendidos no modelo não intensivo de tratamento e 40 participam do modelo semi-intensivo e intensivo, cerca de duas a três vezes por semana. A unidade conta com onze profissionais e realiza consultas voltadas à Clínica Geral, Psiquiatria, Psicologia, Assistência Social, além de oficinas culturais e artesanais em grupo. O quadro de pessoal se distribui em um enfermeiro, um auxiliar de Enfermagem, um farmacêutico bioquímico, um assistente social, um médico neurologista, um médico psiquiatra, um educador físico, um terapeuta ocupacional, um psicólogo clínico e dois assistentes administrativos[58].

O papel do farmacêutico é ser responsável pela guarda, controle e dispensação de medicamentos de acordo com a Portaria 344/98 da ANVISA. Realiza fracionamento e dispensação semanal, de quarta-feira e sexta-feira, de medicamentos, a 10 pacientes. Separa e embala os comprimidos em embalagens de papel, de acordo com o turno em que o paciente deve tomar: manhã, tarde ou noite. É responsável por realizar o pedido mensal dos medicamentos controlados e de alto custo[58].

O assistente social realiza o recebimento/acolhimento de casos recebidos pelo Programa Saúde da Família (PSF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pronto-socorro. Realiza um diálogo com a família de pacientes durante o acolhimento. Realiza auxílio para o paciente obter o benefício de transporte gratuito (passe livre). Realiza agendamento de transporte da Secretaria de Saúde (SESAU) quando o paciente

necessita realizar algum tratamento fora do município. Participa de grupos terapêuticos junto ao terapeuta ocupacional em atividades de artesanato. Realiza visitas domiciliares a pacientes acamados ou portadores de necessidades especiais. Orienta o familiar e o paciente quanto às questões sobre como obter o auxílio-doença[58].

O enfermeiro da unidade realiza educação em saúde, promovendo palestras. Realiza o acolhimento de Enfermagem, fazendo a anamnese, o exame físico e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Realiza pré-consulta, sinais vitais, aferição de peso e glicemia capilar. Realiza orientações sobre as medicações e aplicação de medicações quando necessário. Realiza visita domiciliar e consulta de enfermagem[58].

Quadro 1 - Cronograma de atividades desenvolvidas semanalmente no CAPS I do município de São Sebastião.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES SEMANAIS REALIZADAS NO CAPS I DE SÃO SEBASTIÃO					
	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
Manhã	Grupo de recebimento psicológico	Grupo de bijuterias	Oficina de cerâmica	Atendimento a crianças	Grupo de reciclagem
Manhã	Atendimento enfermagem de acolhimento	Atendimento médico de Psiquiatria	Atendimento médico de Neurologia	Atendimento médico de Psiquiatria	Atendimento médico de Psiquiatria
Tarde	Grupo de Terapia Ocupacional	Grupo de atividade física	Grupo de Terapia Ocupacional	Atendimento a crianças	Grupo de atividade física

5.3 Participantes do estudo

Participaram desse estudo clientes que são atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o tipo I do município de São Sebastião/SP. As entrevistas foram interrompidas quando foi atingida a saturação das respostas. Foram entrevistados nove clientes que residem em São Sebastião, com faixa etária entre 31 e 59 anos e que realizam tratamento no CAPS pertencente ao município citado.

A saturação é o instrumento epistemológico que determina quando as observações deixam de ser necessárias, pois nenhum novo elemento permite ampliar o número de propriedades do objeto investigado. O pesquisador efetua entrevistas em número suficiente para permitir certa reincidência das informações, garantindo um

máximo de diversificação e abrangência para a reconstituição do objeto no conjunto do material, verificando assim a formação de um todo[59,60].

Os critérios de inclusão para fazer parte da pesquisa foram os pacientes/clientes com transtornos mentais que participam do modelo semi-intensivo e intensivo de tratamento, sendo que eles deveriam estar em atendimento no CAPS, frequentando este recurso terapêutico por, no mínimo, duas vezes por semana; aptos a capacidade de tomar decisão; serem alfabetizados e concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foram excluídos os clientes portadores de transtornos mentais que realizam o tipo de tratamento não intensivo; com dificuldade na comunicação verbal; em surto psicótico, com comprometimento especialmente das funções psíquicas de orientação (alterações alo e autopsíquica, sensopercepção – alucinações e ilusão – e pensamento ou raciocínio – delírios)[61]. O perfil dos entrevistados encontra-se no quadro a seguir (Quadro 2):

Quadro 2 – Perfil dos participantes do estudo

Entrevistado	**Sexo**	**Idade**	**Religião**	**Estado civil**	**Filhos**	**Com quem reside**	**Internações psiquiátricas**
01	F	31	Espírita	Solteira	Não	Mãe	Sim
02	M	49	Evangélico	Casado	Sim	Cônjuge e filha	Sim
03	F	50	Não	Solteira	Não	Sozinha	Sim
04	M	39	Evangélico	Casado	Sim	Cônjuge e filhos	Sim
05	F	59	Católica	Casada	Sim	Cônjuge	Sim
06	F	39	Católica	Solteira	Sim	Filhos	Sim
07	M	37	Católico	Solteiro	Não	Pais	Sim
08	F	53	Espírita	Casada	Sim	Cônjuge e filhos	Sim
09	M	59	Evangélico	Solteiro	Não	Irmã	Não

5.4 Coleta de dados

5.4.1 Procedimento de coleta

Os dados foram coletados após solicitação e autorização do Secretário de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião (APÊNDICE B e ANEXO A) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora nos meses de maio e junho de 2015.

A pesquisadora agendou um dia com a finalidade de comparecer ao CAPS I para conversar com o enfermeiro responsável pela unidade, a fim de agendar os dias para realizar uma entrevista individual com cada paciente. Em cada dia de entrevista, foram coletadas informações por meio de questões norteadoras.

Os clientes foram informados sobre o objetivo e os benefícios da pesquisa, o modo como ocorreria a entrevista, foram esclarecidos sobre a voluntariedade e sobre a interrupção de sua participação em qualquer fase do projeto, sem nenhum dano pessoal ou de tratamento. Além disso, foi assegurado o direito de privacidade, sigilo e confidencialização das informações. O cliente, depois de informado e de ter concordado em participar da pesquisa, bem como após a realização desta, foi orientado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5.4.2 Procedimentos éticos

O estudo foi submetido à avaliação do CEP da Universidade Guarulhos, tendo sido aprovado conforme o Parecer nº 1.058.305 (ANEXO B). Os dados somente foram coletados após a aprovação do referido comitê.

Foram seguidos todos os pressupostos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde[62]. Portanto, os aspectos éticos da pesquisa compreenderam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes que fizeram parte do estudo, conforme termos definidos no Apêndice A.

Por ocasião do agendamento da entrevista, os participantes foram consultados quanto à possibilidade de gravarmos as falas e assumimos o compromisso com o sigilo,

salvaguardando qualquer informação que possa identificar os participantes. Esclarecemos ainda que a gravação seria transcrita pela pesquisadora e que todos os nomes dos participantes e os que forem eventualmente citados seriam substituídos por outros fictícios.

Os pacientes submetidos à pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e foram orientados de que a pesquisa não seria obrigatória, de que os dados obtidos seriam confidencializados, e sua identidade seria preservada e mantida em sigilo. Ainda foi esclarecido que, se fosse de vontade própria, a qualquer momento poderiam deixar de participar da pesquisa.

Os dados da presente pesquisa serão publicados, independentemente dos resultados apresentarem-se favoráveis ou não (Apêndice D).

5.4.3 Técnica de coleta

Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista do tipo semi-estruturada.

Durante a entrevista, houve um roteiro com questões norteadoras (APÊNDICE C) a respeito de informações sobre internações psiquiátricas anteriores, sentimento de satisfação em relação ao tratamento realizado no CAPS, retorno às atividades de trabalho e lazer de acordo com o tratamento e sugestões ao CAPS, a fim de se obter melhor reinserção social.

5.5 Apresentação e análise de dados

A apresentação de informações foi realizada por meio de uma transcrição das entrevistas e a técnica de análise dos dados coletados foi feita por meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo[63] (DSC), onde foi utilizado o *software* do Programa *QualiquantSoft* para o armazenamento e organização das informações.

O DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que foi desenvolvida por Ana Maria Lefevre e Fernando Lefevre.

Nesse tipo de técnica, é realizada uma transcrição da coleta verbal de informações, organizado em Expressões-Chave (ECH) e extraindo dos depoimentos as Ideias Centrais (IC) e as Ancoragens (AC)[63].

Expressões-chave são trechos do depoimento ou do discurso obtido, que, após exaustiva leitura, será destacado pelo pesquisador. Nesses trechos, deve conter a essência do depoimento[63].

As Ideias Centrais descrevem o tema, que é extraído de cada expressão-chave e, posteriormente, configura o Discurso do Sujeito Coletivo amplamente.

Ancoragem é a expressão linguística do indivíduo em seu depoimento, que denota uma ideologia ou teoria, apresentada por meio de uma afirmação qualquer, mas de cunho particular[63].

Após a elaboração das ECH e extração da ID e da AC, foi completado a realização do DSC.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO DSC

Os dados coletados nas entrevistas são apresentados por meio de expressões-chave retiradas do discurso individual professado pelos portadores de transtorno mental e agrupado segundo ideias centrais semelhantes, dando origem a um discurso síntese denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo o proposto por Lefèvre e Lefèvre[63].

Cada um dos DSC será apresentado com a indicação do sujeito a pesquisa em número entre parênteses, com a intenção de indicar a procedência da parte da fala do entrevistado, ou seja, a parte da entrevista com que foi construído o DSC.

A seguir, são apresentados os temas surgidos a partir do DSC pautado nos dados coletados nas entrevistas individuais realizadas com os participantes do estudo, com o objetivo de identificar a reinserção social dos portadores de transtorno mental atendidos no CAPS, são apresentados descritivamente e analisados com base em referências de literaturas pertinentes às informações levantadas.

6.1 Internações psiquiátricas

Em resposta à questão: “Já realizou alguma internação em Hospital Psiquiátrico? Você pode comentar sobre o período em que ficou internado?” Os pacientes relataram se já realizaram internações hospitalares concernentes ao quadro de psiquiatria, onde foi possível extrair as seguintes ICs:

A - Foi bom, havia muitas terapias e privacidade.

B - Não gostei, recebi maus-tratos.

C - Foi horrível, me senti como se estivesse em uma prisão.

D - Foi arriscado.

E - Foi ruim, me senti mal.

F - Não houve internação.

Ideia Central A - Foi bom, havia muitas terapias e privacidade. (01,03)

> Foi tudo bem. Gostei bastante, não queria voltar. A Instituição é reconhecida como um centro de excelência da Psiquiatria. Tinha bastante terapia e tinha terapia na piscina.

Cada um tinha a sua chave, sua particularidade assim pra entrar no quarto e (...)não parecia um hospital psiquiátrico.

Ideia Central B - Não gostei, recebi maus-tratos. (04, 05,06)

Tinha um que detestei o tratamento lá, era muito antigo. Porque lá a gente fica amarrado, toma remédio toda hora. E eu não gosto de tomar muito remédio. Tinha uma funcionária lá que torturava os pacientes, e além do que ela é muito bruta. Quando cheguei já tomei um sossega leão, uma injeção aí eu fui acordar só outro no dia... Na época saía muita briga lá, por isso, eu não gostei, sempre brigava. Para tomar banho, tinha que acordar seis horas da manhã, tomava banho gelado. Aí a mulher pensava que eu fui lá por causa de droga, aí eu falei não, eu nunca usei drogas, eu nunca bebi, nunca fumei, a mulher pensou que eu usei droga, eu nunca usei droga, nem fuma cigarro, nem nada.

Ideia Central C - Foi horrível, me senti como se estivesse em uma prisão. (06)

Pra mim foi horrível, porque depois que eu saí de lá eu fiquei pensando assim: eu não sei como essas pessoas vão presas, ficam cinco, seis anos presas e aprontam de novo e voltam pra volta lá de novo. Pra mim um mês lá foi não sei quantos anos. Às sete horas da manhã tínhamos que estar em pé... Eu não tenho preguiça pra levantar. Mas eu me senti como se tivesse preso, conforme eu fui melhorando da cabeça, aí foi caindo a ficha. Eu me senti como se eu estivesse preso.

Ideia Central D - Foi arriscado. (07)

Era arriscado, por que os outros pacientes eles fumavam muito cigarro, tinham tatuagem.

Ideia Central E - Foi ruim, me senti mal. (08)

Foi ruim. Porque é muito ruim ficar sozinha. Você vê as pessoas pior que você. Aí sentia muito mal.

Ideia Central F - Não houve internação (09)

Não, nunca houve internação.

Nos discursos, podemos observar que houve internação psiquiátrica com pontos favoráveis e, dentre eles, estavam o fato de que o paciente usufruía de liberdade e autonomia de possuir, por exemplo, a chave de seu próprio quarto. O discurso referente a IC A está correlacionado nos estudos de Dallari[24], que ressalta que a cidadania está intimamente ligada à participação da vida em sociedade. Para o autor, esta cidadania implica na possibilidade de participar ativamente da vida em todos os seus aspectos, pois afirma que quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social.

Amarante[27] complementa as ideias de Dallari ao enfatizar que o portador de transtorno mental apresenta uma série de dificuldades para o resgate de sua cidadania devido aos preconceitos e rótulos sociais atribuídos a eles. Portanto, a luta pelos direitos e por cidadania não é diferente para o portador de transtorno mental. A sociedade ainda é preconceituosa e os direitos que são aparentemente simples de serem obtidos, muitas vezes constituem-se um verdadeiro desafio, uma vez que estes pacientes sãos despojados de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não cidadão.

Assegurar a cidadania do portador de transtorno mental começa a ser modificadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica em que novos recursos terapêuticos começam a ser implementados e a internação psiquiátrica total começa a sofrer modificações dentro do espaço institucional. A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um processo que visa mudança de valores e práticas sociais para uma melhor condição de vida dos pacientes psiquiátricos. Um meio considerado importante para isso é a desospitalização, ou seja, a retirada da forma de tratamento hospitalar para um meio de tratamento que seja mais eficaz em reinserir os pacientes na sociedade[30].

Também, por meio dos discursos, foi evidenciado que hospitais psiquiátricos ofereceram, de maneira negativa, o modo de tratamento aos pacientes. Muitos relataram maus-tratos e, ao rememorarem sua vivência hospitalar, não desejaram passar de novo pela experiência. Há quem denotasse a internação como uma prisão, pois havia regras institucionais rígidas, como a de acordar em horários preestabelecidos muito cedo. Além disso, as internações eram encaradas como uma forma de punição, caso alguém “aprontasse” algo, iria retornar para a instituição. As declarações dos

portadores de transtorno mental só reafirmam o que já está descrito na história de saúde mental, onde é sabido a respeito dos maus-tratos sofridos pelos pacientes nas instituições de internação psiquiátrica. Isso mostra que o ocorrido no final do século XIX no Brasil[7,8] repetiu-se ainda em períodos em que alguns sujeitos da pesquisa foram internados em hospitais psiquiátricos. Embora houvesse melhora nas políticas de saúde mental, a evolução deve ser ainda constante para que haja a eliminação radical dos maus-tratos sofridos pelos pacientes de saúde mental.

A internação também foi considerada arriscada, pois pacientes não fumantes estavam próximos às pessoas que fumavam e, em outro ponto de vista, a internação também foi considerada ruim, pois haviam pacientes que se sentiam solitários e que se entristeciam por ver outros pacientes em quadros psíquicos mais graves que o seu próprio.

Não é possível precisar a que contexto de internações psiquiátricas o DSC remete e a que momento histórico, mas sabemos que os recursos terapêuticos estão sendo modificados, ampliados e o consequentemente as intervenções dos profissionais de saúde mental. Neste contexto as Políticas de Saúde Mental são fundamentais para a evolução da forma de tratamento, reabilitação e reinserção social do paciente portador de transtornos mentais, e elas vêm sendo modificadas e crescendo a cada dia. Historicamente, no Brasil, até a década de 70, pacientes portadores de transtornos mentais que necessitassem de atendimento com tratamentos intensivos eram reportados a hospitais para internação psiquiátrica. A forma como eles eram tratados era violenta, onde os clientes eram sujeitos a maus-tratos e banalização. Mediante a essa situação, houve um movimento sanitário na mesma década, a favor dos pacientes e contra as medidas de tratamento existentes na época[13,14].

Dentre os entrevistados, um deles não havia tido internação hospitalar psiquiátrica.

O relato da não vivência da internação psiquiátrica é significativa, pois a reinserção social provavelmente é diferente para este participante da pesquisa, que talvez não vivenciou o processo de exclusão social que os demais que é ocasionada pela internação total, pois ingressar o processo de inclusão social por meio do CAPS já é um diferencial na maneira como a sociedade o vê e como ele se insere na sociedade.

Compartilhamos da afirmação que é função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Como recurso terapêutico, 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[46].

Neste contexto é fundamental ressaltar que o Ministério da Saúde ressalta que para o paciente deixar a condição de excluído, muitas vezes que é acentuado pela internação psiquiátrica na modalidade hospitalar e promover sua inserção na sociedade é o tratamento público nos Centros de Atenção Psicossocial. Esses locais são a porta de entrada para o doente poder receber o tratamento especializado, focado na sua necessidade. Mas os CAPS não são uma realidade em muitos municípios brasileiros, sendo cerca de 1.290 no ano de 2008[52].

6.2 Melhora após o tratamento no CAPS

Em resposta à questão: “Desde o tratamento realizado no CAPS, houve melhora no estado clínico?” Os pacientes relataram se houve melhora no estado clínico após a utilização dos serviços no CAPS, onde foi possível extrair as seguintes ICs:

A - Sim, pois evita a internação.
B - Me senti melhor, pois estou tomando os medicamentos corretamente.
C - Sim, houve melhora.
D - Melhorei, pois as pessoas no CAPS entenderam meu problema.

Ideia Central A - Sim, pois evita a internação. (01)

> Teve, teve muito, porque ele evita a internação. Eu acho que se não fosse aqui eu não estaria tão bem. Talvez eu estaria numa outra internação.

Ideia Central B - Me senti melhor, pois estou tomando os medicamentos corretamente. (02,06)

> Quando eu cheguei aqui, eu cheguei ruim. A cabeça não estava muito boa não. Aí, conforme eu fui me tratando, tomando a medicação direitinho eu fui melhorando, melhorando... Se eu parar de tomar remédio eu entro em crise.

Ideia Central C - Sim, houve melhora. (08)

> Sim, bem melhor. Bom, tô podendo viver mais, tô podendo sair, eu não fazia nada, eu não conseguia trabalhar, não conseguia fazer as coisas na minha casa.

Ideia Central D - Melhorei, pois as pessoas no CAPS entenderam meu problema. (07)

> Teve, melhorei bastante porque as pessoas que trabalham aqui foram entendendo o meu problema.

Nos discursos citados, podemos observar que há pacientes que, após iniciado os tratamentos no CAPS, obtiveram melhora a ponto de evitar futuras internações psiquiátricas.

Outros responderam que obtiveram resultado no tratamento, pois tomaram os medicamentos de maneira adequada. Ainda, uma paciente referiu melhora e que, por meio do CAPS, conseguiu retomar atividades diárias. Outro paciente referiu melhora, pois no CAPS encontrou profissionais que conseguiram entender melhor o seu problema e o ajudaram de maneira significativa.

Todos os discursos relacionados à resposta dessa questão confirmam que a proposta do CAPS está sendo atingida no que se refere a promoção de um ambiente acolhedor, onde o cliente se sente à vontade para participar em atividades e obter uma assistência comunitária e aberta[14,15,16].

As diferentes modalidades do CAPS que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial foram criadas com o intuito de extinguir progressivamente os manicômios e proporcionar uma assistência diferenciada com princípios no cuidado da reabilitação e reinserção social do paciente portador de transtorno mental[14,16]. A proposta da RAPS está obtendo êxito no que se refere aos cuidados oferecidos no CAPS I de São Sebastião, pois os próprios portadores de transtornos mentais reconheceram o CAPS como uma estratégia que evita uma futura internação psiquiátrica. Pode-se relacionar

então que, com o crescimento dos CAPS, a tendência é haver cada vez menos internações psiquiátricas e a eliminação progressiva dos manicômios será atingida em grande parte.

6.3 Retorno a atividade laboral

Em resposta à questão: “Depois do tratamento realizado, você retomou alguma atividade remunerada? Você identificou alguma dificuldade para retornar ou ingressar no mercado de trabalho devido à internação psiquiátrica?” Os pacientes relataram se retornaram ao trabalho após a utilização dos serviços no CAPS, onde foi possível extrair as seguintes ICs:

A - Sim, mas encontrei dificuldades.
B - Não, depois da doença não trabalhei mais.

Ideia Central A - Sim, mas encontrei dificuldades. (01,05)

> Sim, eu já trabalhava e continuo trabalhando, às vezes quando eu não estou bem eu não trabalho muito. Quando eu estou bem eu faço algumas coisas. Eu trabalho e depois descanso e venho pra cá pro CAPS. Mas eu encontrei um pouco de dificuldade pra regressar, né, porque as medicações que a gente toma é muito forte. Às vezes dá sonolência. Também trabalhei em outro lugar como fiscal, mas eu fiquei um mês só. Não aguentei mais porque eu entrei em crise, nem cheguei a surtar lá, mas foi por causa da sonolência, do cansaço das medicações... Elas dão muito sono, às vezes você fica meio aérea, sabe.

Ideia Central B - Não, depois da doença não trabalhei mais. (02, 03, 04, 06, 07, 08, 09)

> Eu trabalhava, mas depois de um tempo da doença eu saí do serviço, e hoje não trabalho mais.

Nos discursos acima, encontramos, nas respostas dos pacientes, o quanto é difícil retornar ao trabalho. Resgatar a cidadania e o direito de exercer o trabalho remunerado não é uma tarefa fácil. As implicações disso estão no fato de que os medicamentos podem causar efeitos colaterais como abstinência, obstipação intestinal, solavancos musculares, sonolência, sudorese e boca seca[64], entre outros sintomas que podem

dificultar a produtividade no trabalho e nas atividades diárias. O resgate das atividades profissionais nem sempre são obtidas com êxito e podem acarretar no desligamento do portador de transtorno mental com o seu vínculo empregatício.

As Estratégias de Reabilitação Psicossocial têm como premissa auxiliar o paciente usuário dos serviços de saúde mental a reingressar ou, até mesmo, reiniciar as atividades laborais por meio de iniciativas de geração de trabalho e renda[45], porém, os pacientes não referiram participar de nenhum projeto relacionado a isso. Como evidenciado na IC B, a maioria dos participantes da pesquisa, após a descoberta da doença, não retornaram às atividades de trabalho remunerado.

6.4 Atividades no CAPS

Em resposta à questão: “O que você faz aqui no CAPS?” Os pacientes descreveram as atividades desenvolvidas no CAPS, onde foi possível extrair as seguintes ICs:

Ideia Central A - Terapias e atividade física (01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09)

> Eu participo das terapias, atendimento individual com psicólogo, grupo com psicólogo, faço marcenaria, faço artesanato, terapia em barro, que me ajuda bastante, por causa que eu tenho uma coordenação motora muito frágil. Faço pintura, a gente fala sobre o final de semana, o que fizemos no final de semana, Aí, na sexta-feira tem a educação física e fazer ginástica. Aí, no calor é na piscina, aí, quando tá um pouco frio, fazemos caminhada. Todas as atividades que tem aqui pra fazer e todos os dias que eu venho eu faço. Gosto de todas.

No que se refere à participação das atividades no CAPS, obtivemos a unânime resposta dos pacientes, de que participam ativamente das atividades promovidas pelo CAPS I do município de São Sebastião. Podemos interligar essas atividades como ferramentas que impulsionam o paciente a obter sucesso em reinserir-se em sociedade. Para Proença[50], a inclusão social procura colocar todos os cidadãos no mesmo patamar, e isso reforça a ideia de que manter os pacientes de saúde mental em contato diário com as pessoas é uma excelente ferramenta no tratamento. Participando todos das mesmas atividades, nenhum deles se sente excluído, proporcionando dignidade, cidadania e direito a escolha de participar da atividade de sua preferência.

Em resposta à questão: “O que você faz no CAPS?” houve a extração da ancoragem a seguir:

Ancoragem A - Há pessoas que pensam que somos perigosos. (03)

> Eu gosto do pessoal, tem companhia, eu gosto das pessoas daqui, tem pessoas boas, pessoas que não oferecem risco a nós, que têm os problemas psiquiátricos. Tem gente que confunde as bolas, pensa que a gente é perigoso, isso e aquilo, e as pessoas aqui são tudo boas, são pessoas inofensivas que não fazem nada pra ninguém.

Dentro de uma resposta, as ancoragens surgem quando o sujeito da pesquisa se utiliza de afirmações gerais para expressar uma ideologia, crença ou situações particulares. Pode-se observar que, na ancoragem supracitada, o entrevistado expressou-se afirmando que há pessoas que pensam que os pacientes usuários dos serviços do CAPS são perigosos. Isso exprime a ideia de que parte da população que não participa da realidade dos que sofrem de transtornos mentais tem um conceito enraizado de que estes apresentam riscos à população. Isso denota o preconceito, que tem como significado o conceito preestabelecido, antecipado e, muitas vezes, errôneo sobre um assunto[29].

A principal característica do preconceito é que ele retira do outro o direito de falar por si[29]. Porém, é esclarecido no discurso que os pacientes não oferecem riscos somente por terem problemas psiquiátricos. Esse preconceito com pacientes de saúde mental está enraizado culturalmente e, mesmo que haja esforço por parte das políticas públicas de saúde, ele veio crescendo no decorrer dos séculos.

6.5 Conceito sobre o CAPS

Em resposta à questão: “Fale sobre como você se sente e o que você acha do tratamento realizado no CAPS.” Os pacientes expuseram a sua opinião sobre o que achavam e como se sentiam em relação ao tratamento fornecido pelo CAPS, onde foi possível extrair as seguintes ICs:

A - Excelente, me ajuda muito.

B - Acho ótimo, porém, deveria haver mais investimentos.

C - Acho muito bom

Ideia Central A - Excelente, me ajuda muito. (02, 03, 07, 08, 09)

> Vou falar que eu me sinto em casa, o tratamento do CAPS pra mim aqui foi nota dez, excelente. Desde o tempo que eu tô aqui, é, como todo mundo, é com a recepção, é com a Carol, com todo mundo, todos os profissionais, graças a Deus eu não tenho o que reclamar daqui, nada de nada. Só tenho que elogiar, porque foi aqui que eu me recuperei. Eu voltei a fazer as minhas atividades, tomando os medicamentos direitinho, na hora certa consegui mais controle aqui no CAPS pra controlar lá em casa pra não sair do nervoso e nem fica irritado. Acho ótimo.
>
> .

Ideia Central B - Acho ótimo, porém, deveria haver mais investimentos. (01, 05)

> Oh, eu me sinto muito bem, né, em vista do que eu era, acho ótimo o tratamento aqui. E assim, me sinto muito acolhida pelo pessoal do CAPS, pela equipe, pelos pacientes, sabe? A única coisa assim que me deixa um pouco entristecida é no sentido da Prefeitura olhar mais pra gente, sabe? Da saúde mental. Tem muitos pacientes que não tem condições de se alimentar. Eu acho que nós poderíamos ter algumas coisas melhores. Uma estrutura melhor. Ter ainda mais profissionais por que nós temos poucos números de profissionais. Então acumula muito pra um profissional só.

Ideia Central C - Acho muito bom. (04, 06)

> Ah, eu acho bom, muito bom.

Na temática da IC A, pode-se observar a satisfação dos pacientes referente ao atendimento obtido na unidade do CAPS I do município de São Sebastião. A unidade é classificada como excelente e é destacado que foi por meio dos tratamentos realizados na unidade que os pacientes conseguiram recuperar-se. É citado que, devido ao sucesso obtido no tratamento, puderam retornar às atividades, realizar a ingestão das medicações de maneira e em horários adequados, o que contribuiu também para a melhora do relacionamento interpessoal, tanto em sociedade como em família.

Em contrapartida, na IC B, é expressa a declaração de que o CAPS é ótimo no tratamento, mas poderia haver mais investimento por parte do poder público municipal e investimentos concernentes ao aumento do número de profissionais. Vale lembrar que existe um número de profissionais mínimo de acordo com o tipo de CAPS[14]. Porém, as

necessidades dos pacientes podem variar e o número de profissionais pode aumentar de acordo com essa ou outras necessidades.

6.6 Relacionamento familiar

Em resposta à questão: “Você identifica dificuldades com seus familiares após a sua internação ou tratamento psiquiátrico? Você pode descrever?” Os pacientes relataram se houve dificuldade de relacionamento familiar após a internação ou tratamento psiquiátrico, onde foi possível extrair as seguintes ICs:

A - Sim.

B - Não, tenho um bom relacionamento com meus familiares.

C - Não**.**

Ideia Central A - Sim. (01)

> Ah, sim. Tanto que o meu padrasto ele não fala comigo e minha mãe também. Eles acham que eu faço meio corpo mole, Aí você pega e entra num quadro mania, aí você fica andando, fica agitada que nem no meu caso. Aí quer dizer, ah, tá tomando medicação, então tá dormindo legal, não tá mais agitada, então pode trabalhar. Eles não sabem o que o trabalho acarreta na gente. Acham que e a gente se tá conversando, se consegue passear, então vai conseguir trabalhar entendeu.

Ideia Central B - Não, tenho um bom relacionamento com meus familiares. (02, 06, 08)

> Não, minha relação com a família é boa. Minha esposa me apoia, as minhas filhas me adoram, sabe? Eu acordo quatro horas da manhã pra levar a minha filha mais nova ao trabalho. Então eu vou levar ela no ponto. Aí quando ônibus passa, que ela pega o ônibus, aí venho embora pra casa.

Ideia Central C - Não. (03, 04, 05, 07, 09)

> Não.

O relacionamento familiar nem sempre será algo fácil para o paciente com adoecimento mental. Com o surgimento da doença, o ente querido de um portador de transtornos mentais tem que lidar com o medo do desconhecido, com a insegurança e com a impotência[38,39,40,41]. Como evidenciado no DSC, com a temática da IC A, pelo

preconceito ou não entendimento da patologia, o familiar pode encontrar dificuldades de se relacionar com o parente adoecido mentalmente. As causas podem ser diversas, dentre elas, as principais dificuldades enfrentadas podem ser listadas como sendo uma sobrecarga financeira, que está relacionada aos custos que a família tem ao ter que deixar de trabalhar, comprar medicamentos e pagar consultas médicas[38]. Porém, o CAPS I de São Sebastião dispõe de serviços gratuitos e disponibiliza o acesso aos familiares para o acompanhamento das atividades junto ao paciente usuário dos serviços[58].

Todavia, na temática da IC B e C, é percebido que a maioria dos entrevistados não tem dificuldades de relacionamento familiar. No caso, os participantes do estudo expressaram que realizam atividade no que se refere ao auxílio e que promove o bem-estar da família. Em equivalência, a família pode contribuir e muito para a melhora do estado clínico e para a reinserção social do paciente usuário dos serviços do CAPS. Os familiares tornam-se cúmplices e aliados dos serviços de atendimento aos portadores de transtornos mentais quando se disponibilizam para efetuar o acompanhamento das atividades desenvolvidas no CAPS, podendo auxiliar também em âmbito residencial, nos cuidados com a alimentação, higiene, ingesta de medicamentos em horário adequado e contribuir para o entrosamento ao convívio social. Isso fortalece os laços e vínculos familiares, bem como estimula e motiva o paciente ao enfrentamento da doença, e, consequentemente, contribui para a melhora tanto clínica quanto de reinserção social. É por meio do apoio familiar que o indivíduo pede o aconchego, segurança, proteção e confiança para prosseguir os tratamentos e obter sucesso nos resultados[35,38].

6.7 Atividades de lazer após a descoberta da doença

Em resposta à questão: “Após a(s) internação(ões), você encontrou barreiras para frequentar cinema, restaurante, praia, praça, shopping? Você pode descrever como se sente nesses lugares?” Os pacientes disseram se participavam de alguma dessas atividades após a internação ou tratamento psiquiátrico e descreveram como se sentiam em relação a isso. Após essa pergunta foi possível extrair as seguintes ICs:

A - Não, me sinto bem.

B - Me sinto bem, mas não gosto de aglomeração ou barulhos.

C - Me sinto bem, mas não gosto de ir sozinha.

D - Não frequento mais.

Ideia Central A - Não, me sinto bem. (03, 08)

> De vez em quando eu vou ao shopping, de vez em quando vou a Caraguatatuba, de vez em quando dou uma saída. Me sinto bem, me sinto normal.

Ideia Central B - Me sinto bem, mas não gosto de aglomeração ou barulhos. (01, 04)

> Não. Eu me sinto bem só que assim, não gosto de muvuca e nem muita gente no mesmo lugar. Não gosto de lugar que faz muito barulho.

Ideia Central C - Me sinto bem, mas não gosto de ir sozinha. (06)

> Não, mas não gosto de ir sozinha, só vou com o pessoal aqui do CAPS.

Ideia Central D - Não frequento mais. (07)

> Antes eu frequentava era discoteca, né, mas depois que eu comecei a parar de beber, fumar cigarro, eu parei de sair durante a madrugada. Hoje não frequento por causa da doença.

O convívio em sociedade faz parte de um dos alvos do tratamento oferecidos nos serviços de saúde mental. Observamos que parte dos entrevistados frequentam ambientes sociais, porém há os que fazem e se sentem incomodados com o barulho ao redor e há os que o preferem fazer acompanhados.

Em contrapartida, há os que, após a descoberta da doença, não o fazem mais. Nesse quesito, esbarramos na dinâmica das relações sociais, onde o paciente não se sente à vontade em estar em ambientes que anteriormente por eles eram freqüentados, devido a múltiplos fatores, dentre eles, o preconceito com a própria doença mental, a dificuldade dos recursos financeiros para a realização das atividades, o medo da

rejeição em sociedade ou a mudança de hábitos devido à nova dinâmica das rotinas diárias.

6.8 Sugestões de melhorias para a reinserção social

Em resposta à questão: “Do seu ponto de vista, o que você gostaria que houvesse no CAPS para melhoria do convívio com a sociedade? Quais as suas sugestões?” Os pacientes disseram o que gostariam que melhorasse no seu tratamento ou no CAPS para melhora da sua reinserção social. Após essa pergunta, foi possível extrair as seguintes ICs:

A - Alimentação
B - Profissional de limpeza
C - Número de profissionais
D - Número de acomodações
E - Separação de pacientes
F - Músicas
G - Nada

Ideia Central A - Alimentação (01, 02, 05, 09)

> Eu acho que tem que melhorar um pouco é a questão da Prefeitura dar subsídio de alimentação, assim pra preparar um lanche pra nós e é necessário, nesse lanche deveria ser servido fruta pra gente. Antes serviam, tinha cozinheira. Agora não servem e a gente precisa disso. O almoço vem de fora. A comida é boa, não temos o que reclamar do alimento, eu não tenho nada que reclamar do alimento. Mas se fosse feito aqui seria um alimento que acompanhado por uma nutricionista. O CAPS deveria ter uma nutricionista. Por que nós temos o problema aqui da gente de uns engordar demais e outros emagrecem muito então se tivesse uma nutricionista ajudaria bastante cada paciente.

Ideia Central B - Profissional de limpeza (02)

> A única coisa que a gente tava reclamando aqui no CAPS é uma faxineira que não está tendo, né!

Ideia Central C - Número de profissionais (02, 05)

> Mais número de profissionais. O primeiro, TO, por exemplo. Nós temos uma TO pra cuidar de toda essa turma toda. Daqui ela é um doce de pessoa então sobrecarrega demais ela. Nós deveríamos ser no mínimo, no mínimo três TO.

Ideia Central D - Número de acomodações (05)

> Mais acomodações. Ter mais de uma sala, eles falam de sala de tv, eu diria sala de descanso por que às vezes quando você tá indisposta você não tem lugar pra você ficar. Por que nós temos pacientes de todos os níveis aqui. Então o outro tá ali e ele quer descansar por que ele não tá legal. Mas o outro não tem essa consciência, liga a televisão, muito barulho, muita coisa, então, a sala de televisão é sala de televisão, e a sala vamos supor de repouso seria sala de repouso, né? Então uma sala de leitura, salas diferentes assim. Não, não uma sala só pra tudo.

Ideia Central E - Separação de pacientes (06)

> Ah, eu queria que esses paciente quer ser mais que o outro tirasse daqui e botasse pra outro CAPS AD. Que usa drogas. Que tem alguns pacientes que não usa drogas e aqui não é o lugar deles. O lugar deles é pra lá.

Ideia Central F - Músicas (07)

> Ah, teria que tipo lançar mais canções, umas músicas. Teatro já faz, né. Agora tipo lançar uma canção, né, diferente que passasse nas rádios que
> mais, mais fica sintonizado, né. Hoje em dia agora é aquela Jovem Pan, né,
> que tá voltando. Também tem a Royale. Tem a Antena 1. Que eu conheço só. Tem também a Nativa, né. Lançasse tipo passasse, em meia meia hora uma canção lançada assim pros pacientes do CAPS, né, em meia meia hora ela tocasse pras pessoas ter se conscientizar, né, das outras pessoas.

Ideia Central G - Nada (03, 04, 08)

> Nada.Tem tudo aqui.

As respostas à pergunta acima foram as que apresentaram maior variedade de respostas. Na temática da IC A, grande parte dos participantes expressou que poderia haver melhorias concernentes à alimentação. Anteriormente, a alimentação era preparada e oferecida dentro da Unidade do CAPS, porém, houve uma mudança e os pacientes recebem marmitas vindas de fora da unidade. Isso gerou insatisfação por parte dos usuários do CAPS.

Outro ponto ressaltado no DCS foi a falta de profissional de limpeza no CAPS I de São Sebastião. A higiene é parte fundamental da rotina diária e proporciona bem-estar e evita o acarretamento de outras doenças.

Na temática da IC C, os pacientes queixaram-se pontualmente em relação ao número pequeno de profissionais em seu ponto de vista. Foi destacado que os funcionários estão sobrecarregados, em especial a terapeuta ocupacional.

Um ponto relevante citado na temática da IC D foi o número de acomodações, que se encontra reduzido, de acordo com a construção do DSC. É mencionado que um paciente quer repousar, mas há uma tv na sala que outro paciente pode fazer uso. Isso acarretaria no desprovimento de descanso adequado.

Na IC E, expressou-se que há a necessidade de separação dos pacientes e reporte de pacientes que fazem uso de drogas para o CAPS AD.

Na temática da IC F, obtivemos um DSC onde um participante referiu que a música poderia ser introduzida no ambiente de saúde mental e divulgada como trabalho produzido pelos pacientes usuários dos serviços do CAPS.

Somente um entrevistado não referiu nenhuma sugestão de melhoria no CAPS, portanto, as condições ambientais e sociais apresentadas no espaço de tratamento estão favoráveis para sua reinserção social.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste estudo possibilitou reflexões sobre a reinserção do portador de transtorno mental no contexto social, repensamos o quanto é complexo ainda no contexto atual incluir “a pessoa” que continua sendo, muitas vezes, excluída das possibilidades dos denominados “normais”.

Os resultados deste estudo permitiram identificar a reinserção social dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS I do município de São Sebastião/SP e verificar se há propostas de ampliação da reinserção social a partir do discurso dos participantes envolvidos no estudo.

Os temas surgidos a partir do DSC foram: internações psiquiátricas; melhora após o tratamento no CAPS; retorno a atividade laboral; atividade no CAPS; conceito sobre o CAPS; relacionamento familiar; atividades de lazer após a descoberta da doença e sugestões de melhorias para a reinserção social.

O DSC aponta que a reinserção social está ocorrendo de maneira gradativa. Foi apontado que os pacientes consideram o CAPS como uma alternativa de tratamento que diminui as possibilidades de internações anteriores e promove atividades em grupos e de convívio, que facilitam a realização de tarefas, melhora na convivência do dia a dia e na comunicação entre eles, os profissionais de saúde e os familiares. Desta maneira, se sentem acolhidos e motivados para o resgate da sua cidadania e para retomar às atividades que anteriormente não era possível praticar devido ao transtorno mental.

Nos DSC, é evidenciado que ainda há a necessidade de o paciente reinserir-se socialmente no que tange à atividade remunerada. Verificamos que grande parte dos portadores de transtorno mental não exerce atividade laboral remunerada, portanto, essa é a principal necessidade que precisa ser repensada e a busca de alternativas ou parcerias de atividades de inclusão no mercado de trabalho é emergencial para a sua reinserção social mais efetiva, pois, por meio dele, tem a participação ativa na sociedade e exerce a cidadania mais plenamente. Por meio da atividade remunerada, os participantes deste estudo podem obter êxito em adquirir sua própria independência e podem desempenhar papéis aceitos socialmente.

Verificamos por meio do DSC, que os participantes do estudo conseguiram contribuir com propostas de melhorias para ampliação da reinserção social como alimentação, profissional de limpeza, número de profissionais, número de acomodações, separação de pacientes, música e nada. A proposta mais citada foi a mudança do fornecimento de alimentação, que pode ser modificado para ser produzido dentro da própria unidade, onde os pacientes conseguiriam se sentir mais familiarizados.

Outra proposta relevante destacada pelo DSC está relacionada ao aumento do número de profissionais de saúde na área da Saúde Mental. O DSC aponta que, no contexto atual do CAPS, os profissionais são em número reduzido e isso pode comprometer no tratamento, pois a escassez de profissionais e o crescente número de pacientes favorecem uma sobrecarga de trabalho a estes e os pacientes não obtêm êxito em seu tratamento.

Acreditamos que a elaboração do presente estudo nos possibilitou verificar que a vivência no CAPS I está repercutindo em sua vida e em sua forma de pensar, e foi

fundamental para evitar que futuras internações psiquiátricas ocorressem, mas foi evidenciado, também, que grande parte dos portadores de transtorno mental não exerce atividade laboral remunerada, portanto, essa é a principal necessidade que precisa ser repensada e a busca de alternativas ou parcerias de atividades de inclusão no mercado de trabalho é emergencial para a sua reinserção social mais efetiva.

REFERÊNCIAS

1 - Rodrigues LR. “Só quem sabe da doença dele é Deus” – O significado da doença mental no contexto cultural. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.

2 - Pereira MA, Labate RC, Farias FLR. Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. Acta Paul Enferm; 1998;11(3):52-9.

3 - Silva APRR, Piterskih AR, Basile GC, Carvalho LB, Santos RMA, Bonfanti TD, Rahin MA. Os paradigmas do processo socio-histórico do sujeito institucionalizado no movimento anti-manicomial do município de Santos/SP, 2008. Estudos Orientados, Curso de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, UNIP - Universidade Paulista. Santos; 2008.

4 - Facchinetti C. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. Rev latinoam psicopatol fundam. São Paulo; 2008.

5 - Amarante P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. Hist. cienc. Saúde – Manguinhos. vol.1 no.1 Rio de Janeiro; 1994.

6 - Oda AMGR; Dalgalarrondo P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde. Manguinho. 2005: 983-1010.

7 - Lancmam S. Loucura e espaço urbano: Franco da Rocha e o asilo de Juqueri. Rio de Janeiro/Belo Horizonte/São Paulo. 1999.

8 - Fraletti P. Juqueri: passado, presente, futuro. Arquivos de Saúde Mental do estado de São Paulo. Vol. XLVI. 1986.

9 - Pizzolato PPB. O Juquery: sua implantação, projeto arquitetônico e diretrizes para uma nova intervenção . Dissertação de mestrado. FAU-USP. 2008.

10 - Venancia AT. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro. 2003.

11 - Ponte, C F. Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

12 - Miranda-Sá LS. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. Rev. Psiquiatr. ; 2007; 29(2):156-158

13 - Osinaga VLM. Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais. [dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.

14 - Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília; 2005.

15 - Amarante PDC, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Saúde em Debate; 2001; 25: 26-34.

16 - Barroso, SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Rev. Soci. Psicot. Anal. Grup. Est. São Paulo; 2011, 12: 66-78.

17 - Cardoso L, Galera SAF. O cuidado em saúde mental na atualidade. Rev Esc Enferm USP; 2011; 1: 687-681.

18 - Brasil. Ministério da Saúde. LEI Nº 10.216, DE 06 DE ABRIL DE 2001.

19 - Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2003.

20 - Brasil. Ministério da Justiça do Brasil [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 06 out. 2014].Tratamento/Reinserção Social/Definição. [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11437&rastro=TRATAMENTO%2FReinser%C3%A7%C3%A3o+Social/Defini%C3%A7%C3%A3o

21 - Cirilo LS. Novos tempos: Saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares. [dissertação de mestrado]. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande; 2006.

22 - Cardozo AR. A reinserção social do usuário do Centro de Atenção Psicossocial após a alta.[Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federa l do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2009.

23 - Geisler A. Revisitando o conceito de cidadania: notas para uma educação politécnica. Trab. educ. saúde vol.4 no.2 Rio de Janeiro Sept; 2006.

24 - Dallari DA. Estado de direito e cidadania. Univ. Soc. 1997; 14: 5-7.

25 - Oliveira AGB, Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):191-203, 2005.

26 - Pires RR, Ximenes VM, Nepomuceno BB. Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil : análise a partir do conceito de cidadania. Avances en Psicología Latinoamericana; 2013.

27 - Amarante PDC . O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.

28 - Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

29 - Amarante PDC. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 1995.

30 - Fagundes P. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: algumas questões cruciais.J bras psiquiatr 1998; 47 (4):163-8.

31 - Couto T CS. A importância da Família na qualidade de vida das pessoas com doença mental[Iniciação Científica]. Bauru, SP: Instituição Toledo de Ensino; 2006.

32 - Sarti CA. A Família como universo Moral. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

33 - Tsu TMJA. A internação psiquiátrica e o drama das famílias. São Paulo: EDUSP; 1993.

34 - Brischiliari A. A participação do portador de transtorno mental no contexto familiar [dissertação de mestrado]. Maringá: Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2010.

35 - Navarine V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. Texto Contexto Enferm, Florianópolis: 2008 Out-Dez; 17(4): 680-8.

36 - Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; maio-junho; 13(3):450-2.

37 - Waidman MAP, Radovanovic CAT, Scardoelli MGC, Estevam MC, Pini JS, Brischiliari A. Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa. Cienc Cuid Saúde. 2009; 8 (supl 1): 97-103.

38 - Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paul Enferm: 2008;21(4):588-94.

39 - Sadigursky D. Desisntitucionalização do doente mental: expectativas da família [tese de doutorado]. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.

40 - Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Cienc Saúde Colet. 2010 jun; 15 (supl 1): 1497-508.

41 - Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(2):197.

42 - Calista AA, Vasconcelos ASS, Gonçalves CC, Soares MCS, Silva G. A importância da família na ressocialização do portador de transtorno mental. 62ª Reunião Anual da SBPC; 2008.

43 - Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, DE DEZEMBRO DE 2011.

44 - Manguia E, Muramoto M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2007: 54-62.

45 - Brasil. Ministério da Saúde.[homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 10 maio 2015]. Rede de Atenção Psicossocial. [aproximadamente 59 telas]. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf

46 - Ribas DL, Borenstein MS, Padilha MICS. Iluminando as vivências de indivíduos em sofrimento psíquico de um CAPS em Florianópolis. Texto Contexto Enferm. 2007;1(16):2-9.

47 - Brasil. Ministério da Saúde. Residências Terapêuticas: o que são e para que servem. Brasília; 2004.

48 - Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Programa De Volta para Casa. Brasília; 2003.

49 - Suiyama RCB, Rolim MA, Colvero LA. Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? Rev Saúde Soc. 2007;3(16):102-10.f

50 - Proença CS. A exclusão social em cabo verde: uma abordagem preliminar. Lisboa, ACEP – Associação para a Cooperação entre Povos, Centros de Estudo do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa. 2005: 1-73.

51 - Sheppard M. Social work and social exclusion: The idea of practice. Aldershot Ashgate, 2006.

52 - Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 5, ano III, nº 5. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2008. [acesso em 20 de maio de 2015] Disponível: em www.saude.gov.br.

53 - Neves JL. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. Caderno de Pesquisas em Administração. São Paulo; 1996

54 - Gil AC. Como elaborar Projetos de Pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

55 - Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de Pesquisa. 1 ed. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2009.

56 - *Minayo* MCS. *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes; *2001*.

57 - Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE- cidade@ [base de dados na internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. [acesso em 16 de maio de 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1.

58 - Prefeitura Municipal de São Sebastião. Secretaria Municipal de Saúde. 2015.

59 - Thiry-Cherques HR. Saturação em pesquisa qualitativa:estimativa empírica de dimensionamento. Revista PMKT; 2009.

60 - *Minayo* MCS. *O Desafio do Conhecimento* — Pesquisa. Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

61 - Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais e clínica psiquiátrica. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.

62 - Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo reses humanos. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2012.

63 - Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2003.

64 - Pitliuk R. Efeitos Colaterais de Medicamentos Psiquiátricos e Neurológicos [homepage da internet]. Acessado em 16 de junho de 2015. Disponível em: http://www.psiquiatria.med.br/efeitos-colaterais-de-remedio-psiquiatrico-e-neurologico.htm

Centro de Pós- Graduação e Pesquisa
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o Sr. (a) a participar voluntariamente da pesquisa “A reinserção social do paciente portador de transtorno mental atendido no CAPS I do município de São Sebastião”, que será de responsabilidade da pesquisadora Andressa Kelly de Santos Lima, mestranda do curso de Pós-Graduação Strictu Sensu em Enfermagem da Universidade Guarulhos. Essa pesquisa tem por objetivo entender como esta sendo a reinserção social do paciente portador de transtorno mental, de acordo com o modelo de tratamento oferecido pelos serviços do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I do Município de São Sebastião.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista. A entrevista será realizada pela pesquisadora Andressa Kelly de Santos Lima, que irá coletar informações por meio de um roteiro com questões norteadoras sobre o retorno as atividades de trabalho e lazer de acordo com o tratamento obtido e o sentimento de satisfação em relação ao tratamento realizado no CAPS I.

Solicitamos sua autorização para a gravação da sua entrevista.,assumiremos o compromisso com o sigilo, salvaguardando qualquer informação que possa identificar a sua participação. Esclarecemos ainda que a gravação será transcrita pela pesquisadora e que todos os nomes dos participantes e os que forem eventualmente citados serão substituídos por outros fictícios.

As informações coletadas durante a entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas.

Para a realização dessa pesquisa, não haverá despesa pessoal e não será obtida nenhuma recompensa material ou financeira devido a sua participação.

Se em algum momento durante a pesquisa o Sr. (a) se sentir desconfortável, seja antes, durante ou depois da entrevista, poderá deixar de participar imediatamente da mesma, a entrevista será interrompida e o pesquisador fará os esclarecimentos necessários, o atendimento emergencial ou será encaminhado para avaliação com a equipe do CAPS. Não haverá nenhum prejuízo pessoal ou descontinuidade do seu tratamento realizado no CAPS.

Está assegurados sigilo e confidencialidade das informações que serão obtidas durante a pesquisa. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória.

Os benefícios esperados são indiretos, oferecendo subsídios aprimorar o conhecimento científico para área da enfermagem em Saúde Mental.

Qualquer duvida ou informação a respeito da pesquisa poderá ser esclarecida com a Pesquisadora Andressa Kelly de Santos Lima, e poderá entrar em contato nos

telefones (12) 3887-8548 ou (11) 95822-4066, e ainda poderá encontrá-la no endereço: Rua Taubaté, 50 - Sumaré – São Sebastião/SP.

Eu, _____ entendi e compreendi todas as informações contidas nesse termo a repeito da pesquisa, bem como seus objetivos, benefícios e esclarecimentos sobre a minha participação. Portanto, concordo em participar voluntariamente desse projeto, estando ciente de que não vou receber nenhuma remuneração financeira e posso a qualquer fase do estudo deixar de participar e retirar o meu consentimento. Autorizo a gravação da entrevista. Declaro ainda que fui certificado que os resultados obtidos poderão ser utilizados apenas para a pesquisa, e que poderão ser publicados futuramente. Esse documento será assinado em duas vias, que serão assinadas por mim e pela pesquisadora e uma via ficará com cada um de nós.

_____
Assinatura do Participante

_____
Assinatura da Pesquisadora Andressa Kelly de Santos Lima
Coren 335025
Local e Data_____,_____/____/_____

Centro de Pós- Graduação e Pesquisa
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APENDICE B
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Ilmo. Sr (a)
Secretário Municipal de Saúde de São Sebastião/SP
São Sebastião, 30 de Março de 2015.

Eu, Andressa Kelly de Santos Lima, mestranda do curso de Pós-Graduação Strictu Sensu em Enfermagem da Universidade de Guarulhos, sob a orientação da Profa. Dra. Maria de Belém Gomes Cavalcante venho solicitar a V. Sa. a autorização para coleta de dados na Unidade do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS), sito à Rua Itaú, 294–Pontal da Cruz– São Sebastião/SP, com a finalidade de realizar a pesquisa intitulada: "A reinserção social do paciente portador de transtorno mental atendido no CAPS I do município de São Sebastião/SP" nos meses de Abril e Maio de 2015.

Essa pesquisa tem por objetivo identificar a reinserção social dos clientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS I do município de São Sebastião-SP. Essa pesquisa não irá onerar financeiramente para a Vossa Instituição e nem irá atrapalhar as atividades desenvolvidas na Unidade do CAPS. As coletas de dados serão realizadas por mim, através de entrevistas com os pacientes e por informações obtidas em prontuário. As informações serão confidencializadas e utilizadas unicamente para fins científicos.

Desde já, coloco-me à disposição para esclarecimentos de qualquer dúvida que possa surgir.

Antecipadamente agradeço à colaboração.

_____

Andressa Kelly de Santos Lima
Mestranda em Enfermagem – UnG -Coren 335025
(11) 9 5822-4066

Profa. Dra. Maria de Belém Gomes Cavalcante
(11) 2464-2723
Orientadora
Universidade Guarulhos

Centro de Pós- Graduação e Pesquisa
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APENDICE C – Roteiro da Entrevista

Data__/__/____ **Nº_____**

Perfil do Cliente (Idade, Sexo, Religião, Estado Civil, Numero de Filhos)

1) Já realizou alguma Internação em Hospital Psiquiátrico? Quantas? Você pode comentar sobre o período em que você ficou internado?

2) Desde o tratamento feito pelo CAPS, houve melhora no estado clínico?

3) Depois do tratamento realizado, você retomou a alguma atividade remunerada? Você identificou alguma dificuldade para retornar ou ingressar no mercado de trabalho devido a internação psiquiátrica?

4) O que vocês faz aqui no CAPS?

5) Fale sobre como você se sente e o que você acha do tratamento realizado no CAPS.

6) Você identifica dificuldades com seus familiares após a sua internação ou tratamento psiquiátrico? Você pode descrever?

7) Após a(s) internação(ões) você encontrou barreiras para frequentar cinema, restaurante, praia, praça, shopping? Você pode descrever como se sente nesses lugares?

8) Do seu ponto de vista, o que você gostaria que houvesse no CAPS para melhoria do convívio com a sociedade? Quais as suas sugestões?

Centro de Pós- Graduação e Pesquisa
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APENDICE D – Declaração de tornar público os resultados

Eu, Andressa Kelly de Santos Lima (RG 46254156-3), pesquisadora responsável pelo projeto: **"A REINSERÇÃO SOCIAL DO PACIENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL ATENDIDO NO CAPS I DO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO/SP,** declaro que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa.

Declaro também, que os resultados obtidos serão publicados, sejam eles favoráveis ou não.

Guarulhos, 30 de março de 2015.

_____

Andressa Kelly de Santos Lima

RG 46254156-3 CPF 389-832-588-10

COREN-SP 335025

ANEXO A- Autorização da Instituição para Coleta dos dados

São Sebastião
PREFEITURA

UnG
Centro de Pós- Graduação e Pesquisa
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Dr. Usimbara
para conhecimento
30/03/15

Urandy Rocha Leite
Secretário de Saúde

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Ilmo. Sr (a)
Secretário Municipal de Saúde de São Sebastião/SP
São Sebastião, 30 de Março de 2015.

Eu, Andressa Kelly de Santos Lima, mestranda do curso de Pós-Graduação Strictu Sensu em Enfermagem da Universidade de Guarulhos, sob a orientação da Profa. Dra. Maria de Belém Gomes Cavalcante venho solicitar a V. Sa. a autorização para coleta de dados na Unidade do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS), sito à Rua Itaú, 294 – Pontal Cruz – São Sebastião/SP, com a finalidade de realizar a pesquisa intitulada: "A reinserção social do paciente portador de transtorno mental atendido no CAPS I do município de São Sebastião/SP" nos meses de Abril e Maio de 2015.

Essa pesquisa tem por objetivo identificar a reinserção social dos clientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS I do município de São Sebastião-SP. Essa pesquisa não irá onerar financeiramente para a Vossa Instituição e nem irá atrapalhar as atividades desenvolvidas na Unidade do CAPS. As coletas de dados serão realizadas por mim, através de entrevistas com os pacientes e por informações obtidas em prontuário. As informações serão confidencializadas e utilizadas unicamente para fins científicos.

Desde já, coloco-me à disposição para esclarecimentos de qualquer dúvida que possa surgir.

Antecipadamente agradeço à colaboração.

Andressa Kelly de Santos Lima
Andressa Kelly de Santos Lima
Mestranda em Enfermagem – UnG - Coren 335025
(11) 9 5822-4066

Prof.ª Dr.ª M.ª de Belém G. Cavalcante
Diretora de Enf. / UnG
COREN/SP

Profa. Dra. Maria de Belém Gomes Cavalcante
(11) 2464-2723
Orientadora
Universidade Guarulhos - UnG

SECRET MUN DE SAÚDE
PROTOCOLO
Nº 298
DATA 30 / 03 / 15
___ ___ HS
VISTO

AUTORIZADO
Ubirajara Nascimento
Articulador de Saúde Mental
Secret. de Saúde de São Sebastião
31/03/15

ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa –CEP-UnG

UNIVERSIDADE GUARULHOS - UNG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REINSERÇÃO SOCIAL DO PACIENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL ATENDIDO NO CAPS I DO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO/SP.

Pesquisador: Andressa Kelly de Santos Lia

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 41653715.9.0000.5506

Instituição Proponente: Universidade Guarulhos - UNG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.058.305

Data da Relatoria: 26/05/2015

Apresentação do Projeto:

Desde os primórdios a humanidade encontrou dificuldades sobre como lidar com o paciente psiquiátrico. Antigamente os mesmos eram tratados de maneira, agressiva, cruel, violenta e eram segregados da sociedade. Além do preconceito social que sofriam, eles eram tratados assim em hospitais psiquiatricos. Mas ao longo da história da humanidade, a partir da década de 80 o quadro mudou e começou o início da modificação em forma de

leis, quando o deputado Paulo Delgado propõe uma lei, que carrega o seu próprio nome, a extinção progressiva dos manicômios e a regularização dos direitos da pessoa portadora de transtornos mentais. A partir daí, surgiram novos tipos, um novo modelo de assistencia aos pacientes psiquiatrico, dentre eles as Residências Terapêuticas, os CAPS. A partir da inovação da substituição das internações e tratamentos em hospitais psiquiátricos para a introdução de uma assistência integrada de saúde mental, surge a necessidade de avaliar a reinserção social e reabilitação dos pacientes a partir desse modelo de atenção a saúde mental.

Endereço: Praça Tereza Cristina, 229
Bairro: Centro **CEP:** 07.023-070
UF: SP **Município:** GUARULHOS
Telefone: (11)2464-1779 **Fax:** (11)2464-1187 **E-mail:** comite.etica@ung.br

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a reinserção social dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS I município de São Sebastião-SP;

Verificar se há propostas de ampliação da reinserção social a partir do discurso dos participantes envolvidos no estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi atendido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foi contemplado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão de acordo com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta aprovação é válida pelo período previsto no cronograma postado.

Enviar relatório final até 15/08/2015, via Plataforma Brasil, contemplando as questões relativas aos Critérios Éticos da pesquisa:

a) Houve ocorrência de fatos relevantes que alteraram o curso normal do estudo?

b) Foram feitas eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa?

c) A pesquisa foi concluída de acordo com o protocolo aprovado pelo CEP UnG ?

d) Faça um parecer sobre o relacionamento Pesquisador X Participante da pesquisa durante a realização do estudo.

Endereço: Praça Tereza Cristina, 229
Bairro: Centro **CEP:** 07.023-070
UF: SP **Município:** GUARULHOS
Telefone: (11)2464-1779 **Fax:** (11)2464-1187 **E-mail:** comite.etica@ung.br

GUARULHOS, 11 de Maio de 2015

Assinado por:
Regina de Oliveira Moraes Arruda
(Coordenador)

Endereço: Praça Tereza Cristina, 229
Bairro: Centro **CEP:** 07.023-070
UF: SP **Município:** GUARULHOS
Telefone: (11)2464-1779 **Fax:** (11)2464-1187 **E-mail:** comite.etica@ung.br