



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

WANDUY DANTAS FERREIRA

**PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE MENTAL PARA
REINSERÇÃO DE USUÁRIOS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM
CAJAZEIRAS: UMA REALIDADE?**

CAJAZEIRAS

2011

**PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE MENTAL PARA
REINSERÇÃO DE USUÁRIOS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM
CAJAZEIRAS: UMA REALIDADE?**

WANDUY DANTAS FERREIRA

**PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE MENTAL PARA REINserÇÃO DE
USUÁRIOS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM CAJAZEIRAS: UMA
REALIDADE?**

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Profa. MS. Álissan Karine Lima Martins.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para aprovação na disciplina TCC.

Wanduy Dantas Ferreira
Enfermeiro(a) em Formação
Universidade Federal de Campina Grande
Campina Grande, Paraíba, Brasil
E-mail: wanduydantas@gmail.com

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande como requisito parcial para
aprovação na disciplina TCC.

Orientadora: Profa. MS. Álissan Karine Lima Martins

CAJAZEIRAS

2011



F383p Ferreira, Wanduy Dantas.
Práticas de equipes de saúde mental para reinserção de usuários na família e comunidade em Cajazeiras : uma realidade ? / Wanduy Dantas Ferreira. - Cajazeiras, 2011. 58f. : il.color.

Não disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2011.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Saúde Mental. 2. Serviços comunitários de saúde mental. 3. Centros de reabilitação - saúde - Cajazeiras - Paraíba. I. Martins, Alissan Karine Lima. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 613.86

WANDUY DANTAS FERREIRA

**PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE MENTAL PARA REINserÇÃO DE
USUÁRIOS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM CAJAZEIRAS: UMA
REALIDADE?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para aprovação na disciplina TCC.

Data de Aprovação: _____ / Dezembro/ 2011

BANCA EXAMINADORA

Professora Mestre: Álissan Karine Lima Martins
UACV-UFCG

Professora Doutora: Francisca Bezerra de Oliveira
UACV-UFCG

Professora Mestre: Sofia Dionízio Santos
UACV-UFCG

Dedico este trabalho a minha
família pelo incentivo e acreditar
no sonho possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a chance de realizar meu sonho de estar concluindo o curso, me iluminado, despertado o interesse pelo cuidar e responsabilizar-se pelos outros.

Agradeço a minha mãe Maria Lúcia e ao meu pai Geraldo, que já não está neste cenário, pela vida e acreditar no meu sonho e compartilhar comigo os momentos de angústia e também os de felicidade.

As minhas irmãs pelas palavras de apoio e incentivo para continuar na busca do conhecimento.

Aos meus professores por passarem seus conhecimentos e acreditarem no sucesso futuro.

A minha orientadora Álissan Karine Lima Martins, pelos momentos de estudo, orientações, compartilhamentos de vivências e trocas que foram fundamentais para concretização desse trabalho e por me mostrar o caminho da pesquisa. Agradeço também pela amizade e confiança depositada.

À UFCG por proporcionar o ensino público e de qualidade e a coordenação do curso de Graduação em Enfermagem pelo empenho no desenvolvimento e crescimento do nosso curso.

A todos meus familiares e amigos (Wanderson, Kadydja, Luciana, Jussara, Washington, Thairon, Marino, Sérgio, Frankniela, etc.) pelo incentivo, amizade durante a caminhada.

Aos trabalhadores dos CAPS de Cajazeiras que contribuíram com sua disponibilidade e espontaneidade em participar da pesquisa.

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

Eduardo Galeano

FERREIRA, W. D. **Práticas de Equipes de Saúde Mental para Reinserção de Usuários na Família e Comunidade em Cajazeiras: uma Realidade?** 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico possui notável importância no processo de reabilitação e reinserção sócio-familiar dos usuários, através das intervenções e práticas da equipe multidisciplinar com dispositivos incorporados como as terapias ocupacionais, terapia medicamentosa, terapia corporal e todo equipamento técnico-conceitual do CAPS, disponíveis no sentido de reabilitar e reinserir o usuário na família e comunidade. Desta forma, o estudo objetivou verificar as práticas de trabalhadores e equipes multiprofissionais e identificar as possibilidades de reinserção social e familiar da pessoa em sofrimento mental através do processo de reabilitação psicossocial. Pesquisa de abordagem qualitativa, com caráter exploratório realizada com vinte (20) trabalhadores em saúde mental dos CAPS do município de Cajazeiras – PB. Utilizou-se como critério de inclusão nível de escolaridade técnico e superior. A coleta de dados deu-se através de entrevista guiada por roteiro de perguntas semi-estruturadas e os dados foram analisados pela proposta do Discurso do Sujeito Coletivo, método proposto por Lefèvre e Lefèvre em pesquisas qualitativas. Foram respeitados os direcionamentos estabelecidos pela Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos. Nos sujeitos participantes, há o predomínio de trabalhadores do sexo feminino (75%), de nível superior de formação (75%) e com permanência por tempo trabalho de até quatro (04) anos na área de saúde mental (65%). Maioria dos profissionais não possuía formação prévia em saúde mental antes da admissão. Quanto aos discursos do sujeito coletivo, foram identificadas três categorias: ações ou estratégias utilizadas para reabilitação; parcerias do CAPS com outros órgãos e limites ou impossibilidade para reinserção social. Os resultados apontam a existência de parcerias entre CAPS e órgãos dentro do SUS como também com outras entidades intersetoriais. Descreve ainda alguns limites ou empecilhos na reinserção, como preconceito velado pela sociedade e a não-participação dos familiares de usuários no tratamento. O estudo evidenciou a necessidade de revisão dos processos de trabalho da equipe, para possibilitar a construção de novos saberes, instrumentos, práticas e também o envolvimento dos trabalhadores como atores sociais da Reforma. Com isso, vislumbra-se o fortalecimento das parcerias existentes para que aja uma expansão dos serviços. Faz-se necessário ainda trabalhar a conscientização e co-responsabilidade no sentido de diminuir o preconceito da sociedade para com pessoas em sofrimento psíquico, e incluir a família no tratamento e reabilitação psicossocial, de forma que a equipe alcance os pressupostos de reinserção dos usuários na família e na comunidade dados pela Reforma Psiquiátrica.

DESCRITORES: Saúde Mental; Centros de Reabilitação; Serviços Comunitários de Saúde Mental.

FERREIRA, W. D. **Practices in Mental Health Teams in the Reintegration of Family and Community Members in Cajazeiras: a Reality?** 60 f. Work on completion of the course (Graduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

ABSTRACT

The Centers for Psychosocial Care (CAPS) as substitute services to hospital-centered model has considerable importance in the process of rehabilitation and reintegration into social and family users, through the intervention of a multidisciplinary team and practices with embedded devices such as occupational therapy, drug therapy, body therapy equipment and all technical and conceptual CAPS available in order to rehabilitate and reintegrate the user in the family and community. Thus, the study aimed to verify the work practices and multidisciplinary teams and identify the possibilities of social reintegration and family of the person in mental distress through the process of psychosocial rehabilitation. Qualitative research approach with exploratory made with twenty (20) mental health workers in the municipality of Cajazeiras CAPS - PB. Was used as inclusion criterion level of technical and higher education. Data collection took place through an interview guided by script semi-structured questions and data were analyzed by the proposal of the Collective Subject Discourse, the method proposed by Lefèvre and Lefèvre in qualitative research. We have respected the directions established by Resolution No. 196/96 of the National Health Council of the Ministry of Health, which regulates research involving human subjects. The subjects involved, there's a predominance of female workers (75%), higher level training (75%) and stay for up to four time work (04) years in mental health (65%). Most professionals had no prior training in mental health prior to admission. As for the CSDs were identified three categories: actions or strategies used in rehabilitation; CAPS partnerships with other agencies and limits or impossible for social reintegration. The results indicate the existence of partnerships between CAPS and organs within the SUS as well as other inter-sector entities. It also describes some boundaries or barriers in rehabilitation, as veiled prejudice by society and non-participation of family members of users in treatment. The study highlighted the need to revise the work processes of the team to enable the construction of new knowledge, tools, practices and also the involvement of employees and stakeholders of the Reformation. Thus, we conjecture that the strengthening of existing partnerships to act an expansion of services. It is also necessary to work co-responsibility and awareness in order to reduce bias from society for people in psychological distress, and include the family in treatment and psychosocial rehabilitation, so that the team reach the conditions for the reintegration of users family and community data for the Psychiatric Reform.

DESCRIPTORS: Mental Health, Rehabilitation Centers, Community Health Services Mental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	15
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	17
3.3 CAPS COMO SERVIÇO COMUNITÁRIO DE REINserÇÃO.....	18
3.4 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL ENQUANTO PROPOSTA.....	22
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	24
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	25
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	25
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	25
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	25
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	28
5.2 DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO.....	29
5.2.1 CATEGORIA 1: AÇÕES OU ESTRATÉGIAS DESEMPENHADAS NO SENTIDO DE REABILITAR E REINSERIR OS USUÁRIOS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	30
5.2.2 CATEGORIA 2: PARCERIAS COM O CAPS.....	38
5.2.3 CATEGORIA 3: LIMITES E/OU IMPOSSIBILIDADES PARA A REINserÇÃO.....	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXO I – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA.....	52
ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	53
ANEXO III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	54
ANEXO IV – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HUAC..	55
APÊNDICES.....	56

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO	57
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE.....	58

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, bem como em vários países do mundo, vêm ocorrendo mudanças significativas nas políticas que norteiam a assistência ao portador de transtorno mental. Estas propostas se deram a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica, quando buscou-se a transformação das relações da sociedade com as pessoas em sofrimento mental, modificando os espaços de acolhimento para ambientes abertos e que contribuam para o processo da desinstitucionalização (COLVERO *et al*, 2004).

Segundo Oliveira (2000), a Reforma Psiquiátrica é um processo em construção e não ocorre de forma consensual ou homogênea, estando relacionada às condições econômicas, históricas, políticas e culturais que caracterizam as diferentes regiões do país e determinam práticas singulares.

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos (BRASIL, 2005). Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica viabilizou a criação de serviços substitutivos que procuram trabalhar a realidade do usuário num processo criativo e inventivo da realidade social, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a principal estratégia no processo de Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia e oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como “território”, espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

Segundo Santos e Galvão (2008), o CAPS, através de sua estrutura física e ideológica, concretiza o resultado da reflexão sobre a forma de cuidado em saúde mental dirigida aos portadores de transtorno mental no século XX. Estes serviços rompem com os pressupostos da Psiquiatria iniciada no século XVII, intervindo de forma a direcionar os portadores de transtorno mental para maior autonomia e para a noção de reabilitação, norteando as ações da equipe multidisciplinar.

Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 1980 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde somente a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão. São serviços de

saúde públicos municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Segundo o porte, estes serviços distinguem-se em CAPS I (município entre 20 a 50 mil habitantes), CAPS II (município com mais de 50 mil habitantes) e CAPS III (município com mais de 200 mil habitantes). A considerar a clientela, temos o CAPSi que atende crianças e adolescentes, o CAPSad, voltado para atenção de casos de abuso e dependência de álcool e outras drogas e o CAPS geral, para casos de transtornos severos e persistentes (BRASIL, 2005).

O CAPS possui um papel notável no tratamento e reabilitação das pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental, uma vez que é responsável pela inserção na comunidade e família. No entanto, é necessário observar se estas instituições que surgiram para substituir o modelo manicomial asilar realizam suas práticas de acordo com a Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. 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. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005).

Um dos objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica está em incluir o doente mental na família e na sociedade. Para isso, torna-se necessário também observar o papel da família em relação ao doente mental e que instrumentos subjetivos a equipe interdisciplinar dispõe.

Nos anos iniciais de implementação da Reforma, um número expressivo de investigações com famílias identificou que o modelo assistencial significava mais uma "simples devolução" do enfermo a ela (ROSA, 2003). Segundo Gonçalves e Sena (2001), vários estudos têm chamado atenção sobre a sobrecarga que a família enfrenta com o doente mental desencadeando atitudes de incompreensão e até de rejeição.

Nessa perspectiva, deve-se ter o cuidado também quanto à transferência de responsabilidades, pois as equipes tanto dos CAPS como também das unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) são responsáveis pela continuidade do tratamento do paciente no território e não deixar que a família por si só seja condutora do processo de reabilitação. Por isso, o trabalho de educação em saúde mental, dedicado à família é de fundamental importância para se ter um “*feed-back*” positivo no processo reabilitação/reinserção/ inclusão do usuário no meio social.

De acordo com Amarante (2007), as Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial devem organizar-se em “rede”, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos. Por isso, nessa nova modalidade de cuidado em saúde mental, a equipe multidisciplinar deve estar articulada para desenvolver práticas e habilidades na terapêutica sendo a enfermagem uma das classes participantes do processo de reabilitação psicossocial, desempenhando papel de relevância dentro da equipe.

Compreendendo a necessidade de conduzir as ações dos serviços substitutivos segundo os pressupostos de reabilitação psicossocial de reinserção e a partir de práticas e vivências enquanto acadêmico do Curso de Enfermagem inserido no campo de práticas em saúde mental, como também através de leituras e reflexões, senti a necessidade de procurar esclarecer como se dá a proposta de reinserção dos usuários no CAPS do município de Cajazeiras - PB.

Nesse contexto, deve-se refletir sobre questões como: que dispositivos a equipe multidisciplinar desenvolve para reinserção de pessoas em sofrimento mental, seja ao nível familiar, nos CAPS ou na rede básica e/ou de que forma os setores da saúde e instituições sociais no território se articulam para devolver o papel social de cidadão do usuário com vistas à reabilitação psicossocial?

Tal reflexão permitirá aos atores sociais envolvidos nesse contexto de práticas, quais sejam, equipes da rede de saúde mental e de outros serviços de saúde, usuários, família e comunidade um repensar sobre que modelo de cuidado se tem construído nos novos dispositivos elencados para atenção da clientela em situação de sofrimento mental. Desta forma, será possível rever alguns conceitos e práticas desempenhadas pela equipe interdisciplinar e inscrever novas condutas de tratamento do usuário em sofrimento mental como também inovar na perspectiva da reinserção do usuário na comunidade e família.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer as práticas de equipes de saúde mental dos CAPS do município de Cajazeiras – PB, voltadas à reinserção social dos usuários na família e comunidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sócio-profissional dos membros da equipe multiprofissional;
- Descrever as ações e estratégias utilizadas pela equipe para reinserir os usuários na família e comunidade;
- Verificar a articulação da equipe do CAPS com os demais serviços de saúde e da comunidade;
- Apontar os limites e possibilidades na implementação de práticas para reinserção social.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica, movimento surgido na Europa Ocidental e Estados Unidos da América (EUA), despertou em outros países, inclusive no Brasil, reflexões e pensamentos sobre os hospitais psiquiátricos, como também a forma que estes realizavam o tratamento do louco e da loucura.

Foucault (1978), na sua obra “A história da loucura” e outros autores que compartilham com sua visão, expõem que a estigmatização do louco prevaleceu ao longo dos tempos e levou a exclusão social desses indivíduos, fazendo-os viverem à margem da sociedade dita normal.

A exclusão e a estigmatização do doente mental se perpetuaram no tempo, de tal modo que, ainda hoje, o tratamento se faz sobremaneira pela rotulação, pelo tratamento dos sintomas à base de medicamentos e pela manutenção do doente em instituição psiquiátrica, retirando-o da família, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais, excluindo-o da vida em sociedade. Tais representações dificultam a desospitalização e a reinserção sócio-familiar, favorecendo a manutenção do doente mental em instituição psiquiátrica asilar, para a proteção do paciente, da família e da sociedade (MACIEL *et al*, 2008).

A Reforma Psiquiátrica surge como processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens incidindo em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

A experiência italiana de desinstitucionalização em Psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio inspiraram as práticas no contexto brasileiro, revelando a possibilidade de ruptura

com os antigos paradigmas, como por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. A partir desse momento, surgiram as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência, como o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e os vários encontros e congressos em saúde mental que passaram a problematizar a situação de cuidado existente.

É também de especial importância dentro das iniciativas da Reforma na década de 1980, o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Neste momento, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. Neste período, o processo de expansão dos CAPS e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) é descontínuo (BRASIL, 2005).

Amarante (1995) pontua que a experiência italiana de desinstitucionalização começou no início dos anos 1961, em Gorizia, pequena cidade italiana e não segue os pressupostos do movimento preventivista ocorrido na Inglaterra e França, transformando o hospital psiquiátrico de Gorizia em um lugar de efetivo tratamento e reabilitação negando a psiquiatria como enquanto ideologia, influenciando outros países, como o Brasil.

A desinstitucionalização como processo, surge na década de 1960, nos Estados Unidos, como proposta do movimento preventivista, referindo-se a um conjunto de medidas que objetivam a desospitalização. Para tanto, cria-se um aparato de serviços assistenciais comunitários, visando reduzir o ingresso ou a permanência dos pacientes em hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

A partir desse movimento, Amarante (1995) inscreve que a proposta de despsiquiatria entende-se como retirar do médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas, compartilhando-as a outros profissionais (assistentes sociais, enfermeiros,

terapeutas ocupacionais, psicólogos) e a outros grupos assistenciais não-psiquiátricos (grupos de apoio, dentre outros).

No campo legislativo, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, em 2001, o Projeto de Lei nº 3.657/89, que se transformou na Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG).

Essa lei dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por novas modalidades de atendimento. Propõe a substituição gradativa dos leitos em hospitais especializados e dificulta a internação psiquiátrica involuntária, detonando um processo de discussão no País sobre as formas mais adequadas de atenção em saúde mental (BRASIL, 2005).

Isso levou a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde a abrir financiamento para outras modalidades de assistência, que representam alternativas à internação tradicional, tais como: centros de convivência, NAPS, CAPS, hospitais-dia, emergências psiquiátricas, alas psiquiátricas em hospitais gerais, residências terapêuticas e albergues abrigados e oficinas, entre outras. Tais modalidades de serviços requerem prioridade para a clientela de risco em psiquiatria e apontam práticas profissionais mais diversificadas, incluindo a comunidade e a família (BRASIL, 2005).

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

A Política Nacional de Saúde Mental, vigente no Brasil, objetiva reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar através da implementação de serviços substitutivos como: CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluindo as ações da saúde mental na atenção básica, implementação de política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, programa "De Volta Para Casa", entre outros (BRASIL, 2005).

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade

crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual. São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estadual e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2005).

Assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos. Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental. De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, a atual política de saúde mental propõe a integração da rede de serviços em saúde de modo articulado, garantindo à saúde mental uma das várias esferas de cuidado ao indivíduo, em respeito ao princípio de integralidade como preconiza o SUS (BRASIL, 2004).

3.3 CAPS COMO SERVIÇO COMUNITÁRIO DE REINserÇÃO

Os CAPS e NAPS surgiram como novas modalidades de atendimento a portadores de distúrbios mentais, tendo como objetivo desenvolver um trabalho terapêutico pautado na ética e solidariedade (MACIEL *et al*, 2009).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica ao assumir um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados e fazer o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS (BRASIL, 2004).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação deste CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que naquela época eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Os CAPS, NAPS e outros serviços substitutivos que estão surgindo são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia

e oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I (município entre 20 a 50 mil habitantes), CAPS II (município com mais de 50 mil habitantes), CAPS III (município com mais de 200 mil habitantes), CAPSi (município com mais de 200 mil habitantes) e CAPSad (municípios com mais de 200 mil habitantes) (BRASIL, 2005) .

De acordo com Schrank e Olschowsky (2008), o CAPS é um serviço substitutivo de atenção em saúde mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade.

Uma das mudanças proporcionadas com a reestruturação da assistência psiquiátrica foi a de possibilitar que o doente mental permaneça com sua família, mas para que este convívio seja saudável e positivo, é preciso que o serviço esteja inserido numa rede articulada de apoio e de organizações que se proponham a oferecer um continuum de cuidados (OLSCHOWSKY, 2008).

Nicácio (1994) confirma que com a criação de novas instituições e intervenções deve possibilitar às pessoas com transtornos mentais não apenas a saída do hospital, mas condições materiais, subjetivas, sociais e culturais capazes de construir e permitir o processo de aprovação da vida, de intercâmbios e de trocas sociais das pessoas portadoras de transtornos mentais. Neste sentido, torna-se fundamental que os CAPS funcionem com a lógica do território, sendo responsáveis por tecer a rede de atenção articulá-la no sentido de potencializar a produção de subjetividades e a apropriação da vida, a partir da compreensão de que é no território que as relações de vida se estabelecem.

O convívio com a doença, física ou psiquiátrica, é muito difícil e desgastante para o grupo familiar, o que se agrava quando esta tende a ser de duração prolongada, apresenta recidivas de manifestações agudas e, principalmente, é vivida como incapacitante e estigmatizadora, que gera sobrecarga de ordem física, emocional e econômica, alterando toda a dinâmica familiar e comprometendo saúde, vida social, relação entre membros, lazer,

disponibilidade financeira, rotina doméstica, desempenho profissional e inúmeros outros aspectos do viver (MELMAN; MACEDO *apud* CAVALHERI, 2010).

Nesse contexto, fica clara a importância da mudança de conceito e atitude quanto à doença mental e, para que isso ocorra, é necessário que os profissionais de saúde mental se adaptem às novas concepções e assim possam efetivar a assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização e uma assistência integral (VILLELA; SCATENA, 2004).

Segundo Villela e Scatena (2004), evidencia-se a necessidade da equipe interdisciplinar, na qual haja, entre seus integrantes, a coesão, a integração e o inter-relacionamento efetivo, buscando a aceitação, a reciprocidade e interação, tanto entre os técnicos, quanto entre eles e o sujeito de seu cuidado.

Em virtude do crescimento rápido do CAPS, são necessárias investigações que priorizem a escuta das necessidades dos usuários, como forma de compreender se esses serviços vêm agindo em conformidade com as propostas do movimento da reforma psiquiátrica, voltando-se para reinserção social e promoção da autonomia dos sujeitos perante suas vidas (NASI, 2011).

A proposta dos CAPS é oferecer um atendimento que procura não isolar os usuários, mas que busca reinseri-los na família, na comunidade, na vida produtiva, por meio do resgate da auto - estima e reestruturação de vínculos (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Então, para que os usuários dos CAPS venham a ser reinseridos na comunidade e família, devem ser reabilitados. Reabilitação Psicossocial compreende um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos dos sujeitos. Ela envolve espaços de negociação para os usuários dos serviços de saúde mental, sua família, comunidade e para os serviços que se ocupam desses sujeitos. O ponto fundamental da reabilitação psicossocial é a construção da plena cidadania dos usuários, a qual não envolve apenas a simples restituição de seus direitos formais, mas as construções de direitos afetivos, relacionais, materiais, habitacionais e produtivos (SARACENO, 2001).

Oliveira e Fortunato, (2007) pontuam que frente ao enigma da loucura, não há um saber único, como também não há uma resposta única. Assim todos os profissionais devem estar envolvidos em responder as carências daquele em sofrimento mental, através da construção e reconstrução de saberes e dinamizando práticas. É nesse contexto que pode ser construídas práticas que ousem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não experimentado.

Nesse sentido nota-se a importância da interdisciplinaridade, tema complementar ao conceito de “reabilitação psicossocial” no campo da saúde mental, decorre do fato de que o “adoecer psíquico” não é um fenômeno simples, mas complexo. Mas, mesmo reconhecendo-se as competências disciplinares, é preciso assegurar o espaço entre saberes e práticas para dar conta, ao mesmo tempo, da singularidade e da complexidade do real (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007).

3.4 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL ENQUANTO PROPOSTA

Reabilitação é considerada, antes de tudo e neste momento, historicamente, em todo mundo, uma necessidade ética, é uma exigência ética. Portanto, deve pertencer a um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da saúde mental. Todos têm o direito e o dever de estarem envolvidos na discussão sobre o que é reabilitação, já que é uma estratégia que implica numa mudança de toda política dos serviços de saúde mental, indo além de situar de um *status* de desabilidade para habilidade (SARACENO, 2001).

Essas políticas gerais de serviços de saúde mental são programas através dos quais se aplicam e realizam o agir neste âmbito e são estas que tem que ser modificadas. Por isso, reabilitação engloba a todos profissionais e atores do processo de saúde-doença, ou seja, usuários, familiares e finalmente a comunidade.

Segundo Pitta (2001), para pensar Reabilitação Psicossocial é necessário que se defina quem será o sujeito das políticas e práticas reabilitadoras. Não se trata, porém, de técnicas específicas para populações específicas. Trata-se de uma atitude estratégica e vontade política; uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados.

De acordo com Hirdes e Kantorski (2004), a reabilitação psicossocial, previamente considerada como prevenção terciária, evoluiu em um conceito, um corpo de conhecimentos de modos de organizar serviços e métodos sujeitos à validação empírica, e está preocupada

com a prevenção/redução das debilidades associadas com desordens mentais e de comportamento.

Assim, os serviços substitutivos, como os CAPS, são os protagonistas da prática do processo de reabilitação, lugar onde os profissionais através de suas práticas e estratégias desenvolvem nos usuários habilidades e potencialidades esquecidas ou despercebidas. Portanto, não se trata de reabilitar como ato mecânico, mas respeitar a subjetividade do sujeito, devolver autonomia, dignidade e cidadania.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. A pesquisa de campo é realizada a partir de dados obtidos no local (campo) onde o fenômeno surgiu, e ocorre em situação natural, espontaneamente (RODRIGUES, 2006).

Minayo (2010) refere que a abordagem qualitativa não pode pretender o alcance da verdade, com o que é certo ou errado; deve ter como preocupação primeira a compreensão da lógica que permeia a prática que se dá na realidade.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O cenário da pesquisa foram os Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Cajazeiras - PB. Segundo dados do IBGE (2010), Cajazeiras possui uma população de 58.446 habitantes, sendo um pólo regional econômico e cultural no Alto Sertão da Paraíba.

Quanto à rede de saúde mental do município, é constituída por três CAPS: CAPS I, CAPS ad e CAPS i. O primeiro CAPS instituído em Cajazeiras foi o CAPS I, inaugurado em 2001. Possui 2.300 usuários sendo referência para o município e demais cidades da região do Alto Piranhas. Neste, a equipe multidisciplinar é composta por 25 profissionais.

O CAPSad, inaugurado em 2006, atende cerca de 50 pacientes por mês, possuindo 18 profissionais que compõem a equipe. Já o CAPS infantil, inaugurado em 2009, atende cerca de 70 usuários mensalmente e 16 profissionais compõe a equipe multidisciplinar.

Os CAPS de Cajazeiras prestam serviços à comunidade com uma demanda que tem aumentado consideravelmente nas modalidades de usuários intensivos, semi-intensivos e não intensivos (LIMA, 2007).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os profissionais integrantes das equipes multidisciplinares dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Cajazeiras – PB. A seleção dos sujeitos foi definida pela aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Desta forma tivemos 20 participantes.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foi utilizado como critério de inclusão: a) o tempo de experiência profissional superior a seis meses atuando com o portador de transtorno mental e b) possuir nível técnico ou superior de formação.

Foi selecionado como critério de exclusão os sujeitos que se encontraram de atestado ou licença médica.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados realizou-se durante o mês de novembro de 2011, através de roteiro de perguntas semi-estruturado (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas com marcação prévia com os profissionais ou conforme disponibilidade dos mesmos.

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O procedimento de coleta de dados selecionado foi a entrevista. O instrumento para coleta dos dados utilizado no estudo foi o roteiro de entrevista semi-estruturado. As entrevistas foram realizadas nos serviços durante o turno de trabalho, sendo registradas por através de gravador digital.

De acordo com Rodrigues (2006), a entrevista é a técnica utilizada pelo pesquisador para obter informações a partir de uma conversa orientada com o entrevistado e deve atender a um objetivo predeterminado. Ela deve ser planejada para que o pesquisador possa obter informações claras e objetivas.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados pela proposta do Discurso do Sujeito Coletivo, abordagem nova utilizada em pesquisa qualitativa de representação social proposta por Lefèvre e Lefèvre (2000) (BOTTI, 2004).

Lefèvre e Lefèvre (2005) assinalam que a elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo é uma das formas de que o pesquisador pode lançar mão para reconstruir o universo de representações existente no campo pesquisado, tendo como método de coleta a entrevista.

As figuras metodológicas que compõem o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) segundo Lefèvre e Lefèvre (2005) são:

- **Expressões-chave (ECH):** são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem se sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento (que, em geral, correspondem às questões de pesquisa).
- **Ideias centrais (IC):** é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedignidade possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.
- **Ancoragem (AC):** é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, *na qualidade*

de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação.

- **Discurso do Sujeito Coletivo:** é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pela ECH que têm a mesma IC ou AC.

Desse modo, as falas foram previamente transcritas na íntegra e lidas exaustivamente para então haver a aplicação das figuras metodológicas do método. Em seguida, se utilizou da fundamentação teórica com literatura pertinente para análise e fundamentação.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido previamente ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande para análise e apreciação. Para isso foram solicitadas as autorizações aos serviços previamente, informando os objetivos e benefícios trazidos pelo estudo. Após parecer favorável do Processo N° 20111410-047, houve imersão no campo de pesquisa (ANEXO IV).

Para as entrevistas, os participantes foram informados sobre o estudo e, após esclarecidas as dúvidas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias. Desta forma, esteve-se respeitando os direcionamentos estabelecidos pela Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Foi mantido o sigilo da identidade dos participantes, sendo assim mantido o anonimato dos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os sujeitos participantes do estudo foram caracterizados quanto ao perfil sócio-profissional, em que se consideraram as seguintes variáveis: sexo, nível de escolaridade, tempo de serviço e realização de formação ou curso na área antes da admissão no serviço, conforme evidencia o Quadro 1.

Quadro 1: Caracterização dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial quanto ao perfil sócio-profissional. Cajazeiras, 2011

SEXO	F	(%)
Masculino	05	25
Feminino	15	75
TOTAL	20	100
Nível de Escolaridade	F	(%)
Nível Médio	05	25
Nível Superior	15	75
TOTAL	20	100
Tempo de Trabalho na Área de Saúde Mental	F	(%)
De 06 meses a 1 ano e 08 meses	05	25
De 02 a 04 anos	08	40
De 05 a 08 anos	04	20
De 09 a 20 anos	03	15
TOTAL	20	100
Curso na Área de Saúde Mental antes da Admissão no Serviço	F	(%)
Sim	04	20
Não	16	80
TOTAL	20	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

De acordo com os dados, há o predomínio nos serviços de trabalhadores do sexo feminino (75%). Pode-se identificar também que apenas quatro participantes (20%) realizaram cursos específicos na área de saúde mental antes de ser admitidos no serviço.

Através do Quadro 1, nota-se que a maioria possuía nível superior de formação (75%) e predomínio de permanência do tempo de até quatro anos na área de saúde mental (65%).

Os dados sócio-profissionais mostram que não há capacitação prévia dos profissionais antes de ser admitido nos serviços. Isso indica que os gestores devem se preocupar em qualificar o trabalhador da saúde mental antes ser admitido, pois qualificando o profissional conseqüentemente o trabalho ganha em qualidade e produtividade facilitando o processo de reabilitação.

Segundo Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), a saída dos pacientes do hospital, a fim de garantir reinserção social bem-sucedida, está condicionada à existência de vários serviços na comunidade, com diversos estados de atenção e complexidade, profissionais qualificados, residências terapêuticas bem estruturadas e mais importantes, serviços inseridos no sistema de saúde como um todo. Porém, o que se observou em vários países foi um grande intervalo entre o fechamento dos hospitais e a construção de serviços comunitários estruturados, capazes de atender às necessidades múltiplas e permanentes dos pacientes.

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho (BRASIL, 2005).

A falta de intensivo acompanhamento dos pacientes, os recursos insuficientes, a carência de serviços, a falta de integração entre os serviços, a interrupção da medicação, o déficit de habilidades sociais e cotidianas, a falta de centros ocupacionais adequados e a ausência de equipes capacitadas para intervenção em crise são fatores que pode prejudicar o processo de reinserção dos pacientes (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

5.2 DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

A partir das falas dos sujeitos, houve a composição e análise dos Discursos do Sujeito Coletivo envolvendo práticas de trabalhadores em saúde mental dos CAPS de Cajazeiras. Estes serão apresentados segundo as três categorias identificadas: ações ou estratégias utilizadas para reabilitação; parcerias do CAPS com outros órgãos e limites ou impossibilidade para reinserção social.

É importante salientar que tais discursos não são vistos como a soma de pensamentos, mas representam, de modo coletivo, o pensamento de um grupo definido, cujos participantes, presentes no mesmo tempo e espaço, estavam submetidos a uma mesma circunstância de trabalho.

5.2.1 CATEGORIA 1: AÇÕES OU ESTRATÉGIAS DESEMPENHADAS NO SENTIDO DE REABILITAR E REINSERIR OS USUÁRIOS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE.

As práticas desenvolvidas pela equipe multiprofissional do processo de reabilitação psicossocial devem, ser voltadas para reinserção familiar e social do usuário devolvendo sua autonomia e conseqüentemente sua cidadania, tendo o CAPS e outros órgãos intersetoriais como participante desse compromisso e estando em consonância com o movimento da Reforma Psiquiátrica como também com a política nacional de saúde mental.

Dentre as subcategorias identificadas foram apontadas: a) o trabalho para reinserção social; b) acolhimento e convívio familiar; c) terapia medicamentosa melhora o paciente; d) terapias para reinserção sócio-familiar; e) busca ativa de usuários ausentes; f) auxílio nas atividades do CAPS.

Subcategoria A- Trabalho voltado para reinserção social.

Dentre os discursos, o sujeito coletivo coloca dentre as funções do cuidado no CAPS o propósito de promover a reinserção social, como evidencia o DSC1:

Nossa meta é buscar, trazer da rua, resgatar e colocá-los de volta na sociedade, por que eles são pessoas normais. A minha função é estimular os profissionais a trabalhar dentro da proposta do CAPS que é a reinserção do usuário na comunidade e na família através de atividades como: reuniões com familiares, atividades extra-CAPS caminhadas e passeatas. Nosso trabalho no CAPS só é possível se houver a presença da família do usuário, mas o desejo da equipe é que aconteça a reinserção social que eles sintam pessoas dignas e sejam capazes de desenvolver atividades e até trabalhar. Mas embora agente dê palestras saia com eles na rua mostrando para sociedade que são pessoas comuns como qualquer outra. Dessa forma a

reinserção começa no primeiro contato do usuário com o profissional através da conversa, o diálogo, nas orientações e prevenções. Eu como todos os profissionais do CAPS trabalhamos no sentido de reintegrá-los na sociedade (DSC1).

O DSC1 indica que existe preocupação por parte dos profissionais para realizarem trabalhos voltados a diminuir o preconceito da sociedade para com pessoas em sofrimento psíquico e também a busca de mecanismos para reinserção familiar dos usuários. Mas é necessária a participação da família, como co-participante do processo de reabilitação psicossocial.

A assistência à doença mental, em toda a sua história, sempre registrou a impossibilidade da família estar junto, conviver e cuidar do doente mental. Tratar do doente mental significou, durante décadas, o afastamento do convívio social e familiar. Transformar, recriar as relações existentes entre a família, a sociedade e o doente mental não é tarefa das mais fáceis. Existe o pronto, o universalmente aceito, a delegação do cuidado a outrem, que revelam as incapacidades de lidar com a pessoa em sofrimento psíquico, de aceitar novos desafios e de se aventurar em caminhos não trilhados (PEREIRA; VIANA, 2009).

Colvero, Ide e Rolim (2004) afirmam que o familiar ainda apresenta-se aos serviços simplesmente como “informante” das alterações apresentadas pelo doente mental e deve, por conseguinte, seguir passivamente as prescrições dadas pelo tratamento oferecido. Portanto, acolher suas demandas, considerando as vivências inerentes a esse convívio, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continua a ser o maior projeto de superação.

Diamantino (2010) inscreve que a expectativa em torno da Reforma Psiquiátrica, portanto, não pode ser compreendida como simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, reintroduzindo-o na família. Espera-se que se processe o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, que haja respeito a sua singularidade e subjetividade, que ele possa ser o sujeito de seu próprio tratamento conquistando, assim, a sua autonomia e a sua reintegração à família e à sociedade.

Ocorre que as famílias ainda buscam o hospital psiquiátrico como solução dos cuidados do portador de transtorno mental, devido às dificuldades de convívio que este causa: junto a uma culpabilização em torno da incidência da doença mental, a família se vê investida de uma responsabilidade de cuidados que se torna insuportável. Desta forma, a permanência do doente mental na família é uma questão bastante complexa, pois, envolve desgastes e

exigências próprias ao contato com pessoas mentalmente transtornadas, quando não devidamente orientadas e apoiadas no tratamento da doença. Dois movimentos afetivos da família em torno do portador de transtorno mental se processam: *aceitação* e *rejeição*, movimentos que agem na dinâmica familiar do portador de transtorno mental. Esses movimentos expressam a *ambivalência* que marca o vínculo família-doente mental (DIAMANTINO, 2010).

Portanto, é possível perceber a importância da família no sucesso da terapêutica adotada pelo serviço, visto que esta é, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo, sendo considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004).

Subcategoria B- O acolhimento para identificação da situação do convívio familiar.

O discurso orienta o acolhimento para identificação da situação do convívio familiar através da realização de consultas, visitas domiciliares, orientações com a família e psicoterapia de grupo, como corrobora o DSC 2:

Agente faz consulta para saber sobre o convívio familiar e escolar. Agente procura realizar visitas domiciliares fazendo orientações com a família e também com o usuário, faz psicoterapia de grupo, atendimentos individuais (DSC 2).

Bueno (1997) inscreve que o acolhimento na saúde vai além da recepção, sendo produto da relação trabalhador/usuário, passando pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito. É a construção de novos valores de solidariedade, responsabilidade social, compromisso e construção da cidadania, e pelo estabelecimento de vínculo.

Para Campos (1994), o acolhimento vai desde a abertura dos serviços públicos para a demanda, até a responsabilização de todos os problemas de saúde de uma região. O acesso que o acolhimento oferece deve ser interno e externo ao serviço, ou seja, o acolhimento não apenas receber bem, ele passa pela estrutura adequada e agradável do serviço, pelo acesso geográfico, pelo atendimento humanizado e pela resolutividade dos problemas.

O acompanhamento terapêutico usado em meio ao processo de reabilitação, resgatando vínculos sociais, sua cidadania e sua circulação em espaços físicos, que façam

sentido para o portador independente de sua patologia. Sendo a Reabilitação Psicossocial um processo de total integração do indivíduo com a comunidade, rompendo barreiras que impede o direito a cidadania, podendo ser também um processo facilitador, para o indivíduo com limitações da restauração de sua autonomia de suas funções na comunidade (BERTOLETE; PITTA, 1996).

Subcategoria C- A terapia medicamentosa como forma de melhorar o paciente.

No discurso, o sujeito coletivo refere a terapia medicamentosa para que haja a melhora e reinserção do usuário na comunidade, como aponta o DSC 3:

Faço a terapia medicamentosa de acordo com a determinação da coordenação do CAPS. Eu procuro atender medicando no sentido de melhorar as condições do sujeito e ele possa interagir com a família de ser inserido no mercado de trabalho e na sociedade, mas é muito difícil, pois a família coopera pouco, como também falta remédio e profissionais no nosso CAPS. Agente procura inserir através da medicação para que eles possam ser colocados de novo na sociedade sem nenhum preconceito. Eu faço acompanhamento, entrega e administração da medicação e faço também a questão do diálogo com eles e oriento em relação ao uso dos fármacos. A reinserção agente procura fazer a cada dia com auxílio de medicamento e terapia seja ela na comunidade ou no CAPS (DSC3).

O que se nota a partir do DSC3 é que a concepção clínica tradicional é hegemônica. O usuário é, constantemente, identificado com sintomas e diagnósticos pré-estabelecidos da psiquiatria. Como resultado, verifica-se que as intervenções realizam-se muito em função da exacerbação de sintomas e/ou prescrição de medicamentos, evidenciando a importância atribuída pela equipe à presença do trabalhador médico no dia-a-dia do serviço, que é acionado, com frequência, em momentos de resolução e responsabilização. O médico assume a referência de muitos usuários de forma isolada e pouco compartilhada com os trabalhadores de outras categorias profissionais.

Pode-se identificar na fala do sujeito que há uma preocupação em relação às ações terapêuticas acontecem basicamente no ambiente institucional e que são poucas as iniciativas de intervenção no campo social no território de abrangência do serviço.

Aranha e Silva (2003), através de seus estudos identificaram em serviços CAPS a prevalência de atividades individuais dentro da instituição e carência de articulação com os recursos do território e ações com familiares.

Muitos usuários não comparecem ao CAPS para realizar as atividades para desenvolver habilidades específicas, mas sim para ter acesso ao medicamento para aqueles que só podem ser administrado no CAPS e quando a medicação é dispensada no serviço e podendo ser administrada em sua casa, esse usuário comparece ao serviço apenas para que o psiquiatra prescreva novamente o remédio. Isso reflete um retrocesso dos serviços substitutivos.

A terapia medicamentosa deve ser tratada como mais instrumento utilizado no CAPS e não como a única terapia de resolutibilidade, pois o usuário deve ser tratado em todo seu contexto e não apenas o aspecto biomédico e sim em toda a dimensão biopsicossocial.

Segundo Saraceno (1999), passar de uma abordagem biomédica a uma abordagem psicossocial obriga à adoção de mudanças importantes: na formulação das políticas de saúde mental, na formulação e no financiamento de programas de saúde mental, na prática cotidiana dos serviços e no *status* social dos médicos.

Essa passagem é norteadada por uma forte resistência cultural, social e econômica à transformação da assistência em saúde mental. A abordagem psicossocial acentua o reconhecimento do papel dos usuários, da família, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e promoção da saúde mental (SARACENO, 1999).

Subcategoria D- Terapias como equipamento para reinserção sócio-familiar.

De acordo com o discurso, o sujeito coletivo realiza terapia corporal, terapia ocupacional contribuindo para a reinserção do usuário na família e comunidade como proposta do CAPS, como discorre o DSC 4:

Terapia corporal colaborando com o trabalho da psicóloga e contribuindo na melhora e reinserção do usuário. Com a terapia ocupacional nas oficinas terapêuticas o usuário desenvolve habilidades, demonstrando assim, tanto para família como para a sociedade que eles possuem habilidades. Eu trabalho a organização mental como concentração, atenção, coordenação

motora. Minha função é reunir os profissionais, fazer estudos de caso sobre o projeto terapêutico, assim contribuindo para reinserção do usuário na família, na sociedade e na comunidade, é essa a proposta do CAPS (DSC4).

As terapias desenvolvidas nos CAPS proporcionam o desenvolvimento de habilidades para percepção do corpo, do funcionamento do corpo, autonomia para realizar as atividades da vida diária, pois na maioria dos casos o usuário perde essa capacidade, sendo necessário reaprender.

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

Encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário, no qual há um jogo de necessidades/direitos. Neste jogo, o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar, ou produzir, graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida. Coloca neste processo o seu mais importante valor de uso, a sua vida, para ser trabalhada como um objeto carente de saúde (MERHY, 1998)

O processo de reabilitação psicossocial deve ser entendido nessa ótica. Saraceno (2001) afirma que a reabilitação é considerada, antes de tudo e neste momento, historicamente, em todo mundo, uma necessidade ética, é uma exigência ética. E, portanto, deve ser pertencer a um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da saúde mental.

O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social (SARACENO, 1999).

Priorizar o social em Reabilitação Psicossocial implica em sair de Centros de Reabilitação, de Hospitais e de Oficinas Abrigadas, para criar espaços de intervenção na própria comunidade, reinserindo o indivíduo socialmente (BENETTON, 2001).

Subcategoria E - O trabalho de busca ativa pelos usuários ausentes.

De acordo com o DSC, o profissional realiza busca ativa de usuários e orientações sobre prejuízos com o uso de drogas, como aponta o DSC 5:

O meu trabalho é realizar busca ativa pra trazer de volta os usuários ausentes pra retomar o tratamento. Agente tenta resgatar usuários ausentes e orientar os que estão freqüentando sobre os prejuízos causados pelas drogas pra que a abstinência realmente aconteça (DSC5).

A forma como o serviço se organiza para responder às necessidades do usuário está diretamente relacionada à sua qualidade. Saraceno (1999) define um serviço de alta qualidade como aquele “que se ocupa de todos os pacientes que a ele se referem e que oferece reabilitação a todos os pacientes que dele possam se beneficiar”.

Não podemos reduzir a amplitude de um serviço a um local físico e aos seus profissionais, mas a toda a gama de oportunidades e lugares que favoreçam a reabilitação do paciente. Um dos lugares privilegiados no intercâmbio com os serviços é a comunidade e dela fazem parte a família, as associações, os sindicatos, as igrejas, etc., (PEREIRA; VIANA, 2009). A comunidade é, portanto, fonte de recursos humanos e materiais, lugar capaz de produzir sentido e estimular as trocas.

Deve-se articular uma rede no sentido de incentivar o retorno ao tratamento no território tendo como apoio matricial o CAPS. Segundo Pereira e Viana (2009), matriciamento constitui um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, profissionais externos à equipe compartilham alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes de Saúde da Família de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização que pode se efetivar a partir de discussões de casos, conjuntas intervenções às famílias e comunidade ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa a aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências para a atuação em saúde.

Subcategoria F – Auxílio e apoio às atividades desenvolvidas no CAPS.

De acordo com discurso, o sujeito coletivo não possui tarefa definida, apóia e acompanha atividades realizadas por outros profissionais, como se apresenta o DSC 6:

Agente não tem uma estratégia, eu trabalho no sentido de dar apoio e acompanho as atividades desenvolvidas pelos profissionais de nível superior. [...] não tenho trabalho específico de tentar reabilitar o usuário (DSC6).

O DSC6 revela que o trabalhador em saúde mental não possui consciência da sua função no CAPS mostrando o despreparo para trabalhar num serviço complexo repleto de construções, desconstruções, saberes com intuito de reabilitar pessoas que necessitam de ajuda, compreensão e solidariedade.

A falta de capacitação dos profissionais em saúde mental é um entrave a reabilitação psicossocial, pois entre a equipe há um descompasso. Assim, todos os componentes da equipe multiprofissional precisam estar cientes do seu papel para com o usuário visto que todos possuem o mesmo objetivo. Merhy (1998) refere que o encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário, em que o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar, ou produzir, graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida. Coloca neste processo o seu mais importante valor de uso, a sua vida, para ser trabalhada como um objeto carente de saúde.

O trabalhador em saúde mental deve ter essa consciência de que ele faz parte do processo e que ele é um instrumento disponível prover as necessidades do usuário. Segundo Pereira e Viana (2009), ele precisa saber se a construção do projeto terapêutico será centrada nas necessidades do usuário levando em conta sua opinião e de seus familiares, se a prioridade de atendimento será definida pela gravidade e não pela ordem de chegada, se há o compromisso do município de promover ações intersetoriais possibilitando novas formas de inserção sócio-familiar. Estes são alguns aspectos que caracterizam o modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que, também, contemplam os princípios propostos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

5.2.2 CATEGORIA 2: PARCERIAS COM O CAPS.

As parcerias intersetoriais são ferramentas necessárias na saúde mental, pois para haver uma expansão do serviço, ele deve buscar parcerias não só no sistema de saúde (SUS), como também todos os atores sociais envolvidas na trama social, diminuindo assim, o estigma e o preconceito para com a pessoa em sofrimento psíquico.

Dentre as subcategorias identificadas foram apontadas: a) a existência de parcerias; b) não existe uma rede.

Subcategoria A- Existem parcerias.

De acordo com o discurso, o sujeito coletivo inscreve que o usuário vai no CREAS, no PSF, parcerias com casa de passagem, universidade, Alcoólicos Anônimos (AA.), como profere o DSC 7:

Existe porque eles vão, no CREAS, vão no PSF, se precisar de médicos, se eles for diabético e querem fazer algum exame o familiar leva até o posto e eles são atendidos. Com a casa de passagem, o conselho tutelar, o serviço social, UFCG. Nossa rede ainda é bastante falha, há assim mais interação CAPS e A.A [...]. Agora principalmente com o trabalho das universidades é ta tendo mais interação porque agente ta tentando trabalhar com os enfermeiros das UBS com o serviço social, profissionais de hospital pra haver mais essa interação pro serviço ficar mais qualificado. Agente tem algumas parcerias que são alguns da ação social, quando agente não consegue a reinserção, então agente pede ajuda aos órgãos da assistência social. Quando agente sabe que um usuário tá próximo de um PSF, agente encaminha pra que o PSF também o acompanhe. Existe uma rede, no meu conhecimento só a rede municipal de saúde, PSF e de inclusão menor o CREAS, o CRAS e conselho tutelar (DSC7).

O discurso do sujeito DSC 7 pontua que as parcerias existem, mas são insipientes, pois se trata de casos isolados de atendimento de usuários em ESF como também não há matriciamento por parte dos CAPS. Mas é um passo importante em direção a expansão dos serviços de saúde mental através das parcerias intersetoriais.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 1990. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade

crecente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual (BRASIL, 2005).

Brasil (2005) afirma que a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental.

Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária.

Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

Os CAPS como equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico é suporte no estabelecimento da rede no território e o CAPS promovendo apoio matricial ou matriciamento que constitui um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, profissionais externos à equipe compartilham alguns casos com a equipe de saúde local (PEREIRA e VIANA, 2009).

Segundo Pereira e Viana (2009), em saúde mental, o apoio matricial é geralmente realizado por profissionais da saúde mental. Esses profissionais podem estar ligados a serviços de saúde mental, CAPS, ambulatórios de saúde mental, ou se dedicarem exclusivamente a essa atribuição, na forma de equipes volante. Com a implantação, pelo Ministério da Saúde, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).

Subcategoria B- Não existe funcionamento de uma rede.

O discurso do Sujeito Coletivo afirma que não há parcerias ou que existe tentativas de criação de uma rede, que existe apenas no papel, porque na prática não existe, como evidencia o DSC 8:

Não, não existe. Eu creio que não, se tiver eu desconheço, que sei bem dizer é que rede não funciona não há articulação nem com o CAPS nem se quer com o próprio PSF porque eles fazem a maior barreira quando o paciente é nosso, agente trabalha de forma que cada um fazendo o seu papel. Existe, tentativas do CAPS dentro dos programas que existe no território. Eu encontro dificuldade nessa articulação, porque infelizmente o município não oferece muitas políticas possam ajudar. É um projeto, estamos batalhando por isso, então o SUS, o CREAS, CRAS é uma rede, porque o CAPS não caminha sozinho e num futuro próximo estaremos com uma rede. É pra existir, mas infelizmente como o SUS no papel é uma coisa muito bonita existe alguns problemas, não é do jeito que é pra ser, o usuário ele é atendido de forma fragmentada, mas agente tá estruturando o serviço demarcando território, área e o papel de rede seria tá trabalhando a reinserção. Ela existe no papel, mas de fato ela ainda não acontece (DSC8).

Pode-se perceber no DSC8 que os CAPS se tornaram isolados tanto em relação aos próprios CAPS, quanto também à rede que compõe o SUS e apenas ligados a dois Programas ligados a Secretaria de Ação Social, o CRAS e o CREAS, que são unidades públicas estatais, de prestação de serviços especializados e continuados a indivíduos e famílias com seus direitos violados. Os serviços prestados no CRAS, em articulação com as entidades também referenciadas no território, devem provocar mudanças significativas nas condições de vida dos sujeitos, com respeito às trajetórias e autonomia, na realidade local que está relacionada aos determinantes mais gerais, mas possui peculiaridades e potencialidade a serem exploradas, impulsionadas e protagonizadas pelos sujeitos de direitos (SILVEIRA; COLIN, 2006).

Como não há políticas públicas municipais voltadas para o matriciamento, as parcerias não ocorrem e a rede municipal de saúde não está preparada para atender os usuários dos CAPS, assim há necessidade de se fazer um levantamento das necessidades principalmente dos PSFs e outras instituições para se iniciar uma articulação coesa e que realmente funcione de acordo com a política nacional de saúde mental.

O Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. Afinal, grande parte das pessoas com transtornos mentais leves ou severos está sendo efetivamente atendida pelas equipes de Atenção Básica nos grandes e pequenos municípios (BRASIL, 2005).

A Atenção Básica apresenta condições para assumir este compromisso, é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania. Pode-se perceber nos discursos que os CAPS se tornaram isolados tanto em relação aos próprios CAPS, quanto também a rede que compõe o SUS e apenas ligados a dois Programas ligados a Secretaria de Ação Social o CRAS e o CREAS.

5.2.3 CATEGORIA 3: LIMITES E/OU IMPOSSIBILIDADES PARA A REINserÇÃO

No trabalho em saúde mental não há uma receita pronta, assim o trabalho deve ser dinâmico num processo de construção/reconstrução/invenção de possibilidades, habilidades no fazer cotidiano do usuário e dessa forma a estratégia de reabilitação psicossocial e reinserção social se torne possível.

Dentre as subcategorias identificadas foram apontadas: a) ausência da família e a sociedade não aceita, sendo empecilho à reinserção; b) o estigma dificulta a reinserção; c) não há limites para reinserção.

Subcategoria A- Ausência da família e não aceitação por parte da sociedade como empecilho à reinserção.

De acordo com o discurso, o sujeito coletivo cita a ausência da família no tratamento e que ainda existe preconceito da sociedade para com o doente mental e que a reinserção depende de todo um contexto social, como profere o DSC 9:

Sim, limite a própria família que ela muitas vezes ela se ausenta do seu papel de... porque não é só CAPS, não só é a saúde mental em si, tem que ter apoio além das redes é... da própria família que deve ser a mais engajada, mas eu acho que o ponto assim seria a família e a sociedade em si, como limite. Existe pacientes que a chave do tratamento é a família, alguns dos familiares dos usuários não demonstram interesse em acompanhar a terapia medicamentosa agente insiste, mas é um negócio muito difícil ainda. Tem famílias assim bem fechadas que não aderem ao tratamento, infelizmente. A família acha que eles tem que ficar aqui, a

sociedade não aceita a maioria do pessoal te medo né?, quando diz que tem transtorno mental eles acham que eles são agressivos e vão agredir a qualquer hora. A reinserção não depende do CAPS, não depende exclusivamente do usuário, depende de um contexto usuário, CAPS, a própria família, a própria comunidade, a própria sociedade todos eles são colaboradores e qualquer um deles pode ser barreira. Agente pode detectar limites, agente não trabalha dessa forma com impossibilidades, não existe só a doença mental em si, e sim uma desestrutura familiar, a situação social familiar contribuindo pra que tenha um distúrbio mental, alguns pacientes são tratados em sua dentro de jaulas, assim o que o CAPS trabalha durante o dia com o paciente quando chega em sua casa a família destrói a outra parte. É preciso trabalhar a família pra que o usuário seja inserido na comunidade (DSC9).

A família deve ser convidada a participar do processo de reabilitação/reinserção/inclusão do usuário, pois não se trata de o CAPS e/ou o Estado transferir a responsabilidade do cuidar e sim de co-participação do tratamento com fins de que este venha a tornar-se mais qualificado.

Assim, uma das mudanças proporcionadas com a reestruturação da assistência psiquiátrica foi a de possibilitar que o doente mental permaneça com sua família, mas para que este convívio seja saudável e positivo, é preciso que o serviço esteja inserido numa rede articulada de apoio e de organizações que se proponham a oferecer um continuum de cuidados (OLSCHOWSKY, 2008).

O convívio com a doença, física ou psiquiátrica, é muito difícil e desgastante para o grupo familiar, o que se agrava quando esta tende a ser de duração prolongada, apresenta recidivas de manifestações agudas e, principalmente, é vivida como incapacitante e estigmatizadora, que gera sobrecarga de ordem física, emocional e econômica, alterando toda a dinâmica familiar e comprometendo saúde, vida social, relação entre membros, lazer, disponibilidade financeira, rotina doméstica, desempenho profissional, e inúmeros outros aspectos do viver (CAVALHERI, 2010).

Para minorar as dificuldades enfrentadas pela família na convivência com o doente mental, o serviço deve estar apto a reduzir os riscos de recaída do usuário; prestar informação clara e precisa sobre a doença (sinais, sintomas, tratamento, medicação, etc.); ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas e possibilitar que os familiares sejam capazes de exprimir suas necessidades e sentimentos (PEREIRA; VIANA, 2009).

Aires *et al* (2010), afirma que o Movimento da Reforma Psiquiátrica preconiza a mudança do paradigma da psiquiatria clássica, questiona o modelo manicomial e propõe

novos dispositivos de atendimento e tratamento, rompendo com os paradigmas do modelo asilar, preconizando o respeito às diferenças e à subjetividade dos indivíduos/famílias, e, para isso, instaurando um Modelo Psicossocial de Cuidado.

De acordo com Brasil (2005), o processo de Reforma Psiquiátrica acompanhou-se no país de um intenso debate entre especialistas, escolas profissionais e teóricas, familiares, usuários, formadores de opinião, meios de comunicação de massa e a população em geral. Alguns avanços no combate ao estigma foram alcançados, especialmente naquelas situações onde programas promovem concretamente a inclusão social dos pacientes, como no caso das residências terapêuticas, projetos de geração de renda e as atividades culturais promovidas pela rede de serviços.

O debate continua, pois o estigma continua no imaginário popular e só através de informação e educação será possível diminuir o, apartheid mental/social em relação aos usuários dos CAPS.

Subcategoria B- O estigma de doente mental prejudica a reinserção.

De acordo com o discurso, o sujeito coletivo pontua que trabalha a reinserção no mercado de trabalho, mas há preconceito se tornando difícil realizá-la, como evidencia o DSC 10:

Eu trabalho muito a questão da força de vontade deles, de serem aceitos no mercado de trabalho, mas é difícil. Existe o preconceito de que o usuário do CAPS é doido não presta pra nada é drogado, agente precisa trabalhar o conceito de CAPS, trabalhar medo, trabalhar aceitação de que o usuário também é gente e tem capacidade de ser reinserido na sociedade (DSC10).

No DSC10 fica evidente propostas de diminuir o estigma e o preconceito, sendo necessário haver mais empenho dos profissionais no trabalho de conscientização, desde familiares de usuários e a sociedade em geral e que não se torne apenas ações focais.

A um saber consolidado e socialmente aceito durante séculos vem se contrapor um outro que desafia a norma instituída, por propor exatamente a desconstrução de todo um imaginário social erguido em torno do adoecimento psíquico (PEREIRA; VIANA, 2009).

Para Foucault (1978), o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão. Portanto, a maneira como entendemos e lidamos com a saúde e a doença mental está inscrita no mundo social-histórico e é definida pela cultura e legitimada pelo senso comum.

Quando se fala em doente mental, geralmente se esquece que ele é um ser humano que tem direito à liberdade, a tomar decisões políticas e pessoais, de ter um trabalho, de ir e vir livremente, ter expectativas dignas de vida, respeitar e ser respeitado, ter direito à educação, ter família e outros direitos garantidos (ESPERIDIÃO, 2001).

Subcategoria C- sem limites para reinserção.

De acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo11, não há limites na reinserção o que existe são barreiras e o CAPS como responsável pela reinserção, mas sendo necessário, mais ações, como inscreve o DSC 11:

Não há limites, agente pelo menos aqui no trabalho e com as famílias até agora que eu atendi, não tem nenhuma limitação não, são barreiras que tem que enfrentar porque hoje agente ta, assim muito com famílias não preparadas, a sociedade que não está preparada nesse programa de inclusão, os CAPS veio pra isso porque o principal foco é a inclusão social e é em cima disso que agente tem que trabalhar. Mas depende do usuário. Eu vejo assim que precisa de mais ações do CAPS é muito limitado, os profissionais trabalham em mais de um lugar, porque financeiramente agente não é bem remunerado, você não pode ta às 40 horas no CAPS suprir uma necessidade maior do usuário, a questão social dos usuários, o CAPS aqui não é 24 horas, talvez isso dificulte inserir o usuário na comunidade de acompanhá-lo de uma forma mais íntegra (DSC11).

Apesar da afirmação no DSC11 de que os trabalhadores não vêem limites para reinserção, há contradições ao afirmar que existem obstáculos enfrentados pela equipe. Nota-se também que o sujeito coletivo não relata nenhum dispositivo utilizado pelo CAPS utilizado na reinserção do usuário.

De acordo com Brasil (2004), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia e oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.

A remuneração dos trabalhadores é ponto comum de críticas. Assim, Brasil (2005) afirma que o processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e

teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho.

O sujeito coletivo relata a necessidade de expansão do serviço, mas relata o desarranjo social dos usuários como empecilho a reinserção social. Nesse jogo de palavras pode-se perceber que ao mesmo tempo em que professa não haver limites para reinserção, fica implícito que existe entraves para consolidar realmente a inclusão/reinserção do usuário.

Subcategoria D- Não sei como distinguir se o serviço é bom.

De acordo com o discurso, o sujeito coletivo não sabe se o serviço trabalha no intuito de reinserir o usuário, como corrobora o DSC 12:

Através do meu trabalho não tenho como distinguir se o serviço pode ser bem feito ou não (DSC12).

No DSC 12, o sujeito coletivo não sabe o sentido do seu trabalho dentro da equipe multiprofissional demonstrando a falta de conhecimento sobre o serviço ou da proposta do CAPS enquanto serviço substitutivo.

Conforme Brasil (2005), o processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores. Por esta razão, desde o ano de 2002 o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que incentiva, apóia e financia a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a Reforma Psiquiátrica, através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental é uma área complexa envolve contexto social, cultural e econômico, reflete também no momento histórico de cada sociedade, lugar ou país. A Reforma Psiquiátrica surge então como movimento em favor da desospitalização e criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico reformulou o modelo e a forma de tratar a pessoa em sofrimento psíquico. Dessa maneira, os serviços substitutivos como os CAPS e NAPS, etc., aparecem no cenário social para cumprirem a tarefa de resgatar e devolver direitos negados a uma parcela da população.

Cabe a estes serviços substitutivos não o papel de tutores dos usuários e sim co-responsáveis pelo tratamento e o processo estratégico de reabilitação psicossocial. Assim as famílias, a comunidade e todos os equipamentos do território são convidados a participarem do processo de ressocialização, inclusão, reinserção das pessoas ditas com transtorno mental.

O CAPS é o serviço substitutivo mais conhecido e divulgado nas mídias e, dessa forma possui importância maior frente ao desafio conduzir a política nacional de saúde com o compromisso de seguir as diretrizes pregadas por esta política, assim como maximizar os serviços através do apoio matricial capacitando novos atores para manejo e gerenciamento dos cuidados em saúde mental.

Os CAPS de Cajazeiras realizam um trabalho na perspectiva de reinserção do usuário na família e na comunidade, mas são ações focais, pois de acordo os DSC houve uma ação bem sucedida e havendo sim, tentativas. E nessa perspectiva é necessário haver um processo de reestruturação dos serviços para que essa reinserção realmente aconteça. É preciso refletir sobre reabilitação psicossocial, articulação da rede de saúde, apoio matricial e reformulação dos serviços já existentes.

Compreendendo-se as dificuldades dos estabelecimentos de saúde no Brasil, nos CAPS não se espera encontrar cenário não muito diferente, então partindo desse pressuposto, o CAPS do município de Cajazeiras – PB, necessitam de mais investimentos em todas as áreas seja na parte física estrutural, seja nos recursos humanos.

A equipe não funciona como equipe e sim cada um fazendo a sua parte e dessa forma o atendimento e conseqüentemente a reinserção do usuário se torna mais difícil, pois é preciso

o olhar de todos os atores participantes do processo de reabilitação para que esta efetivamente aconteça.

Foi apontada ainda a falta de parcerias no SUS, existindo apenas com poucos organismos intersetoriais. Assim, nessa perspectiva é necessário o matriciamento, através do CAPS para que a rede possa sair do papel e se tornar realidade e as ações se perpetuem no território e a comunidade e a família seja co-participante do processo de reabilitação psicossocial.

Considera-se que estudos com essa temática são importantes no sentido de dar visibilidade a maneira como vem ocorrendo à atenção a saúde mental, nos CAPS de Cajazeiras – PB e se estes estão cumprindo seu papel como substitutivos ao modelo asilar contribuindo para reinserção social de seus usuários. Tais investigações são imprescindíveis para envolver trabalhadores e a sociedade nas reflexões sobre a maneira como os serviços estão estruturados e para que construam novas possibilidades de qualificar as ações destes.

Assim, considera-se a necessidade de que mais estudos sejam desenvolvidos nos espaços dos CAPS, voltando-se o olhar para as necessidades de trabalhadores, usuários e familiares, para fortalecer este tipo de serviço junto a rede de atenção a saúde mental priorizando as potencialidades dos usuários.

Portanto, a realidade que se apresenta e nos coloca no cenário social para podermos debater, criticar, sugerir, construir novos modelos de olhar aquele em sofrimento mental e garantir a sua reabilitação e reinserção social e que não sejam apenas tentativas, mas que aja maior compromisso dos trabalhadores em saúde mental. Acredita-se que no futuro, a rede se fortaleça e que haja uma expansão dos serviços em congruência com a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; ROOS, C.M.; GONÇALVES, A.V.F.; SCHNEIDER, J. F.; OLSCHOWSKY, A. Ações em saúde mental às famílias nos diferentes contextos de trabalho: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.31 n.3, Porto Alegre, 2010.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

_____. **Loucos pela vida: as trajetórias da reforma psiquiátrica no Brasil**. Panorama Ensp. Rio de Janeiro, 1995.

ARANHA e SILVA, A.L. **Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial** [tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

BENETTON, M.J. Terapia Ocupacional e Reabilitação psicossocial: uma relação possível? In PITTA, A.(Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. Hucitec. São Paulo, 2001.

BERTOLETE, J.M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A.(Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. Hucitec. São Paulo, 1996.

BOTTI, N.C. **Oficinas em Saúde Mental: História e Função**. Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem da USP. Ribeirão Preto, 2004. 244 p.

BUENO, W.S. Betim: construindo um gestor único pleno. In: MEHRY, E.E.; ENOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. Hucitec/Lugar editorial. São Paulo, 1997.

BRASIL. **Saúde mental: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

_____. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. **Mundo Saúde**. v. 21, n.1, p. 52-61, 1996.

_____. Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental. Laços - saúde mental em rede. **Caderno eletrônico da reforma psiquiátrica**. Brasília (DF), 2004.

CAMPOS, W.G.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. Hucitec. São Paulo, 1992.

CAVALHERI, S.C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. bras. enferm.** v.63, n.1. Brasília jan./fev., 2010.

COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.38, n.2, 2004.

DIAMANTINO, R. M. **“Internar ou Cuidar”**: Investigando as Dinâmicas Familiares no Contexto da Reforma Psiquiátrica em Salvador. Dissertação apresentada ao Programa de Pósgraduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 3, n.1, 2001.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. Perspectiva. São Paulo, 1978.

SANTOS, C.E.; GALVÃO, A.L.C. **Do Manicômio ao Centro de Atenção Psicossocial: A realidade dos doentes mentais em Viçosa**. V Seminário Sociedade Inclusiva: Do Local ao Global. Belo Horizonte, 08 e 09 de Outubro de 2008.

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Mar./Apr., 2001, v.9, n.2, p.48-55.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L.P. Reabilitação Psicossocial: objetivos, princípios e valores. **R Enferm UERJ**, 12:217-21, Rio de Janeiro, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Educus, Caxias do Sul, RS, 2005.

LIMA, T.P.P. **Avanços e Desafios do Processo de Ressocialização dos Doentes Mentais em Cajazeiras – PB**. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz - MA, 2007.

MACIEL, S.C.; BARROS, D.B.; SILVA, A.O.; CAMINO, L. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares e doentes mentais. **Psicologia ciência e profissão**, v.29, n.3, p.436-447, 2009.

_____. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **PsicoUSF**, v.13, n.1, Itatiba, jun., 2008.

MERHY, E. E. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. Campinas: [s. n.], 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec. São Paulo, 2010.

NASI, C. **A relação social entre profissionais e usuários de um centro de atenção psicossocial**. Porto Alegre. 2011. Pesquisa. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Bolsa.

NICÁCIO, M.F.S. **“O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituição e cultura”**, dissertação de mestrado, Estudos Pós-graduados em Ciências sociais, PUC-SP, 1994.

OLIVEIRA, F.B.; JORGE, M.S.B.; SILVA, W.V. **Saúde mental: a prática cotidiana da enfermeira no centro de atenção psicossocial**. In JORGE, M.S.B.; SILVA, W.V.; OLIVEIRA, F.B. (Orgs.) *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. Lemos, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, F.B.; FORTUNATO, M.L. Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Rev. Vivência**, n.32, p. 155-161, 2007.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P.C.M. **Especialização em Saúde da Família: Saúde Mental**. Nescon, UFMG, Coopmed. Belo Horizonte, 2009

RODRIGUES, A.J. **Metodologia científica**. Avercamp. São Paulo, 2006.

ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. Cortez. São Paulo 2003.

KINOSHITA, R.T. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. In PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Hucitec. São Paulo, 2001.

SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. In PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Hucitec. São Paulo, 2001.

_____. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Te Corá. Belo Horizonte, 1999.

_____. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Té Corá. Rio de Janeiro. 2001.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.1, p.127-34, 2008.

VILLELA, S.C.; SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. bras. enferm.** v.57, n.6. Brasília Nov./Dec., 2004.

VIDAL, C. E. L.; Bandeira, M.; Gontijo, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J. bras. psiquiatr.** v.57 n.1 Rio de Janeiro, 2008.

ANEXOS

ANEXO I – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA



ANEXO I
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OLHAR SOBRE A REINserÇÃO DE USUÁRIOS DO CAPS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA REALIDADE?

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**OLHAR SOBRE A REINserÇÃO DE USUÁRIOS DO CAPS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA REALIDADE?**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado. Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cajazeiras, 10 de Outubro de 2010

Alhman Kauê Lima Martins

Autor (a) da Pesquisa

Wanduy Dantas Ferreira

Orientando (a)

ANEXO II - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE DE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: OLHAR SOBRE A REINserÇÃO DE USUÁRIOS DO CAPS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA REALIDADE?

Eu, **ÁLISSAN KARINE LIMA MARTINS**, Enfermeira, Professora do Centro de Formação de Professores no Curso de Graduação em Enfermagem, portadora do RG: **99029154013** e CPF: **975635363-53**, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Álissan Karine Lima Martins

Orientador

Wandy Dantas Ferreira

Orientando

CAJAZEIRAS, 21 DE SETEMBRO DE 2011

ANEXO III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PREFEITURA DE

CAJAZEIRAS*Cuidando melhor da cidade.*

ANEXO III

SECRETARIA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

CNPJ: 05.325.381/0001-00

ENDEREÇO: RUA FELIZMINIO COELHO, 231 - CENTRO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**OLHAR SOBRE A REINserÇÃO DE USUÁRIOS DO CAPS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA REALIDADE?**” desenvolvida pelo aluno Wanduy Dantas Ferreira do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Álissan Karine Lima Martins.

Pablo de Almerda LeitãoSECRETÁRIO DE SAÚDE DE
CAJAZEIRAS - PB
CPF 011.003.894-07

Assinatura e carimbo do responsável institucional

CAJAZEIRAS, 21 DE SETEMBRO DE 2011

ANEXO IV – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HUAC



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 09/ 11/ 2011 foi aprovado o **Processo nº. 20111410 - 047** intitulado: **OLHAR SOBRE A REINserÇÃO DE USUÁRIOS DO CAPS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA REALIDADE?**.

Projeto a ser realizado no período de: Novembro a Dezembro de 2011.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

Karynna M. Barros da Nóbrega
Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFPG.

Campina Grande - PB, 09 de Novembro de 2011.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PERFIL SOCIO-PROFISSIONAL

1. Nome do profissional:
2. Sexo:
3. Nível de escolaridade:
4. Formação profissional:
5. Há quanto tempo trabalha com Saúde Mental:
6. Realizou algum curso na área de Saúde Mental antes de ser admito(a) neste tipo de serviço:

PERGUNTAS

7. Em sua função no CAPS, quais ações ou estratégias você desempenha no sentido de reabilitar e reinserir os usuários na família e comunidade?
8. Existe articulação do CAPS dentro do Sistema de Saúde como também no território como instrumento para reinserção dos usuários?
9. Em sua prática, pode - se detectar limites ou impossibilidades na reinserção do usuário na família e comunidade?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBS. : para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “PRÁTICAS DE EQUIPES DE SAÚDE MENTAL PARA REINserÇÃO DE USUÁRIOS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM CAJAZEIRAS: UMA REALIDADE?”

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho terá como objetivo geral: Conhecer as práticas de equipes de saúde mental voltadas à reinserção social dos usuários na família e comunidade.

-Ao participante da pesquisa caberá a autorização para RESPONDER AO ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO (APÊNDICE B), não havendo nenhum risco ou desconforto na aplicação deste instrumento.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- Você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a sua privacidade em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro a você para participar deste projeto científico.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos quanto ao projeto, você poderá contatar a equipe científica com a Prof. MS. **ÁLISSAN KARINE LIMA MARTINS**, nos números **(88) 9909.1959 (88) 3572.1413** E-mail: **alissank@hotmail.com** ou no endereço Rua: Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares, Cajazeiras – PB, como também o CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Campina grande localizado à Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande- PB. Telefone: **(83) 2101-5545**.

- Ao final da pesquisa, se for do interesse, você terá livre acesso ao conteúdo, podendo discutir os dados com o pesquisador.

Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em sua posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante