



Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Bacharelado em Psicologia

ANTONIA NATHALIA DUARTE DE MORAES

**SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO SOCIAL: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DO
CAPS II E DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS**

CAMPINA GRANDE – PB
2011

ANTONIA NATHALIA DUARTE DE MORAES

SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO SOCIAL: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DO CAPS
II E FAMILIARES DE USUÁRIOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Bacharela em Psicologia outorgado pela Universidade Estadual da Paraíba.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Carla de Sant'ana Brandão

CAMPINA GRANDE – PB
2011

M827s

Moraes, Antonia Nathalia Duarte de.

Saúde mental e inclusão social [manuscrito]:
percepções de profissionais do CAPS II e dos familiares
de usuários / Antonia Nathalia Duarte de Moraes. – 2011.
58 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Psicologia) – Centro de Ciências Biológicas e Sociais
Aplicadas, 2011.

“Orientação: Prof. Dra. Carla de Sant'Ana Brandão
Costa, Departamento de Psicologia”.

^ Saúde mental. 2. Inclusão social. 3. Centro de
Atenção Psicossocial – CAPS. I. Título.

21. ed. CDD 155.4

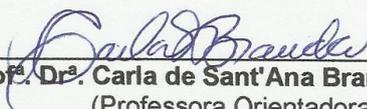
ANTONIA NATHALIA DUARTE DE MORAES

SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO SOCIAL: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DO CAPS
II E DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS

APROVADO EM: 20 / 06 /2011

NOTA: _____

BANCA AVALIADORA:



Prof. Dr.ª Carla de Sant'Ana Brandão Costa
(Professora Orientadora)



Prof.ª Dr.ª Railda Fernandes Alves
(Convidada UEPB)



Prof. Dr. Edmundo Galdêncio
(Convidado UEPB)

RESUMO

O presente trabalho destina-se a estudar as percepções dos profissionais do CAPS e dos familiares dos usuários sobre as ações direcionadas à inclusão social, e os seus efeitos na vida cotidiana do portador de sofrimento psíquico, no atual contexto da reforma psiquiátrica. O estudo foi realizado em Campina Grande, na Paraíba, em uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Optou-se por uma pesquisa qualitativa, por meio da qual foram obtidas dez entrevistas – cinco com familiares e cinco com profissionais -, as quais foram submetidos à análise de conteúdo. Nos relatos, predominam falas que relatam a exclusão social dos usuários de serviços substitutivos principalmente devido ao preconceito da sociedade em relação ao transtorno mental.

Palavras-chave: Saúde mental. Inclusão social. Família. Profissionais do CAPS.

ABSTRACT

The present work aims to study the perceptions of professionals in CAPS and relatives of users on actions aimed at social inclusion, and its effects on everyday life of patients with psychological distress in the current context of psychiatric reform. It was conducted in Campina Grande, Paraíba, a unit of the Center for Psychosocial Care (CAPS). We chose a qualitative research, through which interviews were obtained ten – five with five family members and professionals – who were subjected to content analysis. The prevailing discourse that relate to social exclusion of users of substitute services, mainly due to the prejudice of society in relation to mental illness.

Keywords: Mental Health. Social inclusion. Family. Professionals in CAPS.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1. HISTÓRIA DA LOUCURA.....	9
1.1 Percursos da Loucura.....	9
1.2 A Reforma Psiquiátrica.....	12
1.3 Saúde Mental no Brasil.....	14
2. SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE BRASILEIRA.....	18
2.1 Novas tecnologias atreladas às políticas públicas de saúde mental.....	18
2.2 Saúde Mental em Campina Grande.....	21
2.3 Adentrando ao universo da Pesquisa: CAPS II - “Novos Tempos.....	23
3. A PESQUISA.....	26
3.1 Metodologia.....	26
3.1.1 Amostra.....	26
3.1.2 Instrumentos.....	26
3.1.3 Procedimentos para coleta de informações.....	27
3.1.4 Procedimento para análise das informações.....	27
3.2 Análise e discussão dos resultados.....	29
3.2.1 Abordando os familiares acerca da inclusão social dos usuários do CAPS.....	29
3.2.2 Abordando os profissionais acerca da inclusão social dos usuários do CAPS.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
APÊNDICES.....	56
Apêndice 1.....	57
Apêndice 2.....	58
Apêndice 3.....	59
ANEXO.....	60
Anexo A.....	61
Anexo B.....	63
Anexo C.....	64

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enfoca a importância das atividades de Inclusão Social realizadas no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) trazendo como tema “Saúde mental e Inclusão Social: percepções de profissionais do CAPS II e familiares de usuários”. O interesse pela área de Saúde Mental se deu desde uma pesquisa realizada no curso de psicologia pela disciplina pesquisa II, onde foi implantado e desenvolvido o projeto intitulado *Representações Sociais sobre a loucura elaboradas por familiares de usuários dos CAPS*. A pesquisa foi realizada nas unidades CAPS II e III da cidade de Campina Grande - PB, o interesse desenvolvido através desta levou-me a optar, inclusive, por uma prática de estágio no CAPS II.

Convivendo com a realidade dos CAPS, surgiram inquietações acerca de algumas questões relacionadas à vida dos sujeitos atendidos naquelas unidades, possibilitando reflexões no que concerne a vida destes fora dos muros dos serviços substitutivos e sobre as atividades que o CAPS oferece para que a inclusão social aconteça. Haja vista ser esse um dos principais objetivos da reforma psiquiátrica, a busca da integração dos pacientes com transtornos mentais a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, torna-se elemento cultural para a inclusão no espaço da cidade onde desenvolve-se a vida cotidiana.

A política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02 busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos da comunidade. O que se percebe atualmente é que este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de volta para casa, a Economia Solidária, os Centros de Convivência e Cultura. Porém, é razão de relevante interesse a compreensão em torno destes inúmeros programas, intencionando saber se estes têm atingido o objetivo traçado, que é a inclusão social proposta pela reforma psiquiátrica, bem como, saber se essa política está afetando positivamente a vida dos usuários dos CAPS.

A partir da vivência estudantil de distintas experiências, as inquietações acabaram por fomentar o interesse na realização de um estudo sobre as práticas aplicadas pelos serviços substitutivos, no âmbito do SUS, neste caso o CAPS, em direção à promoção da autonomia e inclusão social dos seus usuários.

Nesta perspectiva, emergiu o seguinte questionamento: quais as percepções dos profissionais e familiares de usuários do CAPS sobre as ações de inclusão social desenvolvidas pelas políticas públicas referenciadas à saúde mental?

Em direção a busca de respostas a este, o trabalho em questão é constituído por uma pesquisa qualitativa por meio da qual foram entrevistados os familiares dos usuários do CAPS em atendimento há pelo menos um ano, e, os profissionais atuantes neste centro em período igual ou superior a um ano. Tomamos como foco central das entrevistas com os dois grupos das amostras deste estudo, os objetivos de analisar as percepções dos familiares de usuários e dos profissionais do CAPS/CG sobre as ações direcionadas a inclusão social dos usuários; Identificar, através dos profissionais e familiares de usuários, as ações desenvolvidas pelo CAPS II direcionadas a inclusão social de seus usuários e analisar as ações existentes no CAPS II voltadas para a inclusão social à luz das determinações legais vigentes.

Todas as entrevistas foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo, pautadas em referencial teórico da saúde mental, desde os aspectos históricos aos mais contemporâneos.

O desenvolvimento desse estudo está assim apresentado:

No primeiro capítulo consta uma breve retrospectiva dos percursos da loucura até a Reforma Psiquiátrica, bem como a história da saúde mental no Brasil.

No segundo capítulo consta uma explanação sobre as novas tecnologias atreladas às políticas públicas de Saúde Mental, bem como uma breve história da saúde mental em Campina Grande.

No terceiro capítulo temos o percurso metodológico escolhido para a realização desse estudo, e, também, a análise e discussão dos resultados obtidos através da análise de discursos, que foram tematizadas e agrupadas em categorias empíricas.

E, finalmente, são construídas as considerações finais.

Desta forma, esta pesquisa tem por ensejo contribuir com algumas reflexões tecidas a partir das possibilidades e dos limites para a promoção da inclusão social apreendidos na realidade pesquisada, dentre os vários existentes no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

1. CAPÍTULO I: HISTÓRIA DA LOUCURA

1.1 Percursos da Loucura

No decorrer do tempo os olhares lançados pela sociedade sobre o tema da loucura são significativamente mudados de acordo com os interesses socioeconômicos de cada época, bem como de acordo com os valores sociais dominantes (BARBOSA et al., 2004). A anormalidade existe somente se a normalidade estabelecer regras para a afirmação de uma conduta correta. Será sempre em relação a uma ordem de “normalidade”, “racionalidade”, ou “saúde” que a loucura será concebida nos quadros de “anormalidade”, “irracionalidade” ou “doença” (FRAYZE-PEREIRA, 1985).

Segundo Crespi (1997), a cultura orienta os indivíduos e institui condições de previsibilidade para que se torne possível a instauração de uma ordem social. A loucura como patologia é construída historicamente pela civilização ocidental, quando considerada a predominância da razão. A partir desse entendimento, ela é questionada por duas vertentes antagônicas: a loucura como perda da razão, que afirma que os indivíduos por ela acometidos se afastam do contato com o seu grupo social e perdem a sua consciência; e, na vertente oposta, a loucura é entendida como a profunda tomada de consciência, os loucos expressam seu verdadeiro ser, e por isso a sociedade os reprime.

Antes da apropriação da loucura pela medicina existia a “Nau dos loucos”, uma embarcação que levava os desprovidos de razão para outras cidades fazendo com que as famílias se eximissem da sua responsabilidade de cuidar dessas pessoas. Alguns loucos eram chicoteados publicamente, e numa espécie de jogo, eram perseguidos numa corrida simulada e escorraçados das cidades. “[...] deixavam-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos” (FOUCAULT, 2004, p.09).

A loucura foi objeto das mais variadas explicações, passando desde o campo da Mitologia até o da Religião. Na Grécia Antiga, o “louco” era considerado uma pessoa com poderes diversos. O que dizia era ouvido como um saber importante e necessário, capaz de interferir no destino dos homens. A loucura era tida como uma manifestação dos deuses, sendo, portanto, reconhecida e valorizada socialmente. Não havia

necessidade de seu controle e/ou exclusão (ALVES, C.F.O.; et al, 2009). “O *louco era alvo de certo temor, de um terror sagrado. [...] Até ao Século da Razão, a loucura encontrava-se mais ou menos associada à vida pública ou associada a uma ordem sagrada*” (BOSSEUR, 1976, p. 26).

Na Idade Média, os leprosários se multiplicavam na Europa e a lepra era considerada predestinação de Deus, sendo, portanto, a força divina justificadora das moléstias nas cidades. A doença chega até o século XVIII quando aglomeram-se nos leprosários os pobres, vagabundos, presidiários e loucos. O desaparecimento da lepra não se deu por intervenções clínicas, mas sim por resultado da segregação a que essas pessoas foram submetidas (FOUCAULT, 2004).

Michel Foucault no seu livro “História da Loucura na Idade Clássica” (1972), mostra-nos como a loucura substituiu a lepra como principal objeto de exclusão na sociedade. Esta precisava de um novo bode expiatório:

“...esse fenómeno é a loucura. Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite com ela reacções de divisão, de exclusão, de purificação que no entanto lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes da loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença” (Foucault, 1972, p. 8).

A partir do Renascimento, a influência religiosa entra em decadência, a ciência e a medicina entram em ascensão e, fundamentada na razão passa a ser considerada verdade absoluta e inquestionável. As casas de correção ou Hospital Geral têm outras funções de ordem social e repressão além da exclusão dos loucos, como a utilização de desempregados e pobres para alternativa de mão-de-obra barata. Assume-se, assim, a sua função de ordem social de exclusão/assistência/filantropia (FOUCAULT, 2004).

A doença mental implicava o pressuposto de erro da Razão. O alienado não tinha possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. E essa liberdade era pré-requisito para a cidadania. Então, ao asilo era incubida a tarefa de isolar os loucos do meio que causaram a alienação para restituir-lhes a Razão por meio do tratamento moral e, portanto, a liberdade (AMARANTE, 1995).

No contexto da Revolução Francesa, com o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, os alienados não podiam ser excluídos para não contradizer esses lemas, tonando-se o asilo espaço para a cura da Razão e da Liberdade, condição para o louco

tornar-se sujeito de direito. Houve uma enorme repercussão da Revolução Francesa no mundo e os princípios alienistas foram adotados na maior parte do mundo ocidental. O asilo psiquiátrico tornou-se imperativo para todos aqueles considerados loucos. O asilo, torna-se, então, o maior e mais violento espaço de exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades (AMARANTE, 1995).

A loucura é tão antiga quanto a presença do homem na terra, já a Psiquiatria, como especialidade médica, surgiu há 200 anos, tendo nos trabalhos de Philippe Pinel (1765-1826) seu marco inicial (MOURATO, 2007).

Com a ascensão da ciência e da medicina, Pinel propõe uma nova forma de tratamento através de internações num local específico para os loucos serem cuidados: o hospício. “O internamento torna possíveis esses famosos remédios morais – castigos – que seria a atividade principal dos primeiros asilos do século XIX.” (FOUCAULT, 2004, p.88). A psiquiatria utilizava mecanismos de sofrimento físico como “duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias.” Através da institucionalização dos loucos, Pinel propõe o isolamento como fundamental para observação de sintomas (BRASIL, 2007, p.27).

A iniciativa de Pinel abre duas questões importantes: se por um lado, tal iniciativa cria um campo de possibilidades terapêuticas, por outro, define um estatuto patológico e negativo para a loucura. Neste contexto, se estabelece um impasse: se a psiquiatria possibilitou que ao louco, agora como enfermo mental, fosse concedido o direito de assistência médica e de cuidados terapêuticos, em contrapartida retirou dele a cidadania, sendo assim, o universo da loucura foi excluído definitivamente do espaço social (ALVES, C.F.O.; et al, 2009).

O avanço da Psicanálise também foi um marco importante para mudanças sobre a forma de olhar a doença mental, muito do que era considerado ininteligível ou simplesmente ignorado pela ciência médica da época foi levado a sério por Freud. Ele tentava compreender o significado dos sintomas histéricos, de fobias e neuroses. “*Uma série de fenômenos da nossa vida psíquica adquire sentido: os actos falhados, os esquecimentos, os sonhos. O inconsciente impunha-se como um outro componente do nosso psiquismo – tal como a dinâmica libidinal*” (BOSSEUR, 1976 [1974], p. 94). Freud apontava para os distúrbios mentais como uma qualquer reação do inconsciente a questões sociais ou familiares que o indivíduo vivenciava ao longo da vida. Alguns autores que defendiam o fim dos manicômios baseavam-se e usavam as teorias da

Psicanálise para argumentarem e fundamentarem as suas discussões em torno da loucura (MOURATO, 2007).

No fim da II Guerra Mundial aceleraram-se as mudanças positivas na Psiquiatria, surgindo os antipsicóticos e antidepressivos que permitiram aos doentes deixar os hospitais psiquiátricos (MOURATO, 2007).

1.2 A Reforma Psiquiátrica

Por mais paradoxal que possa parecer, somente com as duas Guerras Mundiais do século XX, cerca de duzentos anos depois de Pinel, é que surgiram os grandes questionamentos em todo o mundo acerca do objetivo da Psiquiatria, seu saber e seu poder, certamente influenciados pelas fortes repercussões das experiências nazistas, da bomba atômica, além de diversas outras barbáries ocorridas nestas circunstâncias. Tais fatos promoveram um intenso questionamento da visão romântica do homem, erigida no Iluminismo, bem como puseram em crise o ideal de sujeito de razão, provocando uma intensa ruptura nos ideais que sustentavam as relações humanas no século passado (ALVES, C.F.O.; et al, 2009).

Em diferentes lugares, começaram a ser ensaiadas diversas tentativas de modificar os hospitais psiquiátricos. A princípio, os movimentos diziam respeito à busca pela humanização dos asilos. Partia-se de uma crítica à estrutura asilar, vista como responsável pelos altos índices de cronificação e que, por ser o manicômio uma instituição de cura, deveria ser urgentemente reformado, uma vez que havia se afastado de sua finalidade (ALVES, C.F.O.; et al, 2009).

Nos Estados Unidos, desenvolveu-se, na década de 1960, um movimento denominado de Psiquiatria Comunitária, constituindo uma aproximação da Psiquiatria com a Saúde Pública, que buscava a prevenção e promoção da saúde mental. Embora não se possa negar a tentativa de melhoria na assistência ao doente mental, bem como as contribuições trazidas por estes movimentos, pode-se dizer que não criticavam a psiquiatria e seu modo de ver e tratar a loucura, apenas reformulavam sua prática sem promover nenhuma ruptura epistemológica (ALVES, C.F.O.; et al, 2009).

Também na década de 1960, iniciou-se, na Inglaterra, um movimento denominado

de AntiPsiquiatria, com Laing e Cooper. Este movimento promoveu um forte questionamento não só à Psiquiatria, mas à própria doença mental, tentando mostrar que o saber psiquiátrico não conseguia responder à questão da loucura. Para eles, a loucura é um fato social, ou seja, uma reação à violência externa. Por conseguinte, o louco não necessitaria de tratamento, sendo este apenas acompanhado em suas vivências. Defendia que o delírio não deveria ser contido, procurando-se, como saída possível, a modificação da realidade social. As postulações da Antipsiquiatria situavam-se num ambiente de contracultura libertária e visava promover críticas às estruturas sociais, tidas como conservadoras. Segundo eles, a sociedade enlouquecia as pessoas e, em seguida, culpada, buscava tratá-las. Desta feita, o Hospital Psiquiátrico configurava apenas um mecanismo de *mea culpa* social (ALVES, C.F.O.; et al, 2009).

A experiência inglesa de comunidade terapêutica é feita dentro do manicômio, não desfazendo a origem do problema que é a própria institucionalização. É a partir do modelo de Basaglia, na Itália, em Trieste, que a desinstitucionalização demonstra ser algo possível por meio da construção de novas formas de sociabilidade e subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Então, surge o movimento que promove a maior ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátrico, vivenciada até então. Ao contrário da Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática Italiana não nega a existência da doença mental, antes, propõe uma nova forma de olhar para o fenômeno. Olhar que beneficia a complexidade da loucura como algo inerente à condição humana e que vai além do domínio da psiquiatria, dizendo respeito ao sujeito, à família, à comunidade e demais atores sociais (ALVES, C.F.O.; et al, 2009).

Segundo o Instituto Franco Basaglia (2006), a Reforma Psiquiátrica propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão como todos os outros. Não pretende abolir o tratamento clínico, mas sim eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social. Para isso, propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária (BASAGLIA, 1979).

No Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, dirigido por Franco Basaglia, os portões eram abertos, com recebimento de visitas e, com os pacientes participando das decisões institucionais junto com os profissionais na Assembléia Geral da Comunidade. Essa participação dos antes excluídos, mesmo que dentro de um espaço manicomial, traz

consequências, e Basaglia descreve os efeitos dessa participação:

Quando um doente participa das reuniões, isso significa que seu nível de espontaneidade é bastante elevado, pois aceita o confronto com os outros [...] tendemos a agir de maneira a que a vida na comunidade, sua vida quotidiana, não seja dirigida por uma inteligência médica, mas sim o resultado da atividade espontânea de todos aqueles que participam – a qualquer título – da jornada do hospital (BASAGLIA, 1985, p.26).

Essa proposta de desinstitucionalização embasa o processo de reabilitação social ao afirmar que a sua proposta não é a cura, mas sim a emancipação do indivíduo, já que na perspectiva basagliana a “loucura” deve ser entendida como parte da condição humana e não a negação da normalidade (LEÃO, 2006).

Com o objetivo de reverter gradativamente o modelo de atenção voltado para a internação em hospitais psiquiátricos, a Organização Mundial de Saúde propõe um modelo de atenção voltado para a saúde mental de base comunitária, com serviços territoriais e de atenção diária. Esses serviços devem ser em locais acessíveis, atendendo as diversas necessidades dos indivíduos, visando a emancipação dos mesmos, aumentando sua independência e estabelecendo alianças sociais saudáveis (OMS, 2001).

1.3 Saúde Mental no Brasil

Por sua vez, no Brasil, o início da aplicação de práticas interventivas voltadas à saúde mental se dá com a chegada da Família Real, em 1808. Assim, como em outras partes do mundo, houve a necessidade do reordenamento da cidade, recolhendo todos os que perambulavam pelas ruas (ALVES, C.F.O.; et al, 2009). Então, no Brasil, os ‘loucos’ do século XIX eram presos por perturbação da ordem pública ou eram internados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia, sem assistência médica específica para eles (COSTA, 2007).

Os médicos, então, começaram a reivindicar a construção de um hospício para os loucos, dentre outras medidas higienistas. Ao invés de celas insalubres na Santa Casa de Misericórdia, reivindicava-se lugares higiênicos onde os eles pudessem ser tratados sob os princípios do tratamento moral (COSTA, 2007).

O tratamento moral constituía-se em três esferas: a classificação do espaço

institucional – o manicômio como lugar de tratamento; o arranjo nosográfico das doenças mentais, através da observação dos comportamentos; e a imposição de uma relação de poder entre médicos e doentes (LEAO, 2006).

Inaugura-se então, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Dom Pedro II, em 1852, tendo sido o seu decreto assinado em 1841 pelo imperador Dom Pedro II.

A superlotação dos hospícios e a qualidade de vida deteriorando-se nos seus interiores provocou várias rebeliões entre os internos. As colônias, macroinstituições geralmente instaladas em locais amplos e isolados, foram as reivindicações alternativas da época pelos grupos de jovens alienistas-psiquiatras e de outros setores da comunidade científica e dos meios políticos e sociais influentes (FIGUEIREDO, 2010).

Com a criação das colônias surge também o reconhecimento do trabalho como força terapêutica. Foi o nascimento da laborterapia brasileira, precursora da nossa terapia ocupacional, que ganhou projeção internacional, anos mais tarde, com o trabalho de Nise da Silveira (1906-1999), no Rio de Janeiro (FIGUEIREDO, 2010).

Já em resposta às críticas sobre os hospícios, a recente República decreta, em 1890, a desanexação do Hospício da Santa Casa de Misericórdia, que passa a ser tutela do Estado, sendo seu nome mudado para Hospício Nacional dos Alienados (COSTA, 2007).

Juliano Moreira, diretor do Hospital Nacional, deu um novo ímpeto a saúde mental e sob a sua influência é promulgada, em 1903, a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados (COSTA, 2007).

Em 1912, a Psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma ocorrendo a partir desta data até 1920 um aumento significativo de estabelecimentos destinados a doentes mentais (COSTA, 2007).

Um fator histórico de extrema relevância é a fundação, em 1923, por Gustavo Heide, da Liga Brasileira de Higiene Mental, com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, anti-liberais e racistas, com grandes semelhanças com o pensamento nazista alemão. Era a Psiquiatria assumindo seu papel no controle social, da forma descrita por Foucault (1978), citada anteriormente, como a Terceira Ordem de Repressão, que opera entre a polícia e a justiça, por via da penetração no espaço cultural, a qual passa a intervir, com 'métodos preventivos' na regulação, não só dos doentes mentais, mas também dos "normais". A prática desta regulação pelo saber psiquiátrico se difunde na sociedade, e os fenômenos psíquicos e culturais começam a ser vistos como sendo explicados unicamente pela hipótese de uma causalidade biológica, o que, em

tese, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade (ALVES, C.F.O.; et al, 2009).

Até a primeira metade do século XX o Brasil permaneceu alheio as mudanças ocorridas na psiquiatria da Europa e dos EUA, desde a década de 1940, como as comunidades terapêuticas, na Inglaterra. As instituições manicomiais caracterizavam a assistência psiquiátrica brasileira dessa época (LEÃO, 2006).

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), na década de 1960, o Estado passou a comprar os serviços psiquiátricos do setor privado, aumentando muito o número de leitos nos hospitais psiquiátricos. Com a redemocratização no país, a população se mobilizou para reivindicar os direitos de cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais e para lutar contra os maus-tratos ocorridos nas instituições psiquiátricas (LEÃO, 2006).

É nesse contexto de reivindicações que surge a reforma psiquiátrica no Brasil, no final da década de 1970, situada na crise do modelo de assistência hospitalocêntrico juntamente com o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Embora a reforma psiquiátrica brasileira tenha acontecido na mesma época da reforma sanitária, ela tem a sua história própria, tendo sido influenciada por um contexto internacional de mudanças no contexto asilar (MELLO, 2007). É principalmente com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que surgem as primeiras propostas de reformulação de assistência psiquiátrica (LEÃO, 2006).

O MTSM é um movimento que teve início em 1978 e foi formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas e internos de hospitais psiquiátricos. Essa época é identificada como o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O MTSM passa a denunciar violências nos manicômios, a mercantilização da loucura e a construir uma crítica sobre o saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico para pessoas com transtornos mentais. “Por uma sociedade sem manicômios” é o lema do II congresso Nacional do MTSM, acontecido em Bauru - São Paulo, em 1987. No mesmo ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro e surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo (MELLO, 2007).

No ano de 1989 um Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado dá entrada no Congresso Nacional propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil. Inspirados nesse Projeto de Lei foram aprovados em vários estados brasileiros, a partir do ano de 1992, leis

que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Porém, é somente no ano de 2001, depois de 12 anos tramitando no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada (MELLO, 2007).

A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, regulamentando os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais, mas não define mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Linhas específicas são criadas pelo Ministério da Saúde para o financiamento dos serviços substitutivos aos manicômios e são criados mecanismos para a fiscalização e redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos (MELLO, 2007).

Em 2002, foi instituído o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), que é um dos instrumentos de gestão que permitem as reduções e os fechamentos dos hospitais psiquiátricos, normatizado pelo Ministério da Saúde. O PNASH/Psiquiatria permite a criação de critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS e descredencia os que não tem a qualidade necessária para o atendimento a população (MELLO, 2007).

Com a sanção da Lei nº 10.216/01 e a edição de portarias pelo Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica finalmente ganhou um marco legal e o caráter de política pública que reorientou a atenção em saúde mental no país.

2. CAPÍTULO II : SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE BRASILEIRA

2.1 Novas tecnologias atreladas às políticas públicas de saúde mental

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O *Programa de Volta para Casa* que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política (BRASIL, 2011).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, fruto de um intenso movimento social que buscava a melhoria da assistência à Saúde Mental no Brasil. 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.” (BRASIL, 2004, p.9). Tendo sua principal característica a busca por uma integração dos pacientes com transtornos mentais 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. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Os CAPS visam: prestar atendimento em regime de atenção diário; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos

problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica: PSF (Programa de Saúde da Família) e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

Os tipos de CAPS variam de acordo com o número de habitantes, os dias de funcionamento e o tipo de público atendido. Assim, são organizados da seguinte forma:

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00. Atende adultos, com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS II - municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00 e pode ter um terceiro turno, até às 21:00. Atende adultos, com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS III - municípios com população acima de 200.000, funciona todos os dias, 24 horas. Atende adultos, com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPSi - municípios com população acima de 200.000, funciona de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00 e pode ter um terceiro turno, até às 21:00. Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CAPSad - municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00 e pode ter um terceiro turno, até às 21:00. Atende usuários de álcool e outras drogas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004).

Os usuários dos CAPS tem acesso a diversas atividades terapêuticas, dentre elas estão as oficinas terapêuticas, que são atividades feitas em grupo sob a orientação de um ou mais profissionais onde são realizados vários tipos de atividades de acordo com o interesse e perfil dos usuários, que podem ser:

Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica, corporal, verbal ou musical.

Oficinas de geração de renda: geram renda através do aprendizado e da produção de uma atividade específica. Podem ser de culinária, artesanato, bijuterias, brechó, etc.

Oficinas de alfabetização: exercitam a escrita e a leitura como um recurso para a reconstrução da cidadania (BRASIL, 2004).

Além das Oficinas, outras atividades constituem os serviços oferecidos nos CAPS, como: tratamento medicamentoso, atendimento a grupo de familiares, atendimento individualizado a famílias, orientações, atendimento psicoterápico, atividades comunitárias, atividades de suporte social, oficinas culturais, visitas domiciliares, desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004).

Outros modelos de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária são as Residências Terapêuticas e o Programa de Volta para Casa.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são casas destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e estão impossibilitadas de voltar às suas famílias de origem. As Residências Terapêuticas foram instituídas no ano 2000 pela Portaria/GM nº 106. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

As casas são mantidas através de recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. A cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser relocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011).

Já o Programa de Volta para Casa foi instituído pela Lei Federal 10.708 de 2003 e dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas com o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas através de um pagamento de R\$240,00 mensais (MELLO, 2007).

Em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta para Casa forma o tripé da Política Nacional de Saúde Mental para o processo de desinstitucionalização das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros (BRASIL, 2011) .

Outro mecanismo que vem ajudando na inserção social dos portadores de transtornos mentais é a Economia Solidária. Ela se define por um modo de produção baseado na solidariedade, na autogestão e na posse coletiva dos meios de produção. Ela coexiste com a economia tradicional e predominante, mas tem seu foco nas pessoas, nos

trabalhadores e não no mercado ou produção. A economia solidária tem se apresentado como uma parceria recente com a Saúde Mental, construindo formas inclusivas de trabalho para as pessoas com sofrimento psíquico, já que a mão de obra dos portadores de transtornos mentais geralmente não apresenta o potencial de gerar o lucro esperado pelo empregador. A inclusão só tem sentido quando os excluídos são capazes de recuperar sua dignidade e conseguem, além de um emprego, um lugar decente para morar, facilidades culturais, educação e saúde (ALCANTARA, 2007).

No Brasil, a economia solidária surgiu na crise do trabalho e do emprego, na década de 1990, que gerou um alto índice de exclusão no mundo do trabalho. Ela é fruto do movimento da expansão da democracia e da luta pela cidadania no Brasil e está presente nas comunidades indígenas, nos assentamentos da reforma agrária, na recuperação de grandes empresas e, recentemente, nos projetos de reinserção social pelo trabalho na Saúde Mental:

“Já não basta criar experiências isoladas, locais, com modelos diferenciados de atenção psicossocial para eliminar ou amenizar os problemas do desemprego e da exclusão social; é necessário construir políticas públicas com estratégias diferenciadas, multidimensionais e intersetoriais para a construção de possibilidades de inclusão, também pelo trabalho” (ALCANTARA, 2007 pag.165).

Sendo assim, percebemos que a única reabilitação possível é aquela construída a partir de direitos primordiais na cidadania, que envolvem os aspectos afetivos, relacional, material, habitacional e produtivo em uma dimensão que englobe todos aqueles que estão excluídos desses direitos primordiais e necessários à construção de uma cidadania.

2.2 Saúde Mental em Campina Grande

Em Campina Grande, o processo de mudança da assistência à saúde mental foi orientado pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Distrito Federal em dezembro de 2001. Sendo, no ano de 2002, sancionada a Lei Municipal de Saúde Mental n.º 4.068, tendo como autora a vereadora Maria Lopes Barbosa. A Lei determina a implantação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, com a proposta de reintegração social do portador de sofrimento mental. A Reforma Psiquiátrica, vigente no Brasil desde 2001 sobre a disposição da Lei de nº 10.216, foi implantada em Campina

Grande apenas em 2003, com a inserção dos CAPS (Centro de Assistência Psicossocial) e das Residências Terapêuticas (Coordenação de Saúde Mental, 2004).

A reforma psiquiátrica em Campina Grande ganha visibilidade a partir do ano de 2005, com a fiscalização do Ministério da Saúde no ICANEF “Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional”, que foi fechado devido a constatação das péssimas condições de tratamento aos usuários ali internos (MACEDO, 2008).

Rodrigues Junior (2007) descreve os aspectos constatados naquele hospital a partir da intervenção do Ministério da Saúde, onde, no termo de decisão e intervenção, foram relatadas condições sub-humanas vividas pelos usuários internos naquele serviço:

(...) Os espaços, fechados por portas de ferro, comparadas a de um presídio carcerário onde os usuários permaneciam confinados, banhos coletivos, sem nenhuma privacidade ou cuidados de higiene corporal (...) A insuficiência de RH (...) inexistência de plantão 24hs de médicos psiquiatras descumprindo a portaria 251/02 (RODRIGUES JUNIOR, 2007, p.48-51).

Através de sucessivas negociações entre os gestores federal, estadual e municipal, o hospital e o controle social, desenvolvem-se, a partir do ano de 2004, a reorganização dos serviços disponíveis, a implantação de unidades substitutivas e a desinstitucionalização de pacientes. Com a entrada de um interventor no hospital, avaliações dos pacientes são realizadas e planos terapêuticos individuais são traçados. Com as mudanças ocorridas na cidade, tornou-se imprescindível a criação de um fórum de discussão e construção coletiva de soluções (BRASIL, 2005).

Realiza-se, então, O I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica em Campina Grande, que teve a participação dos estados da Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco, sendo realizado entre os dias 19 a 21 de maio de 2005. Esse encontro avaliou a situação da assistência nos municípios e traçou planos para a expansão da rede de serviços extra-hospitalares. Os municípios nos arredores de Campina Grande passam a responsabilizar-se pelos seus pacientes graves e a estruturar serviços próprios. A cidade, então, é contemplada com o *Programa de Volta para Minha Casa* e passa a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde. Inicia-se a articulação entre a saúde mental e o Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU) e, também, um concurso público para preenchimento das vagas nos serviços substitutivos (BRASIL, 2005).

Desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Prefeitura de Campina Grande, através da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, tem

mudado o modelo de assistência à saúde mental e direcionado investimentos para ações e serviços que substituam os antigos manicômios e as longas internações por serviços como os CAPS, as Residências Terapêuticas e o Centro de Convivência e Cultura Artes (JUSBRASIL, 2010).

Hoje, o município de Campina Grande conta com sete CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e uma população, de acordo com estimativas do IBGE, de 383.764 habitantes, o que representa uma média de uma unidade para cada 54,8 mil habitantes, superando o parâmetro nacional, que é de uma unidade para cada 100 mil habitantes. Desta forma, o município contribui para que a Paraíba, juntamente com o estado de Sergipe, seja o único Estado brasileiro a possuir CAPS suficientes para atingir o parâmetro nacional, conforme informações divulgadas durante a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSM-I), em 2010, que aconteceu em Brasília e da qual participaram profissionais de todo o país (JUSBRASIL, 2010).

Atualmente, funcionam no município o CAPSinho (Centro Campinense de Intervenção Precoce), o CAPS I Viva Gente (infanto-juvenil), o CAPS II Novos Tempos, o CAPS III Reviver, que funciona 24 horas e o CAPS ad (Álcool e Outras Drogas), além dos dois CAPS I localizados nos distritos de Galante e São José da Mata. Os serviços disponibilizados para portadores de transtornos mentais incluem, ainda, o Centro de Convivência e Cultura Artes e Ofícios, a Emergência Psiquiátrica e seis Residências Terapêuticas, três delas masculinas, duas femininas e uma mista (JUSBRASIL, 2010).

2.3 – Adentrando ao universo da pesquisa: CAPS II “Novos tempos”

A presente pesquisa foi realizada no CAPS II “Novos Tempos” tendo sido este, o primeiro centro de atenção psicossocial inaugurado, em face da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande/PB. Localizava-se inicialmente no centro da cidade. Atualmente, está situado no bairro do Catolé, em uma escola desativada, de modo que apresenta algumas limitações na sua estrutura física. Os usuários que procuram atendimento vêm espontaneamente ou acompanhado de um familiar.

O acolhimento no serviço é feito por um profissional da equipe de trabalho – geralmente a assistente social, a psicóloga ou pedagoga – que utiliza a entrevista para abordagem com os usuários e familiares. Para sua admissão é necessário um familiar

que passa a ser o responsável para acompanhar e contribuir com o projeto terapêutico individual dos assistidos. Os CAPS devem elaborar um projeto terapêutico individual para cada usuário que contemple atividades desenvolvidas dentro e fora da unidade, articulando alguns recursos como de natureza clínica, de moradia, de trabalho, de lazer, etc. De acordo com documentos do Ministério da Saúde, os quais regulamentam a saúde mental no Brasil:

Os projetos terapêuticos dos CAPS serão singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações (BRASIL, 2002; p.01).

O projeto terapêutico é construído de acordo com o quadro psicossocial dos usuários e o acompanhamento pode ser feito de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva, conforme artigo 5º da portaria do Ministério da Saúde:

Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitem de acompanhamento frequente, fixando em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor (BRASIL, 2002).

Neste serviço são atendidos, prioritariamente, “portadores de transtornos mentais severos”, todavia, devido à demanda de usuários, atende-se, também, outros tipos de sofrimento psíquico, como: depressão, ansiedade, pânico etc. Ao ser acolhido pela instituição, o usuário passa por atendimento médico, psicológico, ações do serviço social, atividades como trabalhos manuais, grupos de dança, grupos de família, grupos terapêuticos, oficinas de adaptação, auto-cuidado, artes, didática, jogos e recreação, além de relaxamento e música (MACEDO, 2008).

Em se tratando da realidade específica do CAPS II – Novos Tempos, o projeto terapêutico possui algumas limitações em relação à comunidade. Ele não inclui discussões sobre direitos sociais e políticas públicas, há poucas ações intersetoriais, ausência de transporte para as visitas domiciliares, e poucas atividades de saúde mental na comunidade (MACEDO, 2008).

A maior parte das atividades são realizadas dentro da unidade, sendo o contato

com os familiares feito basicamente através de reuniões periódicas e visitas domiciliares ocorrendo apenas em casos isolados, como a desistência de usuários, o afastamento ou outras questões particulares.

O serviço ainda enfrenta alguns dilemas em relação à inclusão social dos usuários na comunidade: o planejamento das atividades não contam com a participação dos usuários e/ou familiares, deixando aí, um entrave, pois não compreende as reais necessidades dos seus usuários. A maior parte das atividades se restringe ao âmbito institucional, preenchendo a ociosidade e medicalizando os usuários. A rotina institucional é mediada por práticas focalizadas que trabalham individualmente o usuário, sem articulações necessárias com o contexto em que estes estão inseridos (MACEDO, 2008).

“Uma contradição atual é como fazer a reabilitação psicossocial numa sociedade excludente, alienante, inabilitadora, e ainda por cima atuando em nível institucional ou organizacional (não macrossocial).” (BISNETO, 2007, p.61).

Para que os serviços de saúde mental possam reinserir socialmente os seus usuários, é necessário também uma mudança cultural profunda na sociedade, visando mudar a atitude em relação à “loucura”, no sentido de aceitar o diálogo com nossas dimensões sombrias e irracionais (VASCONCELOS, 2002).

Considerando a importância de apreender alguns dos limites e das potencialidades para promover a inclusão social no modelo proposto pela reforma psiquiátrica, o objeto desse estudo são as percepções dos profissionais do CAPS e dos familiares de usuários sobre o papel da Inclusão Social na Saúde Mental.

3. CAPÍTULO III: A PESQUISA

3.1 METODOLOGIA

Tendo como finalidade analisar as percepções das ações direcionadas à inclusão social dos usuários ocorridas no CAPS-CG através do discurso dos familiares de usuários e funcionários do CAPS, optamos por uma metodologia qualitativa. Segundo Minayo (1992, p.10), *“O estudo qualitativo pretende apreender a totalidade coletada visando, em última instância, atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade”*.

3.1.1 Amostra:

Foi constituída por cinco profissionais de saúde atuantes no CAPS e por cinco familiares dos usuários.

O critério de inclusão dos participantes foi, ter no mínimo, um ano de experiência/convivência no CAPS, respectivamente para funcionários e familiares dos usuários. Este critério foi estabelecido por haver necessidade de um conhecimento sobre o funcionamento e as ações desenvolvidas no CAPS, por parte dos profissionais, e, por parte dos familiares, para a possibilidade de identificar mudanças (ou não) na vida/cotidiano do usuário após um período de assistência no Centro, possibilitando-os responder mais claramente e com conhecimento as perguntas derivadas da entrevista.

O número de participantes da amostra tomou como referencia o “Ponto de Saturação”. O ponto de saturação é atingido, segundo (BERTAUX, 1980; apud DEMARTINI, 1988; LANG, 2001) quando já se dispõe de informações suficientes sobre o tema que está sendo investigado.

3.1.2 Instrumentos

Foi utilizado um roteiro de entrevista com perguntas direcionadas aos objetivos do estudo. Cada grupo amostral respondeu a entrevista a partir de um roteiro específico (Apêndice 1 e 2). Assim, utilizou-se a entrevista aberta semi-estruturada. Nesse tipo de entrevista não é seguido um roteiro rígido pelo entrevistador, o entrevistado fala livremente. Quando o entrevistado muda o foco do assunto, o entrevistador intervém de

maneira sutil para que o entrevistando volte ao foco da entrevista (CRUZ NETO, 1997).

3.1.3 Procedimentos na Coleta de informações

Os contatos com os familiares e profissionais foram feitos no CAPS e eles foram informados da pesquisa no primeiro contato, onde os objetivos do projeto foram esclarecidos a partir da apresentação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 3), respeitando as regras éticas em conformidade com a Lei 196\96.

Assim, foi explicada que a participação na pesquisa é voluntária, e foram marcadas os locais e os horários de entrevistas com os que se dispuserem a participar, explicitando que os conteúdos das entrevistas seriam utilizados somente para a pesquisa e em eventos ou publicações científicas, desde que resguardada a identidade dos participantes para garantir os direitos do entrevistado.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas, transcritas na íntegra e submetidas a proposta de Análise de Conteúdo (DEMARTINI, 1988). Assim, depois de transcrito, o material foi lido cuidadosamente, tendo como foco o objetivo principal da pesquisa. Em seguida, foram feitos o fichamento, recortes e agrupamento das informações em temas e subtemas. Esses temas foram vistos em suas especificidades, em suas semelhanças e diferenças, tendo como referencial os objetivos da pesquisa e os pressupostos teóricos adotados.

3.1.4 Procedimento para análise das informações

Segundo Bardin (1979) as fases da análise organizam-se em três tempos: a pré-análise, a produção do material e o tratamento dos resultados. A pré-análise constitui-se na fase da organização propriamente dita, devendo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais, porém, permitindo a introdução de novos procedimentos no decorrer da análise. Nesta fase realiza-se a escolha dos documentos que serão submetidos à análise, formulam-se hipóteses e objetivos, e elaboram-se indicadores que fundamentem a interpretação final. Durante a pré-análise é, muitas vezes, necessário realizar-se a constituição de um corpus, sendo este o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos à análise. Algumas regras são necessárias para a sua criação, como a regra da exaustividade, onde é preciso levar-se em conta todos os elementos desse

corpus, não podendo ser deixado de lado nenhum dos elementos.

Antes da análise propriamente dita, o material deve ser todo preparado, as entrevistas transcritas na íntegra para a exploração do material. A fase da análise propriamente dita é a aplicação sistemática das decisões tomadas, consistindo em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

Tratar o material é codificá-lo. A codificação é a transformação dos dados brutos de um texto que permite atingir uma representação do conteúdo, uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo através do recorte, enumeração e agregação. No recorte escolhe-se as unidades, na enumeração escolhe-se as regras de contagem, e na agregação escolhem-se as categorias.

A categorização, por sua vez, é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, e em seguida, por reagrupamento, segundo o gênero com critérios previamente definidos. Classificar elementos em categorias significa investigar o que cada um deles tem em comum com os outros, o que permite o seu agrupamento é justamente a parte que eles tem em comum. Um conjunto de categorias boas devem possuir as seguintes qualidades (BARDIN, 1979):

- ✦ Homogeneidade: um único princípio de classificação deve ordenar a sua organização. Num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registro e com uma dimensão da análise;
- ✦ Pertinência: uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido e pertence ao quadro teórico definido;
- ✦ Objetividade e fidelidade: as partes de um material devem ser codificados da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises. O organizador da análise deve definir claramente as variáveis que trata, e precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria.
- ✦ Produtividade: Um conjunto de categorias é considerado produtivo quando se fornece resultados férteis - férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos.

3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.2.1 Abordando os familiares acerca da inclusão social dos usuários do CAPS

As entrevistas foram analisadas pretendendo-se conhecer as ações do CAPS II direcionadas à inclusão social, bem como as percepções dos familiares dos usuários sobre os efeitos de tais ações. Foram utilizados pseudônimos para preservar a identidade dos entrevistados.

3.2.1.1 Rotina dos usuários.

Visando conhecer a rotina dos usuários do CAPS para nela identificar ações de inclusão social no seu dia a dia, deparamo-nos com depoimentos que relacionavam a rotina dos usuários à ociosidade. Essa característica foi presente em todas as entrevistas, sendo, portanto, categoria única nessa temática.

a) Ociosidade

Com base nas cinco sequências abaixo é possível constatar a ociosidade presente na rotina dos usuários em cada um dos discursos:

“O dia a dia dele é comer, dormir, perturbar um pouco, só quer sair pra rua e diz: 'Xuxa, Angélica, Mara!'. Mexe com todo mundo, eu só tenho sossego quando ele tá dormindo” (Maria - mãe de usuário)

“...ela não faz nada, ela fica só em casa mesmo, e serviço de casa ela gosta de fazer, lavar roupa, varrer terreiro (...) o dia a dia é sempre assim, mas a gente também leva ela pra passear (...) se tem uma festinha, assim, de dia das mães, eu levo ela, se eu for pro centro também levo ela” (Joana - irmã de usuária)

“Agora ele só vive em casa. (...) Eu mando ele varrer o quintal, fazer outro servicinho qualquer, depois ele vai se deitar.” (Cláudia -mãe de usuário)

“Não faz nada, é só sentado, quando não é sentado é deitado, mas não conversa, não assiste uma televisao, não sai de casa, se sair de casa aí não sabe voltar (...) basta ir no outro lado da rua e ele não sabe voltar mais, é igual a uma criança, nem criança né?” (Ana - filha de usuário)

“...só quer dormir agora, não quer tomar café, não quer almoçar, o negócio dele é cama, o dia todin. Ele não sai, eu não deixo ele sair, por causa das drogas né?” (Cristina - mãe de usuário)

Percebemos, aqui, a ociosidade na rotina dos usuários, justificada, de acordo com os familiares pelas limitações causadas pela doença e pela não-aceitação da sociedade. Porém, outro fator que também nos chama a atenção é o despreparo dos familiares para lidarem com o doente mental, que muitas vezes “preferem” o seu familiar quieto, ocioso, pois se torna mais fácil de cuidar.

A nova política de saúde mental e seus programas envolvem uma mudança nas práticas familiares, que deveriam “cuidar dos doentes como membros plenos da família” e não colocarem dentro de uma instituição para “obter sossego”. Mas Tsu (1993 apud MACIEL et al., 2009) destaca que os familiares não estão aceitando o fechamento das instituições psiquiátricas nem recebendo com tranquilidade a transferência de função, porque a família do doente mental não se encontra em condições de cuidar do paciente por questões financeiras e emocionais.

Na primeira fala, Maria traz em seu discurso o sofrimento em ter o filho em tempo integral com ela devido a ociosidade do mesmo. Para Waidman (1998), a proposta de desinstitucionalização não é algo fácil para as famílias, pois elas enfrentam dificuldades em manter o seu familiar no domicílio, principalmente pela falta de infra-estrutura comunitária, como serviços alternativos de saúde mental eficientes, falta de orientação quanto à doença mental e o preconceito da comunidade em relação ao seu familiar.

Joana e Cláudia relatam que os seus familiares só ficam em casa, e que a única atividade exercida por eles são os serviços domésticos. Porém, Joana afirma que a sua irmã faz os serviços domésticos porque gosta, e que também a leva para passear.

Nos discursos de Ana e Cristina percebemos a total apatia do sujeito portador de sofrimento psíquico, não fazendo nem atividades dentro da própria casa como assistir televisão, conversar com os familiares ou até mesmo se alimentar.

3.2.1.2. Conhecimento dos familiares sobre as ações realizadas pelo CAPS para a inclusão social dos usuários.

Nesta temática, objetivamos identificar, através do discurso de familiares de usuários, as ações desenvolvidas pelos CAPS de Campina Grande-Paraíba direcionadas a inclusão social de seus usuários. Constatamos, nessa temática, três categorias: atividade lúdicas e informativas; Insuficientes para a inclusão social e Desconhecem.

a) Atividades lúdicas e informativas

No discurso abaixo, a familiar do usuário identificou ações de inclusão social realizadas pelo CAPS como atividades lúdicas e palestras realizadas no local.

“Assim, aqui ela vem, participa aqui das atividades, e somente. Atividade, as meninas tem palestra com ela, conversam muito bem com ela, as moças, faz sempre desenho, atividade. Pronto!” (Joana - irmã de usuária)

Joana entende que as atividades realizadas pelo CAPS de inclusão social são atividades com o uso de desenhos e orientações dadas pelos profissionais, como palestras, conversas, limitando-se a isso: “e somente”.

Para Leão (2006), é um erro pensar que somente o manicômio é um lugar que não possui atividades voltadas à reinserção, focando-se apenas em atividades de entretenimento. Essas atividades que buscam passar o tempo de forma prazerosa, com a intenção que o indivíduo adquira recursos psico-afetivos e cognitivos para que possa reproduzir suas habilidades no meio social, também podem ser realizadas dentro de um serviço substitutivo.

Para Saraceno (1999), o uso de atividades com o objetivo do entretenimento é a principal característica do paradigma psiquiátrico, iniciado com o tratamento moral. O indivíduo é mantido entretido, quieto, a espera da cura da doença com a ajuda da ocupação e as características intrínsecas atreladas a ela.

b) Ações insuficientes para inclusão na sociedade

Nesta categoria, as ações de inclusão social foram entendidas como insuficientes para a inclusão social do seu familiar na sociedade.

“...mas, pra lá, [comunidade] isso não vale nada prá ele não. Eu moro numa rua que o povo não reconhece o que é, não sabe o que é educação nem civilização, não, entendeu? Tanto faz, tanto fez.” (Maria – mãe de usuário)

Para Maria, não importa o trabalho que o CAPS faça, pois, para a sociedade, o seu filho “não vale nada”, sendo desnecessárias atividades para inclusão social dentro do CAPS quando a grande barreira está mesmo do lado de fora, na sua comunidade, onde

as pessoas não tem uma educação voltada para o entendimento da saúde mental e, por isso, não respeitam o sofrimento psíquico do seu filho.

c) Desconhecem ações de inclusão

Três dos familiares, dentre os cinco entrevistados, disseram não conhecer atividades voltadas para à inclusão social realizadas pelo CAPS.

“Não, conheço não.” (Ana – filha de usuário)

“Não.” (Cristina – mãe de usuário)

“Não, ainda não ouvi falar disso não...” (Cláudia – mãe de usuário)

O desconhecimento destas ações nos mostra que existe uma lacuna entre as ações existentes (segundo os profissionais) e o conhecimento ou compreensão sobre estas mesmas ações pelos familiares, enquanto ações de inclusão, podendo existir uma falha na comunicação com os familiares e na divulgação dessas ações.

3.2.1.3 Percepção dos familiares sobre a importância das ações do CAPS direcionados para a inclusão social na vida dos usuários.

Com o intuito de conhecer as percepções dos familiares sobre a importância das ações realizadas pelo CAPS em relação aos objetivos da inclusão social, através do convívio com o seu parente que frequenta o CAPS, adentramos nessa nova temática. Encontramos como resultado as seguintes categorias: Contentamento e Nenhuma importância.

a) Contentamento em participar das atividades

Nesta categoria, encontramos que a importância das ações de inclusão do CAPS está no contentamento sentido pela usuária ao participar das atividades do CAPS.

“...ela fica contente em fazer essas coisas, quando ela vem participar dessas festinhas, época de São João, essas coisas. Sempre ela vem, ela se sente muito bem.” (Joana – irmã de usuária)

Joana traz em seu discurso a importância das ações do CAPS voltadas à inclusão social no sentido do contentamento vivenciado pela sua irmã ao participar das atividades festivas do CAPS. Neste discurso, a questão do lazer, ou seja, as atividades festivas, aparecem como uma experiência de inclusão social. Porém, para Leão (2006), considerar o lazer como uma experiência ou prática de inclusão social é um equívoco quando se trata de Reabilitação Psicossocial. Compreender como uma maneira de distração ou ocupação do tempo, dá à prática do “entretenimento” uma nova aparência dentro do serviço substitutivo.

b) Nenhuma importância

Quatro familiares entrevistados responderam não haver importância nas ações do CAPS voltadas à inclusão social.

“Lá onde eu moro ele não vale nada.” (Maria – mãe de usuário)

Para Maria, as ações do CAPS não tem importância devido à não aceitação do seu filho na sua comunidade. É preciso notar que a construção de um novo lugar para a loucura que não seja o da doença, da anormalidade, da periculosidade ou da incompetência implica na necessidade de uma minuciosa revisão do conjunto de representações que atravessam a sociedade e que acompanham os indivíduos ditos loucos. As recentes políticas públicas na área da saúde mental não podem ser pensadas e abordadas sem levar em consideração as atuais gerações de práticas e imaginários sociais que envolvem a loucura.

Hoje, se fala muito em reinserção social, mas qual são os lugares possíveis para um portador de transtorno psíquico voltar a circular na cidade? Para Maria, esse lugar não existe, e nenhuma ação de inclusão social será eficiente enquanto não se trabalhar a sociedade que os receberá.

Porém, essa sociedade é constituída também pela família, que, conforme já discutido, não se encontra preparada para lidar com o portador de transtorno mental. Essa família necessita da ajuda de profissionais da saúde mental, mas, na prática, não há efetivação desse trabalho.

Os familiares, Ana, Cristina e Cláudia disseram não conhecer ações de inclusão

social realizadas pelo CAPS, então, não responderam a pergunta sobre a importância dessas ações, já que eles não conhecem nenhuma.

“Tem não.” (Cláudia – mãe de usuário)

3.2.1.4. Opinião dos familiares sobre ações que poderiam existir no CAPS voltadas a inclusão social.

Para contribuir com a saúde mental, no intuito de compreender as limitações e possibilidades da inclusão social nos serviços substitutivos de Campina Grande, procurou-se investigar sugestões dadas pelos familiares quanto à novas ações de inclusão social que poderiam existir no CAPS. Na análise desta questão encontramos três categorias: *Satisfação com atendimento devido à medicação*; *Satisfação com o atendimento devido a pouca verba*; *Necessidade de Atenção mais específica*.

a) Satisfação com atendimento devido à medicação

Alguns familiares relataram já estarem satisfeitos com as ações existentes no CAPS devido à existência de medicação e de consultas médicas.

“Pelo que o CAPS já fez por mim já foi bom até demais, porque aqui, graças a Deus, ele tem o seu remédio na hora certa, o remédio que combate e ainda faz ele dormir.” (Maria – mãe de usuário)

“Pra ajudar ele eu não sei. Já ajuda muito, porque vem fazer consulta.” (Cláudia – mãe de usuário)

Para Maria, as ações realizadas pelo CAPS já são suficientes, pois o serviço oferece o remédio que combate a doença do seu filho e o faz dormir. Para Leão (2001), as ações voltadas para a medicalização e o atendimento individual se sobressaem às novas tecnologias de cuidado em saúde mental voltadas para a produção de autonomia do usuário. Dessa forma, mantém e reproduzem no contexto das relações sociais o “manicômio mental” presente no saber científico convencional, modificando-se apenas a lógica externa, representada pelas portas abertas.

A família, por sua vez, contribui para a continuidade do modelo “manicomial mental”, pois acredita ser o remédio o único tratamento para o seu familiar, já que este tem um efeito imediato de combater os sintomas, provocar sonolência e,

consequentemente, minimizar os incômodos causados pelo familiar-usuário do serviço.

b) Satisfação com o atendimento devido a pouca verba

Nesta categoria, atribui-se a conformação com os serviços existentes devido à impossibilidade de trazer novas ações pela pouca verba recebida pelo serviço.

“Eu acho assim, que de tudo a menina faz, do possível delas (...) Como diz a história, acho que é pouca verba né? As vezes ela quer fazer muitas coisas, mas não pode né? As vezes as verbas não saem. (...) também o lugar pra esse pessoal participar aqui, eles tem aqui o treinamento, e se tiver chovendo aqui não pode fazer esse treinamento. Que poderia ser outro setor melhor pra eles” (Joana – irmã de usuária)

Joana acredita que os profissionais do CAPS já fazem todo o possível dentro dos limites que lhe são dados, pois o dinheiro destinado a este segmento da saúde é pouco. Como nos traz Carvalho (2010), muitos dos CAPS funcionam de maneira precária, sem os equipamentos recomendados e com equipes insuficientes.

c) Necessidade de atenção mais específica

Nesta categoria, ressalta-se a compreensão dos familiares sobre a necessidade e importância de atenção mais específica para o usuário do CAPS, com atividades diferentes voltadas para cada tipo de usuário, levando-se em consideração a singularidade do sujeito, suas potencialidades e limitações.

“Passeio, levar prá um passeio. Assim, que elas conversassem, não deixassem pra ele puxar assunto, que conversassem com ele, fizessem alguma atividade sem escrever, porque ele já não sabe ler, ai ele nem liga pra esse negócio de tá escrevendo. Agora, se tivesse outras atividades, mais criatividade pra ele fazer, eu creio que seria bem melhor. (Ana – filha de usuário)

“Uns trabalhos mais aprofundados, que eles se interessassem a vir mais pro CAPS, entendeu? Porque ele diz que as ocupações aqui no CAPS são coisas bobas, não interessam a ele. Quer coisa mais aprofundada entendeu? Porque ele era universitário (...) Uns cursos que tivessem mais proveito, aprender a fazer arte, alguma coisa que desse pra eles fazerem e venderem, pra eles mesmos negociarem, por conta própria.” (Cristina – mãe de usuário)

Ana sugere que poderiam existir atividades manuais, com mais criatividade, pois seu familiar não sabe escrever, e isso dificulta a interação dele nas atividades e o

desmotiva a ir ao CAPS. Em contrapartida, a familiar Cristina sugere atividades mais aprofundadas, pois seu filho, que era universitário, acha as atividades do CAPS bobas e isso o desmotiva a ir ao CAPS. Sugere também atividades lucrativas, onde eles pudessem vender posteriormente o material produzido. Percebemos, então, a necessidade de atenção mais específica aos diferentes tipos de usuários do CAPS, pois, segundo Carvalho (2010), negar os diversos níveis de complexidade das doenças mentais e privilegiar uma suposta etiologia social dessas patologias é uma atitude irresponsável de movimentos que consideram a loucura apenas como a expressão de “subjetividades individuais”.

3.2.1.5. Percepção dos familiares sobre a existência de inclusão de seus familiares fora dos muros do CAPS

Nessa temática procuramos investigar, através do discurso dos familiares, se eles consideram que os seus parentes, fora do muro do CAPS, estão incluídos na sociedade. Encontramos duas categorias: Não há inclusão e Não tem problemas de inclusão.

a) Não há inclusão

Quatro entrevistados (em um total de cinco) afirmaram não considerar que os seus familiares estavam inclusos na sociedade devido ao preconceito sofrido e ao isolamento.

“Tá não... lá [comunidade] ele não vale nada, não. O louco mesmo, realmente, ele só tem... o meu mesmo só tem respeito aqui dentro do CAPS, como gente, mas lá fora é diferente: “Oh o doido!” “Óh o louco”. Ele pode nem falar muito: “pia o doido apertou!” Entendeu? Onde eu moro é assim.” (Maria – mãe de usuário)

“Não, o povo não aceita, chama ele de louco, doido, besta, abestalhado, sempre discrimina.” (Cristina – mãe de usuário)

“Não, tá não, não tá incluído. Porque ele não participa de nada, só dentro de casa. Então, ele não tá incluído em sociedade.” (Ana – mãe de usuário)

“Tá não. (...) Fora daqui... não, ele só vive em casa.” (Cláudia – mãe de usuário)

Maria, Cristina, Ana e Cláudia acreditam que não exista inclusão fora dos muros do CAPS, pois, a sociedade não está preparada para recebê-los. Maria demonstra que a concepção de inclusão social refere-se à aceitação e ao acolhimento do seu familiar pelos

funcionários do serviço. Nesse sentido, o próprio CAPS representa o espaço de inclusão social ao oferecer atenção e respeito. Do outro lado está a sociedade “lá fora” que faz a exclusão social porque não compreende o sujeito com suas crises e desconhece a doença mental.

Cristina relata ser o seu filho alvo de xingamentos preconceituosos que, segundo ela, decorrem da não aceitação dele por parte da sua comunidade.

Ana e Cláudia afirmam estarem os seus familiares excluídos da sociedade por não participarem de nenhuma atividade social, ficando o dia todo em casa, tendo uma rotina ociosa.

Porém, percebemos também, como já discutido anteriormente, o despreparo da família, que acaba incentivando esse isolamento e, conseqüentemente, contribuindo para a dificuldade na inserção.

b) Não tem problemas com a sociedade

Nesta categoria encontra-se a única familiar que acredita que o seu familiar – usuário do CAPS “não tem problemas com a sociedade”. Isso não significa, portanto, que este usuário esteja socialmente incluído, mas, que não vivencia os mesmos problemas vividos pelos que foram situados na categoria anterior.

“Tá... ela não tem nenhum problema não... A sociedade, assim, com ela não tem nenhum problema não. Ela não trabalha né, ela é aposentada.” (Joana – irmã de usuária)

Joana acredita que a sua irmã não tem “problemas com a sociedade” já que ela é aposentada, não trabalha e passa o dia em casa. Notamos aqui que a falta de conflito com a sociedade está relacionada ao não convívio com a mesma, devido a apatia provocada pela doença à irmã da entrevistada e ao isolamento, já que é aposentada.

Aqui, verifica-se um equívoco nos conceitos da familiar sobre inserção social. Não basta estar do lado de fora de uma instituição psiquiátrica para haver inclusão. Os princípios da exclusão encontram-se imbuídos nas relações (QUINTÃO, 2007) .

3.2.1.6. Contribuição do CAPS na inserção social do usuário.

Para finalizar os temas investigados com os familiares, concluímos perguntando acerca da contribuição do CAPS na inserção social do seu familiar. Duas categorias foram

constituídas a partir das respostas obtidas: *Contribui com suporte emocional* e *Não contribui*.

a) Contribui com suporte emocional

Nesta categoria, a contribuição do CAPS aparece no discurso da familiar como suporte emocional dado aos usuários.

“Só essas reuniões que tem pra eles já... acho que eles conversando com essas meninas que trabalham com eles, acho que passa muita coisa mesmo. Conversam com eles, tiram muita coisa da cabeça deles. (...) Ele chegava todo satisfeito (...) e “Cecília” [profissional – nome fictício] dava muito conselho a ele, entendeu? Ele, quando chega em casa, chega outra pessoa.” (Cristina – mãe de usuário)

Cristina acredita que a importância das ações do CAPS no sentido da inclusão social esteja no suporte emocional proporcionado pelas conversas e conselhos dados pelos profissionais do CAPS, que “tiram muita coisa da cabeça deles”. Entendemos que o suporte emocional dado pelo CAPS é algo importante para os que ali buscam cuidado, porém não são efetivamente práticas de inclusão.

b) Não contribui com a inclusão social

Nesta categoria, os familiares afirmaram que o CAPS não contribui com a inclusão social dos seus familiares.

“O que eu tenho a dizer... Na minha mente, acho que ele nunca vai ter melhora, melhora como os outros, os outros especiais. Depende de que veio a loucura, e a dele é de nascença.” (Maria – mãe de usuário)

“Pra ele não tem importância não. Mas, prá outros usuários é muito importante.” (Ana – filha de usuário)

“Eu não sei nem dizer.” (Cláudia – mãe de usuário)

“Não. Assim, eu acho que não” (Joana – irmã de usuária)

Maria e Ana trazem em seus discursos a ineficiência das ações do CAPS para a inclusão social dos seus familiares devido ao grave problema psíquico enfrentado por eles, mas afirmam que para outros usuários é importante.

Com essa pesquisa notamos alguns pontos que mais se destacaram no discurso dos familiares. A ociosidade presente na vida dos usuários, por exemplo, foi algo relatado por todos os familiares. O desconhecimento da maioria sobre as ações de inclusão social realizadas pelo CAPS também nos chamou a atenção, posto ser contraditório, pois quando perguntados sobre outras ações que poderiam existir, a maioria relata já estarem satisfeitos com as existentes, o que demonstra falta de criticidade sobre o serviço ou mesmo um desinteresse quanto à inclusão social do seu parente, já que o mesmo já recebe remédios do CAPS, deixando-os calmos. Outro ponto relevante apresentado no discurso dos familiares é a afirmação sobre os usuários do CAPS não estarem inseridos na sociedade devido ao preconceito existente, porém, entendemos que a própria família muitas vezes não está preparada para lidar com o portador de sofrimento psíquico devido às inúmeras privações econômicas e sociais atreladas ao papel de cuidar de um parente mentalmente enfermo.

A família também precisa ser cuidada, e as questões referentes às dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o usuário precisam ser levadas em consideração (MACIEL, 2009).

A seguir, veremos as percepções dos profissionais acerca das ações de inclusão social realizadas no CAPS e as consequências na vida dos usuários.

3.2.2 Abordando os profissionais acerca da inclusão social dos usuários do CAPS

As entrevistas com os profissionais foram analisadas pretendendo-se conhecer as ações do CAPS II direcionadas à inclusão social, bem como as percepções dos profissionais que trabalham neste serviço sobre os efeitos de tais ações.

3.2.2.1. Percepção dos profissionais sobre as ações existentes no CAPS voltadas para a inclusão social

Esta temática teve como objetivo analisar, do ponto de vista dos profissionais, quais ações do CAPS são percebidas como voltadas à inclusão social dos usuários.

a) Parcerias com outras instituições

Nesta categoria, as parcerias com outras instituições foram presentes no discurso de todos os profissionais como a principal ação do CAPS no sentido da inclusão social.

“É feito na comunidade palestras, então, a gente encaminha pro PSF, pra que eles dêem continuidade lá, pra que eles possam participar das atividades existentes na comunidade, no caso, clube de mães. A gente encaminha eles pra escola (...) a gente tem conseguido parcerias junto com o SENAI, pra eles poderem fazer cursos lá, profissionalizantes, e geralmente a gente tá buscando parcerias com outras instituições” (Angela - oficinaira)

Tem muitas, a gente sempre tenta fazer intercâmbio com outras entidades, pra SENAI, agora o pessoal tá fazendo um curso, tá sendo inserido lá, o curso do SENAI, de informática, de outros cursos pra gerar uma geração de renda e até ele mesmo socializar melhor (...) sempre trabalho em cima disso, de cursos profissionalizantes, de entidade, com palestras, com informação, esse é um meio que a gente sempre tem. (Eloísa – técnica de enfermagem)

Devido ao perfil deles, eles são inseridos nas oficinas que existirem, oficinas de psicomotricidade, de trabalhos manuais, futebol, dinâmica de grupo, oficina de pintura, dentre outras que, dependendo da habilidade do usuário, ele passa para uma oficina que requer mais dele. E também, a gente... como aqui não tem oficina de geração de renda, não funciona na verdade, a gente conduz eles pra outro serviço, como o serviço de Centro de Convivência, onde tem a oficina mais elaborada, oficina de pintura, oficina de música, de computação. (Luíza - pedagoga)

As parcerias com as instituições, é uma ação que a gente faz, por exemplo, agora, a gente tá com o SENAI, então foram incluídos aqui, em cursos profissionalizantes lá, que tem adequado pra cada modalidade (...) A questão dos seus direitos a gente também passa através de palestras, de atendimento individual, esclarecer, como acessa. (Célia – assistente social)

Eles fazem cursos. Aqui mesmo tem como eles fazerem. Agora mesmo a gente tá com uma equipe lá no SENAI, de inclusão social (...) tá sendo realizado lá, parece que tem entre seis e oito usuários nossos (...) Quanto aqui, também existem oficinas de bijoux, que hoje tem delas que já fazem por conta própria pra sua manutenção. Elas fazem bijoux, fazem pinturas, bordados, fazem fuxico. (Renata – auxiliar de coordenação)

As parcerias com outras instituições foram a forma que mais se destacou como ação de inclusão no discurso das profissionais, principalmente o SENAI, que no momento da pesquisa estava realizando um projeto de inclusão no mercado de trabalho para pessoas com algum tipo de deficiência física ou transtorno mental, intitulado “inclusão digital muito especial” (Ver Anexo A). Neste espaço territorial, onde uma rede de iniciativas múltiplas agencia cuidados de saúde e inclusão social, devem estar articulados todos os

atores envolvidos: usuários e seus familiares, profissionais de saúde e outras áreas, gestores do SUS, sociedade organizada e os vários setores: educação, justiça, moradia, previdência, trabalho, cultura e saúde (PITTA, 2001). Ou seja, há necessidade de uma prática intersecretarial no município para a efetivação das ações territoriais.

3.2.2.2. Impressão dos profissionais sobre o cumprimento dos objetivos do CAPS na inclusão social

Nesta temática, procuramos identificar se, para os profissionais, as ações realizadas pelo CAPS voltadas à inclusão social estavam alcançando o seu objetivo.

a) Cumprem com os objetivos

Nesta categoria, a profissional afirma que as ações do CAPS para inclusão social atingem os seus objetivos.

Bom, esse é o nosso intuito, e, até aqui, da minha parte, enquanto equipe, eu não vejo nenhuma... nenhum reclamar. Vejo alguns deles até chegar aqui, mostrar pra gente que já voltou a trabalhar, que já voltou a estudar. (Renata – auxiliar de coordenação)

Para a profissional Renata, o CAPS atinge o objetivo da inclusão, pois ela não “vê nenhum reclamar”. E também por alguns dos usuários informarem no CAPS que estão trabalhando ou estudando. Observamos, neste discurso, a necessidade da abertura de espaços para discussão e esclarecimento com os próprios profissionais do serviço sobre as políticas de inclusão do CAPS.

b) Cumprimento Parcial

Quatro dos cinco entrevistados relataram que o objetivo de incluir socialmente seus usuários é realizado “em parte” pelo CAPS, cumprindo parcialmente o seu objetivo.

Olha, 100 por cento a gente ainda não tem conseguido atingir né? A gente tá caminhando e eu creio que futuramente 100 por cento ela consegue atingir. (...) A gente tem feito. Claro que novas ações tem que ser feitas. (Angela - oficinaira)

Sim e não. Porque, como posso falar? Para o usuário isso é bom, ele cresce

como pessoa, porque aí ele tá, de certa forma, conseguindo a sua independência, a sua profissão. Mas, na realidade, quando chega para a contratação, é muito difícil eles contratarem. (...) Tem usuária daqui que trabalha em grande firma, mas eles não sabem que ela tem esse problema. Ótima profissional, de mão cheia, mas aí ela diz: “Se eu disser [que é usuária do CAPS] com certeza vou ser demitida, eu nego totalmente”. (Eloisa – técnica de enfermagem)

De alguns sim. No caso, a gente percebe aqueles que não tem um problema muito grave (...) e muitas vezes, realmente, com a medicação há um controle do quadro deles e, lá fora, realmente, eles conseguem levar suas vidas normalmente. Mas, isso é uma exceção muito grande. Na maioria das vezes a gente vê, a gente sabe que o preconceito é muito grande, eles chegam nos lugares e basta dizer que faz parte de CAPS que eles mesmos relatam que é negado oportunidade de emprego. (Luíza - pedagoga)

Elas [as ações] dão um grande passo, só que, assim, a gente ainda percebe que a sociedade não tá ainda muito preparada pra receber isso. A gente faz a nossa parte, a gente tenta, é... vamos dizer, dá a nossa contribuição, mas também a gente precisa que a sociedade aceite, que ela entenda, sabe? Que fique disposta a ajudar. (Celia – Assistente social)

A profissional Angela traz em seu discurso a necessidade de novas ações para o CAPS conseguir atingir todos os seus usuários com políticas de inclusão social.

O discurso de Eloisa vem trazer a dificuldade que os usuários com transtornos mentais tem no ato da contratação pelas empresas. Para Eloisa, o objetivo da inclusão social não é totalmente alcançado devido ao preconceito existente na sociedade. O que se torna um grande círculo, pois, o trabalho ajuda o portador de sofrimento psíquico a ser aceito e reconhecido como ser humano capaz e isso faz com que suas recaídas sejam menos frequentes. Além do resgate da cidadania e da dignidade proporcionadas por estar em uma atividade laborativa, o trabalho também gera sustento a família, e quando o doente se torna menos “pesado” a aceitação dele na família é maior (WAIDMAN; ELSÉN; MOREIRA, 2004). Não podendo ter acesso ao trabalho devido a barreira construída pelo preconceito, o usuário do CAPS não terá acesso a esses inúmeros benefícios advindos do labor.

A medicação aparece no discurso de Luiza como fator equilibrante para que a pessoa possa “levar a vida normalmente”. As chances de inclusão parecem só pertencer aqueles que não tenham “um problema muito grave”, sendo os portadores de transtornos graves os excluídos dos excluídos. Para Carvalho (2010), é preciso considerar que essa ferramenta (o CAPS) não atende a todos os graus de complexidade dos transtornos mentais e admitir que muitos funcionam de maneira precária.

Para Célia, O CAPS dá um grande passo na conquista da inclusão social dos seus

usuários, sendo barrados por uma sociedade despreparada.

3.2.2.3. Opinião dos profissionais sobre outras ações voltadas para a inclusão social que poderiam existir no CAPS

Nesta temática investigou-se as outras ações possíveis de existir no CAPS para a inclusão dos usuários, de acordo com a percepção dos profissionais. Foram encontradas as seguintes categorias: *Ações de inclusão fora do CAPS*; *Ações educativas*; *Não sabe*.

a) Ações de inclusão fora do CAPS

Quanto às ações que poderiam existir no CAPS para a inclusão social dos seus usuários, foram encontradas sugestões de ações que aconteceriam fora do CAPS, seja em parceria com instituições privadas ou com a rede de saúde como um todo.

eu acho que... primeiramente, a participação da família, uma inclusão assim... mesmo, o usuário dentro de casa, junto do ambiente familiar, eu acho que precisa mais da família, acho que precisa mais do olhar do PSF pra essas pessoas, da assistência básica, da rede como um todo (...) Porque o objetivo do CAPS é levar essas pessoas pra fora do CAPS. Então o máximo que a gente pode fazer, tem os grupos terapêuticos (...) tem os atendimentos psicológicos (...) As oficinas terapêuticas também tem esse subsídio. (...) Então todos passam por esse conjunto de atividades aqui no CAPS, onde ele vai ter um subsídio futuro pra poderem desenvolver alguma atividade na sociedade, entendeu? (Angela -icineira)

Do setor de empresas privadas eu acho que seria uma grande ajuda, né, de eles abrirem as portas (...) não tem o campo, quando a gente vai procurar o espaço é restrito. Eu acho que deveriam ter mais aberturas no campo do emprego, no campo também do lazer. (Celia – assistente social)

Eu diria assim de forma geral, que pudesse haver realmente uma parceria com outros órgãos, tanto do governo como estadual, municipal, e que pudesse expandir realmente com outros serviços pra que eles pudessem ser inseridos, porque só assim, dependendo do serviço do CAPS e as oficinas que a gente oferece não abre tanta oportunidade não. (Luiza - pedagoga)

Para a entrevistada Ângela, o CAPS não tem responsabilidade direta com a inclusão social, porque o objetivo do CAPS seria levar essas pessoas “pra fora”, encaminhá-las para outros órgãos ou devolvê-los as suas famílias quando estivessem com as crises controladas. O que difere no relatado pelo Ministério da Saúde (2004) que afirma ser o objetivo dos CAPS: oferecer atendimento à população de sua área de

abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A profissional fala ainda da necessidade da participação da família. De acordo com Waidman; Elsen; Moreira (2004), se a família não estiver preparada para compreender e aceitar seu familiar doente, na sua singularidade, vendo também sua potencialidade e não só a sua limitação, a convivência familiar se tornará insustentável, e a internação imediata. Mas os fatores que interferem na reinserção social do indivíduo podem ser minimizados com um trabalho efetivo com os usuários e seus familiares.

Para Luiza e Célia, o CAPS sozinho não consegue abrir muitas oportunidades para os seus usuários, necessitando de uma maior integração com outros órgãos. Esse discurso nos remete a Amarante (2003) quando nos alerta para o que ele chama de “capsização” do modelo assistencial, na medida em que a atual política de saúde vem se reduzindo a este tipo de serviço. Então, limitar a reforma psiquiátrica a isso não é suficiente para a superação do paradigma psiquiátrico e a promoção da inclusão social do usuário, pois, mesmo dentro do CAPS podem ocorrer práticas segregadoras, tornando-se necessário a efetivação de políticas sociais que realmente colaborem para a inserção dos portadores de sofrimento psíquico na sociedade.

b) Ações educativas

Nesta categoria, as outras ações que poderiam existir no CAPS, segundo a profissional, seriam ações educativas.

Eu acho que poderia ter alguma coisa voltada pra educação deles, entendeu? Porque a gente trabalha aqui nessa área de curso né? De profissionalizante. Mas tem muito usuário aí que é analfabeto e tem muita dificuldade, porque tem uns que tem um desejo enorme de estudar, eu acho que se tivesse uma parceria da educação com a gente aqui seria muito proveitoso. (Eloisa – técnica de enfermagem)

No discurso de Eloisa, poderiam existir no CAPS mais ações voltadas à educação dos usuários, pois muitos deles são analfabetos e enfrentam muitas dificuldades devido a isso, devendo haver parcerias com as instituições educativas da cidade. Para Eloisa, as práticas de inclusão social voltadas a realização de cursos profissionalizantes não são tão eficazes, já que há uma grande quantidade de usuários não dominam a leitura e a escrita.

c) Não sabe

Apenas uma profissional respondeu não saber quais outras ações de inclusão social poderiam ser acrescentadas ao CAPS.

“No momento eu não sei nem te responder.” (Renata – auxiliar de coordenação)

3.2.2.4. Percepção dos profissionais sobre a inclusão social fora dos muros do CAPS

Com o objetivo de analisar, segundo a percepção dos profissionais, se há inclusão dos usuários fora dos muros do CAPS, encontramos três categorias: *Há inclusão*; *Há inclusão para alguns* e *Não há inclusão*.

a) Há inclusão

Nesta categoria, a profissional afirma que existe inclusão social fora do CAPS, no dia a dia dos usuários.

“Acontece. Acontece deles que vão até em outras cidades fazerem compras, negociam, outros que fazem cursos assim, corte e costura, outros que fazem curso de manicure.” (Renata – técnica de enfermagem)

Para Renata, a inclusão social acontece porque alguns dos usuários vão a outras cidades fazer compras e outros fazem alguns cursos como manicure e corte e costura. Percebemos, neste discurso, algumas limitações no entendimento da profissional sobre o “estar inserido” na sociedade. Voltamos a ressaltar a importância de espaços para discussão sobre a inclusão social dentro dos serviços substitutivos.

b) Há inclusão para alguns

Nesta categoria encontram-se os que acreditam que exista a inclusão social fora do CAPS somente para alguns usuários: os que estiverem mais orientados.

“Prá alguns creio que tá acontecendo, agora pra todos ainda não, a gente sabe que a sociedade ainda não está preparada pra receber esse tipo de usuário (...) depende do transtorno mental, depende do grau que essa pessoa esteja comprometida.” (Angela - oficinaira)

“Alguns sim, outros realmente não, porque existem casos e casos, tem aqueles casos com eu te falei, casos severos, casos graves (...) existem outros que realmente, a gente incentiva, estimula, mostra lá fora outros serviços, outros meios para que eles possam se inserir na sua comunidade, de uma forma geral, e realmente eles se esforçam pra isso e se incluem.” (Luiza - pedagoga)

“Eu acho que acontece, só que ainda numa proporção pequena.” (Celia – assistente social)

Mais uma vez percebemos nos discursos das profissionais que a inclusão social só chega a acontecer em alguns casos, quando o transtorno mental é leve, esses por sua vez, são “incentivados”, “estimulados” pelas profissionais, mostrando-lhes “lá fora outros serviços” e se eles se esforçam obtém êxito. Muitas vezes, os próprios usuários são culpabilizados pelas suas limitações, acreditando que se estes se “empenharem” conseguirão se inserir socialmente.

c) Não há inclusão

Nesta categoria, a profissional afirma que não acontece a inclusão social dos usuários fora dos muros do CAPS.

Não, não tao. É um inserido assim isolado, ele não tem aquela socialização nos ambientes, de certa forma eles tao ali no lugarzinho deles, se eles saírem do lugarzinho deles de certa forma eles já são barrados (...) Porque a sociedade em si não tem essa visão de transtorno mental, acha que é agressivo, são doidos. (Eloisa – técnica de enfermagem)

Para Eloisa, o espaço permitido para a circulação dos usuários do CAPS é limitado, se eles saírem do “lugarzinho deles” já são barrados devido a visão distorcida da sociedade em relação ao transtorno mental, achando-os agressivos. Essa concepção ainda está muito presente no discurso sobre o transtorno mental, não é possível reverter rapidamente uma cultura excludente construída há séculos e que só a partir das últimas décadas, no Brasil, começou a ser questionada e apontada a necessidade da mudança.

Porém, caminhando para a desconstrução desse discurso equivocado sobre o transtorno mental, algumas ações são propostas pelo Programa de Atenção ao Paciente Psicótico na Comunidade (OPAS), em cinco eixos: estratégias gerais; modificação das

atitudes na comunidade; modificação das atitudes nos profissionais de saúde; modificação das atitudes dos meios de comunicação; e promoção e defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental, que vão desde um tratamento adequado até não ser discriminado pela doença (MATEUS et al., 2005 apud LEÃO, 2006).

3.2.2.5 Contribuição do CAPS na inserção social dos seus usuários

Nesta temática investigou-se a contribuição do CAPS para a inserção social dos usuários segundo as percepções dos profissionais. Foram encontradas duas categorias: *Suporte Psicológico; Busca por parcerias.*

a) Suporte psicológico

Nesta categoria os profissionais afirmaram ser o suporte psicológico a principal contribuição do CAPS na inclusão social dos seus usuários.

“A contribuição do CAPS... eu acho que é o suporte psicológico que o CAPS tem dado, esse apoio que eles não encontram lá fora e que eles tem vindo buscar aqui.” (Angela - oficina)

“O que o CAPS pode fazer é dá força, é justamente tirar ele daquela situação que ele chega aqui apresentando, estabilizar o seu quadro, minimizar o seu sofrimento, pra que ele possa ter uma vida normal (...) a contribuição que o CAPS dá é mais na... psicologicamente realmente, tentar minimizar o sofrimento do indivíduo.” (Luiza - Pedagoga)

No discurso das profissionais Angela e Luiza, a contribuição do CAPS para a inserção social dos seus usuários se dá no aspecto do apoio psicológico, voltado para a minimização do sofrimento psíquico para que ele possa “ter uma vida normal”. O papel do CAPS seria, então, o de apaziguar os sintomas, as crises.

Acontece, então, a separação entre sujeitos e contextos, não havendo intervenção nos eixos propostos pela Reabilitação Social – a rede social, a questão do trabalho e a moradia (LEÃO, 2006). A única reabilitação possível se dá a partir da construção de direitos substanciais de cidadania que envolve os aspectos afetivos, relacional, material, habitacional e produtivo.

b) Busca por parcerias

Nesta categoria, os profissionais afirmaram ser a busca por parcerias com outras instituições a principal contribuição do CAPS na inclusão social dos seus usuários.

“É tentar buscar parcerias com outros serviços, em busca disso pra vê se melhora mais essa visão, como as pessoas vêem as coisas.” (Eloisa – técnica de enfermagem)

“Atendimentos, inserção também com a família, da gente tá sempre orientando, eu acho que é uma parte assim que a gente oferece tentando encaminhá-los pra algumas dessas instituições que a gente pode, no sentido de que vá dar continuidade a vida dele também, a gente não só pensa na questão medicamentosa, aquela consulta apenas, mas tem todo... que ele tenha aqui um respaldo pra hora que ele precisou, a hora da crise, quando ele tiver apaziguado, tiver melhor, que ele possa desenvolver suas atividades lá fora.” (Celia – Assistente social)

a contribuição acontece de acordo com o perfil de cada um, a procura de um... da família, porque não é só o usuário, nós não trabalhamos só com o usuário, nós trabalhamos com a família, o CAPS e o usuário, uma argola de três, quando essa argola acontece é um sucesso, aí a contribuição vem a partir da hora que entra no CAPS, já passa a ser uma pessoa da família. (Renata – técnica de enfermagem)

Observamos no discurso dos profissionais que a contribuição do CAPS estaria na busca por parcerias para o encaminhamento dos usuários para outros serviços. Mas, se o principal objetivo do CAPS é a reinserção social dos seus usuários, porque os profissionais não citam ações existentes dentro do próprio CAPS para tal fim? A responsabilidade da inclusão é repassada para outros órgãos que muitas vezes não tem o compromisso com a reinserção social dos portadores de transtornos psíquicos.

Para Figueiredo (2010), os profissionais da saúde mental necessitam de reciclagem teórica e prática e, principalmente, educação em saúde pública, a fim de compreenderem bem os seus papéis no processo histórico que culminou nas atuais políticas de saúde mental e reforma da assistência psiquiátrica, que certamente dependem deles, mas não começaram nem vão terminar com eles.

Para Renata, no último discurso, a contribuição do CAPS acontece quando a família também participa do processo, juntamente com o usuário. Quando essa interação acontece o trabalho é um sucesso.

Porém, algo que agrava ainda mais a situação dos portadores de transtorno mental

diz respeito aos serviços de saúde. Pois, muitas vezes, os profissionais desses serviços trabalham com uma representação de família idealizada, pressupondo que a família apresente condições de cuidar do seu doente, suprindo todas as necessidades, inclusive emocionais. Esquecendo-se do fato de que a família também precisa ser cuidada (GONÇALVES E SENA, 2001 apud MACIEL et al., 2009).

Com essa pesquisa notamos alguns pontos que mais se destacaram no discurso dos profissionais. A busca por parcerias, por exemplo, foi algo relatado por todos os profissionais. A maioria dos profissionais afirmaram haver um cumprimento parcial dos objetivos nas ações de inclusão social, mas relataram ser o preconceito na sociedade o fator obstruinte para o alcance desses objetivos. As ações de inclusão social que poderiam existir foram sugeridas como ações externas, fora dos muros do CAPS. E fora desses muros, os profissionais acreditam estarem incluídos apenas uma pequena parcela dos seus usuários, no caso, aqueles que estejam mais orientados. A contribuição do CAPS voltada para a inclusão social, se dá, segundo os profissionais, mais no sentido da busca por parcerias e no suporte psicológico. Sabemos que são muitas as dificuldades enfrentadas pelos serviços substitutivos, porém, parece haver uma responsabilização do outro nas questões relativas à inclusão social. A sociedade que não aceita, as empresas que não contratam, a família que não participa. Mas qual seria o papel do CAPS frente a todas essas dificuldades?

A família, por sua vez, também acredita ser a sociedade preconceituosa a barreira que impede a inclusão dos seus parentes, ou até mesmo a própria doença, que os deixa agitados ou deprimidos. Nota-se, aqui também, que a família se desresponsabiliza pela não inclusão do seu familiar. Porém, sabemos da grande importância que essas duas esferas representam na inclusão social do doente mental: A família e o CAPS. Cada um devendo assumir o seu papel diante da questão da exclusão. A sociedade, realmente, ainda estigmatiza o sujeito com sofrimento psíquico, mas ela não irá se auto-remediar, a família e o CAPS têm os seus papéis na transformação dessa segregação, ações que podem e devem ser feitas, dentro e fora do CAPS, e dentro e fora do eixo familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi pesquisado, pode-se afirmar que, apesar de ter tido seu início há algumas décadas no Brasil, a reforma psiquiátrica ainda está começando sua caminhada, devido às inúmeras questões envolvidas nesse tema, desde condições financeiras, históricas, políticas e culturais. Porém, é importante ressaltar que, mesmo não tendo sido suficientes, as mudanças ocorridas com a reforma, elas foram muito importantes para atingir algumas mudanças necessárias sobre o cuidado e os direitos do portador de transtorno psíquico.

Percebemos as inúmeras dificuldades relacionadas à inclusão do usuário do serviço substitutivo, relatadas tanto pelos familiares destes, quanto pelos profissionais que atuam nesse serviço. Em ambos os grupos identificamos a crença de ser a sociedade e seus estigmas em relação à doença mental o maior empecilho para o acontecimento da inserção deste indivíduo na sociedade.

Podemos observar, a partir dos resultados desta pesquisa, que a família não está preparada para lidar com o seu familiar doente, pois, estando inserida na sociedade, acaba compartilhando das representações sobre a doença mental e reproduzindo um discurso estigmatizante. Além disso, esta família ainda vive inúmeras dificuldades atreladas a este fato, sofrendo privações econômicas e sociais por não ser o seu familiar uma pessoa totalmente produtiva e independente. Essa sobrecarga à família acaba levando à superestimação da medicação sobre os outros meios terapêuticos, posto ser a medicação um elemento com um retorno rápido e visível, pois controla as crises dos usuários. Devido a este fator a família acaba apresentando dificuldades na aceitação das novas políticas de atenção à saúde mental que frisam outras práticas terapêuticas e o retorno ao convívio sociofamiliar. Observamos esta dificuldade de aceitação também nos discursos que, em sua maioria, quando perguntados sobre que outras ações poderiam existir no CAPS para ajudar o seu familiar a se inserir socialmente, afirmavam já estarem satisfeitos com as ações existentes, apesar de, em outra pergunta, terem concluído não conhecer nenhuma ação voltada à inclusão social realizada pelo CAPS.

A inclusão social como bandeira da Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui um desafio para os serviços de saúde mental. Como já vimos, os familiares não estão preparados para cuidar do seu familiar doente e, os profissionais, por sua vez, não se sentem agentes de inclusão social, por se depararem com limites que envolvem o preconceito no mercado produtivo. Limites estes que eles consideram além do alcance

das suas possibilidades práticas. Porém, de acordo com as diretrizes do CAPS, o papel do serviço é, também, o de estimular usuários e familiares a criarem cooperativas, bem como oferecer oficinas geradoras de renda e estabelecer parcerias intersetoriais. Observamos então, nesta pesquisa, que o projeto do CAPS não se apresenta de forma clara a todos os profissionais, que trazem discursos divergentes do divulgado pelo serviço.

A estruturação de uma rede social capaz de apresentar vinculações suficientes para o desligamento do usuário do serviço ainda não é uma realidade do CAPS. Os discursos apontaram para a necessidade de mais trabalhos territoriais e, também, que as ações dentro dos muros do CAPS ainda têm prioridade sobre as de cunho territorial.

Para que os serviços substitutivos cumpram seus objetivos de inclusão social é necessário que eles procurem e estimulem ações que viabilizem as trocas sociais, principalmente na rede social nuclear – a família, que podem ter o seu despreparo revertido a partir de uma assistência adequada, sendo preparada para o retorno do usuário ao convívio com a sociedade. Outras ações necessárias seriam o enfrentamento ao estigma da doença mental com intervenções dentro da comunidade e a promoção da autonomia da pessoa acometida com o transtorno mental, também pela via do trabalho.

Por fim, faz-se necessário maior aprofundamento de trabalhos com a família e com a sociedade, para que ocorra uma real aceitação dos usuários dos serviços substitutivos no seu cotidiano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCANTARA, L. C. **Economia Solidária e oficinas de trabalho na saúde mental**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007
- ALVES, C. F. O.; et al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. 2009. Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE, Recife, Brasil.
- AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos**: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995
- ANDREOLI, S.B, et al. **Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos**. São Paulo: Cad. Saúde Pública, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BARBOSA, M. V. et al. Secretaria de Saúde. **Saúde Mental na Paraíba**: um levantamento dos dados nas secretarias municipais de saúde. Campina Grande: FAPESQPB, 2004.
- BASAGLIA, F. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. Trad. Soianesi, S.; Marcondes, M. C. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- BISNETO, José Augusto. Serviço Social e Saúde Mental: **Uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.
- BOSSEUR, C. **Introdução à antipsiquiatria**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Instrutivo de Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde**. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental nos SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental: novo cenário, novas imagens – Programa de Volta Para Casa**. Brasília, 2007a.
- _____. **Residências Terapêuticas**. 2011. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/vpc/residencias.html>>. Acesso em 12 maio 2011.
- CARVALHO, J. A. **A saúde mental na visão da psiquiatria**. Revista Jurídica Consulex, ano XIV, nº 320, 15 de maio de 2010.
- COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, **Desenho da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande-PB**. Campina Grande, 2004.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5 ed. Rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

CRESPI, F. **Manual de Sociologia da Cultura**. Lisboa: Estampa, 1997.

CRUZ NETO, O. **O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação**. In: MINAYO (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

DEMARTINI, Z. B. F. **História de Vida na Abordagem de Problemas Educacionais**. In: SIMSON, O. M. V. (Org.) Experimentos em História de Vida. Itália – Brasil, São Paulo. Revista dos Tribunais, 1988. p. 44-71.

FIGUEIREDO, G. **Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Revista Jurídica Consulex, ano XIV, nº 320, 15 de maio de 2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. Editora Perspectiva: São Paulo, 1972

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1985.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. **Por que Acabar com os Manicômios?**. 2006. Disponível em: <<http://www.ifb.org.br/manicomios.htm>>. Acesso em: 12 de abril de 2011.

JUSBRASIL. **Campina Grande possui sete CAPS e supera parâmetro nacional**. 2010 Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/politica/5142104/campina-grande-possui-sete-caps-e-supera-parametro-nacional>>. Acesso em: 12 maio 2011.

LANG, A. B. G, CAMPOS, M.C.S.S; DEMARTINI, Z.B.S;. **História Oral e Pesquisa Sociológica: a experiência do CERU**. 2ª ed. São Paulo: Humanitas, 2001.

LEÃO, Adriana. **As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental**. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, 2006.

MACEDO, G. M. **Conviver com a diferença: caminhos para a reinserção social dos usuários do CAPS II “Novos Tempos” no município de Campina Grande – PB**. Trabalho Acadêmico Orientado, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2008.

MACIEL, S. C. Et al.; **Psicologia, ciência e profissão**. 29 (3), 436-447, 2009.

MELLO, F. M; MELLO, A.A. F. M; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MERHY, E.E; AMARAL,H. **A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas – SP. Editora Hucitec, 2007.

Minayo, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MOURATO, I. M. D. P. **A loucura e a exclusão social**. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação. Universidade do Porto, Portugal, 2007.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde Mental: Nova concepção, Nova esperança**. Genebra, 2001.

PITTA, A. **Reorientação do modelo de atenção**: Equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. Inclusão social: Brasil. In: Cadernos de textos da 3ª conferência nacional de saúde mental. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

QUINTÃO, D. T. R. **Algumas reflexões sobre a pessoa portadora de deficiência e sua relação com o social**. Associação Brasileira de Psicologia Social, 2007.

RODRIGUES JUNIOR, J. E. **Percursos da reforma psiquiátrica de Campina Grande**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Saúde Pública. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas – FACISA. Campina Grande, 2007.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte. Te cora, 1999.

TAVARES, C. M. M. **Análise de implementação de tecnologias de cuidar em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial**. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2003

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

WIDMAN M.A.P; EILSEN I.; MOREIRA S.K. **Fatores que interferem na desinstitucionalização e reinserção do portador de transtorno mental na família**. Arq Apadec. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA (para Familiares dos usuários)

1 - Como é a rotina do seu familiar?

2 - Quais ações voltadas para a inclusão social dos usuários realizados pelo CAPS você conhece?

3 – Qual a importância dessas ações na vida do seu familiar?

4 – Quais outras ações de inclusão social você acha que poderiam existir no CAPS?

5 – Fora do CAPS, no dia a dia do seu familiar, você acha que a inclusão social acontece?

6 – Na sua opinião, qual a contribuição do CAPS na inserção social do seu familiar?

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA (para Profissionais do CAPS)

1 - Quais ações voltadas para a inclusão social dos usuários são realizadas pelo CAPS?

2 - Você acha que essas ações atingem os objetivos da inclusão social?

3 – Quais outras ações de inclusão social você acha que poderiam existir no CAPS?

4 – Fora do CAPS, no dia a dia dos usuários, você acha que a inclusão social acontece?

5 – Qual a contribuição do CAPS na inserção social dos seus usuários?

APÊNDICE 3**TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, eu, _____
_____, cidadão brasileiro, em pleno exercício de meus
direitos me disponho a participar da pesquisa “ _____ ” sob a responsabilidade do
pesquisador _____.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado, pelo
pesquisador, de que:

- 1 – A pesquisa se justifica pela necessidade de pensarmos e discutirmos sobre a saúde mental e a inclusão social.
- 2 – As entrevistas constituem o projeto de pesquisa do Trabalho Acadêmico Orientado sob orientação da professora doutora Carla de Sant'Ana Brandão.
- 3 – Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento, sem risco de nenhuma penalização.
- 4 – Será garantido o meu anonimato.
- 5 – Todas as informações são confidenciais e não existem respostas consideradas certas ou erradas.
- 6 – Caso sinta a necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (83) 99501610.
- 7 – Ao final da pesquisa se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador.
- 8 – As informações por mim fornecidas poderão ser utilizadas em eventos e publicações científicas, desde que resguardada minha identidade (anonimato).

Os riscos e benefícios dessa pesquisa serão: nenhum risco aos participantes e benefícios ao contribuir chamando a atenção dos governantes e da sociedade sobre a temática em questão.

Campina Grande, ____ de _____ de _____

Participante

Pesquisador

ANEXOS

Ao se matricular no projeto, os participantes contarão com informações sobre cidadania, empregabilidade, postura profissional e oratória, podendo participar de quantos cursos desejarem, desde que as aulas aconteçam em horários diferentes. A carga horária dos cursos oferecidos é de 45 horas/aula.

Cursos Gratuitos

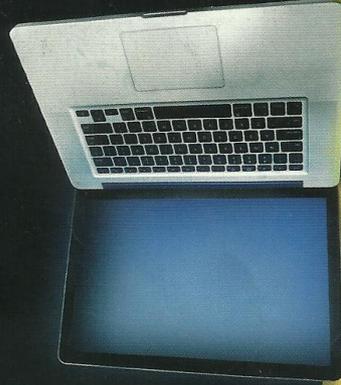
Entrar no mercado de trabalho só é fácil para quem tem oportunidade.

O Projeto de Inclusão Digital e Produtiva Muito Especial de Campina Grande é uma realização do Instituto Muito Especial com o apoio do Ministério da Ciência e Tecnologia. Os cursos tem por objetivo difundir o conceito de tecnologia assistiva e de legislação, além de preparar pessoas com deficiência para o mercado de trabalho e fortalecer a empregabilidade desta população através de cursos como Informática, Auxiliar Administrativo, Telemarketing, entre outros.

Realização:
multoespecial
www.multoespecial.com.br



Apóio:
Secretaria de Ciência e Tecnologia para Inclusão Social
Ministério da Ciência e Tecnologia



inclusãodigital
multoespecial
Campina Grande

Início 4 de abril
Centro de Formação Profissional Prof. Stenio Lopes
Rua Pedro II, 788 - Bairro Prata - Campina Grande - PB
(083) 4141-1464 - multoespecial.com.br

Serão realizados dois Workshops de Empregabilidade que servirão para apresentar o projeto e sensibilizar o departamento de Recursos Humanos de empresas que precisam e/ou desejam contratar pessoas com deficiência.

Os alunos receberão gratuitamente todo o material didático para os cursos oferecidos, além de participarem de visitas guiadas às empresas no intuito de aliar a teoria à prática e assim, conhecer o funcionamento de ambientes de trabalho.

Vagas Limitadas e Cursos Gratuitos Início das aulas: 4 de abril

INFORMÁTICA

O curso compreende informações sobre Internet, Word, Excel, Softwares Assínticos (DOS, VIX e Motrix) e tem como objetivo preparar o aluno para o mercado de trabalho para que tenha noção das tecnologias mais utilizadas no dia a dia das empresas.

PROMOTOR E REPOSITOR DE VENDAS PARA O VAREJO

O curso compreende a parte prática da rotina do profissional que atua no segmento varejista, fornecendo conceitos básicos de marketing e atendimento ao cliente. Com linguagem clara e objetiva, o curso vai desde a organização de produtos no ponto de venda até a abordagem do cliente no comércio varejista.

TÉCNICAS DE VENDAS E NEGOCIAÇÃO

O curso expõe diversos aspectos sobre as possibilidades de ganhos na profissão de vendedor, e pretende mostrar que todos, quando bem qualificados, podem se tornar excelentes profissionais de vendas. O conteúdo do curso abrange desde conceitos básicos de marketing a técnicas usadas no mundo inteiro, incluindo processo de negociação.

TELEATENDIMENTO E TELEMARKETING

Apresenta o dia a dia de um call center, as atividades profissionais da área e o que se espera do teleatendimento ativo e receptivo.

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Ensina as rotinas administrativas desde a organização do espaço ao correto arquivamento de documentos.

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

Insitui os alunos sobre as atribuições do profissional de serviços básicos de manutenção elétrica, hidráulica, capinatória, limpeza e jardinagem.

ARQUIVISTA

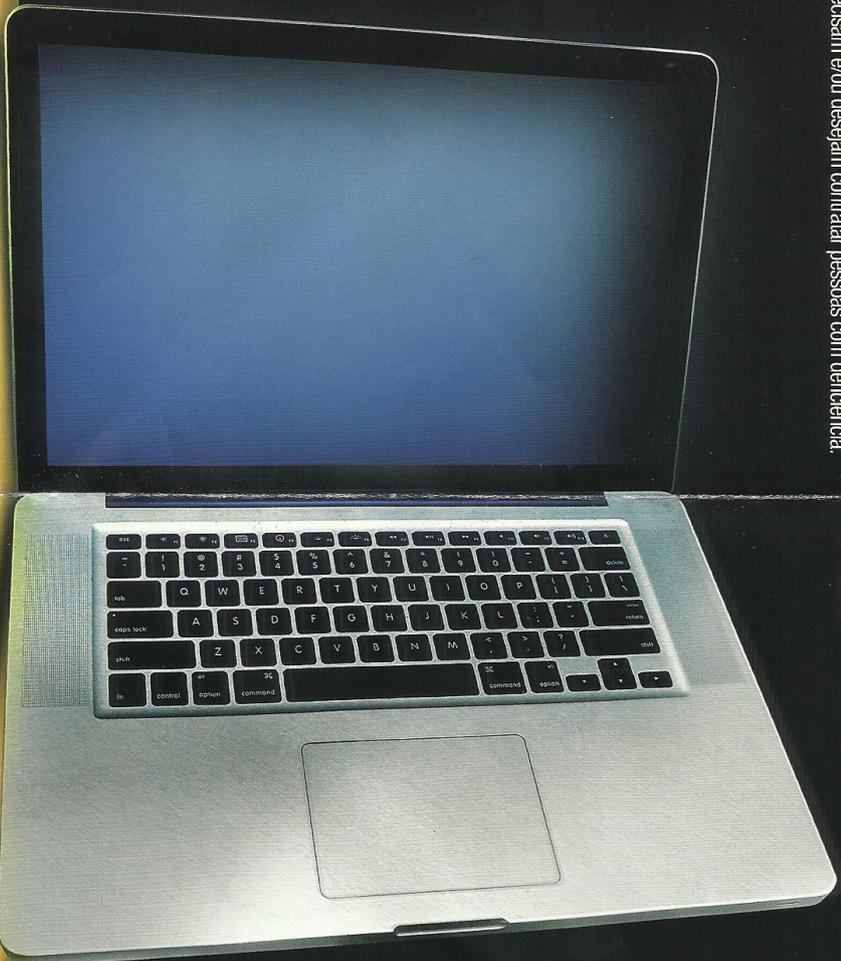
O curso irá transmitir conceitos básicos de arquivos e sua classificação, a natureza dos documentos, seus prazos de guarda, o gerenciamento das informações, a importância do protocolo e os cuidados gerais na construção dos documentos.

PORTEIRO

Ensina todo o funcionamento de um condomínio: a legislação aplicada aos seus funcionários, administradores e condôminos, regras das áreas exclusivas e comuns, funções da portaria e normas de segurança.

inclusãodigital
multoespecial

Campina Grande





UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0201.0.133.000-11

PARECER

APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: Saúde Mental e Inclusão Social: percepções dos profissionais do CPS II e de familiares de usuários.

PESQUISADOR: Carla de Santana Brandão
ORIENTANDO: Antonia Nathalia Duarte de Moraes

DESCRIÇÃO:

Considerando que o projeto de pesquisa atende as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.

Campina Grande, 25/05/2011

Relator: 09

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO

CAAE 0201.0.133.000-11

Pesquisadora Responsável: Carla de Sant'Ana Brandão

Andamento do Projeto CAAE- 0201.0.133.000-11

Título do Projeto de Pesquisa

Saúde Mental e Inclusão Social: percepções de profissionais do CAPS II e de familiares de usuários

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	19/05/2011 11:16:53	26/05/2011 10:59:00		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	02/05/2011 11:32:53	Folha de Rosto	FR - 423555	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	19/05/2011 11:16:33	Folha de Rosto	0201.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	26/05/2011 10:59:00	Folha de Rosto	0201.0.133.000-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROFESSORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Dorciléia Pedross de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa