



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

RITA DE CÁSSIA GUEDES DE LAVOR

**POBREZA E SAÚDE MENTAL: A RELAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES DE VIDA
E ADOECIMENTO PSÍQUICO**

CAMPINA GRANDE – PB

2014

RITA DE CÁSSIA GUEDES DE LAVOR

**POBREZA E SAÚDE MENTAL: A RELAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES DE VIDA
E ADOECIMENTO PSÍQUICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Cleomar Campos da Fonseca

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L411p Lavor, Rita de Cássia Guedes de

Pobreza e saúde mental: a relação entre condições de vida e adoecimento psíquico [manuscrito] / Rita de Cássia Guedes de Lavor. - 2014.

33 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Cleomar Campos da Fonseca, Departamento de Serviço Social".

1. Questão Social. 2. Pobreza. 3. Saúde Mental. 4. CAPS I.
Título.

21. ed. CDD 362.2

RITA DE CÁSSIA GUEDES DE LAVOR

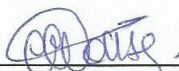
**POBREZA E SAÚDE MENTAL: A RELAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES DE VIDA
E ADOECIMENTO PSÍQUICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em
cumprimento às exigências para obtenção do
grau de Bacharel em Serviço Social.


Campina Grande, 03 de 04 de 2014

Nota Final: 8,0

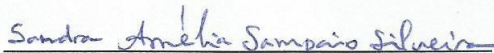
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Cleomar Campos da Fonseca – UEPB
Orientadora



Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza – UEPB
Membro da Banca Examinadora



Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira - UEPB
Membro da Banca Examinadora

É com muita honra e amor que dedico esta vitória, primeiramente a Deus, pois sem a sua luz e proteção jamais teria chegado tão longe, em segundo as minhas duas avós Rita Nogueira de Lavour (In Memoriam) e Laura Fernandes Alencar (In Memoriam), por todo esse tempo de saudade, mas sei que mesmo que vocês já não estejam aqui entre nós torceram e me iluminaram nessa longa caminhada. Dedico também aos meus pais, minha base e minha força por todo esse caminho percorrido, visto que seu amor e sua dedicação me fizeram chegar até aqui, vocês são merecedores dessa vitória e muitas outras que ainda virão. Por fim, dedico este trabalho a todos os familiares dos usuários do CAPS II – Novos Tempos, pois sem a contribuição de cada um de vocês esse estudo jamais teria sido realizado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por toda sabedoria e todo amor a mim concedida para estar aqui hoje agradecendo por mais uma vitória alcançada junto de Ti.

Agradeço aos meus irmãos: Ícaro e Yuri que nesses cinco anos estiveram comigo e acompanharam minha dedicação para que eu conseguisse esta conquista.

As minhas companheiras de sempre: Jéssica Rayanne e Priscylla Karlla que sempre estiveram juntas comigo no dia-dia da universidade, nas longas viagens de ônibus e nos esforços dos seminários. Ainda que por ventura eu não esteja mais aqui todo dia acompanhando suas alegrias e suas conquistas, vou torcer sempre para que as suas jornadas profissionais sejam brilhantes e que nossa amizade seja forte apesar do tempo.

Aos meus guerreiros, meus pais, Luis Nogueira de Lavor e Sebastiana Guedes Fernandes de Lavor, a vocês faltam palavras para descrever tanto amor e entrega ao longo desses cinco anos longe de casa. Sempre com palavras de amor e carinho me impulsionaram para que eu pudesse estar hoje aqui comemorando com vocês mais uma vitória.

A Eveline, a minha querida do espanhol, graças a você minhas sextas-feiras foram muito mais produtivas e engraçadas. A camaradagem encontrada nesses dias, os risos e brincadeiras, mas também momentos de reflexão vão estar sempre guardados no meu coração.

Ao município de Camina Grande/PB, por todo esse tempo que me acolheu como se fosse uma filha da terra, levo comigo um pedaço da Paraíba que jamais vou esquecer.

Ao CAPS II – Novos Tempos, por todo esse um ano e meio de aprendizado e pelas reflexões ali aprendidas. A professora Cleomar, que proporcionou elementos necessários para a realização desse trabalho. Por fim, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse estudo.

SUMÁRIO

RESUMO	6
1 - INTRODUÇÃO.....	7
2 – QUESTÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: FUNDAMENTOS NORTEADORES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	9
2.1- POBREZA E ADOECIMENTO MENTAL: A REALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE E DOS SUJEITOS ATENDIDOS PELO CAPS II.....	14
3 – REBATIMENTOS DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS SOBRE OS CUIDADOS COM A SAÚDE MENTAL.....	20
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICES	26
ANEXOS.....	31

POBREZA E SAÚDE MENTAL: A RELAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES DE VIDA E ADOECIMENTO PSÍQUICO

Rita de Cássia Guedes de Lavor¹

RESUMO

O presente artigo resulta de pesquisa cujo objetivo foi analisar os rebatimentos das precárias condições socioeconômicas das famílias de usuários atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) em Campina Grande/PB, sobre os cuidados com a saúde mental. Para tanto, buscou-se identificar as condições em que vivem estas famílias, na tentativa de analisar de que maneira elas interferem nos cuidados com a saúde mental. O estudo em pauta poderá contribuir com uma maior apropriação da relação entre pobreza e adoecimento psíquico, a partir de um contexto de aprofundamento e agudizamento da “questão social”. A pesquisa foi do tipo exploratória, tendo utilizado a aplicação de formulários e entrevistas semiestruturadas, junto a dez familiares atendidos pelo CAPS II/CG. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e indicam que desigualdades de classe interferem no processo saúde-doença, demonstrando que não é suficiente uma filosofia humanista no cuidado com a saúde mental. A humanização dos serviços e do atendimento passa inicialmente, pela garantia dos direitos sociais, e depois pela supressão da própria “questão social”.

PALAVRAS-CHAVE: Questão Social. Pobreza. Saúde Mental. CAPS.

ABSTRACT

This article presents the results of research which aimed at analyzing the repercussions of poor socioeconomic conditions related to the families of users assisted by the Center for Psychosocial Care (referred to in Portuguese as CAPS II) in Campina Grande, Paraíba state, on the care of mental health. In order to do so, the social and conditions in which these families live were identified in an attempt to analyze how such conditions affect the mental health care. Thus, this study aims at contributing to greater ownership of the relationship between poverty and mental illness, from a context of deepening the "social issue". The research was exploratory, through the use of forms and semi-structured interviews with ten family members served by the CAPS II/CG institute. The data were subjected to content analysis and indicate that class inequalities interfere with the health-disease process, demonstrating that a humanistic philosophy is not enough in caring for mental health. The humanization of services and care initially passes through the guarantee of social rights and then the suppression of the very “social issue”.

KEYWORDS: Social Issues. Poverty. Mental Health. CAPS.

¹ Discente do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba

1 - INTRODUÇÃO

A experiência vivida durante a realização do Estágio Supervisionado em Serviço Social junto ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II – Campina Grande/PB, chamou a nossa atenção para os depoimentos dos familiares e/ou cuidadores dos usuários dos serviços, no que tange à convivência com esses usuários. Muitos desses depoimentos apontavam para dificuldades de ordem objetiva e subjetiva, presentes nessa convivência e de como tais dificuldades interferiam nos cuidados com a saúde mental.

As dificuldades relatadas indicavam a presença de uma relação entre pobreza e adoecimento psíquico a partir de um contexto de aprofundamento e agudizamento da “questão social”, no qual o transtorno mental constitui-se em uma das expressões desta “questão social” e tem se tornado recorrente na atual conjuntura. Em contrapartida, as políticas públicas, que deveriam responder a esse quadro, têm obedecido a um padrão assistencialista, compensatório e limitado à seleção dos pobres entre os pobres.

A relação entre pobreza e desproteção social se faz presente no campo da saúde mental, revelada dentre outros aspectos, pela ausência ou insuficiência de cuidados necessários aos portadores de transtorno psíquico sob a responsabilidade do Estado. Neste sentido, estudar essa realidade se coloca como um desafio ao Serviço Social, na medida em que os assistentes sociais são profissionais requisitados para atuar nessa área e nela lidar com as contradições inerentes à relação entre necessidades humanas e demandas institucionais.

A realidade em questão além de incidir sobre a qualidade e o alcance dos cuidados para com a saúde mental, também tem acarretado o agravamento do sofrimento psíquico, expresso na regularidade de crises psicóticas, no aumento da síndrome do pânico, dos vários tipos de depressão etc. Os transtornos psíquicos revelam-se, pois, manifestações que vão além da mera existência de comportamentos individualizados. Reafirmam a presença de rebatimentos da dimensão socioeconômica sobre o estado de saúde mental dos indivíduos.

Assim o presente artigo pretende refletir acerca desta relação, tomando como referência a situação de sujeitos que se utilizam dos serviços de saúde mental no município de Campina Grande/PB. Para tal, foi realizada uma pesquisa de campo, de tipo exploratória, envolvendo familiares e/ou cuidadores de portadores de transtornos psíquicos, usuários dos serviços prestados pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II – Novos Tempos, localizado à Rua Elpídio de Almeida, 1600, no Bairro do Catolé. Foram aplicados 10 (dez) formulários e entrevistas semiestruturadas com estes sujeitos, dentro de uma abordagem qualitativa. Segundo Minayo (1994, p. 25) a pesquisa qualitativa “[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. [...] a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas [...]”.

Todos os procedimentos de coleta dos dados obedeceram aos requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual da Paraíba, conforme parecer em anexo. Cabe ressaltar que fizemos uso do gravador, objetivando o maior registro das falas. Os entrevistados foram, antecipadamente, informados sobre os objetivos da pesquisa, para em seguida procederem à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apêndice A, que autoriza a coleta e análise das informações, sendo-lhes assegurados todos os direitos, conforme estabelecido na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As informações foram submetidas à técnica de análise de conteúdo objetivando a apreensão crítica das falas dos sujeitos, que serão identificados no decorrer deste artigo como “Familiar 1”, “Familiar 2”, seguindo a sequência conforme o número de entrevistados.

O presente artigo está estruturado da seguinte forma: inicialmente, apresenta uma contextualização da questão social e da saúde mental, considerando esta relação como norteadora do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira; em seguida, a mesma relação é tratada a partir da realidade de Campina Grande/Paraíba; por fim, procura-se apresentar os rebatimentos das condições socioeconômicas sobre os cuidados com a saúde mental. Nas considerações finais

busca-se destacar os vínculos entre pobreza e adoecimento psíquico, esperando contribuir para o debate acerca da temática tratada neste trabalho de conclusão de curso.

2 – QUESTÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: FUNDAMENTOS NORTEADORES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A pobreza é uma das várias expressões da “questão social”, resultante das desigualdades entre as classes que surgem com o modo de produção capitalista. As desigualdades originadas na propriedade privada dos meios de produção, geram problemas sociais de dimensões e aprofundamento seriamente graves, no qual o empobrecimento das pessoas é um deles. A “questão social” relaciona-se, pois, à produção e reprodução da vida dos sujeitos, à produção e reprodução da riqueza social. Conforme Behring e Boschetti (2011, p.52) sua “[...] contraface é a subsunção do trabalho pelo capital [...] acrescida da desigualdade social e do crescimento relativo da pauperização”.

Enquanto expressão das desigualdades sociais, a “questão social” se manifesta em todas as dimensões da vida dos indivíduos, revelando a sua relação intrínseca com a sociedade burguesa. Partindo desta compreensão é que é possível afirmar que o campo da saúde mental se relaciona com o contexto econômico, social, político e cultural desta sociedade de classes. O adoecimento mental é uma expressão concreta da “questão social”, relacionado ao acirramento das desigualdades e ao aprofundamento da pobreza, revelada na ausência do trabalho formal ou na escassez de renda proveniente do trabalho precário, que compromete a saúde física e mental dos trabalhadores, com jornadas longas e extenuantes, condições insalubres de trabalho, negação de direitos trabalhistas e controle sobre a organização política dos trabalhadores.

É um contexto que se agrava ainda, com a privação de direitos básicos a exemplo da falta de moradia digna, de saneamento básico em regiões periféricas, de serviços de saúde efetivamente universais e de qualidade, de educação pública, gratuita, laica em todos os níveis etc., colaborando para o comprometimento da

saúde mental dos indivíduos. Ou seja, a lógica da acumulação capitalista incide fortemente sobre o processo saúde-doença demarcando-o como um processo, antes de tudo, social, que reforça estigmas, preconceitos e isolamento dos indivíduos.

É esta relação entre as determinações macrosociedade e o adoecimento físico-mental das pessoas, que norteia as propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira, nos anos 1970. Partindo de uma realidade de maus tratos e da predominância da concepção medicamentosa como única resposta aos transtornos psíquicos, trabalhadores da saúde, usuários, movimentos sociais em geral, passam a questionar esta realidade, demonstrando os limites do modelo hospitalocêntrico, até então, norteador da política de saúde mental.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), apresenta uma série de críticas envolvendo a precariedade dos hospitais psiquiátricos e a desumanização como marca do “tratamento” oferecido por estas Instituições. Dele decorre o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), que influencia a constituição de serviços alternativos ao modelo predominante. Fundamentado nas ideias de Franco Basaglia², que propunha uma nova forma de compreender e lidar com a saúde mental, o MTSM pauta a luta por uma Reforma Psiquiátrica no Brasil e consegue realizar a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, abordando os seguintes temas: a cidadania dos doentes mentais, a reorganização da assistência à saúde mental e a necessidade de revisão da legislação.

Amarante (1995) afirma que este Movimento, inicialmente, incorpora uma abordagem exclusivamente técnica, posteriormente, ultrapassada por seu envolvimento com movimentos e sujeitos sociais coletivos, a exemplo de associações de familiares, voluntários e usuários dos serviços de psiquiatria. Tais articulações contribuem para a proposta do Projeto de Lei “Paulo Delgado³”, em 1989, que propunha a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, através

²Franco Basaglia, médico e psiquiatra, foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu no ano de 1924, em Veneza, Itália, e faleceu em 1980.

³O projeto de lei “Paulo Delgado”, somente virou lei em 2001 através da Lei Federal 10.216/2001. A Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

da sua substituição por outro modelo assistencial de cuidado humanizado, com a saúde mental. Após 12 anos de tramitação no Congresso, o Projeto transforma-se em Lei “Paulo Delgado”. Neste mesmo momento, se dá a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, o que dá mais visibilidade e notoriedade ao processo de resistência antimanicomial.

A luta pela desinstitucionalização da saúde mental recoloca a função da família nos cuidados com o portador de transtorno psíquico. O movimento pela Reforma Psiquiátrica a entende como parte importante nesse processo, sem desconsiderar, no entanto, a determinação das reais condições de vida das famílias, que a depender do poder aquisitivo de seus membros, bem como da qualidade de vida que dispõem, responderão diferenciadamente no que toca aos cuidados com a saúde mental. Além disso, as famílias, muitas vezes, se desestruturam emocionalmente, com o convívio com o portador, passando as mesmas a necessitar da proteção social em saúde. A desestruturação de ordem subjetiva pode estar relacionada ao desconhecimento da doença ou a não aceitação da situação em que se encontra aquele que é acometido pelo transtorno psíquico. Rosa (2005) destaca estudos nos quais a família, no seu primeiro contato com a doença mental, tende a enfrentar a questão de maneira privada, recorrendo ao senso comum na tentativa de não expor socialmente o conjunto dos familiares, nem algum membro individualmente. A autora afirma que:

Quando se identifica o aparecimento de um PTM no seio de uma família, ocorre um momento de crise, uma ruptura de rotinas, um conflito de papéis, pois cuidar de uma pessoa adulta, dependente, em geral está fora do previsto na história do grupo e de seu repertório de respostas. A família tem que reconstruir sua unidade, aprender a se relacionar com o transtorno mental, com os serviços de saúde mental e com a linguagem dos técnicos[...] (ROSA, 2005, p.213).

Em se tratando dos cuidados a que se refere Rosa (2005), é importante salientar que a situação socioeconômica das famílias é, na verdade, o fator determinante para o desenvolvimento do tratamento, visto que, o abalo emocional que possa atingir familiares e/ou cuidadores tende a se agravar em razão de uma

realidade de negação e/ou de precarização na garantia de direitos sociais básicos, como saúde, moradia, escola, transporte, emprego, renda etc.

Cabe ressaltar que no atual contexto de contrarreforma do Estado, a família tem sido alvo da “atenção” assistencial, porém, numa perspectiva de transferência de responsabilidades, ou seja, ao passo em que o poder público se retrai no seu papel de prover bens e serviços sociais, há uma ênfase para que as famílias “cumpram” o seu “papel” de responsável unilateral, pelo sustento, pelos cuidados e pela socialização dos seus membros, favorecendo a desresponsabilização do Estado frente à garantia dos direitos de cidadania.

A Reforma Psiquiátrica visa à mudança do modelo de saúde mental e do tipo de assistência prestada nessa área, visto que o modelo tradicional produzia efeitos antiterapêuticos. Criam-se, então, novas formas de tratamento do portador de sofrimento psíquico, como serviços comunitários que atendam tanto as demandas psicológicas do portador em crise, como as demandas sociais. A sociedade é convidada para reconstruir novos conceitos sobre a doença mental, incluindo a participação dos familiares para trocar experiências com outros familiares e informações com os profissionais. Essa nova lógica quer compreender o indivíduo como um todo, como aquele que sofre, que enfrenta problemas de perda de emprego, falta de moradia digna, de escola para seus filhos, enfim, de desestabilização social e afetiva em geral. Assim, esse novo modelo deve referenciar-se numa atenção à saúde que atente para o contexto em que vive o sujeito, através de abordagens opostas ao modelo manicomial. De acordo com Melo (2005, p.2):

A reforma psiquiátrica possui como princípio a busca do direito e da cidadania. Sendo assim, ela não pode ser dissociada das dificuldades que a humanidade vem enfrentando diante da deterioração da qualidade de vida, da marginalização crescente de grandes contingentes populacionais e da exacerbação das diferenças entre ricos e pobres, que é fruto da economia neoliberal e, conseqüentemente, do processo de globalização.

A perspectiva neoliberal, norteadora do retrocesso das políticas públicas, a partir da redução do papel do Estado afeta, de forma significativa, o adequado e

necessário desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica em sua totalidade, visto que a refuncionalização conservadora das funções do Estado tem por objetivo a restrição do acesso aos direitos dos usuários das políticas públicas em geral, bem como à estrutura física de qualidade das instituições sociais e, ainda ao atendimento de profissionais capacitados. A orientação neoliberal atende à lógica estruturante da sociedade do capital, contrária à garantia e ampliação dos direitos de cidadania e estimulante da lucratividade.

O modelo assistencial resultante do processo de Reforma Psiquiátrica objetiva cuidar do sujeito a partir das suas condições concretas de vida. O tratamento deixa de ser em espaços de violência e maus tratos, para se tornar a criação de possibilidades para a vida e de atenção à subjetividade humana. O portador de sofrimento psíquico agora, torna-se um sujeito e não apenas um objeto do saber psiquiátrico. De acordo com Amarante (1995, p.494):

A desinstitucionalização é um processo não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é acima de tudo, um processo ético, de reconhecer uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.

É desse processo que surgem os serviços substitutivos com o objetivo de tratar o portador de transtorno psíquico, sem que, para isso, lhe seja tirado o direito ao convívio social. Dentre tais serviços substitutivos se encontra o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) voltado para uma atuação que envolve este portador e a comunidade. Segundo o Ministério da Saúde, trata-se de um serviço

[...] aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para as pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário e promotor da vida. (BRASIL, 2004, p.12.)

As primeiras experiências nesta direção foram: a criação do primeiro CAPS no Brasil, em 1987, na cidade de São Paulo; a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos/SP, e a criação de cooperativas e residências terapêuticas para os internos dos hospitais (BRASIL, 2005).

Os serviços substitutos, como é o exemplo do CAPS, ainda que representem um significativo avanço na saúde mental, tem se revelado insuficiente para atender às necessidades dos usuários, visto que permanecem funcionando dentro de uma lógica restritiva, ou seja, sob a marca da precarização, com falta de infraestrutura adequada para a realização das atividades educativas e lúdicas, falta de medicamentos e ineficiência do atendimento articulado, envolvendo políticas públicas relacionadas ao processo saúde-adoecimento psíquico.

Neste sentido, pode-se afirmar que os fundamentos norteadores da proposta inicial da Reforma Psiquiátrica brasileira, não vem se efetivando e este comprometimento é determinado pelo processo de reformas conservadoras do Estado e das políticas sociais em curso no país. A tendência é de reatualização do modelo hospitalocêntrico privado e do reforço à unilateralidade do tratamento medicamentoso para os portadores de transtornos psíquicos, reforçando em última instância, uma sociedade excludente e exploradora.

Veremos a seguir que esta realidade não é externa ao município de Campina Grande, ao contrário, a experiência local reproduz e reforça o quadro macrossocietário.

2.1- POBREZA E ADOECIMENTO MENTAL: A REALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE E DOS SUJEITOS ATENDIDOS PELO CAPS II

O atendimento à saúde mental no município de Campina Grande/PB data do ano de 1963, quando sob a prevalência do modelo hospitalocêntrico, os serviços eram prestados à população através de dois hospitais psiquiátricos: 1) o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), também conhecido como hospital psiquiátrico João Ribeiro e 2) o Hospital Dr. Maia, ambos de médio porte. (SILVA; BURITI, 2010)

No primeiro quinquênio dos anos 2000, denúncias de maus tratos e falta de higiene foram veiculadas pela imprensa local forçando o Ministério da Saúde,

através dos seus mecanismos de avaliação (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria), a intervir no ICANERF, resultando, posteriormente, em seu descredenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). É o início do processo de desinstitucionalização/deshospitalização dos transtornos psíquicos no município, rumo a um tratamento que fosse capaz de considerar os elementos biológicos e sociais do adoecimento mental. Segundo Cirilo; Filho (2010, p.153):

[...] pode-se dizer que se encontrava no ICANERF uma instituição doente e adoecedora de pacientes e trabalhadores. Para a ordem vigente e os mecanismos opressores, fazia-se necessário estabelecer um plano estratégico, que melhorasse a qualidade de vida dos pacientes e possibilitasse alternativas de tratamento, fora do hospital, inseridas na comunidade.

Em 30 de dezembro de 2002 foi sancionada em Campina Grande a Lei Nº 4068, estabelecendo diretrizes para a saúde mental no município, na perspectiva de quebrar com o isolamento do portador de transtorno psíquico e determinar ações e serviços substitutivos aos hospitais. Em seu artigo 1º fica determinado que:

A atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão com o objetivo de manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e a dignidade, a vida familiar, comunitária e profissional, enfatizando-se: I – tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação; II – proteção contra qualquer forma de exploração; III – espaço próprio, necessário à sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis à sua recuperação; IV – integração a sociedade, através de projetos com a comunidade; e V – acesso as informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamento prescritos (CAMPINA GRANDE, 2002, p. 3)

Paulatinamente, a política de saúde mental vai se reconfigurando e assumindo um perfil mais humanizado. Criam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para prestação de um tratamento que contemple a convivência entre os portadores de sofrimento psíquico, suas famílias e a comunidade que participam. Do ponto de vista da sua filosofia, os CAPS se propõem a atender pessoas em sofrimento psíquico intenso e severo, sejam adultos, crianças ou adolescentes. Atendem ainda, àqueles cujo transtorno mental resulta do uso de

substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Tal atendimento se dá através de projetos terapêuticos, realizados em grupo ou individualmente. A regularidade e intensidade desse atendimento decorrem da necessidade do tratamento: intensivo: implica em atendimento diário, direcionado aos usuários em crise; atendimento semi-intensivo: o usuário é atendido até 12 (doze) dias no mês e ocorre quando as crises já diminuíram; atendimento não-intensivo: ocorre quando o usuário já consegue realizar suas atividades diárias com mais autonomia.

O município dispõe atualmente, de 08 (oito) CAPS, 06 (seis) Residências Terapêuticas, 01 (uma) Unidade de Acolhimento e Urgência em Saúde Mental e 01 (um) Centro de Convivência e Cultura.

Os CAPS são assim divididos: Centro Campinense de Intervenção Precoce (CAPSi): atende crianças em sofrimento psíquico e com transtornos do desenvolvimento, considerado do nascimento até a idade de 15 anos; CAPSi Viva Gente: atende crianças a partir de 6 anos e adolescentes em sofrimento psíquico; CAPS I Bem Viver: localizado no distrito de Galante, atende crianças, adolescentes e adultos com sofrimento psíquico severo, como também usuários de álcool e outras substâncias psicoativas; CAPS I Cuidar e Viver, localizado no distrito de São José da Mata, atende adultos e crianças com transtorno mental; CAPS II Novos Tempos: atende usuários adultos com transtorno mental severo; CAPS III Reviver, funciona 24 horas e atende usuários com transtorno mental grave e em crise, o CAPS ad (Álcool e Outras Drogas), atende usuários com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e o CAPS ad – III, infante juvenil, atende crianças e jovens com transtornos vinculados à dependência do álcool e outras drogas.

Em se tratando especificamente, do CAPS II – Novos Tempos, a equipe de trabalho é composta por: coordenador geral, coordenador adjunto, três médicos, cinco psicólogos, dois pedagogos, dois assistentes sociais, um fisioterapeuta, um enfermeiro, um educador físico, cinco técnicos de enfermagem e a equipe de apoio. Sua abrangência envolve os seguintes bairros: Alto Branco, Centro, Jardim Tavares, Lauritzen, Monte Castelo, Nações, Nova Brasília, Santo Antônio, Vila Castelo Branco, Araxá, Conceição, Louzeiro, Cuités, Jardim Continental, Jeremias, Monte Santo, Palmeira, Catolé, Distrito Industrial, Estação Velha, Itararé, José Pinheiro,

Mirante, Sandra Cavalcante, Tambor, Velame e Vila Cabral (CAMPINA GRANDE, 2011).

Apesar da filosofia dos serviços substitutivos, a realidade aponta para a predominância da perspectiva mercadológica no campo da saúde mental. Nesta perspectiva Melo (2005, p.4), se pronuncia:

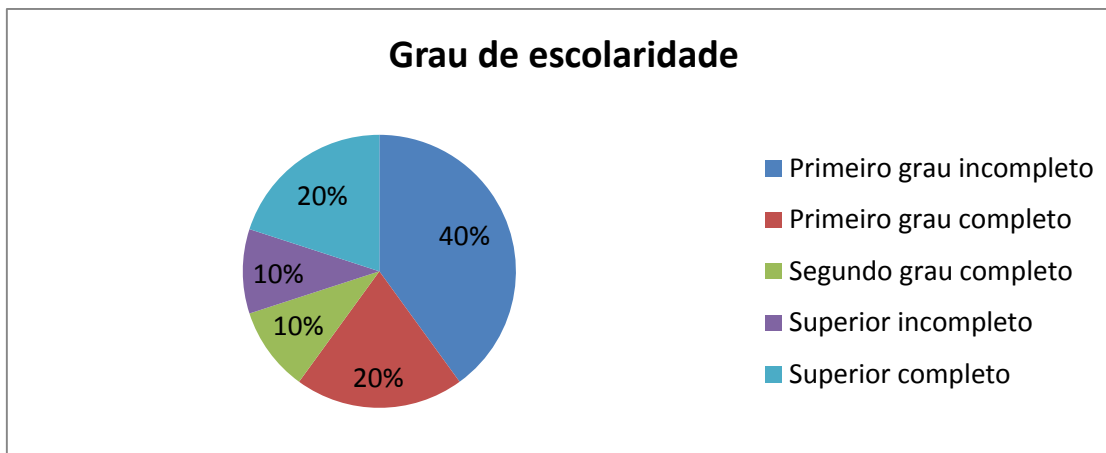
[...] tem-se verificado que, apesar das inúmeras iniciativas existentes, o modelo manicomial tradicional permanece hegemônico, situação que pode ser expressa seja pela capacidade instalada, seja quando verificamos o total de gastos com transtornos mentais na rede hospitalar.

Esta perspectiva torna-se mais preocupante quando se pensa na necessidade de atendimento à população pobre que não dispõe de recursos financeiros para autofinanciar os serviços oferecidos pelo mercado. O censo socioeconômico realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no município de Campina Grande/PB, constatou que 0,2% da população apresenta saneamento básico inadequado e 12,6% possui saneamento básico semi-adequado⁴. No que se refere à escolaridade, pessoas inseridas na faixa etária entre 60 anos ou mais, não sabem ler ou escrever, perfazendo um total de 13.368 (treze mil trezentos e sessenta e oito) indivíduos. Quanto ao rendimento mensal domiciliar, 44,4% dispõe de até meio salário mínimo para sua subsistência (IBGE, 2010).

Os dados levantados pela pesquisa que originou este artigo, também reforçam uma baixa qualidade de vida: em relação ao nível de escolaridade 40% dos entrevistados possui primeiro grau incompleto; 20% possui o primeiro grau completo; 10% o segundo grau completo; 10% o ensino superior incompleto; e somente 20% concluiu o ensino superior.

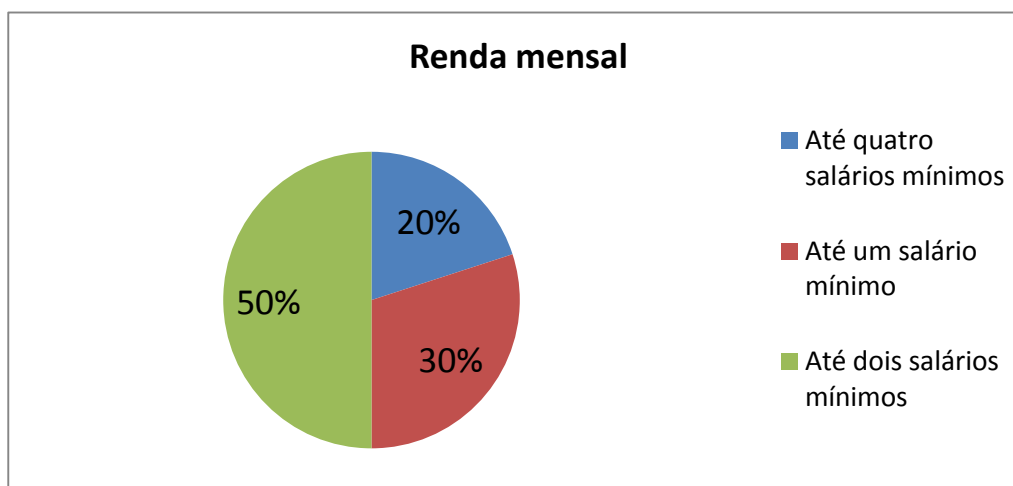
⁴ Classificação relacionada àquelas moradias que só dispõem de um ou outro serviço adequado, a exemplo do abastecimento de água ou do tratamento de esgoto, ou seja, tratam-se de residências com uma infraestrutura insuficiente do ponto de vista do padrão mais adequado.

- **Grau de Escolaridade**



A renda mensal média destes entrevistados está assim distribuída: 50% vive com uma renda de até dois salários mínimos; 30% apresenta renda de até um salário mínimo e 20% possui renda que chega a até quatro salários mínimos.

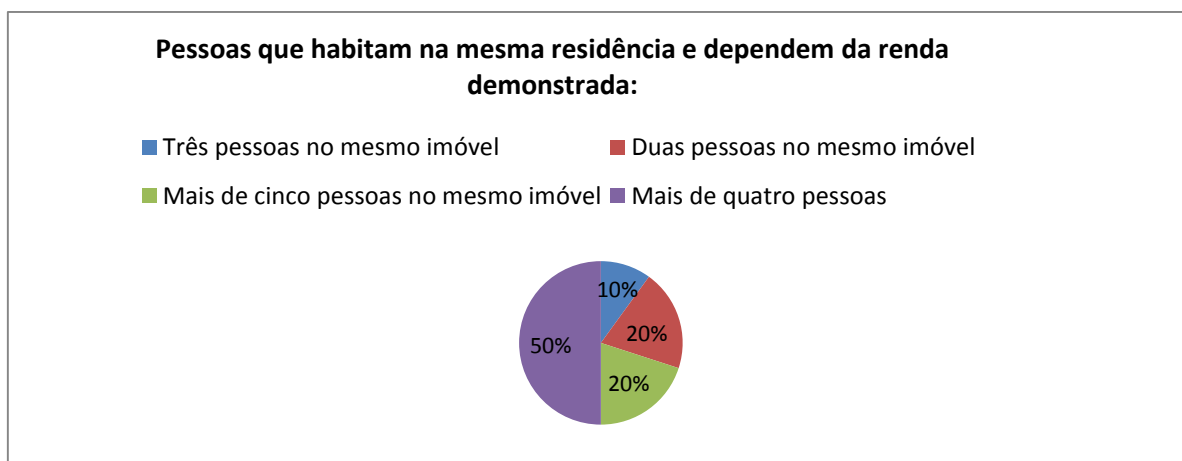
- **Renda Mensal**



O baixo poder aquisitivo destes sujeitos se depara com mais um complicador, que é o número de pessoas que habitam na mesma residência e dependem da renda demonstrada: 50% dos entrevistados dizem dividir a moradia com mais quatro pessoas; 20% com mais de cinco pessoas; outros 20% com duas pessoas; e apenas

10% convive com até três pessoas no mesmo imóvel. Em relação à moradia, para 70% ela é própria, ao passo que para 30% é alugada.

- **Pessoas que habitam na mesma residência e dependem da renda demonstrada**



A realidade indicada pelos dados do censo IBGE – 2010, bem como pelas informações apresentadas a partir do perfil dos familiares dos usuários do CAPS II, sugere a ratificação da relação entre pobreza e adoecimento psíquico: o baixo índice de saneamento básico, de escolaridade, de renda mensal per cápita, comprometida ainda, pela divisão com os demais indivíduos que vivem sob o mesmo teto, reafirmam uma condição de pobreza e de negação dos direitos de cidadania, comprometendo a qualidade de vida das pessoas, conseqüentemente, o processo saúde-doença, levando ao adoecimento físico e mental, que deixa de ser uma expressão meramente individualizada para assumir uma dimensão social, política, econômica e cultural.

Vejamos a presença desta relação a partir da realidade dos sujeitos entrevistados na pesquisa que deu origem ao presente trabalho.

3 – REBATIMENTOS DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS SOBRE OS CUIDADOS COM A SAÚDE MENTAL

Este item tratará da relação entre pobreza e cuidados com a saúde mental, a partir das falas dos entrevistados. As informações que se seguem retratam as dificuldades advindas do baixo rendimento dos sujeitos e dos custos que precisam arcar para comprar medicamentos, vestuário, alimentação, pagar o deslocamento até o CAPS para receber atendimento, etc.

Eu gasto com medicamento [e] só tenho uma aposentadoria. Gasto com a medicação do meu filho, [que] é diabético, tem pressão alta, tudo isso às vezes não tem aqui, eu tenho que comprar. E não dá. Gasto com transporte, com tudo, moradia, pago aluguel. (Familiar 7)

[Gasto] com medicação, [pois] venho pegar aqui no CAPS, mas não tem [e] eu tenho que ir comprar [e isso] já tira do orçamento da casa, com transporte também, que [é] pra vir pra cá (CAPS). Eu tenho que vir com ele de táxi, pra voltar também, aí são 30 reais [que] eu gasto. Ele não quer andar de ônibus, não tem paciência de aguardar o ônibus e tem que vir de táxi. (Familiar 5)

Gasto com medicamento, comida, é tanta coisa [e voce] sabe o quanto é apertado. Com roupa também, que às vezes o dinheiro não dá nem pra comprar roupa. [Tenho que] compr[ar] o medicamento quando não tem aqui.(Familiar 8)

A política atual de saúde mental reforça o papel da família nos cuidados com os seus pacientes – portadores de transtornos psíquicos, no entanto, a realidade revela claramente, o quanto este “apelo” ao papel das famílias as tem sobrecarregado e livrado o poder público de assumir suas responsabilidades para com a garantia dos direitos sociais. O “cuidar” não pode ser tomado em uma perspectiva individualizada, a partir da qual cada família assume para si um leque de compromissos, que antes de tudo, não se restringem ao campo da “saúde mental”, mas a envolve e transcende, reafirmando que este campo não pode ser tomado fora da perspectiva de totalidade. Para Alves e Rodrigues (2010), a pobreza em sua forma mais ampla, é aquela que também envolve o elo com a saúde mental, traduzindo-se por um baixo nível socioeconômico, desemprego e baixa coesão familiar. Outros relatos reafirmam a relação entre baixas condições socioeconômicas e saúde mental. Vejamos:

Eu tô desempregada, meu marido também, então pra gente é uma dificuldade danada, a gente tem que tirar de um lugar pra 'botar' em outro. Já passou já 15 dias sem remédio, [pois] não tinha dinheiro pra comprar. (Familiar 4)

Às vezes, minha família é quem tem consciência comigo e me ajuda. [...] tem mês que eu corro pra minha família, ela manda uma feira pra mim, manda uma medicação quando eu não tenho mesmo de onde tirar. Às vezes, a medicação é tão cara que não dá. As condições financeiras [são] difícil[eis]. (Familiar 7)

Fica muito "complicado" pra mim, fica faltando até a alimentação direito dela. Por que eu tenho que comprar também o remédio dela [que] é caro. Lux[o] eu não posso dar, tem que pagar água, luz, [que é tudo] muito caro. (Familiar 10)

A realidade posta através destas falas, reafirma um quadro de extremo pauperismo, revelando o impacto real que vem assumindo o papel do Estado e das políticas sociais regressivas sobre a qualidade de vida da população pobre que necessita dos serviços sociais como complemento no atendimento das suas necessidades. A ausência ou a ineficiência destes reproduz e aprofunda desigualdades, colocando em dúvida o alcance e o impacto das propostas humanizantes no campo da saúde mental. A este respeito se pronunciam Souza, Silva e Silva (2013,p 55):

[...] o que na verdade temos são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria etc.) benéficas ao capital e deletérias à saúde, fazendo com que a falta de saúde se configure, também, numa condição socialmente imposta.

Imposição que ainda é demonstrada pelos dados relacionados às condições de moradia dos usuários do CAPS II. Vejamos:

O quintal quando chove é um lameiro maior do mundo. [...] as paredes é tudo assim no salitro e não pode consertar. Agora mesmo uma parede tá sem o caibo e as telhas, chega tá descendo. (Familiar 8)

[...] ela mora no assentamento Santa Cruz, não tem calçamento, não tem saneamento, é sítio. A água é assim, quando um liga o outro desliga, é gambiarra. (Familiar 9)

Ela mora "num" beco, não tem calçamento, não tem esgoto. Ela tem vontade de sair de lá, e eu não tenho condição [pois] se for colocar ela numa casa, eu vou pagar muita coisa [...]. (Familiar 10)

Alves e Rodrigues (2010) afirmam que a condição de moradia de uma população é inerente ao seu nível econômico, determinado pela desigualdade social com sérios rebatimentos para o conjunto dos trabalhadores pobres. Habitação inadequada do ponto de vista do respeito ao mínimo necessário à sobrevivência e desenvolvimento humano, vulnerabiliza ainda mais os indivíduos, afetando sua saúde física e mental.

Portanto, desigualdades de classe interferem no processo saúde-doença, demonstrando que não é suficiente uma filosofia humanista no cuidado com a saúde mental. A humanização dos serviços e do atendimento passa inicialmente, pela garantia dos direitos sociais, e depois pela supressão da própria “questão social”.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica representou um avanço no que diz respeito à desinstitucionalização dos usuários com sofrimento psíquico, porém ainda há muito o que avançar em relação à política de saúde mental, de forma a romper com a predominância da perspectiva medicamentosa neste campo.

As investidas das reformas conservadoras do Estado e das políticas sociais vem favorecendo esta perspectiva e reduzindo o acesso a direitos imprescindíveis aos cuidados com a saúde mental. O aprofundamento da pobreza e da miséria tem aumentado o processo de adoecimento dos indivíduos.

Assim, entendemos que dentre as faces do sofrimento psíquico se revelam como determinantes, as condições concretas de existência dos sujeitos, vinculadas a um determinado tipo de sociedade, a que é regida pelo modo de produção capitalista e suas implicações: exploração e desigualdade, manifestas no que se convencionou chamar de “questão social”.

Tal determinação foi indicada também nos resultados da pesquisa que originou este artigo. Os dados apontaram o quanto o pauperismo compromete a qualidade de vida e nela, o processo saúde-doença. Processo este, agravado ainda

mais, pelo frágil histórico de desrespeito aos direitos sociais por parte do Estado brasileiro, desrespeito ao qual não está imune a política de saúde mental, nem em nível nacional, muito menos em nível local.

Consideramos por fim, que se afirma a relação entre pobreza e saúde mental e que os seus rebatimentos alteram negativamente as condições de vida da população, na medida em que as próprias políticas sociais, que deveriam em tese, responder à garantia da cidadania burguesa caminham na contramão desta garantia, configurando-se como políticas seletivas, focalizadas, compensatórias, voltadas predominantemente, ao atendimento dos minimalismos da pobreza.

REFERÊNCIAS

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes Sociais e Económicos da Saúde Mental. **Rev. Port. Saúde Pública**. 2010; 28 (2): 127-131.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 8. Ed – São Paulo: Cortez, 2011, v. 2, p.51-56.

BRASIL. Decreto-Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 abr, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferencia Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CAMPINA GRANDE. Secretária Municipal de Saúde. **Projeto Institucional CAPS II** – Novos Tempos. 2011, pag. 3 – 38.

_____. Secretária Municipal de Saúde. **Lei Municipal de Saúde Mental: Lei Nº 4068**. Campina Grande, dezembro de 2002.

CIRILO, Livia Sales; FILHO, Pedro de Oliveira. Da desativação de leitos psiquiátricos à construção de uma rede substitutiva: a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande (PB). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.34, n.84, p.148-158, jan./mar. 2010.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafios para o Serviço Social. **Ser Social**, Brasília, v.13, n 28, p. 210-230, jan/jun. 2011.

IBGE, 2010. Censo Demográfico de 2010. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Campina Grande/PB, fornecidos em meio eletrônico.
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=250400&idtema=79> acessado em 25/02/2014.

MELO, Thaís Karina Guedes Bezerra de. **A Reforma Psiquiátrica no Atual Contexto da Globalização**. P. 1-7, 2005.
http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Thais_Karina_Guedes_Bezerra.pdf acessado em 25/02/2014.

MESQUITA, José Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. P. 1-9.
http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf acessado em 25/02/2014.

MINAYO, Cecília de Souza (organizadora); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otavio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O Trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 139-151, abr./jun. 2010.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.11, n.18, p. 205-218, dez. 2005.

SILVA, Maria do Socorro; BURITI, Dr. Iranilson de Oliveira. Memórias Gestadas, Loucura Representada: história da loucura em Campina Grande (1963-2005). **IV Colóquio de História**. Abordagens Interdisciplinares sobre História da Sexualidade. 16 a 19 de novembro de 2010, pag. 438 – 447.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, p.44-56, 2013.

APÊNDICES

Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “POBREZA E SAÚDE MENTAL: a relação entre condições de vida e adoecimento psíquico”.

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

- O trabalho “POBREZA E SAÚDE MENTAL: a relação entre condições de vida e adoecimento psíquico” terá como objetivo geral analisar os rebatimentos das precárias condições socioeconômicas das famílias de usuários atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) em Campina Grande/PB, sobre os cuidados com a saúde mental.
- Ao voluntário só caberá a autorização para a entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- À pesquisadora caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O (a) voluntário (a) poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao (a) voluntário (a) e, portanto, não haveria

necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

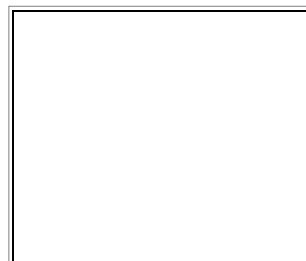
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8803 4836 com Cleomar Campos da Fonsêca.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

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

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

Apêndice B – Roteiro de Entrevista

01 – Quais os seus cuidados práticos com a saúde mental?

02 – Quais são os instrumentos necessários para efetivar esses cuidados?

03 – De que forma suas condições financeiras interferem nesses cuidados com o usuário?

04 – De que maneira sua condição de moradia interfere nos cuidados com o portador de sofrimento psíquico?

Apêndice C - Formulário Socioeconômico

01 - Idade: _____

02 - Qual é o seu nível de escolaridade?

- Analfabeto(a).
- Primeiro Grau Incompleto.
- Primeiro Grau Completo.
- Segundo Grau Incompleto.
- Segundo Grau Completo.
- Curso Técnico
- Superior Completo.
- Superior Incompleto.

03 – Quantas pessoas compõem a sua família?

- 1 pessoa
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- 4 pessoas
- 5 pessoas
- Acima de 5 pessoas – Total: _____ Pessoas

04 - Qual é o tipo de residência de sua família?

- Própria
- Alugada
- Emprestada

05 - Qual é a renda mensal média de sua família hoje?

- Até R\$ 678,00.
- De R\$ 678,00 até R\$ 900,00.
- De R\$ 900,00 até R\$ 1.020,00.
- De R\$ 1.020,00 até R\$ 1.530,00.
- Acima de R\$ 1.530,00
- Recebe ajuda Programa Social do Governo Federal
- Não possui nenhuma renda – Vive de ajuda de outros

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.

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

Profª Dra. Doraltícia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (9)

Número do CAAE: 21074813.1.0000.5187

Pesquisador: **Profº Cleomar Campos da Fonseca**

Data da relatoria: 06/09/2013

Titulo: POBREZA E SAÚDE MENTAL: rebatimentos das precárias condições

socioeconômicas das famílias de usuários atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) em Campina Grande/PB, sobre os cuidados com a saúde mental.

Situação do Projeto: APROVADO.

Apresentação do Projeto: O presente projeto objetiva analisar os rebatimentos das precárias condições socioeconômicas das famílias de usuários atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) em Campina Grande/PB, sobre os cuidados com a saúde mental. Para tanto, visa identificar as condições sociais e econômicas em que vivem as famílias de usuários atendidos pelo referido Centro; identificar e analisar de que maneira essas condições socioeconômicas interferem nos cuidados com a saúde mental e, por fim, apreender criticamente a relação entre a pobreza e a saúde mental, a partir da realidade dos sujeitos em questão. O estudo proposto consiste na possibilidade de melhor nos apropriarmos da relação entre pobreza e adoecimento psíquico, a partir de um contexto de aprofundamento e agudizamento da questão social, entendendo o transtorno mental como sendo uma das expressões dessa questão social, que tem se evidenciado na atual conjuntura. A metodologia será pautada numa perspectiva qualitativa, cuja compreensão é a de que a mesma possibilitará um entendimento qualificado das ações e relações sociais próprias da realidade a ser pesquisada.

Objetivos da pesquisa: Analisar os rebatimentos das precárias condições socioeconômicas das famílias de usuários atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) em Campina Grande/PB, sobre os cuidados com a saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos: Possíveis riscos estarão vinculados à possibilidade de não conclusão da pesquisa, comprometendo a socialização das informações coletadas/analizadas.

Benefícios: O desenvolvimento do presente estudo possibilitará ao sujeito participante da pesquisa, a socialização de informações que poderão repercutir na melhoria dos cuidados com a saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

Recomendações: Atende a todas as exigências protocolares do CEP mediante Avaliador e Colegiado. Diante do exposto, não necessita de recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se completo sem pendências ou inadequações, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

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

Profª Dra. Doraltícia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa