

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**ANGÉLICA ROZISKY CARDOZO**

**A REINserÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL APÓS A ALTA**

**Porto Alegre**

**2009**

**ANGÉLICA ROZISKY CARDOZO**

**A REINSERÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL APÓS A ALTA**

Trabalho apresentado como pré-requisito da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Christine Wetzel

**Porto Alegre**

**2009**

Dedico esse estudo a todos os usuários dos CAPS.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Christine Wetzel, pela sua dedicação, paciência, competência e comprometimento em me orientar e me guiar na realização desse estudo, bem como no meu amadurecimento profissional.

À Escola de Enfermagem da UFRGS, honrosa instituição que me oportunizou o curso de graduação.

À equipe profissional e aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que me acolheram, que me oportunizaram crescimento profissional e pessoal, deixando muitas saudades.

Aos ex-usuários do Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que participaram desse estudo de coração, almejando que os resultados da pesquisa possibilitem melhorias à saúde mental.

Ao meu marido Marcelo, por ter me apoiado durante todo o curso de Enfermagem, me dando apoio nos momentos mais difíceis e nas alegrias, sempre estando ao meu lado quando mais precisei.

À minha mãe Ieda, por ser o meu exemplo de coragem, persistência e dedicação. Por ter ajudado a construir quem hoje eu sou.

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

Eduardo Galeano

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a reinserção social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) após a alta, através da identificação de suas redes sociais, do impacto do preconceito e do estigma em seu cotidiano, da reinserção pela via do trabalho, da contribuição do CAPS no preparo para a alta e, também, quanto à questão da cidadania. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, do tipo exploratório. A coleta de informações foi realizada através de entrevista semi-estruturada e ecomapa e, a análise, foi realizada através da técnica de análise de conteúdo temática. Identificou-se que a alta do CAPS ainda está centrada no modelo biomédico e que, atualmente, possui pouco apoio de políticas públicas para a inclusão do usuário na sociedade. Também foi identificado que o estigma é a maior barreira para a entrada do portador de sofrimento psíquico no mundo do trabalho. Quanto à rede social, verificou-se o quanto é fundamental o vínculo do usuário com outros espaços terapêuticos e sociais, que a família é uma importante instância na sua rede social e que a maioria conseguiu ampliar o seu leque de relacionamentos. Quanto à questão da cidadania, alguns usuários estão cientes dos seus direitos e os estão reivindicando na sociedade. O estudo mostrou que para ocorrer reinserção social é necessário interdisciplinaridade e intersetorialidade, bem como mudanças relacionadas ao preconceito que as pessoas têm com os usuários. Somente assim, ele conseguirá voltar a ser um pleno cidadão.

**Descritores:** Enfermagem, Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental, Reabilitação, Desinstitucionalização.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>9</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MODO PSICOSSOCIAL</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>19</b>
<b>4.2</b>	<b>População e Amostra</b>	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>Coleta de Informações</b>	<b>20</b>
<b>4.4</b>	<b>Análise de Informações</b>	<b>22</b>
<b>4.5</b>	<b>Aspectos Éticos</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>25</b>
<b>5.1</b>	<b>Saindo do CAPS</b>	<b>25</b>
<b>5.2</b>	<b>Outras pessoas para a gente conversar</b>	<b>30</b>
<b>5.3</b>	<b>Eu era universitária e agora sou previdenciária</b>	<b>36</b>
<b>5.4</b>	<b>Eu sou louca, mas não sou burra</b>	<b>40</b>
<b>5.5</b>	<b>Nós ouvimos vozes, agora vocês é que vão escutar as nossas vozes</b>	<b>42</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>48</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	<b>52</b>
	<b>APÊNDICE B – Instrumento para coleta de informações</b>	<b>53</b>
	<b>ANEXO A – Termo de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS</b>	<b>54</b>
	<b>ANEXO B – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como temática a reinserção social no campo da saúde mental, analisando essa questão a partir da vivência dos usuários no pós-alta do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A temática proposta exige a sua contextualização, já que está atrelada a um movimento de transformação – a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Neste sentido, o final da década de 1970 é marcado, no Brasil, pelo despertar da classe trabalhadora da rede de assistência psiquiátrica, que conclamou por mudanças na forma de assistir o portador de transtornos mentais, denunciando a ineficácia do sistema hospitalocêntrico, sendo considerado ultrapassado e sem resolubilidade. Este movimento, que ficou conhecido como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), buscou envolver os diversos segmentos da sociedade, procurando integrá-los na consecução de uma nova rede de assistência psiquiátrica (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira fundamenta-se no modelo italiano, tendo como foco a desinstitucionalização e a mudança de paradigma da doença para a existência-sofrimento do indivíduo em seu corpo social. As idéias centrais dessa reforma partem da premissa que não se deve separar a doença da existência global do paciente, devendo superar-se os aparatos técnicos, as legislações e as administrações constituídas para assistir a pessoa em sofrimento mental, mudando-se o foco da atenção da doença para a existência-sofrimento, visando também a recuperação da cidadania e a reinserção da pessoa na sociedade (SOUZA, 2007).

Entende-se como reinserção social a reconstrução das perdas e a criação ou o fortalecimento de uma rede de apoio, o estabelecimento e o resgate de uma rede social inexistente ou comprometida. Tem como objetivo a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania, sendo um processo longo, gradativo e dinâmico, já que implica numa revisão de estigmas sociais estabelecidos e no resgate da cidadania (OBID, 2007).

Dentre os serviços substitutivos ao modelo asilar, que preconizam a reinserção social, aparece o CAPS como uma estratégia terapêutica, que se fundamenta na interdisciplinaridade e no resgate da cidadania.

Os CAPS são unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, sendo uma das principais estratégias no país na constituição de uma rede substitutiva ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, caracterizado por internações de



longa permanência e regime asilar. Os CAPS permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e à sociedade, visando a retomada da autonomia e a reinserção social.

Os CAPS trabalham com equipe multiprofissional e as atividades desenvolvidas são bastante variadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas, atividades físicas, atividades lúdicas, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Neste serviço, a família é considerada como parte essencial do tratamento, tendo acesso livre ao serviço, sempre que se fizer necessário.

O meu interesse com a temática em questão deve-se à minha trajetória acadêmica no CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde realizei estágio curricular através da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e, também, estágio extracurricular voluntário. Os estágios me propiciaram a criação de vínculo com usuários e equipe, despertando interesse de estudar o tema e conhecer como está a vida dos pacientes que receberam alta do serviço.

O CAPS do HCPA funciona diariamente das 8 às 18h, atendendo quarenta e cinco pacientes intensivos que freqüentam o serviço todos os dias, setenta e cinco semi-intensivos que vão de duas a três vezes por semana e cem não-intensivos que utilizam o serviço três vezes por mês. A equipe multiprofissional é formada por três enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, um técnico-administrativo, uma educadora física, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma professora de artes, uma médica contratada, três residentes de medicina, professores de enfermagem e de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), estagiários de enfermagem, de educação física, de serviço social e de psicologia.

Através dos estágios tive contato com alguns usuários que receberam alta do serviço, fato que me fez pensar: como estão esses usuários no pós-alta? Estão inseridos na sociedade? Estão incluídos em algum projeto social? Conseguiram entrar para o mercado de trabalho? Como está o cotidiano dessas pessoas? Suas vidas melhoraram após passarem pelo serviço?

A partir da reflexão destes questionamentos levou-se a formação da questão norteadora: Como se dá a inserção social de ex-usuários do CAPS do HCPA no que se refere as seguintes dimensões: estigma, relações sociais, institucionais e trabalho.

O presente estudo pretende ampliar conhecimento sobre a temática em questão no contexto da Reforma Psiquiátrica sob o paradigma psicossocial e espera-se que os resultados tragam subsídios para a criação de ações em saúde mental voltadas para a reinserção social do portador de sofrimento psíquico.

## **2 OBJETIVOS**

A seguir serão apresentados os objetivos gerais e específicos do estudo.

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a reinserção social de usuários do CAPS após a alta.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as redes sociais do usuário;
- Identificar atividades de reinserção pela via do trabalho;
- Identificar o impacto do preconceito em relação à loucura no cotidiano do usuário;
- Identificar qual foi a contribuição do CAPS no preparo para a alta.

### 3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MODO PSICOSSOCIAL

Com o surgimento do tratamento moral instituído por Philippe Pinel, no século XVIII, inaugura-se o campo da psiquiatria no seio da ciência médica, e o louco passa a adquirir o status de doente mental.

O isolamento terapêutico foi uma resposta à sociedade que conclamava uma solução para os insanos, solução que estabeleceu uma mediação entre os lemas libertários da Revolução Francesa e as medidas de caráter mais drástico, destinadas aos vagabundos e traidores. O gesto simbólico de Pinel, de libertação dos loucos das correntes, não deu ao doente o direito de sair do asilo, mas, sim, o direito ao tratamento em uma instituição autorizada para tanto (AMARANTE, 2000).

Após a Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e de reconstrução social, de desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância para as diferenças, surgiram as primeiras críticas ao hospital psiquiátrico e propostas para sua transformação e até mesmo sua extinção (DESVIAT, 1999).

Nesse momento, surgem a psiquiatria preventiva (Estados Unidos), a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor (França), e também a comunidade terapêutica (Inglaterra) e a psiquiatria democrática (Itália), como propostas de assistência cujos pressupostos constituíam categorias primordiais de uma cultura universal da reforma. Novos referenciais e práticas, novos olhares para a loucura e para a mente humana e formas diversas de tratamento, em diferentes contextos, questionam o modelo hegemônico.

Apesar das contribuições desses movimentos, e das possibilidades de mudanças, eles esbarram na manutenção da hegemonia do hospital psiquiátrico, como aponta Saraceno:

Nos últimos cinquenta anos certamente o papel hegemônico do hospital psiquiátrico foi colocado em questão de maneiras diversas, em lugares e tempos diversos, através da ativação de dispositivos de tratamento e assistência diferentes. Muito freqüentemente, entretanto, o colocar em questão tal situação não significou colocar em cheque, ou porque resultou em dispositivos paralelos ao hospital psiquiátrico (é o caso da experiência francesa do setor), ou porque enalhou em uma crítica de grupos intelectuais sem o poder (ou a vontade) de traduzir o pensamento em uma prática de transformação real (é o caso do movimento antipsiquiátrico inglês (SARACENO, 1999, p. 63).

Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), a Reforma Psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, foi motivada pela intenção de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e exclusão. Neste contexto político e cultural, a palavra desinstitucionalização era utilizada para muitos e

diferentes objetivos: para os reformadores, ela sintetizava precisamente esses objetivos; para os grupos de técnicos e de políticos radicais, ela significava a abolição de todas as instituições de controle social; para os administradores, ela era um programa de racionalização financeira e administrativa, significando redução de leitos hospitalares e operações conseqüentes da crise fiscal.

A desinstitucionalização com base nesse último significado é praticada, principalmente, como desospitalização, política de altas hospitalares, redução do número de leitos e, em alguns casos, fechamento de hospitais psiquiátricos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Em suas intenções, todas as reformas psiquiátricas dos anos 60 na Europa tinham como objetivo superar gradualmente a internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social, da prevenção e da reabilitação do portador de sofrimento psíquico. Esta transformação da forma organizativa dos sistemas de saúde mental rompeu com o predomínio do modelo clássico da Psiquiatria, no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico. Através desta perspectiva, foram multiplicadas as estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais, que deveriam assistir aos pacientes e evitar hospitalizações psiquiátricas posteriores (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

A reforma psiquiátrica no Brasil teve início nos anos 70, através da eclosão do Movimento Sanitário, que preconizava mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira teve como estopim o episódio que ficou conhecido como a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental. Em abril de 1978, os profissionais das quatro unidades da DINSAM, todas no Rio de Janeiro, deflagraram uma greve, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais (AMARANTE, 1995).

Segundo Amarante (1995), a crise foi deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas, ao registrarem no livro de ocorrências do plantão as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele local. Este ato acaba mobilizando profissionais de outras unidades e recebe o apoio imediato de outros segmentos da sociedade. Nasce assim, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

(MTSM), cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, favorecendo o debate e o encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica.

A partir desse Movimento, começa a construção da denúncia da violência dos manicômios, da preponderância de uma rede privada de assistência e da mercantilização da loucura, bem como, a construção coletiva de uma crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas portadoras de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

Um importante marco histórico para o setor da saúde mental, conforme Hirdes (2009), foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, na qual foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas”. Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel centralizador e hegemônico do hospital psiquiátrico, preservar a dignidade pessoal, os direitos civis, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário.

A partir destes marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e asilar, tais como: redes de atenção à saúde mental, CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Hospital-Dia, ambulatório de saúde mental, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, entre outros serviços que buscam a reinserção do indivíduo com sofrimento mental na sociedade e o resgate da sua cidadania (HIRDES, 2009a).

O processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente no Brasil nos últimos anos, sobretudo através da instituição pelo Ministério da Saúde de mecanismos para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Iniciativas como o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os CAPS e as Residências Terapêuticas, permitiram a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de reforma (BRASIL, 2005).

Os CAPS são serviços de saúde municipais, comunitários e abertos, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos seus usuários através do acesso ao trabalho,

lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005).

Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual tiveram grande expansão. Entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, os CAPS, são os de maior valor estratégico para a reforma psiquiátrica brasileira, pois o surgimento destes serviços passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país (BRASIL, 2004).

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica regular e ser porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação. É sua função, portanto, organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios (BRASIL, 2005).

Os CAPS devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico, sendo de sua responsabilidade o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005).

Nessa modalidade de atenção, a finalidade das ações assistenciais interdisciplinares incide sobre a inserção social das pessoas com transtornos mentais. Assim, o olhar volta-se para outros aspectos da vida do indivíduo e suas necessidades de ordem biológica, social e econômica, não sendo mais a cura como meta das intervenções e sim o exercício da contratualidade, para além das limitações impostas pelo sofrimento psíquico (LEÃO; BARROS, 2008).

O CAPS tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por oferecer um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas, sim, os envolve no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social deste indivíduo com sofrimento psíquico (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

O CAPS está viabilizando autonomia nos afazeres cotidianos, nas relações, na vida afetiva, social e econômica dos usuários do serviço. No contexto deste serviço, oferecer tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico, até agora foi a experiência mais reabilitadora

que existiu, mesmo sabendo que a reabilitação não tem um fim definido e que depende de um conjunto de fatores para ser consolidada (MARZANO; SOUSA, 2004).

Apesar disso, a implantação e expansão de uma política mais ampla sofre a influência de diversos fatores e o seu desdobramento nos diferentes estados e municípios é muito heterogêneo.

Em relação aos CAPS, o estudo de Milhomem e Oliveira (2009), mostra que as equipes de trabalho são elementos determinantes da efetividade de práticas antimanicomiais. A quantidade insuficiente de serviços, o descompromisso do gestor municipal, o número insuficiente de trabalhadores e sua falta de qualificação, as condições de trabalho precarizadas, são alguns dos elementos que repercutem em dificuldades para a consecução dos objetivos da proposta.

Entende-se, entretanto, que mesmo em uma situação mais favorável em termos de recursos, corre-se o risco de reprodução do modelo psiquiátrico/manicomial e que, para a sua superação, torna-se necessário pensar “para fora” dos serviços. Um CAPS que pretenda constituir-se como um dispositivo de reinserção social não pode limitar-se ao chamado “projeto terapêutico”, mas deve propiciar a construção de projetos de vida.

A reabilitação psicossocial é um dos objetivos do CAPS e está diretamente relacionada à retomada da autonomia e à reinserção social do usuário. O termo reabilitação é conceituado pela literatura de diversas formas e, por isso, torna-se necessário conhecer alguns desses conceitos para se poder falar em reinserção social.

Segundo a Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPRS), reabilitação psicossocial pode ser definida como um conjunto de serviços direcionados a pessoas com doenças mentais e déficits funcionais graves. O objetivo é capacitar os indivíduos a compensar ou eliminar os déficits funcionais, e restaurar a capacidade de viver de maneira independente. A reabilitação psicossocial foi desenvolvida na mesma época que os medicamentos e representa uma revolução no tratamento de doenças mentais graves. Pois, os medicamentos tratam, principalmente, os sintomas positivos, como as alucinações, a depressão, entre outros. A reabilitação psicossocial neutraliza os sintomas negativos da doença, como a dificuldade de cumprir tarefas, de se concentrar e de ser assertivo (IAPRS, 1995).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), reabilitação psicossocial é o “conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (OMS, 2001).

Esses primeiros conceitos remetem a idéia de que reabilitação é a neutralização dos sintomas da doença, a melhora das habilidades do portador de sofrimento psíquico e a diminuição da cronificação da doença.

Já os conceitos mais atuais, como esse pertencente ao estudo de Lussi, Pereira e Pereira Junior (2006), informa que reabilitação é um conjunto de ações que objetivam aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas deficiências, sendo fundamental a reinserção da pessoa na sociedade para ocorrer uma efetiva reabilitação. Pois, quando a própria pessoa acredita que é incapaz ou impotente frente à sua vida, surge um estado de inércia e diminuição de sua condição para enfrentar as dificuldades vividas e essa situação pode ser modificada à medida que se amplia o apoio da rede social.

Segundo Hirdes (2001), reabilitação psicossocial também pode ser vista como a aceitação de uma pessoa como ela é, do jeito que ela se apresenta, para poder se trabalhar em cima das suas dificuldades os aspectos necessários à sua vida. Reabilitação psicossocial não consiste no processo de adaptar os fracos ao mundo dos fortes, mas em mudar as regras do jogo, para que os fortes compartilhem do mesmo cenário dos mais fracos. Para isso, é necessária uma conscientização da sociedade, e não a adoção de medidas tranqüilizadoras da boa consciência. São estes os movimentos necessários que permitem passar de uma atitude de imobilidade para a produção de sentido, de vida, de inclusão, de dignidade, de direito e de justiça.

A possibilidade de mudanças, o processo de reconstrução, o exercício pleno da cidadania e a contratualidade entre o cenário, o trabalho e a rede social fazem parte do processo de reabilitação. A reabilitação é considerada uma necessidade e uma exigência ética, não sendo somente a alteração de um usuário de um estado de incapacidade para um estado de capacidade. Implica em mudança de toda política dos serviços de saúde mental, incluindo profissionais, usuários, suas famílias e a comunidade inteira. Por isso, reabilitação psicossocial é considerada uma ação estratégica, um desejo político, uma modalidade compreensiva, complexa e sutil de cuidados para indivíduos vulneráveis às formas de sociabilidade habitual que requerem cuidados igualmente complexos e delicados. (MARZANO; SOUSA, 2004).

Enfim, a reabilitação psicossocial é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras que impedem a plena inclusão do indivíduo na sociedade, o pleno exercício de seus direitos e da sua cidadania. Sendo, desta forma, os últimos conceitos apresentados, os que melhor descrevem o termo reabilitação no contexto da reinserção social ao qual esse estudo pertence.



O conceito de reinserção social, que mais se aproxima à intenção do estudo, é o do Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (2007), que considera reinserção como a reconstrução das perdas e a criação ou o fortalecimento de uma rede de apoio, o estabelecimento e o resgate de uma rede social inexistente ou comprometida, tendo como objetivo, a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania.

As pessoas acometidas por transtornos mentais somam muitas perdas no decorrer de sua vida devido à doença. Passam a ter uma rede social precária ou praticamente nula que, muitas vezes, se resume apenas à família e, em alguns casos, nem a família, já que muitos deles acabaram perdendo contato ou foram abandonados. Além das perdas sociais e de algumas limitações impostas pela doença, os portadores de sofrimento psíquico ainda tem que conviver diariamente com o sentimento de inutilidade por não pertencer mais ao mercado de trabalho.

É inquestionável a forte correlação entre a saúde mental e o trabalho, observada principalmente nos dias atuais. É consensual a idéia de que o trabalho exerce forte influência na preservação ou deterioração da saúde mental do ser humano, enquanto as condições mentais podem interferir no desempenho laboral do indivíduo. A relação entre trabalho e saúde mental é algo tão intrincado que, em muitos casos, não é possível identificar se as condições de trabalho contribuíram para o surgimento de uma doença ou se a doença comprometeu o desempenho no trabalho (FRAZÃO; ARCOVERDE, 2009).

Assim, verifica-se que a exclusão da pessoa com transtorno mental não ocorre apenas pelas manifestações clínicas da doença, mas também por elementos subjetivos como o preconceito, a desinformação, a falta de preparo das instituições de saúde para atuar promovendo a reabilitação social e o contexto econômico da sociedade capitalista, que convive indiscriminadamente com a realidade do desemprego (FRAZÃO; ARCOVERDE, 2009).

Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica encontra-se exatamente neste ponto, visto que a exclusão social é principalmente um problema de teor político, estando diretamente ligada ao aspecto econômico, devido à precarização do emprego e, também, à desagregação familiar e social. No caso de pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes, a exclusão social pela via do trabalho é ainda mais delicada, pois além dos estigmas atribuídos à doença, o desemprego apresenta-se como um problema até as para pessoas em condições "normais" de competitividade e produtividade (LEÃO; BARROS, 2008).

Outro problema enfrentado pelo portador de transtorno mental, que vivenciou ou não internações em hospitais psiquiátricos e que agora é usuário de um serviço extra-hospitalar, é o estigma que leva consigo. Isto é, são considerados pela sociedade como um “fora da norma” porque apresentam certa característica física, social ou cultural que os difere e que, na maioria das vezes, são vistos de forma depreciativa pela sociedade (MARZANO; SOUSA, 2004).

A relação da sociedade com o indivíduo estigmatizado nunca é indiferente: ou pode ser de superproteção ou de rejeição, resultando com que haja um impedimento daquela pessoa em desenvolver uma vida dentro dos padrões de normalidade adotados por aquela comunidade (MARZANO; SOUSA, 2004).

Segundo Pratt et al. (1999<sup>1</sup> apud HIRDES, 2001), o estigma é a maior barreira para o emprego das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Sendo que, uma das maiores origens do estigma, é a freqüente caracterização negativa das pessoas com doença mental pelos meios de comunicação. A falsa caracterização dos portadores de distúrbios mentais como emocionalmente instáveis, irracionais e perigosos, reflete as atitudes e o modo das pessoas leigas interagirem e se relacionarem com eles.

Segundo Hirdes (2001), a convivência do doente mental como cidadão na sociedade não é o único atributo desejável e, sim, a convivência desprovida de preconceito, que aparece como um ideal a ser conquistado ainda nos dias de hoje. Essa conquista passa por várias instâncias, tais como, política, legislativa e de organização de serviços. Verifica-se, então, que a desmistificação da loucura

[...] precisa ser pensada não somente em termos macros, mas é a partir dos movimentos, das ações que são desenvolvidas no plano micro que se darão as mudanças mais significativas na vida dos portadores de sofrimento psíquico e estas conduzirem a saltos dialéticos que expressam em transformações qualitativas na concretude na vida dessas pessoas (HIRDES, 2001, p.192).

No regime capitalista, a inclusão social deve ocorrer pela vinculação ao mercado de trabalho, apresentando-se mais estrutural e garantida do que pela via da assistência. Além disso, a inserção social exige muito mais do que assistência, sobretudo inserção laborial e supremacia da cidadania (DEMO, 2002<sup>2</sup>, apud LEÃO; BARROS, 2008). Frente a essa problemática, a reabilitação psicossocial necessita contemplar os meios de produção, pois somente dessa maneira é possível reverter a imagem de improdutivo e desprovido de direitos

---

<sup>1</sup> PRATT, W. et al. *Psychiatric rehabilitation*. London: Academic Express, 1999.

<sup>2</sup> DEMO, P. *Charme da exclusão social*. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2002.

que o portador de transtorno mental freqüentemente carrega (VIANNA; BARROS, 2002<sup>3</sup>, apud LEÃO; BARROS, 2008).

Além disso, para a reintegração social do indivíduo é necessário que ele tenha um lugar de referência, onde possa procurar quando sentir necessidade ou vontade: lugares onde possa formar vínculos, como o CAPS, os centro de convivência ou o ambulatório de saúde mental. Sendo que é importante lembrar que a reinserção social também engloba suportes materiais como moradia, alimentação, família, lazer e trabalho.

Através dos fatos apresentados, pode-se notar que reinserção social é um processo longo e demorado, pois implica na desmistificação da loucura perante a sociedade e em reformulações no poder contratual, dos usuários no estabelecimento de relações com o Estado e a sociedade (HIRDES, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), alguns avanços no combate ao estigma foram alcançados, especialmente naquelas situações onde programas promovem concretamente a inclusão social dos pacientes, como no caso das residências terapêuticas, projetos de geração de renda e as atividades culturais promovidas pela rede de serviços.

---

<sup>3</sup> VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. O processo saúde doença mental: a exclusão social. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1/2, p. 86-90, jan./dez. 2002.

## **4 METODOLOGIA**

Apresento a seguir os procedimentos metodológicos, os instrumentos que foram utilizados na coleta de informações, a análise e os princípios éticos, aos quais o estudo foi submetido.

### **4.1 Tipo de Estudo**

O caminho metodológico escolhido neste estudo orientou-se pela pesquisa qualitativa. Dentro dessa abordagem qualitativa, definiu-se por um estudo descritivo do tipo exploratório.

Segundo Minayo (2006), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das percepções, das crenças e das opiniões, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Este tipo de método propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos.

Atribui-se o caráter descritivo a este estudo por possuir a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Sendo do tipo exploratório por investigar a natureza complexa do fenômeno e os outros fatores com os quais ele está relacionado (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

### **4.2 População e Amostra**

Na abordagem qualitativa de pesquisa o critério de inclusão não é numérico, preocupa-se “menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação” (MINAYO, 2006, p. 197).

Sendo assim, o estudo teve como critério de inclusão, usuários do CAPS adulto do HCPA que receberam alta do serviço há mais de seis meses e com boas condições de comunicação.

A amostra foi composta por quatro ex-usuários do CAPS adulto do HCPA, sendo um sujeito do sexo feminino e três do sexo masculino. Os quatro sujeitos do estudo são portadores de esquizofrenia.

Os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), permanecendo uma via com a pesquisadora e outra o sujeito.

### **4.3 Coleta de Informações**

A coleta de informações ocorreu no mês de outubro de 2009. Para convidar os sujeitos do estudo foi entrado em contato com o CAPS II do HCPA, que forneceu os números de telefone dos ex-usuários do serviço.

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa mediante contato telefônico, no qual foi explicado o objetivo do estudo, a metodologia que seria utilizada para a coleta das informações e os aspectos éticos. Com o aceite do sujeito para participar do estudo, as entrevistas foram agendadas e realizadas no CAPS do HCPA, conforme a disponibilidade do participante.

Os instrumentos para coletar as informações foram entrevista e elaboração de ecomapa.

A entrevista foi do tipo semi-estruturada, que obedeceu a um roteiro apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na seqüência das questões, facilita a abordagem e assegura que as hipóteses e pressupostos do investigador serão cobertos na conversa (MINAYO, 2006).

O roteiro elaborado para o presente estudo é composto de duas partes. A primeira trata-se de um questionário no qual foram colhidas informações relacionadas a dados de identificação dos sujeitos e aspectos objetivos relacionados à doença e tratamento. Nesse momento, o pesquisador buscou dados que permitiram uma caracterização dos sujeitos do estudo. Além disso, esse momento permitiu que o entrevistado tivesse um tempo para se familiarizar com o gravador e sentir-se mais confortável na presença do entrevistador.

Depois de concluída essa etapa, iniciou-se com a entrevista semi-estruturada propriamente dita, composta por questões norteadoras (APÊNDICE B).

As questões norteadoras permitem que o entrevistador direcione a conversa para atingir o objetivo do estudo. Apesar disso, o roteiro não pode se constituir como uma ferramenta rígida, o que poderia impedir uma comunicação mais fluente e rica por parte do entrevistado. Quanto mais o entrevistador possibilitar a expressão das vivências, sentimentos e construções subjetivas do entrevistado em relação à temática investigada, maior a riqueza dos dados que terá disponibilizado ao final da coleta.

Após o término da entrevista, foi realizado um ecomapa, que tem como objetivo identificar as redes sociais do ex-usuário. O ecomapa é baseado no modelo Calgary, que é um método desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Calgary, no Canadá. Esse modelo tem sido bastante utilizado por enfermeiros, pois permite o cuidado integral a partir de um olhar holístico sobre o sujeito em estudo, permitindo ao profissional e equipe de saúde conhecer o conjunto daqueles que interagem direta ou indiretamente com o indivíduo em sofrimento psíquico.

O ecomapa (Figura 1) é um diagrama do contato do indivíduo com os outros, representando as conexões importantes entre ele e o mundo. Permite a compreensão dos vínculos e os relacionamentos do sujeito em estudo com os sistemas mais amplos do contexto familiar, tendo como valor numérico o impacto visual. Retrata as relações importantes, tanto positivas quanto negativas, mapea as interfaces, os pontos de intermediação, pontes a construir e recursos a serem buscados e mobilizados nos conflitos (WRIGHT; LEAHY, 2002).

Os sujeitos da pesquisa participaram ativamente na construção do ecomapa. O entrevistado foi colocado no círculo central e os círculos externos representaram pessoas, órgãos ou instituições.

As linhas desenhadas entre o entrevistado e os círculos externos indicam a natureza dos vínculos afetivos existentes. Elas indicam vínculos fortes, moderados, superficiais e muito superficiais. Já as linhas cortadas representam relações estressantes (negativas). Quanto maior o número de linhas ligando uma determinada relação, mais forte é o vínculo afetivo definido pelo indivíduo.

Durante a construção do ecomapa, os entrevistados descreveram e justificaram a representação gráfica dos vínculos, fato que permitiu uma apreensão de ordem qualitativa das informações. Estas informações foram utilizadas como complementares à entrevista e foram analisadas juntamente com ela.

Ao final, foi perguntado ao entrevistado se gostaria de acrescentar alguma informação ou ter algum esclarecimento adicional sobre a pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. As observações, na apresentação dos resultados e na discussão, são especificadas com a letra E, de entrevistado, e o número é de acordo com a ordem cronológica de realização, sendo referenciadas da seguinte forma: E1, E2, E3 e E4.

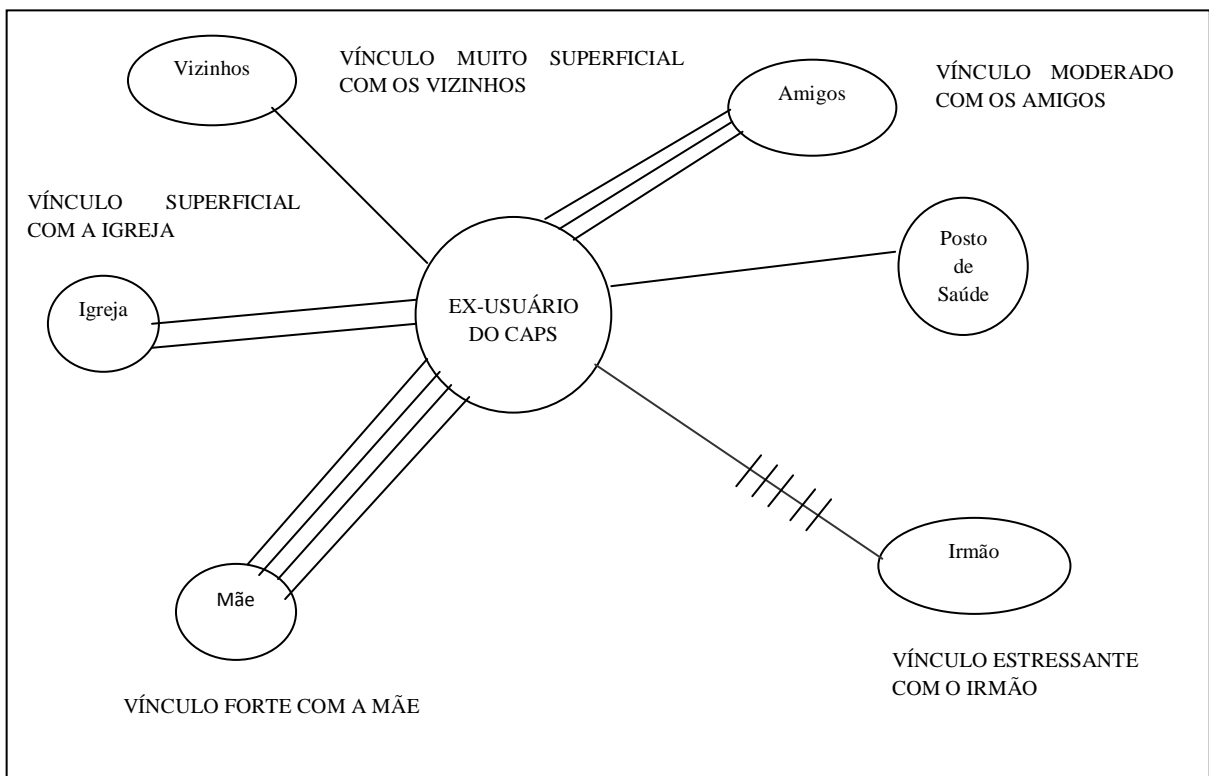


Figura 1 – Ecomapa. Adaptado do modelo utilizado pela Faculté de Sciences Infirmières Université de Montreal – Québec, Canadá.

#### 4.4 Análise de Informações

A análise das informações foi realizada através da técnica de análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2006). De acordo com a autora, a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e

científicos, visando ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação.

Mais especificamente, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2006, p. 316).

A análise temática apresentou três etapas:

- a) Pré-análise: nessa etapa foi realizada a escolha dos documentos que seriam analisados e a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa;
- b) Exploração do Material: nessa fase foi feita uma operação classificatória, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. O material foi lido exhaustivamente e as informações coletadas foram agregadas e classificadas nas seguintes categorias: alta do CAPS e os serviços de saúde, redes sociais, reinserção pela via do trabalho, preconceito e cidadania.
- c) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: a partir dos resultados foi proposto inferências e realização de interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (ANEXO B).

Atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), foi informado aos sujeitos da pesquisa, no momento em que foram convidados para participar do estudo, o objetivo da pesquisa, a metodologia para a coleta das informações, os princípios éticos, a confidencialidade da identidade e a possibilidade de, a qualquer momento, desistir de participar, sem que implicar em qualquer ônus.

Além disso, foi pedida a permissão para gravar a entrevista para posterior transcrição e análise das informações pela pesquisadora, as quais serviram somente para fins de pesquisa. Foi informado que gravação da entrevista e a sua transcrição serão



guardadas por cinco anos pela pesquisadora e destruídas após esse prazo conforme a lei dos direitos autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

As pessoas que aceitaram participar do projeto assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O termo foi apresentado, lido e explicado aos participantes, sendo assinado pela pesquisadora e pelo participante, em duas vias, permanecendo uma cópia com cada uma das partes envolvidas no estudo.

O presente estudo envolveu exclusivamente a realização de entrevista, a aplicação de questionário e ecomapa, não incluindo coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Esta característica torna o estudo de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde na publicação “*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*”<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Council for International Organization of Medical Sciences, World Health Organization. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva:CIOMS/WHO; 1993.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados e discutidos os resultados do estudo.

### 5.1 Saindo do CAPS

A seguir serão discutidas as informações relacionadas ao papel do CAPS na preparação para alta e como o usuário vivenciou esse momento.

O CAPS preconiza a reabilitação psicossocial, a retomada da autonomia e a reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico. A idéia desse serviço é que o usuário o frequente por algum período de tempo e que receba alta. Mas, como está sendo dada a alta do CAPS? Através dos depoimentos abaixo é possível conhecer como o usuário vivenciou esse processo:

Na primeira alta, a enfermeira chegou pra mim e disse que eu estava pronta para receber alta e eu aceitei (E1).

Na situação relatada é possível verificar que alta do CAPS está relacionada com a estabilidade da doença, ou seja, o seu critério está relacionado quase que exclusivamente em parâmetros clínicos.

Além disso, a preparação para a alta do serviço está se restringindo participação dos usuários em um “grupo de reinserção social”:

Particpei do grupo da assistente social daqui do CAPS. Foram uns cinco encontros em que falávamos como seria a nossa vida fora do CAPS e a mudança para um posto de saúde (E2).

O grupo de reinserção social do CAPS do HCPA é realizado pela assistente social do serviço. A cada três meses é formado um grupo de reinserção social, que se reúne a cada quinze dias. Como esse grupo é fechado, formado de três em três meses, os usuários que recebem alta nesse meio tempo não podem participar. Isso pode explicar o depoimento a seguir, de um usuário que não participou dessa atividade, sendo apenas encaminhado a outros serviços de saúde para dar continuidade ao tratamento.

Só me disseram que eu estava de alta. Fui encaminhado para o ambulatório aqui do Clínicas (E3).

Através dos relatos dos entrevistados nota-se que recebem alta os pacientes que estão “estáveis” da doença, fato que não garante a sua efetiva integração na sociedade. O controle dos sintomas é apenas uma parte dessa trajetória e não sendo feito um trabalho de integração e reinserção na comunidade corre-se o risco de estarmos, em um CAPS, reproduzindo a lógica da normalização/adaptação. Diálogos e integração com outros espaços, como oficinas de geração de renda, cooperativas, entre outros, é fundamental.

Percebe-se que a continuidade ao tratamento após a alta do serviço está muito centrada no atendimento médico:

Agora tenho acompanhamento pelo posto, aqueles de saúde da família (E2).

Eu tenho a psiquiatra do posto, a psiquiatra particular e só (E4).

O encaminhamento para postos de saúde que possuem o Programa Saúde da Família (PSF), está relacionado ao fato de que a proposta de criação dos CAPS surgiu paralelamente à implementação do PSF. Segundo Juca, Nunes e Barreto (2009), ambos respondem, de certa forma, ao processo de redemocratização no país, que teve como marcos a reforma sanitária e a tentativa de viabilizá-la através da criação do SUS. Ambos os serviços, apesar de compartilharem o contexto sócio-histórico, têm histórias independentes, tendo a reforma psiquiátrica um peso maior na instituição dos CAPS. Mesmo assim, o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil articula-se com o SUS, especialmente nas instituições públicas e defende que a prática de referência e contra-referência seja um marco nas novas formas de assistência.

Os entrevistados que não foram encaminhados para postos de saúde, continuaram com o seu tratamento em nível ambulatorial no HCPA ou realizando consultas médicas no CAPS.

Fui encaminhado para o ambulatório aqui do Clínicas. Tenho acompanhamento médico aqui no ambulatório, consulto uma vez por mês (E3).

No CAPS, sem os psiquiatras daqui não sou ninguém (E1).

Através dos relatos dos entrevistados foi possível verificar que nenhum deles, após ter recebido alta do CAPS, ficou sem atendimento médico. Todos afirmaram que foram encaminhados para outros serviços de saúde para darem continuidade ao tratamento.

Mas, apesar do importante papel do CAPS no encaminhamento dos pacientes para os postos de saúde e serviços ambulatoriais, propiciando a continuidade do tratamento, através do depoimento de um dos entrevistados, é possível verificar que essa modalidade de acompanhamento não contempla a totalidade das necessidades dos usuários, principalmente no que se refere às crises:

Me colocaram contra a parede aqui, porque eu também tinha um outro psiquiatra. Me disseram ou tu vai ou tu fica aqui. Mas e se eu tiver um surto, durante o dia ou durante a noite, aí o meu pai perguntou “o que eu vou fazer com o meu filho?”, aí disseram “leva ele para a emergência”. Se eu for para a emergência vão me dar a medicação e vão me mandar embora, eu quero um médico que, se eu precisar internar, ele me interna e me atende em qualquer horário. Mas, tive que continuar aqui por causa do remédio sabe, do Leponex, senão eu não estaria mais me tratando aqui. Aqui pego o remédio de graça, não preciso comprar (E3).

De acordo com esse relato, verifica-se que as equipes de saúde ainda não possuem preparação e conhecimento suficientes para oferecer suporte e atendimento ao paciente em crise. Quando o usuário está em crise, é encaminhado à emergência dos hospitais de referência, onde são medicados e mandados de volta para casa, ficando à mercê dos sintomas da doença. E, como relatado pelo entrevistado, a continuidade do vínculo com o ambulatório não é, por vezes, porque percebe que esse lugar o ajuda, mas é apenas para garantir o acesso à medicação. Os medicamentos psicoterápicos são de valores elevados, exigindo que se submetam a continuar recebendo atendimento na rede pública para não perder o direito de receber as medicações gratuitamente, já que elas são fundamentais para a manutenção da sua saúde e a estabilidade da doença. Conforme Silva (2009), percebe-se que a possibilidade de um atendimento do paciente psiquiátrico na sociedade aponta para um cotidiano cercado de angústias e incertezas, não só por causa do sofrimento psíquico apresentado pelos loucos, mas também pelas difíceis e complexas situações de conflito com a ordem pública.

Além disso, esse fato pode fazer com que o usuário que recebe alta do CAPS e, não está devidamente preparado ou reinserido na sociedade, volte a ser usuário do serviço, como foi o caso dessa entrevistada que frequentou o serviço por duas vezes consecutivas:

Na segunda, eu que pedi a alta, pois queria participar na dança da AGAFAPE. A psiquiatra também concordou, achou que estava bem para ir lá. Teve um grupo de reinserção social, mas eu não vim (E1).

Mas, essa situação que está ocorrendo é por que o CAPS não está cumprindo um dos seus objetivos que é a reinserção social? Ou será que é por que o serviço está sozinho nessa

jornada? O CAPS oferece o atendimento em saúde mental por uma equipe multiprofissional, possibilitando, para além do atendimento médico, a ampliação das habilidades sociais e afetivas dos usuários, mas no momento de reinseri-los na sociedade, sofre com a carência de políticas públicas e apoio social.

Mas, mesmo que os critérios de alta ainda estejam voltados para o modelo biomédico e assistencial, ainda não sendo o ideal de intersetorialidade e, mesmo existindo carência de políticas públicas, é possível verificar que a passagem pelo serviço traz benefícios para o usuário, já que vários deles conseguem melhorar sua qualidade de vida e recuperar algumas habilidades que haviam sido perdidas em função da doença.

A minha vida agora está bem melhor. Estou conseguindo trabalhar um pouco, praticar atividade física, saio com os meus amigos de vez em quando, mudou bastante (E3).

Eu me lembro quando eu saí da internação o meu pai me disse assim “uma vez por mês tu vais ter que freqüentar a zona oito do Clínicas” e eu não queria, porque eu não queria sair de casa. Ai quando eu comecei a ir devagarinho, indo... Ai quando eu vim para o CAPS e arrumei o horário de dormir, comecei a sair, porque eu não saía antes. Eu ia dormir às 10 horas da manhã. O CAPS ajeitou, agora entre 10 e 11 horas da noite eu já estou dormindo. Também tinha parado de jogar futebol, aí voltei a jogar no CAPS. Eu jogo agora no Vivendo e Reaprendendo e no Parque Germânia com os meus amigos (E4).

Além das melhorias que visivelmente ocorreram nas vidas dos entrevistados, outro fato importante foi a oportunidade de poder retomar os estudos.

Eu rodei só na oitava série, a primeira vez que eu rodei. Ai eu passei para o segundo grau e eu não passava de ano, não ia às aulas direito, já estava ruim. Ai com vinte e três anos eu comecei a fazer a prova do EJA para ensino médio, aí com vinte e seis eu terminei. [...] Eu não passava de ano, mas eu fui fazer a prova e fui passando (E4).

Devido à iniciativa da auxiliar de enfermagem do CAPS do HCPA, os usuários tiveram acesso às provas da Educação para Jovens e Adultos (EJA).

A EJA é uma forma de ensino da rede pública no Brasil, com o objetivo de desenvolver o ensino fundamental e médio para as pessoas que não possuem idade escolar e oportunidade.

A auxiliar de enfermagem, juntamente com as enfermeiras do serviço, montaram um projeto com a intenção de formalizar a iniciativa e oportunizar aos usuários do CAPS a continuidade dos seus estudos. Com a ajuda do HCPA, foi montado e distribuído aos usuários o material para eles estudarem. Além do material, os usuários tiveram e, atualmente,

continuam tendo, aula com uma professora voluntária do serviço. Vários usuários do CAPS prestam esse exame anualmente e, a maioria deles, é aprovada.

Essa iniciativa é apenas uma delas, em que os profissionais do CAPS vão além do enfoque centrado na doença e no sintoma, ou nas limitações dos usuários. Resgatam sonhos e possibilidades nos quais, muitas vezes, nem o usuário acredita serem possíveis, na medida em que já incorporaram o sentimento de incapacidade. Isso exige que os trabalhadores facilitem o acesso a espaços e recursos no território, indo atrás da preconizada reinserção.

Conforme Amarante (2007), é necessário que os CAPS desenvolvam ao máximo suas habilidades em atuar no território que não se reduz ao espaço geográfico. O serviço pode ser considerado tanto mais de base territorial, quanto mais seja capaz de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade. Como exemplo, Amarante (2007) cita os centros americanos e franceses de saúde mental, onde as oficinas eram criadas no interior dos serviços, tendo um caráter de ofício terapêutico e uma função normativa, de produção, de subjetividades, como ocorre nos CAPS brasileiros. Atualmente a tendência é construir “ateliês” pelo espaço social, pela cidade afora. E o desafio, está na possibilidade de encontrar associações civis, times de futebol, entidades comerciais, enfim, alianças sociais que possam participar solidariamente da invenção de estratégias de atenção psicossocial, incluindo as pessoas em acompanhamento nos serviços de atenção psicossocial em suas várias formas de sociabilidade já existentes ou que estejam sendo criadas.

Outro exemplo de iniciativa do CAPS que deu certo é o Clube da Amizade.

Continuei com o Clube da Amizade, a gente vem aqui uma vez por mês para fazer ata dos passeios do mês e a gente passeia nas segundas-feiras (E1).

O Clube da Amizade é uma atividade que foi criada em 2005 pela educadora física do CAPS do HCPA. Essa atividade foi organizada, inicialmente, com a intenção dos usuários começarem a ter uma vida social fora do CAPS. A educadora se reunia com os usuários uma vez por mês para criar a “ata dos passeios do mês”, onde eles escolhiam os locais onde gostariam de ir. Os passeios ficavam agendados para toda segunda-feira. Com o passar do tempo, os usuários se apropriaram da atividade, não tendo mais a necessidade da participação da educadora física na organização desta. Então, até hoje, eles se reúnem uma vez por mês para decidirem onde irão passear, criam a ata dos passeios do mês e saem toda segunda-feira. Os participantes desse “clube” são, atualmente, os usuários que receberam alta do CAPS.

Antes desse clube eu não tinha lazer. Não saía domingo, não saía sábado e agora passeio toda segunda-feira. Nessa semana estamos planejando ir ao cinema (E1).

Antes de fazer parte do Clube da Amizade muitos usuários não possuíam vida social e, agora, passeiam toda semana, conforme relatado pela entrevistada. De acordo com Rauter (2000), trata-se dentro de um CAPS de produzir territórios existenciais que possibilitem reinventar a vida em seus aspectos mais cotidianos. Pois, é do cotidiano, principalmente que se encontram privados os chamados doentes mentais. Deseja-se, portanto, que as atividades funcionem como catalisadores de territórios existenciais nos quais os usuários possam reconquistar ou conquistar o seu cotidiano. E o Clube da Amizade é um forte exemplo dessa produção de territórios.

O Clube da Amizade proporciona aos seus integrantes novas amizades, socialização, passeios na cidade como cinema, teatro, shoppings, *happy hours* em barzinhos e pizzarias, comemoração de aniversários, entre outros. É uma iniciativa muito interessante que proporciona saúde mental, ampliação de redes sociais e inclusão do portador de sofrimento psíquico na sociedade.

E esse é o CAPS, de uma forma ou de outra, enfrentando as dificuldades, atuando na reinserção social, melhorando a qualidade de vida dos seus usuários, dando continuidade ao tratamento da doença, permitindo que o doente mental volte a ter o seu principal direito, o de ser cidadão.

## **5.2 Outras pessoas para a gente conversar**

Para falar sobre reinserção e inclusão torna-se necessário conhecer a rede social do usuário. Sobre esse tema, são encontrados diferentes conceitos na literatura. Um dos conceitos propostos é o de Martins e Fontes (2004), no qual os autores definem que redes sociais são sistemas de trocas formados por fluxos incessantes de dons, de bens materiais e simbólicos que organizam os sistemas sociais e as próprias individualidades.

A rede social do indivíduo possui diversas funções, dentre elas podemos destacar: companhia social, apoio social e emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos (SLUZKI, 1997).

Em vista disso, falar sobre redes sociais é de fundamental importância quando se fala em reinserção social. Pois, através da rede social do indivíduo, é possível conhecer a sua rede de interação como com a família, amigos, igreja, vizinhos, trabalho, entre outros. Conforme

Sluzki (1996), a rede social permite entender o sujeito com todos os seus vínculos no micro e macro espaço. A estrutura social se revela como crítica para um melhor entendimento dos processos de integração psicossocial, de promoção do bem-estar, de desenvolvimento da identidade e da consolidação dos potenciais de mudança, bem como os processos psicossociais de desintegração, de mal-estar e de adoecer, de perturbação dos processos de adaptação construtiva e de mudança. Por esse motivo, é de fundamental importância conhecê-la.

Nesse sentido, após a alta, vários usuários se vinculam a entidades sociais que oferecem atividades semelhantes às oferecidas no CAPS, como é o caso da Associação Gaúcha de Familiares de Pacientes Esquizofrênicos e Demais Doenças Mentais (AGAFAPE):

Eu até não tive dificuldades por causa da AGAFAPE, mas se tivesse ficado só em casa aí sim teria sido difícil. Só senti um pouco a falta do pessoal daqui [...] Continuo realizando atividades na AGAFAPE. Vou lá três vezes por semana. Nas sextas estou tendo aula de porcelana lá, é legal (E2).

Freqüento a AGAFAPE de terça à sexta, das 14h30min às 17h30min. Faço arte terapia na terça, mas passou para quinta, aula de música também na terça, quarta tem meditação, na quinta tem dança e agora vai ter a arte terapia que mudou de terça para quinta e sexta tem artes manuais (E1).

A AGAFAPE é uma entidade da sociedade civil, fundada em 24 de junho de 1992, com finalidade filantrópica, sem fins lucrativos, partidários, raciais ou religiosos e com duração indeterminada. Surgiu da necessidade de um completo engajamento de familiares a fim de unir esforços para o trabalho em prol da saúde mental. Essa iniciativa contou com o apoio e o incentivo do HCPA, através do Ambulatório de Esquizofrenia. A AGAFAPE oferece aos seus associados, através do seu Atelier da Vida, local onde são desenvolvidas atividades de artes manuais, dança, arte-terapia, aulas de inglês, artes plásticas, reciclagem de papel, entre outras. Além disso, há a promoção de reuniões de auto-ajuda, com trocas de aconselhamento, orientações e discussão da experiência do dia-a-dia de qualquer um que conviva com pacientes portadores de esquizofrenia e outras doenças mentais. Também são promovidos palestras e eventos que podem incrementar a socialização dos portadores de sofrimento psíquico, em especial da síndrome de esquizofrenia.

Outro espaço é o Projeto Vivendo e Reaprendendo:

Não tive dificuldades com a alta porque logo entrei para o Vivendo e Reaprendendo (E4).

O Projeto Vivendo e Reaprendendo é uma entidade civil, voluntária, filantrópica, assistencial, apartidária, sem cunho religioso e sem fins lucrativos. O Projeto Vivendo e



Reaprendendo se propõe à reabilitação psicossocial particularmente dos pacientes com esquizofrenia e outros transtornos mentais graves. O Centro foi criado por um grupo de profissionais de saúde mental, com longa experiência em instituições públicas. Trata-se de um serviço inteiramente gratuito, aberto à população, independente da faixa econômica. As atividades foram iniciadas no final de 1999 e se mantém funcionando regularmente sem suporte financeiro efetivo. Todos os trabalhadores são voluntários e o material utilizado é adquirido através da colaboração direta da comunidade, da rede social informal e do que é arrecadado em eventos promovidos com este fim.

A partir dos depoimentos dos entrevistados é possível notar o quanto a vinculação a outros espaços foi importante no pós-alta. Apesar disso, a busca desses vínculos ainda depende muito da iniciativa do usuário, que nem sempre consegue acesso a esses espaços:

Agora o meu irmão vai receber alta e falei para ele que ele tem que participar na AGAFAPE, não dá para parar, tem que se manter ativo. O problema é que nos disseram lá na AGAFAPE que não tem vaga para ele e agora não sei o que ele vai fazer. Se ele vai receber alta daqui e não vai entrar na AGAFAPE, ele vai ter que ficar em casa. Eu queria que ele fizesse alguma atividade, ficar em casa só assistindo TV não dá, não dá para parar a cabeça (E2).

O usuário que recebe alta do CAPS e não consegue ter acesso a outros espaços, “ficam em casa assistindo televisão”. Essa dificuldade pode ser entendida em duas direções: por um lado, a denominada rede de saúde mental ainda está muito centrada nos serviços especializados. Por outro lado, os serviços especializados, como o CAPS, não buscam integrar seu projeto terapêutico para fora do serviço, descobrindo espaços da cidade que possam acolher esses usuários, estando ainda muito centrada na continuidade do tratamento médico e não na inclusão do usuário na sociedade.

As redes de apoio ainda são muito pobres e precárias, o apoio ao doente mental na sociedade é praticamente nulo, se restringindo apenas à continuidade do seu tratamento em nível ambulatorial. São poucos “parceiros” que o CAPS encontra nessa jornada chamada reinserção. Entendemos que devemos ampliar o papel e a responsabilização do CAPS nessa direção, mas a carência de políticas públicas faz com que a atenção psicossocial fique incompleta, não permitindo que o portador de sofrimento psíquico realmente seja reinserido na sociedade.

Para isso, é necessário que se formem redes em diversos setores da sociedade, não somente redes relacionadas à saúde mental. Conforme Amarante (2007), é necessária a criação de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto das políticas públicas como da sociedade como um todo. As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem

organizar-se em rede, isto é, formar uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e de atores sociais envolvidos.

Como foi constatado anteriormente, alguns usuários que recebem alta do CAPS se vinculam a associações ou cooperativas, como a AGAFAPE e o Projeto Vivendo e Reaprendendo. Essas associações voluntárias “representam um contraponto à atomização dos indivíduos e à desintegração social nas sociedades modernas” (ANDRADE; VAITSMAN, 2002, p. 926). Conforme os autores, a quantidade de associações voluntárias existentes em determinada sociedade indica o grau de organização e atividade de sua sociedade civil. Esses grupos oportunizam troca de conhecimento e cooperação entre os seus participantes através da expressão, confronto de idéias, formação de consenso e de possíveis ações coletivas, propiciando que os cidadãos aprendam e exercitem valores e práticas democráticos (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Através delas, os portadores de sofrimento psíquico ampliam o seu leque de relações interpessoais, realizem diversas atividades e trocas.

Assim como essas entidades, também aparecem as instituições religiosas como um importante papel na formação das redes sociais dos ex-usuários.

Participo de um grupo de estudos espírita. Nessa semana nos reunimos, foi muito bom. A gente lê bastante, troca idéias, conversa bastante (E2).

Além da crença religiosa, participar de igrejas, grupos espíritas, entre outros, oportuniza que a pessoa interaja com outras, converse, compartilhem idéias, crie vínculos, realize trocas.

E tem a igreja adventista, que se reúne nos sábados pelas manhãs, a minha mãe passou o inverno inteiro dizendo vamos, vamos e eu nunca fui. Mas, agora na primavera, a gente fica mais motivado, então vou começar a ir. E ela tem carro, ela dirige, então já passeio de carro. Eu gosto de sair com ela e tem outras pessoas também que eu considero. Não tem só pessoas fanáticas, também tem pessoas evoluídas que, embora evoluídas, freqüentam a igreja adventista. Eu já participei antes de fazer a faculdade, depois da faculdade fui abrindo os horizontes, fui conhecendo outras igrejas, o ateísmo, simpatizo com o ateísmo. Mas, eu vou, não custa e tem outras pessoas para a gente conversar (E1).

A igreja aparece como importante papel na socialização. Conforme o depoimento da entrevistada, mesmo sendo atéia, ela freqüenta a igreja adventista. Através do relato, é possível verificar que ela freqüenta essa igreja não pela crença religiosa, já que a sua é outra, mas devido à oportunidade de socializar com outras pessoas, poder passear e ampliar a rede de contatos.

Além da igreja, conhecer o território é fundamental para as trocas culturais, afetivas e para a formação de novos vínculos. Segundo Vieira Filho e Nóbrega (2004), o território é

gerador de uma dinâmica onde os grupamentos humanos se organizam numa territorialidade geográfica, política e simbólica, que entrelaça pessoas e grupos. A territorialidade mostra-se como uma âncora ou ponto de referência cultural em um local onde vive em conjunto.

Também gosto de passear, fiz com o meu irmão o passeio no ônibus de turismo, passamos nos principais pontos turísticos da cidade. Gosto de ir à Redenção, também fiz aquele passeio de barco no Gasômetro, no cisne branco, é muito bonito. Quando estou em casa assisto televisão, mas o que eu gosto é de ler bastante (E2).

Vou à academia, faço natação e musculação. Também gosto de ir ao cinema, ao teatro, a minha vida melhorou bastante. (E3).

Através desses depoimentos, verifica-se que alguns usuários que receberam alta do CAPS, conseguiram se incluir novamente no ambiente territorial. Por iniciativa deles próprios, procuram realizar atividades físicas, passeios turísticos e culturais, implicando em melhora da qualidade de vida.

Mas, nem todos conseguem se integrar totalmente no território e ampliar o leque de relações. Alguns portadores de sofrimento psíquico estão tão dominados pela doença e tão capturados por ela, que passam a viver somente em função das crises, abrindo mão dos relacionamentos interpessoais.

Eu tenho amigos sabe, mas não me animo a sair sozinho com eles porque tenho medo que me dê um treco (E3).

A condição de enfermidade, “coloca os indivíduos diante de limitações, impedimentos e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade” (ANDRADE; VAITSMAN, 2002, p. 927). Sendo assim, a doença se sobrepõe à identidade do sujeito e, com isso, ele convive diariamente com o fantasma das crises e com o medo de passar mal. Não consegue levar a vida adiante, fica estagnado, parado no mesmo lugar, ocorrendo enfraquecimento da sua rede social.

Para Sluzki (1997), uma rede pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, acelera os processos de cura e aumenta a sobrevivência, ou seja, é geradora de saúde. Além disso, o autor fala que a presença de doença em uma pessoa, principalmente uma doença de curso prolongado, como por exemplo, a doença mental, deteriora a qualidade de sua interação social e, a longo prazo, reduz o tamanho e a possibilidade de acesso a sua rede social.

Essa situação pode ser confirmada através dos relatos dos entrevistados, uma vez que, alguns deles estão visivelmente dominados pela doença, apenas vivendo em função dela e

esquecendo todo o restante. Sendo que, é justamente esse restante esquecido, o gerador de saúde.

A doença mental acarreta muitas perdas na vida do portador de sofrimento psíquico, sendo a rede social uma das mais afetadas. Além da perda de amigos, de colegas de trabalho ou de escola, a doença também traz com ela o fim dos relacionamentos amorosos.

Na parte afetiva também mudou. Eu tinha um namorado e depois da crise, a gente se encontrou pela última vez e ele não quis mais me rever depois que eu estava doente. Esse namorado não quis mais namorar comigo depois disso (E1).

Devido a essas quebras de vínculos, o portador de sofrimento psíquico acaba não se permitindo ter outros relacionamentos amorosos. Talvez pelo medo da decepção, talvez devido ao preconceito ou, ainda, pelo sentimento de incapacidade e inutilidade que está incorporado no seu cotidiano.

Hoje eu penso, acho que nunca vou casar. Não consigo cuidar nem de mim sozinho, meus pais que me cuidam, imagina se vou conseguir cuidar de esposa e filho (E3).

Além do sentimento de incapacidade, também há aqueles que não se permitem tentar e arriscar, pois adquiriram o medo da rejeição e, também, outros sentimentos internalizados e enraizados, com os quais são obrigados a conviver diariamente.

Eu nunca tive namorada, nunca tive. Não quero casar nem ter filhos, só dá incomodação (E4).

Mas, não são somente esses sentimentos que prejudicam as relações sociais e amorosas do portador de sofrimento psíquico. Como foi dito anteriormente, a doença acarreta muitas perdas no decorrer da vida do doente mental e, inclusive, o tratamento traz novas dificuldades como conseqüência. Pois, muito dos medicamentos psicoterápicos tem como efeito colateral a perda da libido.

No clube da amizade tem uma pessoa que eu tive interesse de namorar com ele, e ele disse que não me namora porque a doença deixa sem vontade de namorar. E, para mim, eu vejo que é assim também que acontece, porque sinto diminuída a libido por causa da medicação. Então, eu sinto a vontade afetiva, mas na relação sexual mesmo, eu não sinto vontade. Mas, a gente sai toda semana, ligo para ele. Ele é formado em Direito, aposentado também, eu conheci ele aqui no CAPS (E1).

Então, mesmo conseguindo criar novos laços afetivos, a vida sexual fica prejudicada, fazendo com que essa dimensão do relacionamento fique em segundo plano. Em vista disso, muitos não querem voltar a ter esse tipo de relacionamento, evitando assim o sofrimento e a frustração.

Portanto, através dos depoimentos dos entrevistados, é possível verificar o quanto fica prejudicada a sua rede social por causa da doença. A doença ocasiona em quebra de vínculos e, até mesmo, em preconceitos e estigmas. Mas, mesmo assim, é possível verificar que a maioria deles conseguiu ampliar novamente a sua rede social.

Conforme as entrevistas, verifica-se que todos os entrevistados apresentam a família em uma importante instância na sua rede social, porém, a maioria conseguiu ampliar o seu leque de relacionamentos, bem como dominar parte do território onde vivem. E, essa ampliação, ocorreu devido à modalidade de atenção psicossocial, que permite que o portador de sofrimento psíquico seja alguém que tem vontades, opiniões, amizades, amores, crença religiosa e opção de escolha. Permite que o chamado louco seja um cidadão pertencente à sociedade e não um mero expectador da vida.

### **5.3 Eu era universitária e agora sou previdenciária**

A doença mental acumula muitas perdas na vida do portador de sofrimento psíquico e, uma delas, de grande importância é a mudança de status social.

Eu era universitária e agora sou previdenciária. Agora sou aposentada, dependo da previdência para sobreviver e é uma mixaria (E1).

Através desse depoimento, é possível verificar o quanto a doença toma a vida da pessoa. Assim como essa entrevistada, que deixou de ser universitária e passou a ser previdenciária, muitos outros trabalhavam, estavam crescendo no mercado de trabalho e, de repente, tornaram-se aposentados. Para Sarmiento e Minayo-Gomez (2000), o trabalho confere ao indivíduo um *status* social e pessoal que contribui para a estruturação de sua identidade, podendo a sua falta afetar a saúde física e mental.

Trabalhei como jornalista por um ano e meio escrevendo sobre assuntos rurais nessa empresa. Depois que a doença começou, não consegui mais trabalhar, tive que internar, então me aposentei com trinta e cinco anos. Foi difícil parar de trabalhar, não sabia o que fazer com o tempo. Ficava tenso e nervoso. Com o passar dos anos aprendi a lidar com isso e também arranjei diversas coisas para fazer, não dá para ficar parado (E2).

Além de ter que conviver com a mudança de status, fato que permite que o sentimento de inutilidade domine o cotidiano dos portadores de sofrimento psíquico, eles ainda têm que conviver em uma sociedade que possui a cultura de que quem não trabalha é malandro.

As pessoas trabalham por trinta anos e eu me aposentei com trinta anos. E o ex-presidente Fernando Henrique ainda diz que quem se aposenta com menos de cinquenta anos é vagabundo, ele nem sabe a história da pessoa para falar isso. Eu tive que me aposentar por causa da doença e não porque sou vagabundo. Quantas pessoas se aposentam por causa de doenças e não porque querem (E2).

Nesse depoimento pode-se verificar o quanto é difícil conviver em uma cultura que menospreza as pessoas aposentadas e as exclui da sociedade. O entrevistado relata que gostaria de estar trabalhando, mas foi impedido pela doença. Essa mudança fez com que sofresse muito, pois não sabia o que fazer com o tempo livre. Como conviver diariamente com o sentimento de exclusão e indiferença da sociedade? Como conviver em uma sociedade que possui a construção cultural de que só tem valor a pessoa que trabalha?

Os relatos emitem a idéia de que trabalhar é fundamental. Mas, mesmo estando de alta do CAPS, o máximo que eles conseguiram até o momento foi trabalho voluntário e trabalho em empresa da família:

Trabalho em um programa da rádio uma vez por semana, nas terças ou nas quartas, está para mudar o dia. Falamos sobre alguns assuntos nesse programa, num dia desses foi sobre as Torres Gêmeas. Não me pagam nada, mas agora eles começaram a nos dar a passagem (E2).

Trabalho na firma do meu pai. Mas não dá para chamar de trabalho assim, porque trabalho só das duas às quatro e meia (E3).

As duas opções com certeza podem ser consideradas de grande valia, já que os entrevistados estão tendo atividades fora do círculo vicioso da doença, estão ampliando a rede social e diminuindo o sentimento de desvalia. Mas, por que eles não conseguem um trabalho formal?

Eu faço velas de tarde, hoje vou ter que fazer mais porque tem em uma feira de três dias. É uma feira que vende umas sete por dia e mais o que tiver (E4).

O entrevistado aprendeu através do CAPS a trabalhar na criação de velas e, com isso, gerou uma fonte de renda para si. Como se pode observar, esse ex-usuário do CAPS tem condições de retornar ao mercado de trabalho, já que se tornou empreendedor e dono do seu próprio negócio. No entanto, ele está nesse mercado informal porque a sociedade exclui os portadores de sofrimento psíquico do mercado formal, restando como alternativa apenas o trabalho informal. Sendo que, trabalhar informalmente, dificilmente permite que a pessoa consiga se manter financeiramente.

Mas, como entrar para o mercado de trabalho em uma sociedade capitalista que exclui os mais fracos de todos os tipos? A oferta de mão-de-obra nos dias de hoje é muito grande, já que sofremos diariamente com o desemprego. Portanto, a competição por uma oportunidade no mercado é muito grande, ficando ainda mais difícil para o portador de sofrimento psíquico ter alguma chance de entrar para esse mercado competitivo, onde só se visa o lucro e a produtividade.

Segundo Frazão e Arcoverde (2009), um dos principais desafios à Reforma Psiquiátrica é a reinserção dos usuários em atividades produtivas como mecanismo de inclusão social. As estratégias utilizadas até então são de frágil sustentação institucional e financeira dentro da realidade do mercado capitalista e de uma sociedade excludente.

Essa dificuldade de inserção no mundo do trabalho não ocorre apenas no setor privado, como relatado no depoimento a seguir:

Em 1994 fiz um concurso público e passei. Em 2001, chamaram para pessoal da Secretaria da Saúde do Meio Ambiente. Passei nas provas, me chamaram, só que não passei no psicotécnico. [...] Falta de oportunidade de trabalhar, tinha esse trabalho, mas fui impedida pela doença em passar no psicotécnico (E1).

Segundo Frazão e Arcoverde (2009) na maioria dos casos em que são constatadas perdas funcionais decorrentes do adoecimento, elas não representam impedimento absoluto para o retorno às atividades produtivas.

Se está comprovado que o portador de sofrimento psíquico tem condições de trabalhar, então por que não os encontramos trabalhando no mercado formal? Acredita-se que o estigma é a maior barreira para o emprego de pessoas com transtornos psiquiátricos. E uma das maiores origens do estigma é a freqüente caracterização negativa dos doentes mentais pelos meios de comunicação em massa. A falsa caracterização dos portadores de sofrimento psíquico como emocionalmente instáveis, perigosos e irracionais reflete as atitudes das pessoas leigas com estes (HIRDES, 2009b).

Inclusive o acesso a uma maior qualificação para a inserção no trabalho é dificultado:

Tem a UFRGS, onde fiz o meu curso de graduação. O vínculo que tenho é total, porque é uma coisa que a gente adquire, um curso superior, uma cultura assim que fica para sempre. Se a pessoa consegue ficar se atualizando, senão fica uma inútil, eu me aposentei não dá nem para continuar estudando. [...] Acho que nem é dificuldade da doença, também não financeira, mas eu acho que é mais uma dificuldade de QI mesmo, que eu cheguei no limite, tenho que aceitar a minha limitação, que não tenho um QI assim alto, para fazer pós-graduação tem que ter um QI mais alto (E1).

Os portadores de sofrimento psíquico, de tanto ouvirem da sociedade que são incapazes, que não são inteligentes e que possuem muitas limitações, eles próprios estão internalizando esses conceitos e acreditando fielmente neles.

Além da falta de oportunidade e do sentimento de incapacidade e desvalia, essas pessoas sofrem com a ameaça de perderem o seu benefício caso consigam um emprego.

Se eu voltar a trabalhar eu perco a aposentadoria. De repente, eu pego um trabalho e não me dou bem, sou demitida e fico sem a aposentadoria. Então, eu pretendo manter assim sem trabalhar, mas tendo uma segurança financeira. Se eu for trabalhar e perder a aposentadoria ou receber um salário mínimo pelo meu trabalho, então vou trocar seis por meia dúzia e aí não vale a pena (E1).

O relato da entrevistada evidencia o receio de voltar a trabalhar, não se dar bem, ser demitida e perder o seu benefício e, sendo assim, prefere não trabalhar para ter segurança financeira. Em vista disso, verifica-se que os benefícios recebidos pelos portadores de sofrimento psíquico podem tornar-se empecilhos à reinserção social. Para terem direito ao benefício como, por exemplo, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), a pessoa não pode ter nenhuma atividade profissional (nem mesmo nas cooperativas e projetos de geração de renda ou economia solidária). E, portanto, o que seria um benefício para o portador de sofrimento psíquico, acaba sendo um obstáculo para as estratégias de inclusão social (AMARANTE, 2007).

Como entrar para o mercado de trabalho, que é extremamente competitivo e desgastante, com a ameaça de perder o seu benefício, o seu sustento? É por isso que Demo (1994) cita que o benefício humilha a pessoa em todos os sentidos, porque lhe reserva apenas sobras e esmolas, provoca a dependência diante do doador, desmobiliza o potencial de cidadania no assistido, escamoteia o contexto duro da desigualdade social e vende soluções sob a capa de meras compensações.

Dentro do contexto social e cultural do Brasil, segundo Hirdes (2009b), a inserção social no mundo do trabalho se constitui praticamente na única possibilidade de ser aceito, compreendido e amado em nossa sociedade. A modernidade exclui um contingente cada vez maior, expondo a precariedade de laços, a vulnerabilidade às agressões e a exclusão. Denuncia que as formas de inclusão social pelo trabalho não são e não estão disponíveis e nem flexíveis para as diferentes necessidades coletivas e individuais dos homens.

É necessário que se desenvolva interfaces entre saúde e sociedade estabelecendo trocas criativas e suficientemente amplas para reverter a lógica da exclusão. É necessário que os centros de convivência, as moradias protegidas, as cooperativas de trabalho, entre outros,



impliquem na constituição de empresas sociais que garantam trabalho e remuneração como elementos integradores e organizadores dos sujeitos na vida societária (PITTA; DALLARI, 1992).

#### **5.4 Eu sou louca, mas não sou burra**

Além da falta de oportunidade de trabalhar, da exclusão social e do medo de perder o benefício, o portador de sofrimento psíquico também carrega consigo o estigma, o rótulo de ser louco.

Tem um grupo de pessoas que são da igreja adventista, e essa era uma mulher que tem uma filhinha pequena, casada e ela disse assim para mim quando eu disse que tinha dado alta “Viu como tu és inteligente?” ela disse assim pra mim “Viu como tu és inteligente que deu alta?!”, aí depois que eu me dei conta, ela pensa então que a doença é burrice. Se tu és inteligente deu alta, isso não quer dizer! A doença não é parte do QI, é do QE, do coeficiente emocional. Achei interessante aquela novela Caminho das Índias, um capítulo em que o Tarso disse assim para a Tonha, a namorada dele, “eu sou louco, mas não sou burro”. Então me dá vontade de dizer para ela eu sou louca, mas não sou burra. Aí a gente deixa passar, acaba engolindo (E1).

Esse depoimento mostra o quanto a sociedade é preconceituosa e o quanto a população ainda não tem conhecimento sobre as doenças mentais. Os portadores de sofrimento psíquico são tachados de “burros”, os deixando ainda mais à mercê da exclusão. Conforme Spadini e Souza (2006), a estigmatização da loucura faz com que o doente mental perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade.

Esse preconceito também é evidenciado na família, conforme o depoimento abaixo:

Ela no caso é uma conhecida, uma amiga da família, mas na própria família, o meu irmão tem preconceito. Uma vez ele chegou e disse assim pra mim “a louca aqui és tu”. Parece que, qualquer coisa assim, eu que sou louca. Então, fica tipo bode expiatório, um rótulo assim (E1).

Através do relato verifica-se o sofrimento no seu cotidiano devido a esse rótulo eterno que recebe: tudo o que acontece é porque ela é louca, ela é a louca da família. E essa construção cultural permeia ao passar dos séculos.

No decorrer do depoimento, ela fala sobre a importância de se ter doença entre parênteses, ou seja, ela é portadora de esquizofrenia e, não, esquizofrênica.

Na verdade, até como disse uma vez em entrevista, da assistente social Esalba, ela disse que a gente não deve dizer que é esquizofrênico, a gente tem esquizofrenia! Porque a gente tem o lado normal também e tem o acréscimo da doença. A gente tem esquizofrenia, não é esquizofrênico. Mas, as pessoas já rotulam (E1).

Conforme Amarante (2007), a doença foi separada da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social. Ao considerar a doença um objeto natural, externo ao homem, a psiquiatria passou a se ocupar dela e não do sujeito que a vivencia. A proposta de Basaglia (1985) é a de colocar “a doença entre parênteses” para que seja possível se ocupar do sujeito em sua experiência.

A doença entre parênteses não significa a negação da existência da “doença”, não significa a recusa em aceitar a doença mental, mas, sim, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que assumiu o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar o sujeito e a experiência humana. Quando a doença é posta entre parênteses, aparecem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata (AMARANTE, 2007).

Com a doença entre parênteses nos deparamos com o sujeito com os seus problemas concretos do cotidiano, com suas vicissitudes, com seu trabalho, com sua família e vizinhos, com seus projetos, com seus anseios, possibilitando, assim, uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

Teve um caso uma vez em que eu queria namorar a filha do prefeito lá de Santa Maria, eu tinha trinta e poucos anos, ela era bem bonita assim. Só que o pai dela não queria que eu a namorasse, então arranjou uma junta médica falsa que investigou a minha vida, todas as minhas internações, e disse que eu tinha a doença e por isso não podia namorar a filha dele (E2).

Através do relato pode-se verificar o preconceito que os portadores de sofrimento psíquico sofrem em relação aos relacionamentos interpessoais. Esse é um dos milhares de casos que ocorrem diariamente em que os portadores de transtornos mentais são isolados e proibidos de entrarem em contato ou se relacionarem com pessoas “normais”. Isso ocorre, principalmente, porque ao longo da história, todas as sociedades

[...] criaram determinadas interpretações sobre fatos, pessoas e coisas. Todas procuram dar sentido às coisas e sensações que vêem, experimentam ou temem. Estas interpretações e sentidos se tornam representações coletivas, pois passam a ser, por um processo natural, compartilhadas de uma forma semelhante pelos componentes do grupo social. A psiquiatria contribuiu muito para que a sociedade entendesse que o ‘louco é perigoso’, que ‘lugar de louco é no hospício’, que ‘o doente mental é irracional’. Constroem-se, assim, representações sociais e sentidos sociais de medo, de risco, de exclusão: estigmas, discriminações, preconceitos (AMARANTE, 2007, p. 71).

Devido a esse preconceito e a essa exclusão vivenciada diariamente, os usuários acabam incorporando esses conceitos de desvalia, falta de capacidade e do anormal, tendo eles próprios preconceito da sua doença, bem como vergonha de assumi-la publicamente.

Eu me importo, eu mesmo tenho preconceito. Só sabem que eu tenho esquizofrenia os meus amigos mais chegados, mais camaradas, só eles sabem (E3).

São tantos os adjetivos negativos que recebem da sociedade que preferem esconder a doença, revelando apenas a quem se tem confiança. Essa é uma das formas que encontraram para se protegerem e evitar situações desagradáveis, bem como diminuir a tristeza, o sentimento de “ser diferente” e a exclusão.

### **5.5 Nós ouvimos vozes, agora vocês é que vão escutar as nossas vozes**

O estigma e o preconceito anulam todas as dimensões da vida da pessoa fora da esfera da doença e não permitem o seu reconhecimento e constituição como cidadãos.

Cidadania pode ser conceituada como sendo uma construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz (BRASIL, 1994). Portanto, um cidadão pleno seria “aquele indivíduo titular dos direitos civis (liberdade, igualdade perante a lei e direito de propriedade), políticos (participação no governo da sociedade) e sociais (participação na riqueza coletiva)” (OLIVEIRA; ALESSI, 2005, p. 193).

Na sociedade, dificilmente encontramos o portador de sofrimento psíquico sendo um cidadão pleno. Muito pelo contrário, é freqüentemente excluído, tornando-se um ser de poucos e, muitas vezes, com quase nenhum direito.

Em nossa sociedade, o conceito de exclusão se contrapõe à concepção de igualdade, integralidade, universalidade dos direitos sociais e da cidadania. Conforme Nogueira (2007), a exclusão social é própria do ser humano, em toda a história da humanidade sempre existiram grupos que foram considerados mais ou menos aceitos no convívio social, seja por motivo de doença, classe social, raça, cor ou sexo. Além disso, por vivermos em uma sociedade capitalista, o mais fraco sempre é excluído e o diferente é considerado inapto ao convívio social.

Através da reforma psiquiátrica foi introduzida a noção de cidadania dos portadores de sofrimento psíquico. Este conceito de cidadania pode ser dado em termos de produção como,

também, em termos da qualidade de vida alcançada com o processo reabilitativo. E, principalmente, quando as pessoas se reconhecem como sujeitos históricos que podem intervir para mudar a realidade (HIRDES, 2009b).

Nessa semana fui ao movimento antimanicomial em Brasília, desde jovem participo desses movimentos. Foi muito bom, porque eu não tinha andado de avião. Foi a minha primeira vez, a gente vê tudo pequeno lá de cima. Tiveram protestos e também festa com trio elétrico, os baianos é que agitaram lá, eram maioria. Na música gritavam “nós ouvimos vozes, agora vocês é que vão escutar as nossas vozes!”. Pensei que ia aparecer na televisão o protesto, mas não vi nada. Não sei se deitei cedo, ou se realmente não passou nada (E2).

O Movimento Antimanicomial ocorreu no Brasil diferentemente dos outros países, em que foi um movimento realizado mais intensamente pelas classes profissionais. Em nosso país, não somente trabalhadores de saúde foram e estão lá em Brasília reivindicando e lutando pelos direitos dos doentes mentais, vários grupos sociais estão engajados nessa luta, inclusive os próprios portadores de sofrimento psíquico estiveram e estão lá participando do movimento, lutando por sua cidadania e pelo seu lugar na sociedade.

No entanto, o movimento poderia ter mais repercussão nacional se a mídia também se empenhasse nessa luta pelos direitos humanos. Conforme o depoimento do entrevistado, não passou na televisão o ocorrido e é justamente a mídia que tem o poder de levar às massas o conhecimento. Somente mudando mentalidades e conseguindo apoio social que se consegue crescer rumo à mudança e à inclusão social. Por isso,

[...] a sociedade necessita estar envolvida ativamente na luta pela emancipação de seus elementos mais frágeis, por intermédio de sua problematização. Isso envolve uma tomada de consciência em relação aos excluídos em geral e, em particular, sobre a situação dos portadores de sofrimento psíquico. Estas transformações se dão através das pequenas lutas cotidianas que restabelecem o poder contratual aos usuários, estes movimentos conduzem a mudanças qualitativas que levem à real inserção dos portadores de transtornos mentais (HIRDES, 2009b, p. 168).

Conforme os depoimentos não são todos os usuários, que receberam alta dos CAPS, que fazem parte dessa luta de reinserção cidadã-política. Mas, alguns deles, estão cientes dos seus direitos, correm atrás de suas aspirações, sabem que, se eles se unirem, terão mais força e condições de conseguir melhorias para a sua saúde, mudanças sociais e tornarem-se novamente cidadãos plenos.

A AGAFAPE está fazendo um abaixo-assinado para conseguir medicação adequada nas farmácias de medicamentos especiais, lá na Riachuelo com a Borges. A medicação não está sendo eficiente, então queriam mil assinaturas. Era Leponex e agora é Clozapina, como mudou o laboratório e parece que, também, a fórmula. Daí

eu levei o abaixo-assinado para casa e entre os vizinhos eu consegui quarenta e cinco assinaturas (E1).

Esses são os “novos” esquizofrênicos. Devido à modalidade de atenção psicossocial, os esquizofrênicos de hoje possuem um novo perfil e a tendência é mudar cada vez mais, pois eles não estão mais trancafiados em um modelo asilar, estão na sociedade indo atrás dos seus direitos e sonhos. O modelo de atenção psicossocial realmente visualiza o doente mental como cidadão do mundo e não como alguém incapaz, desprovido de direitos e realizações.

Os portadores de sofrimento psíquico estão prontos para esse mundo aberto e com diversas possibilidades, eles estão engajados na luta pelos seus direitos, mas o que ainda falta é o reconhecimento da sociedade. E, para isso, é necessária uma sociedade mais tolerante com os mais “fracos”, uma sociedade que tenha noção de que cidadania não implique somente no reconhecimento de direitos ou proteção da singularidade. Mas, em um processo ativo de ampliação da capacidade de todos, e de cada um, agirem de modo participativo e livre, e, portanto, no qual a loucura não implique impossibilidade (BEZERRA JÚNIOR, 1992).

A inclusão significa qualidade de vida, o que supõe igualdade, equidade e justiça social, onde se observa o pleno desenvolvimento das potencialidades humanas. É produto de políticas públicas dirigidas concretamente para o resgate e a incorporação de sujeitos e populações marginalizadas, oferecendo condições e acesso à organização social, como produtores e consumidores, cidadãos com plenos direitos e senhores de seu destino (NOGUEIRA, 2007).

Um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica é a reinserção social do portador de sofrimento psíquico através da luta contra o estigma e o preconceito à “loucura” e ao “louco”. No entanto, mesmo os doentes mentais fazendo uso dos recursos oportunizados pela reforma e tentando buscar a efetiva construção do seu direito de cidadania, em um país onde a população não tem condições e garantias mínimas de sobrevivência, torna-se difícil reinserir os doentes mentais e ajudá-los a reverter as expectativas do seu futuro. Se a mentalidade das pessoas não for modificada, se o conhecimento de que o “louco” não é um ser perigoso, que é alguém capaz de trabalhar, de ter amigos, direitos e aspirações não chegar até as massas, dificilmente ele conseguirá ser reinserido na sociedade com todos os seus direitos.

Portanto, precisa-se que novos caminhos sejam trilhados e que profissionais, gestores, pesquisadores e políticas públicas, de um modo geral, estejam engajados no enfrentamento dos desafios referentes à inclusão social do portador de sofrimento psíquico. Além disso, de acordo com Amarante (2007), é necessária a revisão de toda a legislação, pois tanto o código penal quanto o civil ou ainda outras leis e normas sociais estão repletos de referências nocivas

às pessoas em sofrimento psíquico e representam obstáculos significativos ao exercício da cidadania.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou como temática a reinserção social dos usuários do CAPS após a alta, através da identificação de suas redes sociais, do impacto do preconceito e do estigma em seu cotidiano, da reinserção pela via do trabalho, da contribuição do CAPS no preparo para a alta e, também, quanto à questão da cidadania.

O presente estudo foi subdividido em tópicos apenas para uma melhor apresentação acadêmica dos resultados, pois todos esses temas se entrelaçam em algum momento, sendo difícil falar sobre eles separadamente.

Por muito anos, as pessoas portadoras de sofrimento psíquico foram tratadas em instituições que tinham como fundamento o isolamento e a exclusão social. Nas últimas décadas, a política de saúde mental está passando por mudanças: o modelo hospitalocêntrico, centrado na cronificação da doença, no modo asilar e na exclusão, está sendo substituído pelo modelo de atenção psicossocial, que busca a reabilitação e a subjetividade do indivíduo, permitindo que seja tratado na comunidade e que permaneça junto à sua família. Alguns dos objetivos da modalidade de atenção psicossocial é a retomada da autonomia e a reinserção do portador de sofrimento psíquico na sociedade, objetivos que, aos poucos, estão sendo atingidos através de uma longa caminhada.

Através do estudo foi possível concluir que os portadores de sofrimento psíquico estão prontos e abertos para as possibilidades, querem voltar a fazer parte desse mundo ao qual pertenciam, querem trabalhar, ter família, amigos, amores, bem como religião e lazer. Mas, infelizmente, não conseguem alcançar tudo o que almejam devido ao preconceito social e à falta de políticas públicas voltadas para a reinserção.

O CAPS está conseguindo atingir parcialmente os seus objetivos, devido, principalmente, aos seus profissionais empenhados em oportunizar um futuro melhor e mais promissor ao portador de sofrimento psíquico. O serviço propicia ao usuário várias melhorias em sua vida, como: reabilitação, continuidade do tratamento, novas habilidades e, até mesmo, a possibilidade de voltar a estudar e ter um ofício. No entanto, no que se refere à reinserção social, o estudo mostrou que ainda precisamos avançar, superando a reprodução da lógica do modelo biomédico dentro dos CAPS, que leva a um projeto de alta muito centrado na remissão dos sintomas.

A carência intersetorial também prejudica consideravelmente a inclusão social. É necessário que os serviços de saúde se comuniquem e que novas políticas sejam criadas, que

cooperativas, associações e ensinos profissionalizantes acolham esses usuários que recebem alta dos CAPS. Precisa-se que os princípios da interdisciplinaridade e da intersetorialidade realmente sejam postos em prática no campo da saúde mental, essa articulação é de fundamental importância para que ocorram mudanças no âmbito da inclusão social.

Além disso, precisa-se que as pessoas deixem de ver o doente mental como alguém incapaz, um ser perigoso e instável, mas como alguém digno de respeito, capaz de trabalhar, de amar e de viver. É necessário que o conceito de cidadania seja aplicado de forma integral ao doente mental e, não, parcialmente como se tem feito atualmente.

A maior barreira da reinserção social do portador de sofrimento psíquico ainda é o preconceito que existe dentro das pessoas. No estudo, foi possível verificar que o portador de sofrimento psíquico não consegue entrar para o mercado de trabalho, principalmente, por causa do rótulo de “louco” que carrega. Somente mudando esse modo de pensar da sociedade que será possível que o doente mental retome suas atividades, volte para o mercado de trabalho e tenha uma vida digna.

Além dessas mudanças, também é necessário conhecer melhor a vida do usuário, como casa, família, rede social, trabalho, entre outros, para possibilitar a ele uma melhor reabilitação e posterior reinserção social. O portador de sofrimento psíquico não é uma doença, ele é uma pessoa com sentimentos, aspirações e direitos, que possui uma doença como tantas outras que existem no mundo. O doente mental precisa ser visto integralmente, com seus sentimentos, medos e dúvidas e, não, apenas como um diagnóstico médico.

Mas, mesmo com tantas mudanças ainda pela frente, a reforma psiquiátrica chegou ao Brasil e já conseguiu trazer melhorias para os portadores de transtornos mentais. Aos poucos, está conseguindo mudar mentalidades e conquistando os direitos dos doentes mentais, principalmente o direito que nunca deveria ter lhes sido tirado, o de serem vistos como plenos cidadãos.

E por mais que ainda se tenha que crescer no campo da saúde mental, uma vitória se está tendo, a de que todos têm o direito de viver em liberdade. E, devido à premissa da modalidade de atenção psicossocial, os portadores de sofrimento psíquico, mesmo ainda não estando inseridos por completo na sociedade, estão tendo a possibilidade de fazer escolhas, tomar decisões, lutar pelos seus direitos, relacionar-se, criar vínculos, estudar, melhorar habilidades, reintegrar no mercado de trabalho, entre outros.

Ninguém tem o direito de tirar a liberdade de alguém pelo simples fato de ele ser diferente dos demais. Louco é quem priva o doente mental desse direito.



## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 136 p.

\_\_\_\_\_. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fundação Osvaldo Cruz, 2000. 144 p.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, out. 2002.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada.** Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326 p.

BEZERRA JÚNIOR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. 128 p. p. 113-126.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 196/96. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 21082-21085, 16 out. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça: Lei dos direitos autorais. Lei número 9610 de 19 de fevereiro de 1998. Diário Oficial da União, 20 fev. 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. 56p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994, 63 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

DEMO, P. **Política social, educação e cidadania.** Campinas: Papirus, 1994. 124 p.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 167 p.

FRAZÃO, I. S.; ARCOVERDE, A. N. B. Reinserção social pelo trabalho no campo da saúde mental: com a palavra, o usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 290-297, maio/ago. 2009.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009a.

\_\_\_\_\_. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, fev. 2009b.

\_\_\_\_\_. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo**. Erechim/RS: EdiFAPES, 2001. 281p.

IAPRS. Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation Services. **What is Psychosocial Rehabilitation?** Columbia: 1995. Disponível em: <<http://www.uspra.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3326>>. Acesso em: 21 out. 2009.

JUCA, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, fev. 2009.

LEAO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106, mar. 2008.

LUSSI, I.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, jun. 2006.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 13, n. 4, p. 577-584, set. 2004.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. Construindo o conceito de redes de vigilância em saúde. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004. 109 p. p. 101-120.

MILHOMEM, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 272-279, jun. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

NOGUEIRA, M. S. L. **Política Pública de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica no Brasil: desafios de inclusão social**. Alemanha: Konrad Adnauer Stiftung, 2007. Disponível em: < <http://www.fic.br/geppes/trabalhos/MariaSoniaLima.doc>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

OBID. Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. **Reinserção social: definição**. Brasília: 2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 06 jul. 2009.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, mar. 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001. 150 p.

PITTA, A. M. F.; DALLARI, S. G. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 36, p. 19-23, out. 1992.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 485 p.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio**: subjetividades, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 314 p. p. 267-277.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. D.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 112 p.

SARACENO, B., **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora / Instituto Franco Basaglia, 1999. 176 p.

SARMENTO, M.R.S.; MINAYO-GOMEZ, C. A epilepsia, o epilético e o trabalho: relações conflitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 183-193, jan./mar. 2000.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, mar. 2008.

SILVA, M. B. B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 149-158, fev. 2009.

SLUZKI, C. E. **A Rede Social na Prática Sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 145 p.

\_\_\_\_\_. **Novos Paradigmas de Cultura e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 294 p.

SOUZA, A. R. **Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários**. 2007. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-128, mar. 2006.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, mai/ago. 2004.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHY, Maureen. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 13-148.

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que possui o objetivo de analisar a reinserção social de usuários do CAPS após a alta.

Para isso, se desejar participar, será realizada uma entrevista, com duração média de 40 minutos, que irá abordar questões referentes ao objetivo desse estudo.

A participação é voluntária e não implica em nenhuma alteração no tratamento que você recebe na Instituição. Os dados serão divulgados em conjunto e o seu nome não aparecerá. A participação na pesquisa não implica no pagamento nem recebimento de qualquer quantia financeira. Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde mental após a alta do CAPS.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

*Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.*

Data: / /

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Angélica Rozisky Cardozo – tel. 8419-5651 – acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem/UFRGS

Profa. Dra. Christine Wetzel – tel. 3359-8602 – professora da Escola de Enfermagem/UFRGS

**APÊNDICE B – Instrumento para coleta de informações****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Data da entrevista: \_\_\_\_\_ Hora início: \_\_\_\_\_ Hora fim: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Nº de filhos: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Com quem mora: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

Início da doença: \_\_\_\_\_

Alta do CAPS: \_\_\_\_\_

Internou antes, durante ou depois do CAPS? \_\_\_\_\_

Nº total de internações: \_\_\_\_\_

**QUESTÕES NORTEADORAS**

1) Fale sobre o que mudou na sua vida após a doença.

2) Você foi preparado(a) para a alta do CAPS? Como?

3) Fale como está a sua vida após a alta do CAPS.

a) Que atividades você desenvolve no seu cotidiano?

b) Quais as maiores dificuldades que você teve ou ainda tem nesse período?

c) O que ajudou no enfrentamento dessas dificuldades? O que dificultou?

d) O que você faz como lazer?

**ANEXO A – Termo de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem  
da UFRGS**



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**CARTA DE APROVAÇÃO**

Projeto: Nº TCC 14/09  
Versão 06/2009

Pesquisadores: Angélica Rozisky Cardoso; Christine Wetzel

**Título: A INSERÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DE PÓS-ALTA NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.**

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 17 de agosto de 2009.

Profª Dra Maria da Graça Crossetti  
Coordenadora da COMPESQ

Maria da Graça Oliveira Crossetti  
Coordenadora da COMPESQ ESC-UFRRGS

**ANEXO B – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre**



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 09-433

**Versão do Projeto:** 09/09/2009

**Versão do TCLE:** 15/09/2009

**Pesquisadores:**

CHRISTINE WETZEL

ANGELICA ROZISKY CARDOZO

**Título:** A REINserÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL APÓS A ALTA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 17 de setembro de 2009.

  
Profª Nadine Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA