

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MARCIANA FERNANDES MOLL

**A vida social de pessoas com diagnóstico de
esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção
Psicossocial**

**RIBEIRÃO PRETO
2008**

MARCIANA FERNANDES MOLL

**A vida social de pessoas com diagnóstico de
esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção
Psicossocial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de pesquisa: "Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas".

Orientadora: Profa. Dra. Toyoko Saeki

RIBEIRÃO PRETO
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Moll, Marciana Fernandes

A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial. Ribeirão Preto, 2008.

86f.; 30cm.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Saeki, Toyoko

1. Transtornos mentais. 2. Esquizofrenia. 3. Qualidade de vida. 4. Enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marciana Fernandes Moll

A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovada em:/...../

Banca Examinadora

Profª. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares que sempre me incentivaram a buscar meus objetivos e enriquecer meus conhecimentos. Em especial, ao meu irmão Frederico, que me ajudou nesta caminhada.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho, Mônica Arantes, Márcio, Marisa, Evaldo e Adriana que me apoiaram e participaram da efetivação deste trabalho.

À Prof^a Dra. Iranilde Messias Mendes, que me ofereceu seu apoio e energia para que prosseguisse em minha vida acadêmica.

Aos pacientes que colaboraram diretamente na conclusão deste estudo, ainda, me possibilitando a felicidade por meio de gestos e valores simples.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e oportunidade de aprendizagem, com perseverança e determinação.

À Prof^a Dra. Toyoko Saeki, que me orientou com paciência e dedicação, mostrando-me sempre o melhor caminho para a conclusão deste trabalho. Agradeço imensamente por você ter acreditado em mim e me aceitado como sua orientanda.

Agradeço aos professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelos ensinamentos, incentivos e pela força.

À Lourdes e Bernadete, pela colaboração na Sala de Leitura “Glete de Alcântara.”

Ao Dr. Jorge Bichuetti, Aurélia e equipe do CAPS Maria Boneca, que me acolheram com carinho e me deram a oportunidade de realizar este trabalho no Serviço.

À todos que, de alguma forma, contribuíram para a efetivação deste trabalho.

RESUMO

MOLL, M. F. **A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial.** Ribeirão Preto, 2008. 86f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Os Centros de Atenção Psicossocial estão sendo estruturados segundo práticas de atenção psicossocial, as quais têm provocado mudanças nas formas tradicionais de compreensão e tratamento dos transtornos mentais. A reinserção social, inclusão da família e da comunidade no tratamento são recursos utilizados para a promoção da saúde mental nestes serviços comunitários. Para que os portadores de transtornos mentais tenham uma melhor qualidade de vida é essencial que tenham participação social. Parece-nos importante caracterizar, segundo alguns aspectos, as pessoas portadoras de esquizofrenia, uma vez que este transtorno psicótico pode ocasionar dificuldades inerentes à sua vida social. Ao abordarmos a vida social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, devemos focar a participação em atividades comunitárias e de lazer e a interação interpessoal com familiares e amigos. Acreditamos que esses aspectos são essenciais para a qualidade de vida e para a reinserção social dessas pessoas, o que vai ao encontro das premissas da reabilitação psicossocial. O atual estudo é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória e tem, como objetivos, investigar a vida social de usuários com diagnóstico de esquizofrenia de um Centro de Atenção Psicossocial e identificar como o processo terapêutico, oferecido pelo CAPS, tem colaborado na vida social dessas pessoas. Os sujeitos envolvidos foram os pacientes portadores de esquizofrenia, na faixa etária de dezoito a quarenta anos, residentes em Uberaba-MG, matriculados no Centro de Atenção Psicossocial. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi estruturada, conduzida segundo um roteiro. Estas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para que os dados fossem analisados. Para análise e discussão dos dados foram utilizados os seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos mesmos e análise final, tendo por base a associação entre o material teórico e empírico. Foram identificadas três categorias: a vida dos pacientes antes e após o adoecimento; o cotidiano dos usuários no ambiente extra CAPS e a assistência do CAPS colaborando na vida social e na estabilização de sintomas dessas pessoas. Os resultados sinalizaram para uma redução na qualidade das relações interpessoais do paciente após o adoecimento, embora seu cotidiano, no ambiente extra CAPS, esteja satisfatório e produtivo. Por fim, verificamos que o CAPS está oferecendo recursos terapêuticos para enriquecer a vida social e estabilizar os sintomas da clientela assistida. Entretanto, acreditamos ser essencial uma reflexão acerca da necessidade da equipe atuante no CAPS estabelecer parceria intersetorial e junto à Estratégia Saúde da Família e à própria comunidade de forma que o paciente tenha oportunidade de ampliar suas possibilidades terapêuticas relacionadas à socialização e, assim, enriquecer sua vida social. Acreditamos que esta prática também resultará na desmistificação social acerca da esquizofrenia.

Palavras-chave: Transtornos mentais, Esquizofrenia, Qualidade de vida, Enfermagem.

ABSTRACT

MOLL, M. F. **Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a Psychosocial Care Center.** Ribeirão Preto-SP, 2008. 86f. Thesis (Master)-University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto.

The Psychosocial Care Centers (CAPS) are being structured according to psychosocial care practices, which are leading to changes in the traditional ways of treating and comprehending mental disorders. Social reinsertion and inclusion of the family and community in the treatment are resources used for mental health promotion in these community services. Social participation is essential for the improvement of the quality of life of patients with mental disorders. It seems important to characterize, according to some aspects, people with schizophrenia, as this psychotic disorder can cause difficulties regarding social life. While approaching social life of patients with diagnosis of schizophrenia, we must focus their involvement in community and leisure activities, as well as their personal interaction with family and friends. We believe these aspects are essential for those people's quality of life and social reinsertion, in accordance with the social rehabilitation principles. This qualitative, descriptive-exploratory study aimed to investigate the social life of patients with diagnosis of schizophrenia in a Psychosocial Care Center, and to identify how the therapeutic process, offered by the CAPS, has contributed in their social lives. The subjects of the study were patients with schizophrenia, aged between eighteen and forty years, living in Uberaba-MG, registered at the Psychosocial Care Center. The data collection was done using semi-structured interview, directed by a guide. These interviews were recorded and fully transcribed for the data analysis. Based on the association between the theoretical and empiric material, the data analysis and discussion were done through the following steps: data ordering, classification and final data analysis. Three categories were identified: patient's life before and after the sickness; patient's daily life in environments outside CAPS and CAPS assistance contributing in patient's social life and stabilization of symptoms. The results showed a decrease in the quality of the patient's interpersonal relationships after the illness, although their daily life outside CAPS is satisfactory and productive. At last, we verified that CAPS offers therapeutic resources that enriches their clients' social life and stabilizes their symptoms. Nevertheless, we believe that the possibility of the CAPS team establishing a partnership with the Family Health Strategy and the community itself should be considered, thus patients would have more options of therapies related to socialization, enriching their social life. We also believe this practice to result in the demystification of schizophrenia.

Keywords: Mental Disorders, Schizophrenia, Quality of Life, Nursing.

RESUMEN

MOLL, M. F. **La vida social de personas con diagnóstico de esquizofrenia, usuarias de un Centro de Atención Psicosocial.** Ribeirão Preto-SP, 2008. 86f. Disertación (Maestría)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

Los Centros de Atención Psicosocial(CAPS) están siendo estructurados según prácticas de atención psicosocial, lo que tiene provocado cambios en las formas tradicionales de comprensión y tratamiento de los trastornos mentales. La reinserción social, inclusión de la familia y de la comunidad en el tratamiento son recursos utilizados para la promoción de la salud mental en estos servicios comunitarios. Para que los pacientes con trastornos mentales tengan una mejor calidad de vida es esencial que tengan participación social. Creemos ser importante caracterizar, según algunos aspectos, las personas con esquizofrenia, una vez que este trastorno psicótico puede ocasionar dificultades inherentes a su vida social. Al tratar de la vida social de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, debemos enfocar la participación en actividades comunitarias y recreativas, y la interacción interpersonal con familiares y amigos. Acreditamos que esos aspectos son esenciales para la calidad de vida y para la reinserción social de esas personas, lo que satisface las premisas de la rehabilitación psicosocial. Este es un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, que tiene como objetivos investigar la vida social de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de un Centro de Atención Psicosocial e identificar como el proceso terapéutico, ofrecido por el CAPS, colabora en la vida social de esas personas. Los sujetos del estudio fueron pacientes con esquizofrenia, con edad entre dieciocho y cuarenta años, residentes en Uberaba-MG, matriculados en el Centro de Atención Psicosocial. En la recolecta de datos se utilizó entrevista semi-estructurada, conducida según una pauta. Estas entrevistas fueron grabadas y transcritas en su totalidad para que los datos fuesen analizados. Teniendo por base la asociación entre el material teórico y empírico, el análisis y discusión de los datos fue hecho de acuerdo con los siguientes pasos: ordenación, clasificación y análisis final de los datos. Fueron identificadas tres categorías: la vida de los pacientes antes y después de la enfermedad; el cotidiano de los pacientes en el ambiente externo al CAPS y la asistencia del CAPS colaborando en la vida social y la estabilización de síntomas de esas personas. Los resultados indicaron una reducción en la calidad de las relaciones interpersonales del paciente después de la enfermedad, aunque su cotidiano, en el ambiente externo al CAPS, esté satisfactorio y productivo. Al fin se verificó que el CAPS ofrece recursos terapéuticos para enriquecer la vida social y estabilizar los síntomas de las personas asistidas. Sin embargo, creemos ser esencial una reflexión acerca de la necesidad del equipo que actúa en el CAPS trabajar en conjunto con la Estrategia de Salud de la Familia y la propia comunidad, de forma que el paciente tenga más posibilidades terapéuticas relacionadas a la socialización, enriqueciendo su vida social. Creemos también que esta práctica resultará en la desmitificación social acerca de la esquizofrenia.

Palabras clave: Trastornos Mentales, Esquizofrenia, Calidad de Vida, Enfermería

SUMÁRIO

Resumo
Abstract
Resumen

APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	24
3. PERCURSO METODOLÓGICO	26
3.1 O cenário de estudo: CAPS “MARIA BONECA”	32
3.2 Sujeitos	36
3.3 Fases da pesquisa	37
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1 Aspectos gerais dos sujeitos	41
4.1.1 Perfil social dos entrevistados	41
4.1.2 Histórico do tratamento dos entrevistados	43
4.2 Discussão	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
6. REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	82
APÊNDICE A	83
APÊNDICE B	84
ANEXO	85
ANEXO A	86

APRESENTAÇÃO

Em 1993, iniciei minha trajetória na enfermagem psiquiátrica como monitora voluntária da disciplina de Assistência de Enfermagem Psiquiátrica, no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, atualmente denominada Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Nesse período, estive atenta para a necessidade de cuidados especiais requeridos por alguns pacientes considerando sua pequena ou quase ausência de autonomia para o auto cuidado físico, associada a um significativo isolamento social. Pareceu-me estarem sendo tratados com submissão e abandono e, paralelamente, tive o desejo de vê-los, pelo menos, sorrindo.

Em 1994, graduei-me e fui trabalhar em um hospital psiquiátrico, no estado de São Paulo, especificamente na unidade de pacientes do sexo feminino, em fase aguda. O fato de alguns sintomas impossibilitarem que parte das pacientes participasse das atividades de socialização e lazer propostas pelo hospital, como bailes, jantares e jogos, entre outras, chamava minha atenção. Senti-me desafiada a criar atividades para este grupo de mulheres, que, muitas vezes, era assistido apenas com ações dirigidas para a alimentação, sono, repouso e higienização.

Mesmo com a aderência de umas poucas pacientes, iniciei algumas atividades e, gradativamente, pude perceber que elas começaram a se preocupar com o auto cuidado, melhorando, inclusive, sua interação com as demais internas.

De 1999 a 2003 atuei como enfermeira e coordenadora de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Uberaba, o qual tinha por objetivo a reinserção familiar e social de portadores de transtornos mentais.

No período em que atuei no CAPS, principalmente convivendo com seus usuários, observei que a vida social de muitas pessoas portadoras de esquizofrenia estava prejudicada. Elas expressavam dificuldades em manterem suas funções estudantis e/ou empregatícias e, ainda, de freqüentarem eventos sociais diversos, como cinemas, cultos religiosos e até festas, mesmo as familiares. Apreendia haver uma relação direta entre essas observações com o descrédito de familiares diante dos serviços substitutivos, bem como do próprio transtorno mental. Percebi que alguns usuários buscavam, além do tratamento médico/medicamentoso, concretizar seu desejo de reinserção social por meio do tratamento proposto pela equipe do CAPS.

Mesmo com a efetiva participação dos pacientes no tratamento, continuei percebendo que alguns tinham sua qualidade de vida prejudicada pelo próprio

transtorno mental, especialmente aqueles com diagnóstico de esquizofrenia. É comum observar alterações na rotina de vida desses pacientes, entre as quais destaco o desinteresse pelo auto cuidado, as dificuldades em se manter ativo em funções empregatícias e em outras atividades ligadas ao convívio social.

No período de 1999 a 2000, busquei aprimorar-me na área de saúde mental, inserindo-me em um Curso de Especialização em Saúde Mental, promovido pela Escola de Saúde de Minas Gerais, da Universidade Federal de Minas Gerais.

A partir dessas ocorrências, questionei a forma como os serviços substitutivos, particularmente os Centros de Atenção Psicossocial, poderiam colaborar para ampliar a rede e os convívios sociais, e, assim, melhorar a vida social de usuários com diagnóstico de esquizofrenia.

Diante das considerações apresentadas e na condição de supervisora de estágio de alunos do 3º ano de graduação em Enfermagem, em um CAPS, nasceu o interesse em pesquisar a vida social de usuários com diagnóstico de esquizofrenia.

Esse interesse deu-se, principalmente, ao participar da atividade denominada Oficina de Notícias, a qual envolvia atividades grupais, semanalmente, às segundas-feiras, com a participação de todos os usuários. Nessa oficina, era estimulado que cada participante relatasse sobre o seu final de semana e ainda apresentasse acontecimentos divulgados em jornais, revistas e televisão. Era, então, construído um cartaz com o tema “Notícias da Semana”. A partir dessa vivência, observei que os usuários pertencentes à faixa etária de dezoito a quarenta anos eram os que mais relatavam sobre suas vivências e dificuldades enfrentadas na vida social ao longo do final de semana. Expressões como: “Não vou mais ao acampamento da igreja porque os outros participantes não me convidam”, “Não consigo namorar, por mais que eu tente; ninguém se interessa por mim desde que eu adoeci” eram freqüentes e chamavam a minha atenção.

Diante desses e de outros depoimentos surgiram alguns questionamentos: Como é a vida de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia? Como é a sua vida social? Ela se modificou após o adoecimento, impedindo que participem de atividades como ir à escola, ao cinema e até mesmo de namorar? Têm amigos? Praticam esportes? Quais são as dificuldades que encontram em sua vida social?

Desenvolver um estudo relativo à vida social de usuários com esquizofrenia, inseridos em um CAPS, constitui um empreendimento estimulante e até desafiador. O estímulo advém do fato de existirem poucas pesquisas acerca do tema em

questão, especialmente sob a ótica da valorização da experiência, segundo a perspectiva do paciente. É um desafio porque o tema é atual e envolve um grande número de fatores interligados ao transtorno mental e ao contexto sócio-cultural, no qual a pessoa está inserida.

Desse modo, acredito que o investimento na melhoria das relações sociais deva ser um critério a ser trabalhado pelos serviços substitutivos e espero, com este trabalho, poder contribuir com subsídios que possibilitem ampliar o conhecimento sobre o referido tema.

1 INTRODUÇÃO

Quando nos debruçamos sobre a história dos transtornos mentais, nos deparamos com a menção de alguns sintomas, hoje associados à esquizofrenia, em textos indus e gregos, no período antes de Cristo. Porém, foi a partir do século XIX que surgiram descrições mais precisas que delinearão a esquizofrenia tal como a conhecemos hoje (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

O alemão Emil Kraepelin observou que alguns jovens desenvolviam uma doença que apresentava alterações da personalidade e evoluía para um quadro crônico, o qual denominou de demência precoce. Ao escrever o Sexto Tratado de Psiquiatria (1899), Kraepelin apresentou o critério clínico evolutivo para abordar suas investigações e distinguiu a demência precoce da psicose maníaco-depressiva. A partir dessa distinção, destacou que, na demência precoce, o prognóstico era predominantemente ruim (FONTANA, 2005).

O psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1857-1939), em 1908, sugeriu a substituição da denominação demência precoce por esquizofrenia, por se tratar de uma cisão (“esquizo”) das mentes (“frenia”) dos pacientes. Em 1911, publicou a monografia Demência precoce ou Grupo das esquizofrenias, descrevendo as características desta doença e passando a adotar o critério psicopatológico, ao invés do critério evolutivo, para investigar e descrever a esquizofrenia, a qual era sinônimo de *loucura dissociativa*. Para Bleuler, o prognóstico desta doença era variável, contrariando o proposto por Kraepelin (FONTANA, 2005).

Para Louzã Neto e Elkis (2007), o critério evolutivo caracterizava-se pela invalidez psíquica, sendo que o psicopatológico pressupunha a existência de um quadro endógeno.

Segundo Stuart e Laraia (2001), a esquizofrenia é uma patologia séria e persistente que ocasiona comportamentos psicóticos e diversas dificuldades ligadas aos relacionamentos interpessoais, ao processamento de informações, à solução de problemas, entre outras. De acordo com esta afirmativa, a esquizofrenia é um transtorno psicótico, uma vez que a psicose é definida segundo a percepção da realidade de um paciente e do comportamento advindo desta percepção.

Este transtorno é reconhecido pela presença de vários sintomas; no entanto, nenhum deles pode ser considerado patognomônico. Para diagnóstico da esquizofrenia é necessário haver a presença de, pelo menos, dois sintomas psicóticos, pelo período de, no mínimo, um mês; estes devem ficar proeminentes por, pelo menos, seis meses (LARA; GAMA; ABREU, 2004).

Segundo Javitt e Coyle (2004), pesquisadores interessados no estudo da gênese da esquizofrenia consideram que ela possui uma miríade de sintomas distribuídos em diferentes esferas ou categorias, dentre as quais estão inclusas as categorias positiva, negativa e cognitiva.

Dentre os sintomas positivos, podemos incluir a agitação psicomotora, os delírios e as alucinações. Já os negativos e cognitivos incluem autismo, ambivalência, afeto embotado e perda da capacidade da associação, falta de espontaneidade, discurso empobrecido, dificuldade em estabelecer relações e lentidão de movimentos, alterações de memória e atenção, dentre outros (JAVITT; COYLE, 2004).

Mesmo diante de inúmeras investigações acerca da esquizofrenia, Louzã Neto e Elkis (2007) mencionam que a definição precisa deste transtorno não é possível por não existir um total conhecimento de sua etiopatogenia. Fontana (2005) enfatiza a base biológica como essencial na etiologia desse transtorno; ainda apresenta o modelo estresse-diátese, segundo o qual uma vulnerabilidade específica (diátese), sob influência de fatores estressantes, leva ao desenvolvimento de sintomas esquizofrênicos.

Ao buscarmos a epidemiologia do transtorno em estudo deparamo-nos com a afirmativa de que cerca de 1% da população mundial é portadora do mesmo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Louzã Neto e Elkis (2007) referem que a esquizofrenia apresenta uma distribuição universal e sua incidência varia entre diferentes locais, com um mínimo de oito casos por 10.000 habitantes, por ano, na Itália, a um máximo de 69 casos por 10.000 habitantes, por ano, nos Estados Unidos.

Fontana (2005) cita que a esquizofrenia é um transtorno que se inicia entre a adolescência e o início da vida adulta jovem (geralmente entre os 13 e os 28 anos) gerando consideráveis prejuízos para a regularidade da participação das pessoas em atividades sociais, essenciais às suas vidas, tais como estudar, manter relacionamentos amorosos e interagir em grupos de amigos, entre outras. Podemos perceber que a esquizofrenia acarreta também um importante impacto no trabalho e na vida social e familiar das pessoas, uma vez que sua evolução é variável.

Menezes (2000) lembra que uma das principais evidências do prognóstico da esquizofrenia é o prejuízo no ajustamento social, o que pode ser evidenciado pela

presença de diversos pacientes que atualmente residem na comunidade, os quais apresentam graves incapacidades e sinais de baixos níveis de funcionamento social.

Louzã Neto e Elkis (2007) descrevem acerca da variabilidade da evolução da esquizofrenia, mas destacam a discordância entre resultados de diversos estudos a esse respeito. Essa discordância foi justificada pelos critérios utilizados para definir a sintomatologia, pela condição de adaptação social e pelo próprio transtorno. De forma geral, pode-se dizer que 25% dos pacientes apresentam uma evolução favorável, com uma remissão satisfatória dos sintomas e uma adaptação social e familiar. Já outros 25% evoluem de forma desfavorável por apresentarem sintomatologia residual grave, o que tende a levá-los à perda de autonomia para algumas atividades de vida diária (auto cuidado, aparência pessoal, entre outras) e os demais 50% encontram-se em uma faixa intermediária de evolução.

Jobe e Harrow (2005), ao realizarem uma revisão de estudos norte americanos envolvendo pacientes em tratamento há longo prazo, concordaram com a variabilidade da evolução da doença e ressaltaram a alta prevalência de pessoas que apresentaram um prognóstico desfavorável. No entanto, esses autores perceberam que muitas conseguiam manter uma favorável participação quando os sintomas estavam bem controlados.

Diante disso, percebo que existem pacientes que apresentam dificuldades de adaptação social, expressas por meio de comportamentos sociais variados. Em minhas observações, identifiquei esta realidade ao me deparar com pessoas que vivenciaram longos períodos de internação e estavam em tratamento nos serviços comunitários, onde se sentiam acolhidas e tinham participação ativa nas atividades oferecidas no CAPS, tais como festas e grupos terapêuticos diversos. Expressavam ter adquirido algum nível de autonomia que lhes permitia, ainda que parcialmente, gerenciar suas próprias vidas. Entretanto, tal conquista pareceu-nos ser predominantemente vivenciada apenas no ambiente de tratamento, uma vez que a participação em eventos oferecidos pela comunidade, sem vinculação ao CAPS, não seja satisfatória. Uma outra percepção relaciona-se aqueles pacientes que têm uma evolução desfavorável, por se mostrarem menos disponíveis às abordagens psicossociais.

Segundo Louzã Neto e Elkis (2007), as abordagens psicossociais compreendem um conjunto de ações capazes de proporcionar aos pacientes uma

melhor integração social, profissional e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, considerando os limites impostos pela doença.

Ao debruçar-me sobre a vida social dos pacientes, busquei abordar as relações sociais e a capacidade de inclusão de pessoas portadoras de esquizofrenia em eventos sociais, bem como sua capacidade de interação em grupos (amigos, religiosos, entre outros), o que parece ser um dos objetivos do tratamento centrado nas abordagens psicossociais.

Do exposto até então, vê-se que a esquizofrenia é considerada um transtorno mental grave, não apenas por suas características sintomatológicas, mas também pela realidade que impõe ao paciente, tornando-o frágil às circunstâncias de seu ambiente, de forma a, muitas vezes, comprometer sua autonomia, afetando, direta ou indiretamente, várias esferas de sua vida.

Ao efetuar a revisão bibliográfica acerca do tema em estudo, observei que as pesquisas com enfoque na vida social dessa clientela ainda são restritas. Assim, parece relevante investigar como o próprio paciente avalia sua vida, enfocando o que considera importante para si, uma vez que, na atualidade, estão sendo oferecidas novas alternativas de tratamento, centradas na reabilitação psicossocial.

Souza et al. (2003) objetivaram, em seu trabalho, identificar os problemas de comportamento social, apresentados por uma amostra de pacientes esquizofrênicos que viviam na comunidade, avaliando se o número desses problemas variava entre os pacientes que utilizavam diferentes antipsicóticos. Para efetivação desta pesquisa, foi selecionada uma amostragem de 100 pacientes, com diagnóstico de esquizofrenia, os quais se encontravam em tratamento ambulatorial e faziam uso de diversos antipsicóticos. Detectaram que apenas 16 deles estavam empregados e cinco estudavam. Esses autores chegaram a seguinte conclusão:

[...] que apesar de os pacientes estarem utilizando medicação antipsicótica, foi encontrado uma alta prevalência de problemas de comportamento social, especialmente naqueles relacionados ao distúrbio do pensamento e ao retraimento social (p. 272).

Moreira et al. (2002) também realizaram uma pesquisa que objetivava avaliar, prospectivamente, o desempenho de atividades socialmente esperadas de pacientes

psiquiátricos durante o primeiro ano após sua alta de uma enfermagem psiquiátrica de um hospital geral; tinha o propósito também de avaliar a expectativa do próprio paciente e a do seu familiar em relação a esse desempenho. Concluíram o estudo com 55 pacientes, com seus respectivos familiares, sendo obtidos os seguintes resultados:

A expectativa não mostrou variação significativa na avaliação do paciente ou do familiar. Nas duas avaliações, a expectativa foi significativamente maior que o desempenho. Entretanto, foi observada melhora significativa no desempenho de atividades socialmente esperadas em relação à pré-internação, desde o primeiro mês após a alta. Essa melhora se manteve ao longo do primeiro ano, tanto na avaliação do paciente como na da família, (p. 734).

Para Maj e Sartorius (2005), alguns indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia apresentam deficiências e incapacidades em diversas áreas (habilidades sociais, vocacionais, educacionais, recreacionais e até domésticas). Ao abordarem a intervenção de reabilitação voltada especificamente para a organização de serviços de apoio, reafirmam que os mesmos devem oferecer assistência interdisciplinar e focar seus objetivos na oferta de componentes protetores para o ambiente do indivíduo, oferecendo ainda subsídios para que a assistência se estenda às equipes de saúde da família, possibilitando a continuidade das ações assistenciais necessárias à reinserção social do paciente. Estes autores destacam que tais objetivos deverão centrar-se na minimização do impacto dos prejuízos, na maximização das habilidades de enfrentamento dos indivíduos e na redução da vulnerabilidade à exacerbação, induzida pelo estresse. Desta forma, atingidos esses objetivos, os pacientes alcançarão o máximo de sua inserção social, qualidade de vida e liberdade de escolha.

Em psiquiatria, no atual contexto dos tratamentos oferecidos, torna-se, cada vez mais freqüente, a discussão acerca de estratégias inclusivas em dispositivos direcionados à humanização na assistência em saúde mental. Diante dessas discussões, têm surgido propostas centradas na reabilitação psicossocial, na qual há busca pela possibilidade de inserção e circulação sociocultural e político-econômica de indivíduos portadores de transtornos mentais.

No contexto brasileiro, em meados da década de setenta, aceleraram-se as discussões acerca da reforma psiquiátrica, as quais sinalizaram para a necessidade de resgate dos direitos de cidadania para os portadores de transtornos mentais, por meio da reabilitação psicossocial. (OLIVEIRA; ALESSI 2005).

Para Maj e Sartorius (2005), a reabilitação voltada para pacientes com diagnóstico de esquizofrenia deve utilizar múltiplas metodologias, incluindo as médicas, psicossociais, legislativas e até políticas, de forma que o cuidado e o tratamento adequado do transtorno psicótico em questão sejam contemplados.

Para Saraceno (1999), a reabilitação deve visar o aumento das habilidades e diminuir a dependência do paciente. Ou seja, são intervenções de reabilitação todas aquelas que procuram colocar a pessoa em condições de exercer ações com o máximo de autonomia possível.

Rutman (1987) definiu reabilitação psicossocial relacionando-a a um espectro de programas para pessoas com transtornos mentais há longo prazo. Tais programas deverão potencializar as capacidades e habilidades para satisfação de necessidades habitacionais, empregatícias, sociais e de crescimento social. O objetivo da reabilitação é melhorar a qualidade de vida de indivíduos portadores de transtornos psíquicos, ajudando-os a assumirem o máximo de responsabilidades sobre suas vidas e a viverem, no ambiente social, de forma mais ativa e independente.

Robinson e Toff-Bergamn (1990) afirmam que a equipe atuante no tratamento voltado para a reabilitação deverá atentar para que os pacientes sejam bem-sucedidos e estejam satisfeitos no contexto social de sua escolha, com o máximo de autonomia e melhoria de suas habilidades sociais.

Maj e Sartorius (2005) descrevem a reabilitação como uma terapêutica redutora de incapacidades. Essa nova proposta terapêutica se faz necessária pela cronicidade da esquizofrenia, o que requer um trabalho de prevenção de incapacidades, para o qual múltiplos recursos devem ser estruturados, envolvendo tratamento farmacológico, regulação do ambiente e o atendimento das necessidades psicossociais do indivíduo, exigindo organização e estruturação de serviços de apoio comunitários.

Nesse sentido, acredito que os serviços substitutivos, em particular os Centros de Atenção Psicossocial, devam estar preparados para oferecer melhoria na qualidade de vida da clientela. Vale enfatizar que, nas últimas décadas, verifica-se,

ainda que de forma lenta, a substituição do modelo assistencial hospitalocêntrico por outro, de base comunitária, com ênfase nos chamados serviços de atenção diária, representados pelo Centro de Atenção Psicossocial, o qual foi regulamentado pela Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004a).

Amarante (2003) considera que um CAPS deva ser um serviço inovador, isto é, um espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com o transtorno mental e para a construção de novos conceitos sociais, novas formas de vida e de saúde. No que diz respeito ao âmbito social, deve promover a construção de novas relações entre sociedade e loucura.

O CAPS deve estar capacitado para acolher e tratar pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, voltados, “prioritariamente ao desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial” (PITTA, 1994, p. 649).

Rocha (2005, p. 36-37) lembra que o CAPS é “um espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e práticas. Em vez de excluir, medicalizar e disciplinar, deve acolher, cuidar e estabelecer pontes com a sociedade”.

De acordo com as propostas teórico-conceituais dos CAPS, há uma tendência no sentido de que os saberes e as práticas acerca da assistência a ser prestada sejam revistos:

(...) os CAPS podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas. Estes recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominada clínica ampliada. Esta idéia de clínica vem sendo (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e tratamento dos transtornos mentais (BRASIL 2004b, p.17).

A Reforma Psiquiátrica brasileira vai além da transformação do espaço físico do atendimento à pessoa com transtorno mental; tem, como um de seus fundamentos, a implantação de novas formas de atenção à saúde mental, centradas no respeito à cidadania e na inclusão social.

Para efetivação das propostas oriundas da reforma psiquiátrica foram incorporadas portarias ministeriais, as quais passaram a enfatizar “a necessidade de

construir uma rede diversificada e ampliada de assistência sócio sanitária (...).para o cuidado em saúde mental” (BRASIL, 2004b, p. 8).

A partir dessas observações, pode-se dizer que a reabilitação é um processo que implica abertura de espaços de negociação para o paciente, sua família, a comunidade circundante e para os serviços de saúde. A dinâmica da negociação deve ocorrer continuamente, contemplando a socialização, recreação, auxílio vocacional e residencial, bem como treinamento em habilidades para a vida cotidiana na comunidade.

Com a criação desta nova proposta assistencial, reforçada pela legislação, as pessoas portadoras de transtornos mentais devem receber um tratamento que valorize sua reinserção social e a melhora das suas condições de vida, e não apenas a mera abolição de sintomas, favorecendo seu ajustamento social e, conseqüentemente, suas vidas sociais.

Ao abordar a vida social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, devem ser enfocados os vários aspectos que compõem suas vidas, dentre os quais destacamos a participação em atividades comunitárias e de lazer e a interação interpessoal com familiares e amigos. Acredito que essas são esferas essenciais para a qualidade de vida desta clientela, requerendo muito estímulo e apoio familiar para que possam assumir responsabilidades sobre suas vidas e para participarem, de forma mais ativa e independente, no ambiente social.

2 OBJETIVOS

1. Investigar a vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial.
2. Identificar como o processo terapêutico, oferecido pelo referido Centro, tem colaborado na vida social dessas pessoas.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo-exploratório, desenvolvida segundo uma abordagem qualitativa. A descrição e exploração possibilitam a identificação de problemas, estabelecendo relações entre as variáveis que, à luz da análise teórica, aprimora o conhecimento do objeto de estudo.

Segundo Gressler (2003), a pesquisa descritiva é usada para descrever fenômenos existentes, situações presentes e eventos, identificar problemas e justificar condições. Nessa modalidade, é possível também comparar e avaliar o que está sendo desenvolvido por outras pessoas no que se refere a projetos ou à redes de pesquisas, possibilitando planejamentos e tomada de decisões.

Esse autor menciona ainda que a pesquisa exploratória objetiva proporcionar maior afinidade com o fenômeno a ser investigado, com vistas a torná-lo mais explícito ou desenvolver hipóteses. Tal modalidade também proporciona recursos para o aprimoramento de idéias e consideração dos mais variados aspectos relativos ao estudo.

Para efetivação deste estudo busquei por uma metodologia que possibilitasse investigar a vida social da pessoa em tratamento, com diagnóstico de esquizofrenia, usuária de um Centro de Atenção Psicossocial. Tal busca envolve o ser humano em sua subjetividade e todo o processo de relações no qual está inserido. Diante da natureza desse objeto de estudo, optei pela abordagem qualitativa por abranger aspectos objetivos e subjetivos.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2002), possibilita analisar a realidade social que "é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante". Ao fazer esta análise ainda "aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações" (p. 15).

Após ter apresentado estas breves considerações acerca da metodologia adotada, esclareço que esse estudo visa aproximar-me do cotidiano do usuário do CAPS, em especial no que se tange à sua vida social e a forma como ela vem sendo influenciada pelo tratamento proposto por este serviço de atenção comunitária em saúde. Desta forma, busquei aprofundar conhecimentos acerca desse objeto de investigação.

Nos próximos itens descreverei o município de Uberaba, onde se localiza o cenário do estudo, o qual também será apresentado, bem como os sujeitos e as fases da pesquisa.

Visitas ao arquivo público de Uberaba permitiram obter dados acerca da história da cidade e, de acordo com Pontes (1978), os apresentarei nos próximos parágrafos a fim de oferecer uma visão geral da cidade onde foi realizado o presente estudo.

Uberaba está localizada na região sul do Triângulo Mineiro, estando equidistante, em um raio de 500 Km, dos principais centros consumidores do Brasil. Em 2007, contava com uma população de 280.061 habitantes e uma expectativa de vida aproximada de setenta e três anos.

Historicamente, Uberaba tem sua origem na ocupação do Triângulo Mineiro, que ficou sob a jurisdição de Goiás até 1816. A região começou a ser foco da atenção da Coroa Portuguesa, o que fez com que o governador da Capitania de São Paulo e Minas Gerais articulasse a abertura de uma estrada de maior acesso à região. Esta estrada partiu de São Paulo, pelos rios Atibaia, Camanducaia, Moji-Guaçu, Rio Grande, Rio das Velhas penetrando em Goiás por Corumbá. Esta rota ficou conhecida como Estrada Real ou Anhanguera, a qual se consistiu em um importante caminho para que as autoridades portuguesas implementassem a colonização, a produção e o escoamento dos minerais preciosos. A exploração e o povoamento de todo o Triângulo Mineiro ocorreram como em todo o Brasil - Colônia, pelo amansamento e extermínio das populações indígenas e dos negros nos quilombos.

Em 1766, foi criado o Julgado de Nossa Senhora do Desterro do Desemboque, sob a administração de Goiás, local rico em minas auríferas e de intensa exploração. A posse desse Arraial, por Goiás, era vantajosa aos moradores, pois esses estariam livres do pagamento de imposto sobre minerais, denominado "derrama", cobrado em Minas Gerais.

Desemboque manteve-se em evidência até 1781, quando as minas auríferas se esgotaram. Mas prosseguiu-se com a exploração das terras, pois o governo de Goiás objetivava dinamizar a administração dos Sertões e nomeou, pela Portaria de 1809, Antônio Eustáquio da Silva Oliveira (natural de Ouro Preto), para a função de Comandante Regente dos Sertões da Farinha Podre (Triângulo Mineiro). Em 1811, foi nomeado, por Ato Governamental, Curador de índios.

Um grande número de pessoas, sabendo das condições propícias de Uberaba e do prestígio e segurança que o comandante Major Eustáquio oferecia, migrou para o novo Arraial. Os novos moradores ergueram uma Capela, tendo,

como oragos, Santo Antônio e São Sebastião; essa capela foi benta, em 1818, pelo padre Hermógenes Cassimiro de Araújo Brunswick, do Desemboque. Assim, ocorreu o reconhecimento do povoado pela Igreja, instituição que representava prestígios decisórios junto aos governos. Em 2 de março de 1820, o rei D. João VI decretou a elevação de Uberaba à condição de Freguesia, constituindo-se em um grande avanço para a comunidade, gerando sua emancipação e gerência própria em assuntos de ordem civil, militar e religioso. Foi o reconhecimento oficial, tanto pela Igreja, como pelo Governo Real.

Uberaba foi crescendo e suas terras sendo ocupadas, formando-se extensas propriedades devido ao baixo valor dos alqueires e à isenção de impostos sobre eles. Em pouco tempo, reuniu-se seleta população de agricultores, pecuaristas, comerciantes e outros profissionais, fato que viabilizou a criação do Município de Santo Antônio de Uberaba, em 1836, pelo Governo Provincial de Minas Gerais.

Diante deste percurso histórico, é possível perceber que a religião católica tem um importante significado junto à população, o que faz com que a festa de Nossa Senhora da Abadia (padroeira de Uberaba) seja muito comemorada. A cidade também se destaca por ser considerada referência em cultos espíritas Kardecistas, em virtude da permanência do médium Chico Xavier nesta cidade até sua morte, em 2002. Assim como no Brasil, em Uberaba, o número de pessoas evangélicas vem crescendo, o que fez aumentar o número de igrejas evangélicas no município.

O clima predominante é ameno com tendência ao tropical e úmido. Nos últimos anos, vem ocorrendo um considerável crescimento no setor industrial da cidade, embora a pecuária e a agricultura predominem como as principais fontes de arrecadação.

A educação vem recebendo atenção significativa, sobretudo pelo apoio do governo federal para transformar a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em Universidade Federal do Triângulo Mineiro, aumentando a oferta de cursos; anteriormente havia apenas os cursos de medicina, enfermagem e biomedicina e, atualmente, conta também com os cursos de fisioterapia, terapia ocupacional, tendo ainda, como planos, a abertura de cursos de psicologia, entre outros da área de saúde. Há também a Universidade de Uberaba, instituição particular que oferece diversos cursos nas áreas de exatas, saúde, humanas e biológicas. Outras faculdades particulares também estão oferecendo cursos de graduação, sendo elas: Faculdade de Ciências Econômicas do Triângulo Mineiro (cursos de economia,

administração de empresas e ciências contábeis); Faculdade Talentos Humanos (cursos de enfermagem, direito, engenharia, pedagogia, fisioterapia e biomedicina); Faculdade de Educação de Uberaba (biologia, geografia, pedagogia e educação física), entre outras, cujas sedes estão em cidades próximas, mas oferecem algumas aulas em Uberaba. Pode-se verificar que o grande número de cursos de graduação faz com que um considerável número de jovens venha graduar-se nas diversas universidades e faculdades, o que aumenta, significativamente, a rotatividade populacional desta cidade.

A seguir, apresento dados de Uberaba (2006) acerca da rede de serviços de saúde que prestam assistência em saúde na referida cidade.

Ao abordar a área de saúde, deparei-me com uma cidade que tem Gestão Plena do Sistema de Saúde, desde o mês de junho de 1997, com a seguinte rede de atenção primária: vinte e oito Unidades Básicas de Saúde e treze Unidades de Saúde da Família, distribuídas em três distritos sanitários, os quais são redistribuídos em vinte e uma áreas de abrangência. Para efetivação dos trabalhos na atenção primária foram implantadas quarenta e uma equipes de saúde da família, sendo que trinta e sete atuam na zona urbana (dezesseis no distrito 1, nove no 2 e doze no 3) e quatro na zona rural.

Há duas unidades de pronto atendimento que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico (radiológico, laboratorial e farmacêutico) nas situações de urgência e emergência.

Já a assistência secundária é oferecida por onze ambulatórios, vinculados à Prefeitura Municipal de Uberaba: Centro de Saúde Professor Eurico Villela, Centro de Fisioterapia e Neurologia, Ambulatório de Especialidades Odontológicas Dr. Randolfo Borges Júnior, Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente de Álcool e Drogas, Centro de Atenção Psicossocial Dr. Inácio Ferreira, Centro de Referência à Infância e Adolescência, Centro de Testagem e Aconselhamento, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Unidade Regional de Saúde Terezinha Graça Carvalho e Unidade Regional de Saúde Lineu José Miziara. Além desses serviços, o município conta também com outros serviços contratados ou conveniados, tais como: ambulatório da Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU), ambulatório de pediatria, ambulatório Maria da Glória e Centro de Reabilitação, vinculados à Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A Universidade de Uberaba possui também três equipamentos de

assistência secundária: Ambulatório Geral do Hospital Universitário, Clínica de Psicologia e Clínica de Odontologia. Ainda existe o Centro de Atenção Psicossocial Maria Boneca, conveniado ao SUS, mas sem vinculação com a Prefeitura Municipal de Uberaba.

Para a prestação da assistência terciária, a cidade conta com doze hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde: Hospital Santa Lúcia, Hospital do Pênfeco, Hospital São Domingos, Casa de Saúde São José, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital São Marcos, Hospital da Criança, Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Hospital Universitário da Universidade de Uberaba, Hospital Hélio Angotti, Hospital Vera Cruz e Sanatório Espírita de Uberaba. Com base na Portaria 1101 de 2002, o município necessita de 785 leitos para suprir as necessidades de sua população, mas a somatória de leitos disponíveis para internação no SUS é de 591, o que representa um déficit significativo na prestação de serviços terciários (BRASIL, 2002).

Ao especificar os recursos para a área de Saúde Mental deparei-me com uma assistência terciária composta pelo Sanatório Espírita de Uberaba, fundado em 1933, disponibilizando 133 leitos conveniados, e com o Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com 4 leitos disponíveis para atendimentos de urgência. Já a assistência secundária é oferecida pelo CAPS Municipal “Dr. Inácio Ferreira”, pelo Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CRIA), pelo Centro de Atenção Psicossocial ao dependente de álcool e drogas (CAPS-D) e Ambulatório de Saúde Mental, criados pela Secretaria Municipal de Saúde, entre os anos de 1998 a 2002. Em 1991, foi criado o CAPS Maria Boneca, conveniado ao SUS em 1994. A Clínica de Psicologia da Universidade de Uberaba também oferece atendimento psicológico e psiquiátrico na assistência secundária. Ações primárias são oferecidas nas vinte e oito unidades básicas de saúde por meio de atendimentos psicológicos e de grupos de apoio. Destaco que são oferecidos atendimentos psicológicos em todas as unidades básicas de saúde, o que favorece a assistência em saúde mental nesse município.

3.1 O cenário de estudo: CAPS “MARIA BONECA”

O Centro de Atenção Psicossocial “Maria Boneca”¹ é um projeto da Fundação Gregório Francklim Baremlitt, inaugurado em 1991, por um grupo de onze profissionais, em sua maioria vinculados à área de saúde, os quais se mantêm no projeto até a presente data.

Os profissionais trabalharam conjuntamente em projetos de saúde mental e, por terem afinidades profissionais e compartilharem das idéias reformistas da época, decidiram criar inicialmente o NAPS “Maria Boneca”, da Fundação Gregório Francklim Baremlit, em Uberaba, transformado, posteriormente, em CAPS.

Inicialmente a equipe era composta por psicólogos, assistente social, psiquiatra e um atendente, todos em caráter voluntário. Nesse período, o CAPS “Maria Boneca” era mantido com a colaboração da comunidade e desses profissionais. Somente em 1994, com o credenciamento junto ao SUS, é que houve uma organização financeira para a manutenção de recursos materiais e remuneração dos profissionais.

O credenciamento junto ao SUS motivou a equipe a empenhar-se no aprimoramento profissional de forma a buscar por conhecimentos que proporcionassem a potencialização ou qualificação da assistência a ser oferecida no, então, NAPS.

Esse esforço permitiu atingir os moldes do Ministério da Saúde, o qual preconiza o CAPS como “um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, [...] cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004b).

Atualmente, conforme a Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS “Maria Boneca” é um serviço tipo II, cadastrado no Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a). Atende pessoas em sofrimento psíquico que necessitam de monitoramento contínuo e assistência multiprofissional, com enfoque interdisciplinar.

¹ O nome Maria Boneca se deu em homenagem a uma portadora de transtorno mental, que viveu em Uberaba, nas décadas de setenta e oitenta; participava dos eventos comunitários e escolares da cidade, nunca oferecendo risco à sociedade e representando, assim, a desmistificação da loucura como fonte de risco social.

O regime jurídico vigente é o Direito Privado, sem fins lucrativos. Goza de Reconhecimento de Utilidade Pública Municipal e Estadual - o que o faz ter uma Natureza Laica, ou seja, atende à pessoas de todos os credos religiosos, mas, enquanto instituição, não se vincula a nenhum deles (FUNDAÇÃO GREGÓRIO FRANCKLIM BAREMBLIT, 1991).

De acordo com o Estatuto da Fundação Gregório Francklim Baremblit (1991), alínea b do art. 5ª, (1991), especificamente este CAPS tem como objetivo principal:

Promover atenção às pessoas em crise, através da equipe técnica multidisciplinar composta por psiquiatra, psicólogos, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social e quaisquer outros profissionais com formação que se adeque às exigências desta atenção (p. 7).

Conforme alínea c do art. 5ª, do mesmo Estatuto:

Tome-se o conceito de crise no sentido mais amplo, como uma desconformidade estrutural entre um processo e o seu princípio regulador. É objetivo específico de atenção deste Serviço o tratamento de qualquer sujeito acometido de intenso sofrimento psíquico que requeira em algum momento de sua existência, cuidados intensos para inventar novos projetos de vida (1991, p. 8).

A natureza do projeto desenvolvido no CAPS “Maria Boneca” está focada no acolhimento, tratamento e reabilitação de portadores de transtornos mentais severos (psicóticos, esquizofrênicos e neuróticos graves). O tratamento é oferecido por uma equipe multiprofissional, composta por dois psiquiatras, seis psicólogos, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, um terapeuta ocupacional, uma assistente social e outros profissionais como arte-terapeutas, diretor de teatro, monitores de oficinas terapêuticas e profissionalizantes.

Antes de adentrar neste cenário, foi realizado contato com o diretor clínico deste CAPS para apresentação do projeto e formalização da autorização para realização desta pesquisa. Após a autorização e atendendo às recomendações estabelecidas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem

de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, cuja aprovação ocorreu em fevereiro de 2007 (Anexo A).

Após essa aprovação, iniciei a fase exploratória, por meio da observação participante, no período de março a julho de 2007. Nesta fase, quando apresentei o projeto de investigação, o principal interesse era conhecer o funcionamento do serviço e fazer um contato inicial com a equipe, esclarecendo sobre seus objetivos, de forma a estabelecer uma primeira aproximação junto aos usuários assistidos no CAPS.

Chizzotti (1991) lembra que a observação participante implica contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, o que possibilita a visualização das ações dos atores em seu ambiente e contexto naturais, a partir de suas perspectivas e de seus pontos de vista. Para Minayo (2000), na observação participante o pesquisador desenvolve relações informais e ainda vivencia o cotidiano do campo. Este momento pode ser considerado parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa.

Essa observação possibilitou-me conhecer, vivenciar e até participar de algumas atividades oferecidas pelo CAPS. Abaixo apresentarei as atividades desenvolvidas por cada categoria profissional, com vistas a oferecer ao leitor uma visão geral da proposta e da dinâmica do serviço.

O atendimento médico psiquiátrico é oferecido por meio de consultas individuais. Outra forma de atendimento é realizada em assembléias, quando são abordados temas de saúde e medicação para usuários e familiares. Há ainda laboratórios que utilizam estratégias de encenações do atendimento ao usuário em situações de crise e/ou urgência e grupos de medicação.

O atendimento psicológico centra-se nas atividades de atendimentos grupais e individuais, laboratório de dramatização, participação em assembléia geral, atendimentos familiares, triagens, oficinas terapêuticas e abordagens psicológicas, necessárias em situações de urgência.

Os membros da equipe de enfermagem têm suas atribuições direcionadas para educação em saúde, administração medicamentosa (organização, dispensação e supervisão do uso de medicamentos no ambiente interno do CAPS e levantamento de possíveis intercorrências medicamentosas, ocorridas em ambiente domiciliar), oficina de higiene e hábitos de vida cotidiana (alimentação, banho, repouso, entre outras).

Os profissionais de serviço social realizam diagnóstico situacional acerca das condições sócio-econômicas do paciente, desenvolvem oficinas terapêuticas, promovem visitas domiciliares e supervisionam os serviços de voluntários que desenvolvem parcerias com o serviço (cabeleireiras, artesãos, odontólogos que oferecem atendimento preventivo, entre outros).

O pessoal do serviço de farmácia controla o estoque de medicamentos, faz o controle de psicotrópicos, conforme as exigências da Vigilância Sanitária, e solicita a compra de medicamentos para a manutenção da dispensação.

De forma geral, as atividades oferecidas no tratamento priorizam os atendimentos e/ou atividades grupais, tais como grupos de psicoterapia, oficinas de artes e pinturas, oficina de notícias, grupos educativos, de medicação, multifamiliar e atividades socializantes e de confraternizações diversas (comemoração dos aniversariantes do mês, dia das mães, natal e tardes culturais). Algumas dessas atividades ultrapassam os espaços institucionais, sendo desenvolvidas junto à comunidade, como praças públicas, fundações culturais, dentre outros ambientes. Também são oferecidos atendimentos individuais aos usuários que necessitam de uma atenção dessa natureza. Entretanto, a prioridade é o atendimento em grupo.

Grande parte de seus usuários é egressa de hospitais psiquiátricos, com histórico de sucessivas internações e/ou internados por longo período de tempo, o que ocasionou sérios prejuízos para a vida dessas pessoas, como a perda de vínculos afetivos com a família e amigos, a perda de emprego, entre outros.

A estes usuários é oferecido um tratamento centralizado nos planos terapêuticos intensivos (permanência no serviço durante 8 horas diárias - das 7 às 15 horas, de 2ª a 6ª feira), semi-intensivos (permanência no serviço por dois ou três dias da semana- das 7 às 15 horas) e não intensivos (permanência no serviço por, no máximo, três vezes ao mês, em horários previamente determinados pelo terapeuta de referência).

Ao traçar perfil do funcionamento do Serviço, minha atenção foi em direção à liberdade de expressão que os pacientes têm e ao bom relacionamento interpessoal com as pessoas que compõem a equipe. Essa se mantém junto aos pacientes, buscando estimulá-los a participarem das atividades oferecidas no CAPS, sendo que grande parcela dos usuários se insere nas atividades propostas, demonstrando interesse e compromisso.

Acredito que esse cenário onde a presente investigação foi realizada possui fatores relevantes, entre os quais se destaca o fato da equipe multiprofissional, atuante neste Serviço, estar em consonância com as propostas da reforma psiquiátrica e com as diretrizes do Ministério da Saúde. Outro aspecto que considero relevante é a referência que o município tem desse CAPS, considerando ser o primeiro serviço extra hospitalar implantado em Uberaba.

3.2 Sujeitos

Durante a observação participante, realizei, por meio dos prontuários, o levantamento dos dados sobre os pacientes com vistas à seleção das pessoas a serem entrevistadas, cujos critérios de inclusão foram os seguintes: pacientes na faixa etária de dezoito a quarenta anos, residentes em Uberaba-MG, portadores de esquizofrenia e matriculados no Centro de Atenção Psicossocial “Maria Boneca”. Destaco que a escolha da faixa etária se deve ao fato da maioria dos relatos de dificuldades de interação social ter advindo de pessoas que se enquadravam nesta faixa etária proposta. Tais relatos ocorriam durante a Oficina de Notícias, já mencionada anteriormente.

Na época da realização deste estudo, o CAPS atendia cerca de 265 usuários, os quais recebiam assistência interdisciplinar diversificada, de acordo com a necessidade individual de cada paciente, o que permitia incluí-lo nos planos terapêuticos (intensivo, semi-intensivo e não intensivo). Setenta e cinco pessoas estavam em atendimento intensivo, das quais 28 tinham diagnóstico de esquizofrenia; destas, apenas nove encontravam-se na faixa etária de 18 a 40 anos. Quanto ao atendimento semi-intensivo, era oferecido a 80 pessoas, das quais 30 tinham diagnóstico de esquizofrenia; destas, 16 estavam na faixa etária proposta para inclusão no estudo. Finalmente, o atendimento não intensivo era oferecido a 110 pacientes, dos quais seis apresentavam diagnóstico de esquizofrenia; dentre

eles, quatro estavam na faixa etária proposta pelo critério de inclusão, conforme referido.

De posse da relação de usuários (um total de vinte e nove pessoas), residentes em Uberaba, na faixa etária de 18 a 40 anos, procurei pelo diretor clínico, o qual colaborou na indicação dos pacientes que teriam condições de serem entrevistados. Nesse sentido, foram selecionados vinte pacientes, os quais foram abordados em seus domicílios, juntos aos seus responsáveis, para o convite com vistas à sua participação na pesquisa. Diante de seu aceite, solicitei a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), tanto por ele, como por parte de seu responsável. Nesta oportunidade, foram também agendadas as entrevistas, as quais ocorreram no CAPS, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos.

3.3 Fases da pesquisa

Após haver percorrido os trâmites legais para o desenvolvimento da pesquisa, incluindo a autorização do diretor clínico do CAPS, o encaminhamento do projeto para aprovação pelo Comitê de Ética, passei, então, à fase exploratória, objetivando inteirar-me da dinâmica do Serviço, buscando pelos pacientes que atendessem aos critérios de inclusão, conforme descrito no item 3.3.

As entrevistas tiveram a finalidade de obter dados por meio das falas dos sujeitos e foram conduzidas segundo um roteiro pré-estabelecido (Apêndice B). Segundo Minayo (2000), a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, permitindo, ao entrevistado, discorrer sobre o tema proposto sem resposta ou condição pré-fixada pelo pesquisador.

Foram realizadas duas entrevistas-piloto para testar o roteiro pré-estabelecido, o que permitiu aprimorá-lo com termos ou com uma linguagem que facilitasse a compreensão dos entrevistados.

No momento em que iniciava a entrevista propriamente dita, reafirmava as orientações acerca dos objetivos do estudo, a garantia da confidencialidade e ressaltava que sua não participação na investigação não implicaria em prejuízos para o seu tratamento. As entrevistas foram gravadas, com suas anuências. Triviños (1987) recomenda a gravação da entrevista, considerando que esta técnica permite contar com todo o material fornecido pelo depoente.

Neste estudo participaram doze sujeitos. As entrevistas foram realizadas no período de junho a novembro de 2007.

A realização das entrevistas foi interrompida a partir desse número, pois houve repetição dos conteúdos das respostas, contemplando o critério de saturação.

Patton (1990) esclarece que, segundo esse critério, as entrevistas devem ser realizadas até o ponto em que se perceba que não estão sendo obtidos novos dados. Victóra; Knauth; Hassen (2000) lembram que no momento em que a busca por novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado novo à investigação, essa pode ser cessada, uma vez que o foco de um estudo qualitativo deve ser a contextualização dos objetivos propostos, os quais não devem estar centrados em expressões numéricas ou quantitativas.

Os usuários entrevistados não apresentaram resistência durante a realização da entrevista, mostrando-se receptivos e interessados em cumprir com o compromisso previamente assumido. Apenas dois pacientes expressaram estar incomodados com a gravação das entrevistas. Nesse sentido, elas foram interrompidas e passei, então, a anotar os depoimentos.

Com o objetivo de preservar a identidade dos entrevistados, os denominei pela letra E, seguida de números seqüenciais. São eles: E1, E2, E3, E4, E5 e, assim, sucessivamente.

A duração média das entrevistas foi de trinta a quarenta e cinco minutos. Posteriormente, elas foram transcritas e o material submetido à análise.

É essencial a análise dos dados, pois esta é uma etapa da pesquisa na qual o pesquisador avalia se está próximo de responder à sua problematização, uma vez que esta fase tem por finalidade “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando com o contexto cultural da qual faz parte” (MINAYO, 2002, p. 69).

Nesta etapa, optei pela análise temática que, segundo Minayo (2000, p. 209), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Para essa análise, essa autora propõe três passos a serem seguidos com vistas à apreensão do conteúdo relacionado aos objetivos da pesquisa. Abaixo, apresentarei estes passos com as respectivas ações realizadas neste estudo.

Para ordenação dos resultados, reuni todos os dados obtidos no trabalho de campo e realizei a transcrição das entrevistas gravadas.

Na classificação dos dados procedi à leitura exaustiva e repetida do material obtido de forma a identificar questões importantes e a construir as categorias empíricas do estudo. Nesta etapa, os dados pertinentes aos objetivos do estudo foram agrupados de modo a permitir uma análise mais profunda, para a qual relatei os dados ao referencial teórico da pesquisa, procurando elucidar a proposta de investigação.

As categorias de análise construídas foram:

- **A vida dos pacientes antes e após o adoecimento;**
- **O cotidiano dos usuários no ambiente extra CAPS**
- **A assistência do CAPS colaborando na vida social e na estabilização de sintomas da clientela.**

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Aspectos gerais dos sujeitos

4.1.1 Perfil social

Apresento agora o perfil social dos doze entrevistados, o que, acredito, possibilitará uma visão geral das pessoas que participaram deste estudo.

Quanto ao sexo, houve participação de seis pacientes do sexo masculino e seis do feminino.

Cardoso (2006) lembra que a esquizofrenia afeta desfavoravelmente a qualidade de vida dos pacientes, mas seu impacto pode variar de acordo com o sexo. Essas diferenças têm orientado o planejamento de intervenções específicas. Em seu estudo, esse autor verificou que as mulheres apresentaram melhor qualidade de vida, desencadeando um maior envolvimento ocupacional, decorrente, possivelmente, de sua participação nas atividades do lar.

Considerando que um dos critérios de inclusão da presente investigação foi que os pacientes estivessem na faixa etária entre 18 e 40 anos, houve três pessoas na faixa etária entre 23 a 27 anos, três, entre 33 a 37 anos e, seis, entre 38 a 40 anos.

Fontana (2005) refere que a prevalência entre os sexos é igual. Já Nunes Filho; Bueno; Nardi (2005) ressaltam que, apesar deste transtorno psicótico acometer igualmente os dois sexos, a idade de início, no sexo masculino, é relativamente inferior à do feminino.

Ao caracterizar a idade da primeira crise dos depoentes e associá-la ao sexo, verifiquei que, dentre as pacientes do sexo feminino, duas tiveram sua primeira crise aos 16 anos, uma aos 18, uma aos 24, uma aos 27 e outra aos 34 anos. Dentre os pacientes do sexo masculino, um teve sua primeira crise aos 8 anos, um aos 14, dois aos 18, dois aos 24 e outro aos 29 anos.

Ao investigar o estado civil dessas pessoas, identifiquei que oito eram solteiras e que os outros quatro pacientes eram casados. Segundo Kaplan; Sadock; Grebb (1997), a implantação das políticas de saúde mental, direcionadas para a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos para a reabilitação e cuidados

comunitários para doentes mentais levou a um aumento geral dos índices de casamento e fertilidade entre pessoas com esquizofrenia.

Cardoso (2006), em um estudo que objetivou investigar a qualidade de vida, por sexo, em pacientes com esquizofrenia, verificou que o estado civil foi uma variável significativa, uma vez que mulheres e homens solteiros apresentaram baixa qualidade de vida quando comparados a pacientes casados, de ambos os sexos.

No presente estudo, observei que as pessoas já casadas permaneceram junto aos seus cônjuges; pareceu-me sentirem-se acolhidos pelo(a) parceiro(a), o qual colabora com o tratamento, predispondo-os a uma melhor qualidade de vida.

Quanto à religião, houve predomínio da católica em cinco pacientes, seguida pela evangélica, em quatro. Dois pacientes relataram não ter religião e um referiu ser umbandista. Esta predominância também foi encontrada por Cavalcanti (2000) ao traçar os aspectos epidemiológicos da esquizofrenia em adultos internados no hospital Ulysses Pernambucano, na cidade de Recife, no período de 1997 a 1999; esse autor, entre trezentos pacientes selecionados aleatoriamente, detectou também um predomínio da religião católica e uma escolaridade máxima de primeiro grau.

Entretanto, ao levantar a escolaridade dos entrevistados, deparei-me com um nível variável: cinco pacientes tinham o primeiro grau incompleto e apenas um possuía o mesmo nível completo; quatro possuíam o segundo grau, enquanto dois não conseguiram completar este nível de escolaridade.

Para finalizar, apresentarei a profissão dessas pessoas. Metade dos entrevistados (6) encontrava-se aposentada por invalidez. Três pacientes desempenhavam as funções do lar, dois eram autônomos, eventualmente trabalhando como vendedores, e, por fim, um estava estudando.

A seguir, esses dados estão ilustrados no Quadro 1, oferecendo uma visão geral do perfil social dos entrevistados.

QUADRO 1 – Perfil social dos entrevistados

Nome	Sexo	Idade em anos	Estado civil	Religião	Escolaridade	Profissão
E1	M	24	Solteiro	Católico	1º colegial	–
E2	F	27	Solteira	Católica	2º grau em andamento	Estudante
E3	M	26	Solteiro	-	2º grau completo	-
E4	F	34	Solteira	Católica	2º grau completo	Do lar/ manicure
E5	M	38	Casado	-	4ª série primária	Aposentado por invalidez
E6	M	39	Solteiro	Católico	1ª série primária	Aposentado por invalidez
E7	F	34	Solteira	Católica	2º grau completo	Do lar
E8	M	40	Casado	Evangélico	1º grau incompleto	Aposentado
E9	M	35	Casado	Evangélico	1º grau incompleto	Autônomo
E10	F	39	Casada	Evangélica	1º grau completo	Aposentada
E11	F	40	Solteira	Evangélico	1º grau incompleto	Autônoma (faz tapetes e os comercializa)
E12	F	38	Solteira	Umbanda/ Candomblé	2º grau completo	Do lar

Fonte: Dados coletados das entrevistas com os pacientes

4.1.2 Histórico do tratamento dos entrevistados

Outro importante aspecto a ser apresentado diz respeito ao histórico do tratamento dos entrevistados, uma vez que cada sujeito tem sua individualidade a ser considerada, o que subsidiará melhor compreensão acerca de sua vida social e na forma como o Centro de Atenção Psicossocial pode colaborar para a sua melhoria.

Anteriormente à sua admissão no CAPS, cinco dos pacientes entrevistados não haviam se submetido a tratamento hospitalar; três tinham uma internação psiquiátrica; um já havia sido internado por duas vezes, dois, por três vezes, e um por quatro vezes. Após admissão no CAPS, dez dos pacientes não foram internados e dois o foram por duas vezes. Esta realidade dos usuários do CAPS “Maria Boneca” permite dizer que esse serviço vem assegurando assistência qualificada aos seus usuários, uma vez que a maioria deles não se internou após o início do tratamento.

Sobre os encaminhamentos dos pacientes para tratamento no CAPS, constatamos que existe uma multiplicidade de origens: hospital psiquiátrico encaminhou quatro pacientes; outros três procuraram o serviço espontaneamente. O ambulatório de psiquiatria do Hospital Escola e médicos que prestavam assistência em seus consultórios particulares encaminharam quatro pacientes, sendo dois de cada. Finalmente, o último paciente procurou atendimento no CAPS orientado por um funcionário de uma farmácia. Este dado sinaliza que há uma boa divulgação do serviço, bem como sua credibilidade junto aos outros profissionais, considerando que uma variedade de instituições encaminhou pacientes para serem assistidos segundo essa modalidade de tratamento.

Os planos terapêuticos nos quais os sujeitos estavam inseridos foram o semi-intensivo e intensivo, envolvendo, respectivamente, sete e cinco pacientes.

Estes sujeitos estavam em tratamento no CAPS por um tempo que se estendia de oito meses a doze anos, distribuídos da seguinte forma: quatro estavam em tratamento entre três e quatro anos; três, entre cinco e oito anos, e outros três, entre nove e doze anos. Havia apenas dois pacientes com menor tempo de tratamento no CAPS, ou seja, entre oito meses a dois anos.

Ao refletir sobre a realidade explicitada, associando-a a um dos enfoques do tratamento a ser realizado pelo CAPS, conforme proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), onde se insere a possibilidade de gerar autonomia nos pacientes, deparo-me com alguns questionamentos, tais como: o fato de existirem pacientes em atendimento de oito a doze anos não está os predispondo a uma possível institucionalização extra hospitalar?

Por fim, nossos entrevistados são portadores de esquizofrenia, mas, segundo Louzã Neto e Elkis (2007), existem vários subtipos deste transtorno psicótico que são agrupados de acordo com o predomínio dos sintomas e, ainda, de acordo com o

subtipo, também é possível relacionar as possibilidades de incapacitância do indivíduo. Em nossa vivência prática deparamo-nos com alguns pacientes que têm condições de desenvolver trabalhos e de ter uma vida produtiva, particularmente os portadores de subtipos com melhor prognóstico, como o paranóide e o catatônico.

Foi significativo o predomínio de pacientes (7) com diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Fontana (2005) aponta que este é o subtipo mais comum e caracterizado pela presença de delírios persistentes, principalmente aqueles relacionados à perseguições, à auto referência, à mudanças corporais e ao ciúmes. Outro sintoma comum são os transtornos da percepção, caracterizados pelas alucinações auditivas.

Outros dois pacientes enquadravam-se no subtipo simples, no qual Louzã Neto e Elkis (2007) ressaltam características comportamentais de excentricidade de conduta, inabilidade para cumprir demandas sociais e declínio da capacidade produtiva.

Os demais três pacientes tinham o diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica (1), residual (1) e não especificada (1).

Enquanto na esquizofrenia hebefrênica há um predomínio de sintomas relacionados ao afeto, com destaque para aqueles relacionados à desorganização do pensamento, expressa por discursos empobrecidos e delírios e alucinações fragmentados, associados a comportamentos bizarros e maneirismos, no subtipo residual predominam sintomas negativos (embotamento afetivo, isolamento social, variáveis alterações cognitivas, entre outros). Finalmente, o subtipo não especificado é utilizado quando não é possível classificar o paciente em nenhuma das outras categorias ou subtipos de esquizofrenia (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Cabe destacar que, durante as entrevistas, a maioria dos sujeitos apresentou-se estável e participativa.

A seguir apresentarei a ilustração destes dados no Quadro 2, que possibilita uma visão geral do histórico do tratamento desses pacientes.

QUADRO 2: Histórico do tratamento dos entrevistados.

Nom e	Idade da primeira crise (em anos)	Tempo de tratamento no CAPS	Origem do encaminhamento para o CAPS	Nº de internações antes do início do tratamento no CAPS	Nº de internações após o início do tratamento no CAPS	Plano terapêutico	CID
E1	14 anos	5 anos e três meses	Demanda espontânea	01	00	Semi-intensivo	F 20.0
E2	16 anos	4 anos	Hospital psiquiátrico	04	00	Semi-intensivo	F 20.1
E3	18 anos	4 anos e três meses	Farmacêutico	00	00	Semi-intensivo	F 20.0
E4	18 anos	4 anos e dez meses	Médico psiquiatra (consultório particular)	00	00	Semi-intensivo	F 20.0
E5	29 anos	5 anos e três meses	Médico psiquiatra (consultório particular)	00	00	Semi-intensivo	F 20.0
E6	08 anos	4 anos	Demanda espontânea	02	00	Intensivo	F 20.9
E7	16 anos	9 anos e 8 meses	Médico do ambulatório da FUNEPU	01	00	Semi-intensivo	F 20.0
E8	24 anos	10 anos e 5 meses	Hospital psiquiátrico	03	01	Semi-intensivo	F 20.5
E9	24 anos	8 meses	Médico do ambulatório do HE	00	00	Intensivo	F 20.0
E10	34 anos	6 anos e 3 meses	Sanatório Espírita de Uberaba	01	01	Intensivo	F 20.0
E11	27 anos	1 ano e 2 meses	Hospital André Luiz de BH	03 (residiu em um Hospital Psiquiátrico até 2006, quando veio residir na casa lar em URA)	00	Intensivo	F 20.5
E12	24 anos	10 anos	Demanda espontânea	00	00	Intensivo	F 20.6

Fonte: Dados coletados das entrevistas com os pacientes.

4.2 Discussão

Os resultados estão representados por três grandes categorias, construídas a partir das sínteses dos conteúdos extraídos das entrevistas realizadas com os sujeitos do estudo.

Na primeira categoria - **A vida social dos pacientes antes e após o adoecimento** - discutirei como o paciente percebe suas vivências nestes dois momentos, sobretudo aquelas relacionadas aos vínculos familiares, à participação em eventos sociais, bem como à sua inserção no mercado de trabalho e suas relações e vínculos fora do ambiente familiar.

A segunda categoria centrou-se no **Cotidiano dos usuários no ambiente extra CAPS**. A intenção consiste em abordar as relações sociais do paciente dentro e fora do CAPS e as atividades realizadas em ambiente domiciliar e durante os finais de semana. A partir de então, discutirei a forma como o CAPS vem oferecendo recursos terapêuticos que subsidiam a autonomia e a qualidade de vida dessa clientela.

Na última categoria abordarei **A assistência do CAPS colaborando na vida social e estabilização dos sintomas da clientela**. Aqui, apresentarei a percepção dos pacientes sobre a forma como o CAPS tem lhes ajudado, segundo a perspectiva psicossocial e clínica, considerando que a esquizofrenia provoca alterações que interferem em várias esferas da vida dessas pessoas.

A vida social dos pacientes antes e após o adoecimento

Os entrevistados mantiveram-se junto aos seus familiares antes e após o adoecimento, uma vez que, com eles, permaneceram residindo. Mostraram-se satisfeitos por não terem vivenciado alterações no relacionamento familiar após o adoecimento. Suas falas expressam esse sentimento:

Antes, eu morava com minha mãe, com minha família e atualmente eu moro com minhas irmãs, porque minha mãe faleceu, mas elas me tratam bem e eu gosto disso. (E2)

Nessa época, eu morava com minha esposa e minhas duas filhas e depois que eu adoeci continuo morando com elas, mas estamos passando por problemas pela falta de dinheiro, mas continuamos unidos.... (E9)

Eu, meu pai, minha mãe e minhas irmãs moramos na roça antigamente e, hoje, moro com meu pai porque minhas irmãs estão casadas e minha mãe morreu, mas é bom ter minha família por perto... (E6)

Antigamente, a família distanciava-se dos cuidados ao paciente por acreditar que sua proximidade dificultaria o tratamento. Hoje ela é incluída por entender que a participação dos laços familiares é fundamental para a reabilitação do paciente, atingindo, assim, uma melhor qualidade de vida (SPADINI; SOUZA, 2006).

Para Gonçalves (2005):

A inserção da família tornou-se importante, pois dependerá do seu apoio ou rejeição, a melhora ou piora do paciente, que, com as novas diretrizes para o tratamento psiquiátrico, a reabilitação social do doente, configura-se como um dos objetivos de serem alcançados. Dessa maneira, a família torna-se um elo importante na efetivação do tratamento psiquiátrico. (p. 9).

Deve ser enfatizado que, de acordo com Vianna e Barros (2004), o atual contexto da reforma psiquiátrica busca recriar as relações existentes entre a família, a sociedade e o portador de transtorno mental.

Gonçalves; Kantorski; Heck (2003) lembram que, na atualidade, prioriza-se a aliança da família no tratamento de forma a possibilitar, ao paciente, o desenvolvimento de suas potencialidades, fortificando suas relações sociais em ambiente comunitário.

Para os entrevistados, manter-se residindo com suas famílias é muito positivo e, neste ambiente, sentem-se bem e acolhidos. Dessa forma, é inegável que a família deva ser incluída no acompanhamento e tratamento da pessoa portadora de transtorno mental, o que irá favorecer sua reabilitação psicossocial.

Entretanto, observo que as relações parecem ocorrer apenas entre os pacientes e seus familiares, o que não possibilita a expansão da rede social dessas pessoas.

Neste sentido, Vianna e Barros (2004) mencionam que as trocas sociais não devem acontecer somente nos domicílios, mas também nas praças, nos mercados, na comunidade e nas redes sociais. Para Saraceno (1999), como a rede social é o local onde ocorrem estas trocas, o empobrecimento dessa rede advém da desabilitação decorrente do transtorno mental. Este mesmo autor ressalta que o núcleo familiar é o primeiro ambiente a ser atingido nessa rede social, tornando necessário que as ações assistenciais de reabilitação se estendam para a família.

Ao especificar a participação do paciente em eventos sociais, observei algumas dificuldades, as quais podem ser identificadas por algumas de suas falas:

Antes, eu passeava e ia a festas e hoje, às vezes, faço caminhada perto da minha casa, por que fiquei mais mole por causa dos remédios e sinto muito sono... (E11)

Nós costumávamos viajar muito junto com o pessoal da igreja, mas hoje não tenho ânimo para nada... (E9)

Depoimentos como estes foram freqüentes e podem sinalizar para as dificuldades que os pacientes têm em manterem-se participativos em eventos sociais após o adoecimento, considerando que a doença lhes trouxe limitações advindas da sintomatologia e/ou dos efeitos da medicação.

Diante desta realidade e ao refletir a respeito da importância do CAPS na reinserção social destes pacientes, percebo ser esse um espaço de tratamento que deve oferecer recursos para uma vida digna, por meio de práticas terapêuticas medicamentosas e psicossociais que favoreçam a amenização de sintomas psicóticos; dessa forma, poderão dispô-los a terem autonomia e, assim, buscarem por uma participação social mais ativa. Louzã Neto e Elkis (2007) consideram as abordagens psicossociais como um conjunto de ações capazes de oferecer aos pacientes uma melhor interação social e profissional, mesmo diante dos limites impostos pela doença.

As percepções acerca dos resultados alcançados com o tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos não foram positivas, pois neste espaço terapêutico muitos pacientes se cronificaram (RIBAS; BORENSTEIN, 1999). Diante de percepções dessa natureza, Rocha (2005) esclarece que surgiram questionamentos relacionados às práticas de confinamento vitalício, as quais impossibilitavam o paciente de manter contatos sociais e até mesmo familiares, o que resultou na reforma psiquiátrica.

Considero importante apresentar o relato de uma entrevistada, a qual expressou uma significativa mudança em sua vida após o adoecimento. Tal mudança decorreu de sua participação regular nas atividades terapêuticas propostas pelo CAPS “Maria Boneca”:

Antes de eu ficar doente, eu nunca tinha como passear, mas, às vezes eu ia em uma festa de família, alguma festinha de aniversário de família ou amigos. Depois que eu fiquei doente e me adaptei aos remédios que tomei durante três anos seguidos, eu consigo participar das atividades da igreja e passear com algumas amigas... (E10).

Um terceiro aspecto que considero relevante foi a participação dessas pessoas no mercado de trabalho. Ao abordar esta questão, apreendo suas dificuldades para inserção no mercado de trabalho formal. Vejamos algumas falas nesse sentido:

eu trabalhava muito para dar o sustento para casa e, hoje, ajudo os irmãos da igreja porque tenho uma igreja em casa.... (E8)

Eu trabalhava como secretária antes, mas agora ajudo minha mãe a cuidar de casa e, às vezes, faço unha de alguém.... (E4)

Eu trabalhava como segurança e depois eu fiquei doente, afastei e quando retornei me demitiram sem direito a nada... Eu trabalhava muito e isso fazia minha vida ser muito boa, porque hoje é muito difícil conseguir trabalhar porque as pessoas têm medo de mim e nunca tenho dinheiro (E9)

Gulinelli; Ratto; Menezes (2005), ao realizarem um trabalho com o objetivo de investigar o ajustamento social em indivíduos com transtornos mentais graves,

vivendo na comunidade de um grande centro urbano de um país em desenvolvimento, identificaram que uma das áreas sociais mais afetadas foi a performance no trabalho. Isto foi reafirmado pelos sujeitos entrevistados, quando foi possível verificar suas dificuldades para inserção no mercado de trabalho; nenhum deles apresentou vínculo empregatício formal. Este mesmo resultado foi observado no trabalho de Koga (1997), o qual relatou ser o portador de transtorno mental uma força de trabalho desvalorizada no sistema capitalista, por não produzir como as pessoas ditas “normais”, o que o torna excluído da vida produtiva.

Gentile e Pereira (2005), em estudo objetivando identificar quais as percepções que pacientes com transtorno mental, de caráter psicótico, têm em relação à sua enfermidade, verificaram que o transtorno é compreendido como uma dificuldade para realizar atividades cotidianas, como trabalhar. Também identificaram que os pacientes acreditavam que esse transtorno representava uma interrupção em suas vidas cotidianas vivenciadas antes do adoecimento

Maj e Sartorius (2005) lembram que alguns indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia têm deficiências e incapacidades em diversas áreas (habilidades sociais, vocacionais, educacionais, recreacionais entre outras). Ao apontarem a reabilitação como requisito para a organização de serviços comunitários, esses autores enfatizam que nestes serviços deve haver uma assistência de natureza interdisciplinar, de forma a possibilitar opções assistenciais necessárias à reinserção social dos pacientes, tais como a continuidade das ações socializantes junto à Estratégia Saúde da Família. Destacam ainda que tais objetivos devem visar a redução dos prejuízos sociais, o aumento dos recursos comunitários para a participação social e a diminuição da fragilidade à exacerbação, produzida pelo estresse. Se atingidos esses propósitos, os pacientes alcançarão o máximo de sua inserção social e poderão, de alguma maneira, produzir e, em algumas situações, serem reinseridos no mercado de trabalho.

As dificuldades relativas ao trabalho de pacientes com transtorno mental fizeram com que surgissem experiências de trabalho protegido no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, constituindo-se em mais um recurso terapêutico. Sua finalidade está focada na socialização, expressão e inserção social, por meio de oficinas. Nesse sentido, outra alternativa é a cooperativa social visando a integração social dos cidadãos em desvantagem no mercado de trabalho econômico, por meio da oferta de trabalho. São considerados cidadãos em desvantagem social aqueles

que têm deficiências mentais, dependências de acompanhamento psiquiátrico permanente, egressos dos hospitais psiquiátricos, entre outros (VALLADARES et al, 2003).

Para Cayres et al. (2001), as cooperativas são espaços produtores de sociabilidade que favorecem a comunicação, a autonomia, o contato cultural e a aquisição de novos conhecimentos.

O trabalho constitui-se em fonte geradora de autonomia no que se refere à reabilitação de portadores de transtornos mentais, no ambiente comunitário. Diante do exposto, percebo que as novas modalidades de atenção em saúde mental, segundo as diretrizes da reforma psiquiátrica, devem buscar por ações assistenciais, sociais e culturais que ofereçam à pessoa capacidade para gerir sua própria vida ou de se governar (ter autonomia), o que vai ao encontro da concepção do trabalho assistido (oficinas e/ou cooperativas), enquanto um relevante recurso terapêutico a ser implementado na assistência intersetorial de pessoas com transtornos mentais. Outra importante observação diz respeito ao grande desafio relativo à transformação das relações entre a sociedade capitalista e a pessoa portadora de transtorno mental; esta, apesar de gerar um lucro, muitas vezes pequeno, necessita ser inserida socialmente.

O último aspecto relevante diz respeito às relações extras familiares, assim consideradas pela presença de amigos e/ou namorados na vida dos entrevistados.

De uma forma geral, é possível observar que, anteriormente ao adoecimento, eles tinham amigos, presentes em seus cotidianos. Entretanto, atualmente, esta presença é muito rara ou até inexistente e, nesse sentido, eles atribuem esta situação ao seu adoecimento. Em alguns momentos expressaram considerar que seus familiares eram os únicos amigos:

Tinha amigos principalmente lá no trabalho, mas perdi o contato com essas pessoas porque não tenho muito ânimo nem para conversar e não os conheço mais... (E5)

Eu tinha amigos e nós éramos muito ligados e, às vezes eles iam para minha casa, mas, atualmente, não tenho mais meus amigos porque eu me trato em uma clínica de doentes mentais... (E3)

Segundo Paiva; Stefanelli; Arantes (1999), os transtornos mentais ainda são alvos de discriminação social por gerarem mal-estar nas pessoas, não só pelo medo do desconhecido, mas por se referirem a algo permeado por crenças e preconceitos, principalmente quando se fala em esquizofrenia. Estas são representações manifestadas por uma diversidade de comportamentos que expressam uma perplexidade da sociedade que sequer sabe como agir diante do paciente.

Segundo Rodrigues (1993), o portador de transtorno mental é desvalorizado e suas idéias são desconsideradas, uma vez que a sociedade acredita que possam estar relacionadas à sintomatologia do transtorno. Assim, o foco central será sempre o núcleo doente, destituindo a pessoa de possibilidades e potencialidades existentes.

Pereira (1997) alerta que as novas modalidades de assistência ao portador de transtorno mental devem valorizar aspectos como liberdade, cidadania, emancipação, autonomia, territorialidade e acolhimento. Para este autor, tais conceitos devem ser incorporados em projetos de ações práticas e cotidianas, a serem executadas não apenas pelos serviços de saúde em parceria com familiares, mas também pela comunidade, pela mídia e em espaços informais.

A partir dos depoimentos obtidos e das considerações dos autores, entendo que a equipe em saúde mental deverá não apenas prestar cuidados ao paciente e à sua família, mas também apresentar, à sociedade, formas inclusivas de lidar com pessoas portadoras de transtornos mentais, o que poderá abrir novas perspectivas de inclusão social. Assim, as chances de minimizar a rotulação da doença mental no que tange à discriminação podem ser aumentadas e a cidadania alcançada.

Outra ótica a ser analisada diante dos relatos dos entrevistados relaciona-se ao fato do isolamento social ser um sintoma da patologia, o que pode levar o paciente a sentir dificuldade em manter suas relações extra familiares, seja com amigos e/ou namorados. Javitt e Coyle (2004) esclarecem que o isolamento social faz parte dos sintomas negativos e cognitivos deste transtorno psicótico; esclarecem também que tais sintomas são de difícil remissão. Mesmo diante da realidade descrita por estes autores, cabe mencionar que, segundo Cayres et al(2001), o modelo de Atenção Psicossocial considera o portador de transtorno mental como um sujeito que necessita de uma assistência integral e complexa. Este modelo busca respeitar e estimular cada indivíduo, independentemente de sua condição de ser um

portador de transtorno mental, acreditando em seu potencial e na sua capacidade para realizar atividades e relacionar-se, não devendo lhe impor um modo de ser, de agir e de experienciar a vida.

Da mesma forma que referiram ter dificuldades para manterem relações de amizade após o adoecimento, os entrevistados também expressaram dificuldades para namorar, o que, muitas vezes, não acontecia com frequência antes do adoecimento:

De vez em quando eu até namorava! Mas, depois que adoeci não tive mais namorado não... (E11)

Eu namorava umas meninas da firma, mas agora sinto-me desanimado para namorar pela falta de dinheiro e de interesse das mulheres em mim porque me acham doido(E3).

Tive uma namorada aqui também...Mas terminamos porque a família dela disse que eu sou doido e não podia namorar com ela (E1).

Diferentemente das demais, outra entrevistada referiu ter se casado após o adoecimento. Ela ainda ressaltou que vivenciou relacionamentos afetivos não significativos antes do adoecimento, mas desejava ter uma relação estável e construir uma família, o que foi conquistado após o adoecimento. Vejamos sua fala:

É eu sempre gostava de namorar, mas eu tinha uma vontade de ter um relacionamento sério. E, atualmente, consegui me casar e estou grávida de quatro meses... (E10)

De uma forma geral, é possível identificar que o adoecimento gerou modificações significativas na vida dos pacientes, considerando que seus relatos expressaram dificuldades para manterem relações extra-familiares, para participarem de eventos sociais e, principalmente, para se manterem ativos no mercado de trabalho. No que se refere às relações familiares, estas não se desestruturaram e parecem ser harmoniosas.

É importante reafirmar a necessidade de enfatizar a singularidade da pessoa por meio de sua história pessoal, do contexto em que vive e de suas dificuldades

diante de diversos enfrentamentos, de forma que, assim, seja possível refletir acerca da experiência vivenciada pelas pessoas acometidas pela esquizofrenia. Partindo de sua realidade, acredito ser importante a elaboração de um plano terapêutico individualizado, capaz de contemplar a terapêutica medicamentosa e as abordagens psicossociais, ressaltando que, segundo Lepargneur (2001), a farmacologia não é suficiente para o atendimento ao portador de transtorno mental.

É possível perceber que a realidade imposta pela esquizofrenia ao paciente é muito variável; assim, não deve ser desconsiderado que essa pessoa tem sua vida própria, que expressa uma subjetividade e que deve se distanciar de considerações generalistas acerca da esquizofrenia enquanto uma doença totalmente incapacitante.

Cotidiano dos usuários no ambiente extra CAPS

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, foram implantados novos serviços extra-hospitalares como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), os quais substituem longos períodos de internação, de forma a não isolar os pacientes de suas famílias e da comunidade. Uma das metas destes serviços é a desconstrução do modelo tradicional da atenção psiquiátrica, possibilitando a construção e a abertura de novas perspectivas de vida e subjetividade, envolvendo não apenas o diagnóstico e prognóstico, mas também a complexidade inerente ao ser humano, buscando pela inclusão das pessoas com transtorno mental na família, comunidade e na vida produtiva, por meio do resgate da auto-estima e reestruturação de vínculos. (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Diante dessa nova concepção e da realidade apresentada pelos sujeitos deste estudo considero importante focar o cotidiano dos pacientes no ambiente extra CAPS, por acreditar que essa seja uma discussão relevante para delinear o alcance das abordagens psicossociais para a reinserção social da pessoa com transtorno mental.

As relações sociais do paciente dentro e fora do CAPS foram apresentadas, de forma clara e objetiva, pelos pacientes. Durante suas permanências no ambiente interno do CAPS, a maioria construiu novas amizades ao longo do tempo de tratamento. Entretanto, os encontros ocorreram somente no espaço do CAPS, conforme expressam os relatos:

... gosto muito de conversar com o pessoal aqui, principalmente nas festas daqui. Tive uma namorada aqui também...Mas terminamos porque a família dela disse que eu sou doido e não podia namorar com ela. É muito difícil eu ir na casa do pessoal daqui, mas a gente conversa muito aqui. (E1)

Tenho amigos aqui e gosto de todo mundo, mas é difícil eu encontrar eles fora daqui; de vez em quando, alguém vai na minha casa... (E4)

Apenas dois dos entrevistados relataram não ter amigos no CAPS e consideram os demais pacientes como companheiros de tratamento:

Não tenho amigos aqui. Converso com as pessoas daqui, mas acho que elas não são minhas amigas. (E12)

Falo oi para todo mundo que tá aqui no CAPS, mas não vejo eles como meus amigos. (E5)

É possível observar que as atividades oferecidas no CAPS favorecem a construção de vínculos entre os pacientes, mas as socializações ficam restritas ao ambiente do CAPS. Isto possibilita refletir acerca da reinserção social com um alcance parcial, principalmente porque os entrevistados expressaram não ter amigos fora do CAPS, centralizando seus ciclos de amizade na família, como vemos nos depoimentos:

Só tenho minha esposa como amiga e só saio quando minha esposa vai comigo... (E5)

Não tenho amigos e minha família é muito grande e eu sempre saio e converso com eles... (E12)

Considero de grande importância o fortalecimento dos vínculos familiares, o que favorecerá o tratamento do paciente. Entretanto, por meio do tratamento, acredito ser importante que o paciente busque por vínculos extras familiares, de forma que a família não se sinta sobrecarregada. A proposta do estudo de Monteiro e Barroso (2000) foi compreender de que maneira a família e o usuário do hospital-dia interagem no lar e descrever a experiência narrada por uma família. Os resultados mostraram que essa se conforma com a situação do seu familiar portador de transtorno mental e acredita que vivencia momentos árduos e penosos com o paciente. Os autores destacaram que a família se considera vítima de todo o processo de doença, sentindo-se, muitas vezes, sobrecarregada por ser a única referência para o paciente. Para ela, a associação entre o adoecimento e a ausência de vínculos extra familiares tornou-se uma sobrecarga.

Também considero importante apresentar as atividades que os pacientes realizam no ambiente extra CAPS, pois, segundo Jorge (2006), antigamente, a reabilitação era compreendida como o retorno do indivíduo a um estado anterior ou até mesmo à normalidade, perante suas atividades sociais e profissionais. Hoje, considera-se que a reabilitação psicossocial seja um processo facilitador ao usuário com limitações, no sentido de melhorar sua autonomia para exercer funções junto à comunidade.

As atividades desenvolvidas no ambiente extra CAPS são muito variadas, mas costumam ocorrer de forma positiva, uma vez que todos os entrevistados concentram o seu tempo em afazeres domésticos, atividades religiosas ou até mesmo naquelas que chamam de lazer, tais como: assistir televisão, ouvir música, escrever música, entre outras. Os depoimentos expressam a diversidade destas atividades:

Eu limpo a minha casa e também fico com meus irmãos e sobrinhos. (E4)

Fico na igreja e me reúno com os irmãos para rezar. (E8)

Gosto de me divertir, lendo, escrevendo ou ouvindo música...De vez em quando, eu dou umas voltinhas aqui no bairro, dou uma volta no quarteirão e faço uma caminhada. De uns tempos pra cá, eu ando indo muito na igreja rezar. (E1)

Merece destaque a espontaneidade dos pacientes para falarem das atividades realizadas fora do ambiente CAPS. Ressalto que tais práticas pareciam fazer parte do seu cotidiano. Entretanto, isso não ocorreu quando foi abordada a presença de amigos, bem como a manutenção das relações com os companheiros do CAPS, fora do espaço de tratamento.

Considerando que a sociedade brasileira oferece mais festas, cultos religiosos e atividades de lazer aos finais de semana, procurei abordar sobre o final de semana dessas pessoas de forma a identificar suas participações nestes eventos.

Constatei que todos os entrevistados tinham uma vida social aos finais de semana, participando de eventos sociais e/ou religiosos ou buscando por alternativas de lazer das quais pudessem participar, como expresso nos depoimentos:

Vou passear na praça da Abadia com minha prima e, de vez em quando, vou para a missa... (E1)

Quando tem algum show eu vou com minha irmã e também brinco com meu sobrinho... (E2)

Mesmo diante deste fato que considero positivo, vejo que a participação social não possibilita a expansão do ciclo de amigos dessas pessoas e, mais uma vez, nota-se a ênfase na presença da família durante estas atividades.

A partir do desenvolvimento deste tema, observo que o cotidiano dos pacientes no ambiente extra CAPS é desenvolvido com a presença de atividades previamente planejadas, considerando que relataram ter seus compromissos domésticos e/ou religiosos quando não estão no CAPS e até momentos de lazer, aos finais de semana. Entretanto, ao questionar sobre a presença de amigos nas atividades desenvolvidas no ambiente extra CAPS, esta pareceu não existir.

Outra percepção centrou-se na possibilidade de se ofertar, para os usuários do CAPS, atividades sociais no ambiente externo. Nesse sentido, considero importante que os profissionais atuantes nestes serviços estimulem os usuários a participarem de atividades culturais, de lazer, entre outras oferecidas pelo município,

pois, acredito que isso possa permitir a ampliação das redes sociais dessas pessoas.

Diante das considerações apresentadas, apreendo a necessidade de maior investimento em investigações enfocando a vida social dos usuários em tratamento nesse serviço terapêutico, de forma que, assim, possam ser obtidos subsídios para melhorar as ações de reabilitação psicossocial, possibilitando também a expansão das relações extra familiares.

A assistência do CAPS colaborando na vida social e estabilização dos sintomas da clientela

O CAPS “Maria Boneca” está estruturado segundo as Portarias Ministeriais e oferece uma multiplicidade de atividades que buscam ser flexíveis à realidade dos usuários assistidos neste serviço comunitário.

Este Serviço também oferece um espaço acolhedor que possibilita, ao usuário, vivenciar suas crises e ser assistido para sua estabilidade, bem como para alcançar a reabilitação psicossocial por meio de recursos terapêuticos diversos capazes de melhorar sua qualidade de vida.

Para Jorge (2006), “a reabilitação consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida”. (p. 735).

Coimbra et al. (2005) mencionam que a reabilitação social é um processo que possibilita, ao sujeito com limitações, a restauração da autonomia de suas funções na comunidade. Este processo deverá centrar-se no direito de resgatar sua cidadania, a qual, por muitos anos, lhe foi roubada. Torna-se, portanto, essencial o envolvimento dos profissionais de saúde.

A partir dessas considerações, verifico que, dentre as atividades oferecidas pelo CAPS “Maria Boneca”, as que foram consideradas mais favoráveis pelos pacientes centravam-se nos atendimentos psicoterápicos grupais, na terapêutica

medicamentosa, na caracterização informal do atendimento médico, nas oficinas de trabalhos manuais e nas festas de confraternização.

No que se refere aos atendimentos psicoterápicos grupais, nota-se uma grande satisfação por parte dos entrevistados, uma vez que acreditam que esta atividade possibilita a interação com o grupo e a aquisição de recursos emocionais para enfrentarem o cotidiano, conforme expresso pelos depoimentos:

Eu faço terapia em grupo com o psicólogo e converso bastante, doando palavras amigas pra quem tá desanimado, converso bastante... (E4)

Faço terapia em grupo com o psicólogo e converso com as pessoas, inclusive com as meninas bonitas que estão no grupo comigo... (E3)

Para Bechelli e Santos (2004), a psicoterapia de grupo é uma estratégia de tratamento que vem ganhando espaço e tende a ser expandida pelos serviços públicos e privados. Dessa expansão decorrerá uma assistência ampla a grupos de auto-ajuda e aos demais membros da comunidade, favorecendo a prevenção e detecção precoce de transtornos mentais.

Nesse estudo, foi verificada a importância dos grupos psicoterápicos no que se refere à estabilidade emocional para o transtorno psicótico dos pacientes. Assim, acredito que esta intervenção terapêutica predispõe o paciente a vivenciar seu cotidiano sob melhores condições emocionais, fato que parece aproximá-lo de uma vida social mais ativa.

Outra atividade relatada pelos entrevistados relacionou-se à terapêutica medicamentosa. Sob suas óticas, a equipe de enfermagem do CAPS não apenas administra a medicação, mas também oferece orientações acerca da forma correta de utilizá-la, em ambiente domiciliar, bem como enfatiza a importância desta prática para a estabilização de sintomas. Vejamos suas falas nesse sentido:

...pego os meus remédios com o técnico em enfermagem que me explica como devo tomar em casa e me dá ânimo para continuar o tratamento e ficar bom... (E5)

Depois da consulta, me dão o remédio e mandam escrito para minha mãe o que modificou. Isso é muito bom e o moço do posto de enfermagem faz

rapidinho e com muita atenção... Minha mãe gosta muito de conversar com ele, porque ele entende os problemas que ela passa.(E7)

O moço me entrega os remédios e me explica tudo que preciso para viver mais tranqüila. Quando meu irmão fica em dúvida, ele liga para ele do serviço mesmo e ele explica direitinho o que mudou para o meu irmão (E12)

De modo geral, incluindo a área de enfermagem psiquiátrica, no passado, a atuação do enfermeiro esteve ligada às atividades intra-hospitalares, prestando cuidados físicos e gerais aos pacientes, administrando medicações, gerenciando o ambiente e também a equipe de enfermagem, sob sua responsabilidade, particularmente os então denominados atendentes (categoria hoje extinta), os auxiliares e técnicos. Atualmente, percebe-se o avanço dessa categoria profissional, pois, após a desinstitucionalização, a assistência prestada necessitou ser redimensionada, requerendo melhores qualificações desses profissionais, agora diante de um novo modelo assistencial, como o Centro de Atenção Psicossocial. (SILVEIRA; ALVES, 2003).

Atualmente, é inquestionável que a equipe de enfermagem não deve assistir apenas ao paciente, mas necessita integrar também sua família ao tratamento, uma vez que essa parceria permite melhor alcançar o objetivo de reinserção social do portador de transtorno mental. Diante desta realidade, necessário se faz buscar por mudanças na assistência, as quais deverão focar a autonomia do paciente em todas as esferas de sua vida, tais como orientações de distintas naturezas que reforcem as práticas de vida para favorecer o auto cuidado, uso correto da medicação e participação efetiva no tratamento. Para tanto, o enfermeiro necessitará visualizar o paciente não apenas como portador de uma doença mental, mas como um cidadão digno de respeito, capaz de desenvolver atividades que possibilitem melhorar sua qualidade de vida.

Ressalto que a terapêutica medicamentosa é muito importante, devendo ser rigorosamente acompanhada, de forma que, ao ser associada às abordagens psicossociais, permita alcançar uma melhor vivência social dos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, conforme recomendado por Valencia-Collazos; Saldívar-Hernandez; Rivera-Guevara (1994):

Esto prueba no solamente la importancia que tiene para los pacientes esquizofrénicos tomar sus medicamentos, sino también el manejo de su problemática psicosocial, lo cual crea una diferencia en pacientes manejados únicamente con medicamentos y aquéllos que reciben atención bajo el modelo biopsicosocial, que combina medicamentos y tratamiento psicosocial. En el primer caso, los pacientes se mantienen en el mismo nivel de funcionamiento hasta los 18 meses; sin embargo, si pudieran beneficiarse de la terapia psicosocial, podrían subir de nivel y mejorar su pronóstico y su funcionamiento en la comunidad (p. 665).

Outra menção freqüente acerca das atividades que mais colaboram para a reabilitação dos pacientes relaciona-se ao atendimento médico, quando esse profissional possibilita a liberdade de expressão dos pacientes. Vejamos algumas falas:

... passo pelo médico que me escuta sem julgamento e me receita os remédios direitinho... (E7)

... converso com o doutor que me ouve muito e quando precisa me dá uns remédios bons. (E8)

A oficina de trabalhos manuais também foi verbalizada enquanto um importante recurso terapêutico, estendido também para o ambiente domiciliar, visto que, algumas vezes, possibilita a comercialização dos produtos nela confeccionados, gerando ganhos financeiros:

... eu aprendo coisas novas de crochê e termino de fazer em casa para vender para minhas freguesas... (E7)

... a oficina me faz muito bem e eu até ensino o pessoal a fazer tapetes que faço aqui e na minha casa para vender... (E11)

Em se tratando de atividades socializantes para melhor reabilitação, há de se citar as oficinas, as quais, segundo Valladares et al. (2003), “são atividades grupais de socialização, expressão e inserção social” (p. 5).

Antigamente essas atividades tinham como objetivo manter os pacientes ocupados para não ficassem ociosos, entretendo-os. Hoje, entretanto, é esperado

que tenham outros objetivos, como ampliar as habilidades, potencializar a autonomia e o poder contratual (VALLADARES et al., 2003).

Para Mendonça (2005), as oficinas caminham no sentido de permitir aos envolvidos estabelecer cuidados consigo mesmos, de trabalho e de afetividade com os outros, configurando, assim, sua finalidade social associada à clínica.

Esta associação remeteu à busca por estudos que refletissem tal realidade, como o de Sato (1997) que objetivou propiciar, aos portadores de sofrimento psíquico, um espaço de elaboração das fantasias, pensamentos, sentimentos e vivências corporais, de maneira verbal e não verbal, por meio de grupos de confecção de vasos e arranjos florais de Ikebana. Em seu trabalho, esse autor concluiu:

O grupo de arranjos florais proporciona aos portadores de sofrimento psíquico possibilidades de elaboração de suas ansiedades e vivências. Permite a estes a projeção de suas angústias (muitas vezes intraduzíveis em palavras), na construção de objetos e símbolos que servem na reorganização de suas vivências(p.232)

De todo o exposto, nota-se que as oficinas constituem-se em recursos imprescindíveis a serem oferecidos pela equipe do CAPS, uma vez que permitem, ao usuário, sentir-se produtivo junto à sociedade. Esta proposta terapêutica também possibilita a expressão simbólica de sentimentos e a elaboração de vivências.

Um depoimento chamou minha atenção por atribuir outro significado às oficinas; essa prática terapêutica despertou para uma nova habilidade, conferindo novo objetivo à vida da entrevistada:

... Eu faço oficinas de artesanato desde que comecei o tratamento e os produtos que fiz foram elogiados por todos e, por isso, voltei a estudar e em 2004 me formei, terminei o 3º colegial. Agora irei prestar vestibular na federal para TO e me formarei, com certeza. (E4)

Diante dos depoimentos, percebo que as oficinas de trabalhos manuais são atividades que possibilitam o convívio de pessoas com transtorno mental, exercendo

a cidadania, promovendo a expressão da liberdade e realizando a convivência dos pacientes por meio de suas produções.

A última atividade a ser destacada relaciona-se às festas promovidas pelo serviço. Esta parece ser um dos recursos mais significativos para o enriquecimento da vida social dos entrevistados, segundo expressam seus depoimentos:

... não perco nenhuma festa e até ajudo quando precisam de ajuda... (E11)

Eu nunca perdi nenhuma festa. Lá, eu fico com o pessoal e ajudo a tomar conta do portão e até a carregar as comidas com a funcionária daqui. (E6)

...não perco nenhuma festa porque elas são muito boas... (E1)

Vou nas festas daqui e elas são boas. A comida é boa e até danço. (E12)

Foi unânime o elogio às festas e os relatos sinalizam ser este um dos melhores recursos terapêuticos, predispondo a encontros informais e prazerosos entre familiares, pacientes e profissionais, o que parece fortalecer suas participações no tratamento.

Atividades socializantes, como as festas, fazem parte desta importante proposta de reabilitação psicossocial, uma vez que elevam a auto-estima do paciente, fazendo-o se sentir capaz de exercer alguma função social. Assim, é necessário que seja estimulada a participação dos envolvidos nessas atividades, dando-lhes oportunidades de serem inseridos na comunidade.

Diante do exposto, percebo a importância do CAPS “Maria Boneca” por oferecer uma variedade de atividades; os pacientes assistidos neste espaço precisam destes recursos terapêuticos para alcançarem uma reabilitação parcial ou mesmo total.

Após identificar as atividades que têm maior significado para a reabilitação dos entrevistados, busquei averiguar suas percepções sobre a forma como o CAPS lhes tem ajudado, sob as óticas psicossocial e clínica. Deparei-me, então, com um grande número de pacientes que disse ter havido uma redução significativa nos sintomas psicóticos e nas crises:

O CAPS me ajudou a controlar as vozes, tirar essas coisas da minha cabeça (E1)

O CAPS me ajudou a não voltar a ter aquelas crises em que eu ficava correndo pelas ruas e muito desesperado (E5)

Por causa do tratamento daqui, hoje vivo bem com meu marido e, até estou esperando um bebê, porque nem preciso de remédio mais, porque não tenho mais crises...(E10)

O uso dos meus remédios que não me deixam ter tanta cisma e isso eu só consegui aqui no CAPS (E12)

Jobe e Harrow (2005), ao realizarem uma revisão de estudos norte americanos, envolvendo pacientes em tratamento há longo prazo, verificaram que muitos apresentavam uma favorável participação social quando seus sintomas psicóticos encontravam-se amenizados.

Para Gentile e Pereira (2005), os sintomas da doença mental são vividos como uma experiência de grande sofrimento, desespero, nervosismo, prejudicando as vivências do cotidiano. Segundo estes autores, a minimização destes sintomas contribui para a participação social do portador de transtorno mental.

Dessa forma, compreendo que a presença de sintomas psicóticos (alucinações, delírios, entre outros) dificulta a participação da pessoa em eventos sociais e/ou laborais, resultando em empobrecimento de sua vida social. No entanto, os depoimentos obtidos e os dados da literatura permitem observar que a remissão destes sintomas favoreceu a vida social dos entrevistados.

Outra observação significativa diz respeito à redução de internações, um dos resultados positivos da terapêutica proposta, como expressam os relatos:

Vindo aqui eu faço o tratamento direitinho; isso me faz não piorar e ter que internar... tem quatro anos que eu não vou ao sanatório. (E2)

E é por causa do tratamento daqui é que moro em casa; senão, eu estava internada em BH até hoje. (E11)

Cabe destacar ainda que os pacientes relataram estar ativos e produtivos no meio familiar, o que lhes proporciona satisfação:

Por causa do tratamento aqui vivo melhor e ajudo a minha mãe que é doente mental também. Vindo aqui direitinho, eu fico bom, porque se nós dois ficarmos ruins, ninguém cuidará de nós. Moramos só nós 2 e minha avó tem que cuidar da minha tia e está muito velha. (E3)

Não brigo mais com as minhas irmãs, porque, antes, até a polícia tinha que apartar nossas brigas. Agora eu até ajudo ela a cuidar do meu sobrinho...(E2)

Esquento comida em casa e ajudo minha mulher. Vivemos muito bem e sempre estamos conversando sobre o futuro da nossa filha...(E5)

Relatos como este foram freqüentes e se desdobraram também para a capacidade de colaborar nos cuidados dos demais pacientes no ambiente intra CAPS:

Hoje eu consigo ajudar as outras pessoas porque me sinto melhor que os demais pacientes. (E2)

Faço a unha das meninas aqui, porque consigo fazer elas se sentirem mais bonitas e isso é muito importante quando a gente está desanimada como eu estava quando vim para cá. (E4)

Para Rocha (2005), o CAPS é um espaço terapêutico que deve predispor o paciente a construir ou a reconstruir sua vida. Esta autora também refere que esse serviço deverá não apenas medicalizar e disciplinar, mas também cuidar e acolher a pessoa portadora de transtorno mental, bem como estabelecer um elo com a sociedade para que esta possa visualizá-la como um ser que tem necessidades afetivas e sociais.

Marzano e Sousa (2004) objetivaram, em seu estudo, identificar a essência do entendimento do Centro de Atenção Psicossocial por 34 usuários, residentes em Ubá-MG. A conclusão desses autores foi relevante, tendo em vista que consideraram que o processo de reabilitação está se efetivando na vida dos pacientes, uma vez que o CAPS colabora para que tenham autonomia em seus afazeres cotidianos, nas esferas afetivas, social e econômica de suas vidas, bem como em suas relações.

Face a essas considerações e aos depoimentos, verifico que o CAPS colabora, significativamente, para o enriquecimento da vida de usuários com

diagnóstico de esquizofrenia, além de amenizar as alterações que interferem nas várias esferas de suas vidas.

Este último tema suscita inúmeras reflexões relativas à articulação entre a saúde mental junto à saúde da família, de forma que atividades terapêuticas sejam implementadas junto às ações comunitárias promovidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e pela própria comunidade.

Gonçalves; Kantorski; Heck (2003) consideram que a Estratégia Saúde da Família oferece ações que visam a organização social, reconstrução de valores e reinserção social de toda a comunidade atendida, inclusive das pessoas portadoras de transtornos psicóticos. Por meio destas ações, esses autores acreditam que a inclusão de atividades de saúde mental, em especial no que se refere às pessoas com transtorno mental severo, como parte das atividades da Equipe de Estratégia da Saúde da Família, seja fundamental para a reinserção social, uma das propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Ao associar a consideração acima à realidade vivenciada neste estudo, acredito que estas parcerias, com a Estratégia da Saúde da Família e com a comunidade, poderão possibilitar uma inserção social mais ampla para os portadores de transtornos mentais, sobretudo aqueles com diagnóstico de esquizofrenia, considerando que enfrentam rotulações relativas à incapacitância, e até alienação, por longos períodos de suas vidas. Outra dimensão a ser considerada é que o trabalho, sendo desenvolvido junto à comunidade, poderá permitir a vivência de experiências que possibilitarão a desmistificação acerca deste transtorno psicótico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo iniciou-se com a descrição de minha trajetória profissional, envolvendo contínuos questionamentos sobre a vida social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, assistidos em um CAPS. Posteriormente, foi realizada uma revisão da literatura sobre a esquizofrenia, com o enfoque atual da reabilitação psicossocial como objetivo a ser atingido na assistência em saúde mental, bem como dos Centros de Atenção Psicossocial, os quais são serviços que devem oferecer recursos para que tal objetivo seja alcançado. A revisão da literatura possibilitou a contextualização do tema e ainda subsidiou a discussão dos dados. Após a introdução, apresentei o percurso metodológico de forma a possibilitar a visualização do município de Uberaba, onde se localiza o cenário do estudo. Esse cenário também foi detalhado, bem como foram apresentados os sujeitos e as fases da pesquisa. Logo após, seguem a apresentação e discussão dos resultados até as considerações finais.

A proposta deste estudo foi investigar a vida social das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial, e identificar se o processo terapêutico oferecido pelo CAPS influencia na vida social das mesmas.

Ao abordar a vida social dessas pessoas, há de se focar os vários aspectos que a compõem, dentre os quais se destacam a participação em atividades comunitárias e de lazer e a interação interpessoal com familiares e amigos. A socialização é essencial para a vida do ser humano e, assim, percebo a importância de identificar a influência do CAPS na reabilitação psicossocial, favorecendo a melhoria da vida social dessas pessoas.

De um total de cento e sessenta e oito pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, em tratamento no CAPS, apenas vinte e nove encontravam-se na faixa etária de dezoito a quarenta anos, adotada para a realização do presente estudo. Com a colaboração do diretor clínico do serviço, foram selecionados vinte pacientes para serem entrevistados, os quais atendiam aos critérios de inclusão e estavam em condições clínicas favoráveis para serem entrevistados.

Por ter optado pelo critério de saturação, entrevistei doze pacientes, dos quais seis eram do sexo masculino e seis do feminino, com predomínio da faixa etária entre trinta e oito e quarenta anos; a maioria solteira. Ao levantar dados relativos ao tratamento dessas pessoas, deparei-me com o predomínio de pacientes que se

encontravam no plano terapêutico semi intensivo e já freqüentavam o CAPS por um tempo que variou de oito meses a doze anos.

Essa variação de tempo de vínculo com o Serviço chamou minha atenção, mas é importante destacar que apenas um usuário estava há oito meses em tratamento; a maioria tinha um tempo de vínculo superior a quatro anos.

De acordo com os resultados desta investigação, associados aos seus objetivos, identifiquei três categorias temáticas: **A vida dos pacientes antes e após o adoecimento; o cotidiano dos usuários no ambiente extra CAPS e a assistência do CAPS colaborando na vida social e estabilização de sintomas da clientela.**

A partir destas categorias, foi possível observar que a vida social dos entrevistados passou por mudanças após seu adoecimento; dentre as quais destaco a ausência de amigos e/ou namorados, dificuldades em participar de eventos sociais e para inserção no mercado de trabalho formal. Apenas uma entrevistada verbalizou estar casada, feliz e não ter vivenciado as mudanças anteriormente citadas. Outro aspecto relaciona-se ao fato dos entrevistados permanecerem junto aos seus familiares após o adoecimento. Considero tal realidade positiva, assim como a construção de um ciclo de amigos, entre os entrevistados, no ambiente de tratamento, ainda que as relações sociais ocorram apenas no interior do CAPS.

Diante desta realidade, cabe refletir acerca das dificuldades que o transtorno mental pode gerar na vida das pessoas, em seus contextos sociais, econômicos e nas suas relações interpessoais. Esta reflexão faz com que acredite ser necessário um trabalho intersetorial, no qual a equipe de saúde mental possa estabelecer parcerias junto a outros estabelecimentos públicos que ofereçam atividades de esporte, lazer, artesanato, entre outras. Esta é uma alternativa que considero facilitar a redução das dificuldades pertinentes ao relacionamento interpessoal e à participação em eventos sociais, segundo as falas dos entrevistados. Nesse sentido, uma possibilidade pode ser um maior investimento nas oficinas já existentes; também incentivar a criação de cooperativas sociais, o que, por ainda não existir em Uberaba, dificulta um investimento mais abrangente, capaz de preparar a pessoa para a vida produtiva no mercado de trabalho.

Considero que o cotidiano dos usuários no ambiente extra CAPS também oferece uma visão a respeito de sua vida social. Nesta categoria, foi possível identificar que os usuários do CAPS “Maria Boneca” buscam desenvolver diversas

atividades, principalmente àquelas relacionadas aos cuidados domiciliares e às práticas religiosas, bem como algumas atividades de lazer aos finais de semana. Entretanto, esta realidade não pareceu possibilitar a expansão do ciclo de amigos e, nesse sentido, durante a narrativa destas atividades, novamente emergiu apenas a presença da família.

As percepções decorrentes desta categoria fazem com que acredite ser necessário um maior número de investigações abordando a influência da proposta terapêutica dos serviços comunitários na vida social dos pacientes por eles assistidos, de forma que, assim, sejam obtidos dados para favorecer o enriquecimento de ações de reabilitação psicossocial a serem realizadas pela equipe técnica, atuante nos Centros de Atenção Psicossocial.

Esta categoria também permitiu que refletisse a respeito da necessidade de divulgação, para os usuários, das atividades oferecidas pelo município, tais como as atividades físicas nas praças de esportes, a feira de arte, as feiras livres, as exposições e as atividades de cultura realizadas, gratuitamente, no Teatro Municipal. Tais atividades possibilitarão, aos portadores de transtornos mentais, a ampliação de suas atividades de socialização e de lazer, uma vez que estas estão ocorrendo apenas no meio domiciliar, religioso e entre familiares.

Para identificar a forma como o processo terapêutico oferecido pelo CAPS influencia na vida social dos usuários, trabalhei na categoria relativa à assistência do CAPS colaborando na vida social e estabilização de sintomas. Nesta categoria constatei que, dentre as atividades oferecidas pelo CAPS, as mais citadas como significativas, de acordo com os pacientes, foram os atendimentos psicoterápicos grupais, a terapêutica medicamentosa, a característica informal do atendimento médico, as oficinas de trabalhos manuais e as festas de confraternização. Houve destaque especial também para a atuação dos profissionais médico, psicólogo, técnico em enfermagem, artesão e terapeuta ocupacional.

A oferta de múltiplas atividades terapêuticas que sejam flexíveis e tenham, como premissa, a necessidade dos usuários do CAPS, pareceu contribuir para a reconstrução de vida dessas pessoas, envolvendo os objetivos da reabilitação psicossocial, conforme identificado na realidade apresentada pelos entrevistados, na categoria anteriormente apresentada. Ao me referir à reabilitação psicossocial, está implícito o resgate da singularidade das pessoas facilitando a reestruturação de sua autonomia em meio comunitário.

Ao analisar os resultados das terapêuticas ofertadas pelo CAPS “Maria Boneca”, observei que a maioria dos pacientes relatou sobre a redução significativa de sintomas psicóticos e de crises, bem como a respeito do número de internações em hospitais psiquiátricos. Comportamentos de ajuda mútua também foram expressos pelos entrevistados e verificados durante a observação participante.

A partir desta última categoria, relacionada à influência do processo terapêutico oferecido pelo CAPS, na vida social dos usuários, abordei, a seguir, alguns aspectos que considero pertinentes para uma melhor estruturação da assistência em saúde mental, no município de Uberaba, com vistas a uma melhor qualidade de vida dos portadores de transtorno mental. São elas: articulação da saúde mental junto à saúde da família, necessidade de se integrar os serviços de saúde mental do município e a melhoria na formação de profissionais de saúde no que diz respeito às propostas terapêuticas assistenciais, direcionadas para a reabilitação psicossocial desses pacientes.

A articulação da saúde mental à Estratégia Saúde da Família e à comunidade poderá possibilitar uma inserção social mais ampla dessas pessoas, sobretudo daquelas com diagnóstico de esquizofrenia, uma vez que enfrentaram rotulações relativas à incapacitância e até alienação, por longos períodos de suas vidas. Outro aspecto a ser considerado é o fato do trabalho, ao ser desenvolvido junto à comunidade, permitir que seus membros vivenciem experiências que possibilitarão a desmistificação acerca deste transtorno psicótico.

Também vejo como viável e geradora de melhoria para a qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais a integração dos serviços de saúde mental existentes no município. Esta poderá ser uma estratégia no sentido de buscar por alternativas, a partir de um grupo multiprofissional unido, com vistas a um objetivo comum — reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais.

Quando me refiro à melhoria na formação de profissionais de saúde no que diz respeito às propostas terapêuticas assistenciais, busco explicitar a importância de que os currículos dos cursos técnicos e de graduação, centrados na formação de profissionais de saúde, contemplem, em seu conteúdo programático, a assistência humanizada em saúde mental, de forma a ultrapassar o paradigma tradicional, centrado no modelo biomédico; assim, estes profissionais poderão se apropriar de uma ótica multifacetada, envolvendo a implementação de atividades de reabilitação no cotidiano dos serviços.

A temática relacionada à vida social de portadores de transtornos mentais com diagnóstico de esquizofrenia precisa ser melhor investigada e articulada para que os enfermeiros atuantes nos serviços comunitários em saúde mental (CAPS) ou na Estratégia Saúde da Família possam ter recursos técnico-científicos capazes de potencializar suas ações assistenciais.

Vejo, ainda, a necessidade de nos aprofundarmos nesse assunto, em quaisquer níveis de atenção em saúde mental (primário, secundário ou terciário), considerando sua relevância como recurso assistencial.

Diante destas reflexões, sinto-me motivada e compromissada a continuar estudando a vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e a colaboração da assistência do CAPS para melhorar suas vidas, alcançando, assim, mais qualidade nas ações inerentes à reabilitação psicossocial.

6 REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 45-65.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistic manual of mental disorders**. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994. 550 p.

BECHELLI, L. P. de C.; SANTOS, M. A. dos. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 242-249, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os CAPS**. Brasília: MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1101** de 12 de junho de 2002. Brasília, DF.2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde; Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%201101%2002.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2007.

CARDOSO, C. S. et al. Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1303-14, jun. 2006.

CAVALCANTI, A. M. T. S. **Aspectos epidemiológicos da esquizofrenia em adultos internados no hospital Ulysses Pernambucano da cidade do Recife:**

1997-1999. 2000. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2000.

CAYRES, C. O. et al. O desafio da reabilitação profissional. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 105-112.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências sociais e humanas**. São Paulo: Cortez, 1991.

COIMBRA, V. C. C. et al. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 7, n. 1, p. 99-104, 2005.

FUNDAÇÃO GREGÓRIO FRANCKLIM. BAREMBLITT. **Estatuto**. Uberaba: [s.l.], 1991.

FONTANA, A. M. **Manual de clínica em psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2005.

GENTILE, C.; PEREIRA, M. A. O. A doença mental: visão de pacientes psicóticos. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 10, n. 2, p. 17-23, 2005.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa**. São Paulo: Loyola, 2003.

GONÇALVES, S. E. et al. Princípios que norteiam a prática em saúde mental de uma equipe do programa de saúde da família junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. **Rev. Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 93-102, mai./ago. 2003.

GONÇALVES, J. R. L. **Atendimento ao cuidador-familiar em convívio com o doente mental através da técnica de solução de problemas**. 2005.181 f. Tese (

Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2005.

GULINELLI, A. et al. O ajustamento social de pessoas com transtornos mentais graves em São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 309-314, 2005 .

JAVITT, D. C.; COYLE J. T. Decoding schizophrenia. **Sci. Am.**, v. 290, n. 1, p. 48-55, 2004.

JOBE, T. M.; HARROW, M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. **Can. J. Psychiatry.**, v. 50, n. 14, p. 892-900, 2005.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial:visão da equipe de saúde mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Fortaleza, v. 59, n. 6, p. 734-9, Nov./Dez. 2006.

KAPLAN, H. I.;SADOCK, B.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria ciências do comportamento e psiquiátrica clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KOGA M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica**: sobrecarga familiar. 1997. 90 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LARA, D. R.; GAMA, C. S.; ABREU, P. S. B. Esquizofrenia. In: KAPEZINSKI, F. et al. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.

LEPARGNEUR, H. O doente mental como ser social. **Mundo Saúde**, v. 25, n. 3, p. 251-6, jul./set. 2001.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Esquizofrenia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. de. O Espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 577-84, out./dez. 2004.

MENDONÇA, T. C. P. de. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Rev. Psicol: ciência e profissão**. Brasília, v. 25, n. 4, p. 626-35, dez. 2005.

MENEZES, P. R. Prognóstico da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 18-20, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. A família e o doente mental usuário do hospital-dia – Estudo de um caso. **Rev. Latino-am. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 20-6, dez. 2000.

MOREIRA, M. S. S. et al. Social performance expectations in psychiatric patients of a general hospital ward. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 309-14, 2002.

NUNES FILHO, E. P.; BUENO J. R.; NARDI A. E. **Psiquiatria e saúde mental**: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu, 2005.

OLIVEIRA, A. G. B, de; ALESSI, N. P. Citizenship: instrument and finality of the working process in psychiatric reform. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1 p. 191-203, 2005.

PAIVA, S. A. et al. Grupo familiar na convivência com o doente mental: programa de educação em saúde. **Família, Saúde e Desenvol.**, v. 2, n. 1, p. 21-9, 1999.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Londres: Sage Publications, 1990.

PEREIRA, R. C. Lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica. In: O campo da atenção psicossocial. CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1. **Anais**. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 328-42.

PITTA, A. M. F. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? **J. Bras. Psiq.**, v. 43, n. 12, p. 647-54, 1994.

PONTES, H. **História de Uberaba e a civilização do Brasil Central**. Uberaba: Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1978.

RIBAS, D. L.; BORENSTEIN, M. S. CAPS - Florianópolis: uma experiência de grupos com clientes psicóticos fora dos muros da manicômio, durante dez anos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 52, p.179-89, 1999.

ROBINSON, G. K.; TOFF-BERGAMN, G. **Choices in case management: current knowledge and practice for mental Health Programs**. Washington: Mental Health Policy Resource Center, 1990.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005.

RODRIGUES, A. R. F. **Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas a humanização da assistência em saúde mental.** 1993. 187 f. Tese (Doutorado). - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

RUTMAN, I. D. The psychosocial rehabilitation movement in the United States. In: MEYERSON, A.T.; FINE, T. **Psychiatric disability.** Washington: American Psychiatric Press, 1987. p.131-47.

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

SATO, H. T. Pesquisa sobre os efeitos terapêuticos do grupo de confecção de vasos e arranjos florais de flores vivas (Ikebana) em portadores de sofrimento psíquico. In: O campo da atenção psicossocial. CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1. **Anais.** Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 225-32.

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

SILVEIRA, M. R. da ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental- o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 645-51, set./out. 2003.

SOUZA, V. B. N. et al. Comparação do comportamento social de pacientes esquizofrênicos vivendo na comunidade e utilizando antipsicóticos típicos e atípicos. **J. Bras. Psiquiatria**, Fortaleza, v. 52, n. 4, p. 267-73, jul./ago. 2003.

SPADINI, L. S.; MELLO E SOUZA, M. C. B. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2008.

STUART, G. W; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática.** 6ª ed. Porto Alegre: Artmed: 2001.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Atlas, 1987.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão ano base 2006.** Uberaba, 2006.

VALLADARES, A. C. A. et al. Reabilitação social através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 5, n. 1, p. 04-09, 2003. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/pdf/reabili.pdf. Acesso em: 1 jun. 2008.

VALENCIA-COLLAZOS, M.; SALDÍVAR-HERNANDEZ G.; RIVERA-GUEVARA E. Dieciocho meses de seguimiento em pacientes com esquizofrenia. **Salud Pública Mex.**, v. 36, n. 6, p. 662-9, 1994.

VIANNA, P. C. de M.; BARROS, S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. **Rev. Min. Enferm.**, v. 8, n. 1, p. 165-252, jan./mar. 2004.

VICTÓRA, C.G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, portador do documento _____, abaixo assinado concordo em participar da pesquisa: **“A vida social de usuários com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial”** que tem como objetivos investigar a vida social de usuários com diagnóstico de esquizofrenia, em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial e identificar como o processo terapêutico oferecido pelo CAPS tem colaborado na vida social destes usuários. Realizada pela enfermeira Marciana Fernandes e orientada pela Professora Dra. Toyoko Saeki do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.

Estou ciente dos critérios que envolvem minha participação, quais sejam:

- A garantia de receber esclarecimentos a quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados a pesquisa

- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo o que não acarretará prejuízo no meu acompanhamento no CAPS

- A segurança de que não serei identificado e será mantido o caráter confidencial da informação, garantindo a minha privacidade

- A participação é voluntária e não haverá qualquer retribuição financeira ou material

A entrevista será realizada no CAPS, sem a presença de outras pessoas. Suas respostas serão gravadas em fita cassete e utilizadas para fins científicos com a garantia de que você não será identificado em nenhum momento do trabalho.

Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do acompanhante

Assinatura da pesquisadora

Qualquer dúvida em relação à pesquisa, entre em contato com: Marciana Fernandes Moll, Rua Cândida Mendonça Bilharinho, 430, Bairro Mercês. Telefone: 33143295 ou por email: mrcna13@yahoo.com.br

APÊNDICE B

Roteiro das entrevistas

- 1- Dados de identificação
 - Nome
 - Idade
 - Estado civil
 - Religião
 - Escolaridade
 - Profissão
 - Tempo de tratamento no CAPS
 - Origem do encaminhamento para o CAPS
 - Número de internações antes do início do tratamento no CAPS
 - Número de internações após o início do tratamento no CAPS
 - Plano terapêutico
- 2- Conte para mim, como era a sua vida antes de você ficar doente?
- 3- Como é a sua vida, agora?
- 4- O que você costuma fazer quando não está aqui no CAPS?
- 5- O que você costuma fazer nos finais de semana?
- 6- De que forma o CAPS tem lhe ajudado?



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 016/2007

Ribeirão Preto, 15 de fevereiro de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 92ª Reunião Ordinária, realizada em 14 de fevereiro de 2007.

Protocolo: nº 0752/2007

Projeto: A VIDA SOCIAL DE USUÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EM TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Pesquisadores: Toyoko Saeki
Marciana Fernandes Moll

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Toyoko Saeki

Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP